



วารสาร พยาบาลสหประชาชาติไทย Thai Red Cross Nursing Journal

Volume 18 No.1 January - April 2025 / ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568

ISSN: 3027-6489 (Online)

บรรณาธิการแถลง

บทความวิชาการ

- แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ไต
ซึ่งได้รับการผ่าตัด โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ณ คลินิกพิเศษ
พุทราชาติ เอี่ยมสอาด
พิไลพร คล้ายมั่ง นลินทิพย์ สิริภคนนท์

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ตฤณชาติ บ่อไทย
สุรชาติ สิทธิปกรณ์ อภิญญา วงศ์พิริยโยธา
- การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะ
อย่างสมเหตุผล ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ
อุไรวรรณ สำราญรัตน์
ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา ศศิธร ลายเมฆ
- ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิตและคุณภาพชีวิต
เชิงวิชาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ทักษิณี ยอดกล้า
อภิรดี นันทศุภวัฒน์ เพชรสุณีย์ ทังเจริญกุล
- ผลของการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทำหม้อเกลือ
ในมารดาหลังคลอดต่อความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล
พุลทรัพย์ ลากเจียม
วรารณ บุญยงค์ วริศา วรวงศ์
- ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค
และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น
โรงพยาบาลชยันตเกษร
สินารณ ก่อมยงค์
จิตติมา คาระบุตร จาญพัจน์ ศรีพุ่ม
- ปัจจัยทำนายการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว
ในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
อนุรักษ์ แสงจันทร์ ศรินันท์ ฉลวยแสง

วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักร (Thai Red Cross Nursing Journal)

วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานทางวิชาการด้านการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ การสาธารณสุข และนวัตกรรมด้านสุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับการพยาบาล ให้กับนักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ และนักวิจัย
2. เพื่อเป็นแหล่งข้อมูล ความรู้ทางวิชาการด้านการพยาบาล การพยาบาลสาธารณสุข วิทยาศาสตร์สุขภาพ และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สามารถชี้แนะและขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสาธารณสุขในประเทศไทยได้
3. เพื่อเป็นการสร้างเสริมเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการระหว่างนักศึกษา อาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ และนักนวัตกรรมด้านการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ขอบเขตสาขาวิชา (Scope of Published Fields' Study)

สาขาวิชาที่รับตีพิมพ์ ได้แก่ การพยาบาล การพยาบาลสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. บทความวิจัย
2. บทความวิชาการ
3. บทความทั่วไป และปณิธาน ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	อดีตนายกสภาการพยาบาล
รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เกลือกิตติ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ อรรถารส	วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุหงา ตโนภาส	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์	อธิการบดีสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์	รองอธิการบดีสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

บรรณาธิการ (Editor)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ	นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
--	--

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตรภิบาล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.สมสิริ รุ่งอมรรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.ประคิน สุฉงญา	นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)
รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล	นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นิรัตธราดร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐพัชร์ บัวบุญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี้ นามจันทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬารณ ตั้งภักดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉริยา ปทุมวัน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุตประนอม สมันตเวคิน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญลักษณ์ โอบอ้อม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรบูลย์ นาคสุสุข
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์

ดร.ชดช้อย วัฒนะ

รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจาง เฟิงจาด
รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพิมล อาภาสสุกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ม.ล.สมจินดา ชมพูนุท
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นารินทร์ บุญเนตร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิชา บุญสวัสดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์โรส ภักดีโต
อาจารย์ ดร.บัวหลั่น หินแก้ว
อาจารย์ ดร.สายไหม ตุ่มวิจิตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ด้านโรคหลอดเลือดสมอง
แบบครบวงจรแห่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)
นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล)
นักวิชาการอิสระ (Former CAO, Headquarter Office, World
Organization of Family Medicine)
นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก)
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ฝ่ายบริหารจัดการ:

นางเมธิกา คำพรัด นางสาวปณิดา กิตตินวเสนีย์ นางกรรณิกา หวังพัฒน์

เจ้าของ:

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0 2256 4093-9

กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม

เนื้อหาบทความหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในวารสารพยาบาลสภากาชาดไทยนี้ เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนบทความนั้น
ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หรือ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านทุกท่าน ฉบับที่ท่านกำลังเปิดอ่านนี้ คือ ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2568) ซึ่งถือเป็นฉบับแรกภายหลังได้รับการรับรองคุณภาพวารสาร จากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย จัดอยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 - 31 ธันวาคม 2572

สำหรับบทความในฉบับนี้ มีบทความที่น่าสนใจแบ่งเป็น บทความวิชาการหนึ่งเรื่อง และบทความวิจัยจำนวนหกเรื่อง ดังนี้ บทความวิชาการในด้านบริหารการพยาบาลหนึ่งเรื่อง คือ แนวคิดเกี่ยวกับการนำไปใช้เพื่อปรับปรุงคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้รับการผ่าตัดไตด้วยหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ส่วนบทความวิจัยเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สองเรื่อง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำภายหลังจำหน่ายภายใน 1 ปี สำหรับบทความด้านการบริหารการพยาบาลมีสองเรื่อง คือ การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุสมผลในทีมสหสาขาวิชาชีพ และอีกหนึ่งบทความ คือ ความแข็งแกร่งในชีวิตและคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทุติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้มีบทความเกี่ยวกับด้านการศึกษาพยาบาล คือ การบูรณาการการสอนผสมผสานกับการประยุกต์ใช้หม้อหุงต้มเกลือ ซึ่งเป็นศิลปะและภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลหญิงภายหลังคลอด และบทความสุดท้าย คือ พฤติกรรมการให้นมบุตรในหญิงหลังคลอดด้วยรุ่น ซึ่งได้รับบริการในหน่วยหลังคลอดก่อนจำหน่าย บทความที่กล่าวมานี้ท่านสามารถอ่านเนื้อหาอย่างละเอียดตามที่ระบุไว้ในสารบัญ

อนึ่ง ในการเตรียมบทความของผู้แต่งยังคงพบประเด็นที่เกิดขึ้น ได้แก่ ผู้แต่งไม่ได้เตรียมบทความให้เป็นไปตามที่วารสารพยาบาลสภาฯกำหนด ทั้งด้านหัวข้อ การเรียบเรียงลำดับเนื้อหา การใช้ภาษา ซึ่งพบว่า ผู้แต่งส่วนหนึ่งมักใช้ภาษาพูดเป็นภาษาเขียน รวมทั้งการอ้างอิงในเนื้อหาและท้ายเรื่อง ไม่เป็นไปตามรูปแบบของระบบตัวเลข ดังนั้น ผลต่อมาก็คือ ทำให้ขั้นตอนต่าง ๆ เกิดความล่าช้า และไม่สามารถตีพิมพ์บทความของผู้แต่งให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดได้ ดังนั้นขอให้ผู้แต่งทุกท่านมีความตระหนักในการเตรียมบทความให้เป็นไปตามรูปแบบที่กำหนดก่อนส่งเข้าสู่ระบบ ThaiJo

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ
บรรณาธิการวารสารพยาบาลสภาฯไทย

สารบัญ

หน้า

บรรณาธิการแถลง

บทความวิชาการ

- แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ไต
ซึ่งได้รับการผ่าตัด โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ณ คลินิกพิเศษ
- พุทธรักษา เอี่ยมสอาด 1
ไพโรจน์ คล้ายมั่ง นลินทิพย์ สิริภักคณนธ์

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 - การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมการใช้ยา
ปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลตติยภูมิในภาคใต้
 - ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิตและคุณภาพชีวิต
เชิงวิชาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
 - ผลของการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทำหม้อเกลือ
ในมารดาหลังคลอดต่อความตระหนักทางวัฒนธรรมของ
นักศึกษาพยาบาล
 - ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้
อุปสรรคและพฤติกรรมการเล่นลูกด้วยนมแม่ของมารดา
หลังคลอดด้วยรุ่น โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
 - ปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจ
ล้มเหลว ในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
- ตฤณชาติ บ่อไทย 16
สุรชาติ สิทธิปกรณ์ อภิญญา วงศ์พิริยโยธา
- อุไรวรรณ สำราญรัตน์ 34
ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา ศศิธร ลายเมฆ
- ทัศนีย์ ยอดกล้า 50
อภิรดี นันทศุภวัฒน์ เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล
- พุลทรัพย์ ลาภเจียม 65
วรารณ บัญยงค์ วิชา วรวงศ์
- สินาภรณ์ กล่อมยงค์ 80
จิตติมา คาระบุตร จาญพจน์ ศรีพุ่ม
- อนุรักษ์ แสงจันทร์ ศิรินันท์ ฉลวยแสง 96

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ไตซึ่งได้รับการผ่าตัด

โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ณ คลินิกพิเศษ

Applying Lean Principles to Develop a Care System for Patients Undergoing Robotic-Assisted Kidney Cancer Surgery at a Special Clinic

พุทธรชาติ เอี่ยมสอาด* พิลไพร คล้ายมั่ง** นลินทิพย์ สิริภักคนนท์**

Puthachart Iamsa-ard* Pilaiporn Klaymang** Nalinthip Siriphakonon**

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งที่ไตซึ่งได้รับการผ่าตัดโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด และได้รับระบบการดูแลก่อนและภายหลังการผ่าตัดที่คลินิกพิเศษซึ่งในระบบเดิมพบปัญหา เช่น มีกิจกรรมซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงานพยาบาลมีภาวะเครียดในการปฏิบัติงานที่มีเวลาจำกัด ผู้ป่วยได้รับความรู้ไม่ครบถ้วนขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง เป็นต้น ดังนั้นการบริการพยาบาลจึงปรับใช้แนวคิดลีนเป็นเครื่องมือที่ช่วยพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยมุ่งเน้นจัดความสูญเปล่า คงไว้ซึ่งกิจกรรมที่มีคุณค่าและพัฒนาให้ระบบไหลลื่นอย่างต่อเนื่องลดระยะเวลารอคอย ลดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานและปลอดภัย ซึ่งหลังจากนำระบบบริการพยาบาลนี้ไปใช้ ผลลัพธ์คือ 1) พยาบาลให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐานโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ 2) สามารถลดกิจกรรมที่ซ้ำซ้อนได้ 11 กิจกรรม 3) สามารถลดระยะเวลาในการ

Received: November 20, 2024

Revised: April 25, 2025

Accepted: April 28, 2025

* Corresponding Author, หัวหน้าหอผู้ป่วย (พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามารามิบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400.

E-mail: Koontim.i@gmail.com

* Corresponding Author: Head Nurse (Specialist Nurse) Ramathibodi Hospital Nursing Department, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10400.

E-mail: Koontim.i@gmail.com

** ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามารามิบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400. E-mail: p_pung13@hotmail.com, nalintip902@gmail.com

** Ramathibodi Hospital Nursing Department, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10400. E-mail: p_pung13@hotmail.com, nalintip902@gmail.com

ปฏิบัติงานได้ 100 นาที 4) ญาติทำความสะอาดแผลได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 5) ลดค่าใช้จ่ายประมาณ 25,000-30,000 บาทต่อราย 6) ลดวันนอนโรงพยาบาลจาก 5-7 วันเหลือ 3-4 วัน 7) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 100 8) ระดับความวิตกกังวลของพยาบาลลดลงจาก 7.5 คะแนนเหลือ 3 คะแนน (คะแนนเต็ม 10) 9) ความสุขในการทำงานของพยาบาลในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 100

คำสำคัญ: แนวคิดลีน พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย การผ่าตัดมะเร็งที่ไต หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

Abstract

Kidney cancer patients who have undergone robotic-assisted surgery and previously received pre- and post-operative care at a specialized clinic encountered challenges related to the limitations of the original care system. These challenges included overlapping activities between departments, nurses experiencing stress due to time constraints, and patients lacking comprehensive knowledge and confidence in self-care. In response to these concerns, nursing services have adopted Lean principles as a tool to improve the quality of the nursing system by focusing on eliminating waste, maintaining value-added activities to continuously develop a smooth workflow, reducing patient waiting times, decreasing the incidence of adverse events, and ensuring that patients receive standardized and safe care. After implementing this nursing system, various positive outcomes were observed: 1) Nurses provided knowledge and skill training to patients in a more systematic and standardized manner through the use of video media. 2) The number of repetitive activities was reduced by 11. 3) The time spent on the operation was decreased by 100 minutes. 4) Relatives correctly performed wound care techniques with a rate of 100%. 5) The cost of care was reduced by approximately 25,000–30,000 baht per case. 6) The length of hospital stay decreased from 5–7 days to just 3–4 days. 7) Patient and nurse satisfaction reached a very high level of 100%. 8) Nurse anxiety levels significantly decreased from 7.5 to 3.0 on a 10-point scale. 9) The job satisfaction rate among nurses, ranging from high to very high, was 100%.

Keywords: lean principles, developing patient care system, kidney cancer surgery, robot-assisted surgery

บทนำ

ผู้ป่วยซึ่งเป็นมะเร็งที่ไต (Patients with Renal Cell Carcinoma: RCC) เป็นปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพและเป็นมะเร็งของระบบปัสสาวะที่อันตรายที่สุด ในปี 2022 จากสถิติมะเร็งทั่วโลก¹ พบผู้ป่วยซึ่งเป็นมะเร็งที่ไตคิดเป็นร้อยละ 2.2 มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 1.6 ในประเทศไทยมะเร็งที่ไตพบร้อยละ 0.5² ส่วนโรงพยาบาลรามาธิบดีมีมะเร็งที่ไตพบร้อยละ 3.4³ มะเร็งที่ไตพบอายุประมาณ 50-70 ปี ปัจจุบันมีแนวโน้มพบผู้ป่วยซึ่งเป็นมะเร็งที่ไตในระยะแรก ๆ มากขึ้น จากการตรวจคัดกรองหรือค้นหาทางรังสีวินิจฉัยจากโรค

อื่น ๆ⁴ ซึ่งการรักษามะเร็งที่ไตมีหลายวิธีตามระยะของโรค และการผ่าตัดเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการรักษามะเร็งในระยะเริ่มต้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เริ่มการผ่าตัดผู้ป่วยซึ่งเป็นมะเร็งที่ไต โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในปี 2556 จากสถิติตั้งแต่ปี 2560-2565 มีจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเฉลี่ยประมาณ 33 คนต่อปี โดยศัลยแพทย์นำแขนกลของหุ่นยนต์มาช่วยผ่าตัด ซึ่งสามารถหมุนได้ 7 ทิศทาง ทำให้สามารถเย็บเนื้อเยื่อไตได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ผลผ่าตัดขนาดเล็ก พ้นตัวเร็ว⁵⁻⁸ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง^{7,8} ต่อมาในปี 2563 หอผู้ป่วยพิเศษอาศรัยศิริกิติ์ได้รับมอบหมายจากทีมผู้บริหารด้านศัลยกรรมให้ดูแลผู้ป่วยในโครงการ Robot Premium ซึ่งได้รับการผ่าตัดนอกเวลา โดยผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลในช่วงเช้าและได้รับการผ่าตัดในช่วงเย็น

สถานการณ์ปัญหา ก่อนพัฒนาระบบ

หอผู้ป่วยพิเศษอาศรัยศิริกิติ์มีบริบท คือ ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ด้านศัลยกรรม ร้อยละ 60 และด้านอายุรกรรม ร้อยละ 40 โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจต่อการบริการ ภายหลังจากที่หอผู้ป่วยได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยในโครงการ Robot Premium ผ่าตัดนอกเวลา ซึ่งก่อนวันผ่าตัดผู้ป่วยได้รับคำแนะนำบางส่วนเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม ทางด้านร่างกายและจิตใจที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกศัลยกรรม เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จอเลือด ส่งปรึกษาแผนกต่าง ๆ เป็นต้น ในวันผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลช่วงเวลา 9.30-10.00 น. และเข้าห้องผ่าตัดเวลา 16.00 น. เป็นต้นไป ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดจะมีกิจกรรมพยาบาลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและพยาบาลให้ความรู้ไม่ครบถ้วน (ให้คำแนะนำด้วยวาจา ไม่มีสื่อในการสอน) อีกทั้งเวลาที่จำกัด รีบเร่ง ส่งผลทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลและเครียด⁹ ส่วนพยาบาลเกิดภาวะเครียดและไม่มีความสุขในการปฏิบัติงานที่มีเวลาจำกัดต้องส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดให้ทันเวลา

จากที่กล่าวมาข้างต้นทีมบริหารร่วมกันวิเคราะห์กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยประยุกต์ใช้แนวคิด¹⁰ในการค้นหาปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแล ได้แก่

1. การไม่ระบุคุณค่า (identify value stream) คือ การไม่ระบุคุณค่าของกิจกรรมสำคัญ ในมุมมองผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งขาดแผนผังสายธารคุณค่า (value stream mapping) ทำให้ไม่ได้รับสิ่งที่มีคุณค่าและคุ้มค่า เช่น

1.1 ระยะก่อนการผ่าตัด หัวหน้าหอตรวจเยี่ยมผู้ป่วย และมีการประเมินกิจกรรมการให้คำแนะนำผู้ป่วย พบว่า พยาบาลให้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง จึงไม่ยอมกลับบ้าน เพราะยังรู้สึกอ่อนเพลีย และรู้สึกตัวตนเองไม่แข็งแรง มีกิจกรรมซ้ำซ้อนกันระหว่างหน่วยงาน หน่วยงานขาดกิจกรรมที่มีคุณค่าเพื่อนำมาเชื่อมต่อสายธารให้มีความสั่นไหวและขจัดความสูญเปล่า กิจกรรมที่ซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงาน (การรายงานแพทย์เจ้าของไข้ การโทรยืนยัน (confirm) การจองเลือดที่คลังเลือด การแจ้งค่าอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด)

1.2 ระยะภายหลังผ่าตัด ระยะนี้พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ไตหลังผ่าตัดตามมาตรฐานวิชาชีพทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ พบปัญหา คือ มีการสอนและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดด้วยวาจาเท่านั้น ทำให้เกิดปัญหาเช่นเดียวกับการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ได้แก่ ไม่ให้พยาบาลวัดสัญญาณชีพ เนื่องจากต้องการพักผ่อนและไม่พึงพอใจพยาบาล (คำร้องเรียนด้วยวาจาของผู้ป่วย) ปวดแผลผ่าตัดแต่ไม่ต้องการยาปวด เนื่องจากกลัวติดยา

ไม่ยอมพลิกตะแคงตัวและไม่ยอมเดิน (ขณะที่พยาบาลจะให้การช่วยเหลือ) เนื่องจากกลัวปวดแผลผ่าตัด (คำร้องเรียนด้วยวาจาของผู้ป่วย) ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืดมากและผู้ป่วยบางรายไม่ยอมบริหารปอด โดยใช้ incentive spirometer ส่งผลให้เกิดถุงลมปอดอักเสบต้องได้รับการรักษาเพิ่ม ส่งผลให้วันนอนโรงพยาบาลนาน ประมาณ 5-7 วัน¹¹

1.3 ระยะก่อนจำหน่ายและจำหน่าย (pre-discharge and discharge nursing care) ผู้ป่วย จะได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง (discharge planning) โดยเริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย มีการสอนและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่ออยู่บ้าน และการทำความสะอาดแผลถอดสายระบาย เลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลด้วยวาจา เช่นเดียวกับระยะก่อนและหลังผ่าตัดแต่เป็นการแนะนำด้วยคำพูด ขาดสื่อการสอนและไม่มีคู่มือสำหรับผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองและ ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจในการดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้านและกลัวติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (คำร้องเรียนด้วย วาจาของผู้ป่วย) จึงไม่ยอมจำหน่ายตามวันที่แพทย์กำหนด เป็นต้น ส่งผลให้วันนอนโรงพยาบาลนาน ประมาณ 5-7 วัน¹¹ ซึ่งแพทย์กำหนดวันจำหน่ายประมาณ 3-4 วัน

ปัญหาด้านพยาบาล พบว่า ไม่ได้ระบุกิจกรรมที่สะท้อนความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละเวทีทำให้ พยาบาลส่วนใหญ่ให้คำแนะนำและฝึกทักษะให้ผู้ป่วยในวันที่ยาจำหน่าย เกิดความเร่งรีบส่งผลให้คำแนะนำไม่ ครบถ้วน และเป็นการสอนตามแบบปกติที่เคยกระทำ ไม่ได้ตอบสนองความต้องการเป็นรายบุคคล

2. ขาดแผนผังสายธารคุณค่า (value stream mapping) คือ การที่ห่อผู้ป่วยพิเศษไม่มีการเขียน แผนผังสายธารของกิจกรรมต่าง ๆ ในระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้ไม่เห็นขั้นตอนของกระบวนการของการ ดำเนินกิจกรรมหนึ่ง ๆ ในผู้ป่วยแต่ละราย

3. การทำงานไม่ไหลลื่นต่อเนื่อง (not smooth flow) คือ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ลื่นไหลอย่าง ต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมที่ซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงาน (การรายงานแพทย์ การตรวจสอบการจ้องเลือด การให้ คำแนะนำค่าอุปกรณ์การแพทย์) เป็นต้น

4. ขาดการดึง (pull system) คือ การไม่ให้ความสำคัญและไม่มุ่งเน้นความต้องการของผู้รับบริการ ทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายโดยที่ไม่มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง พยาบาลมี ภาวะเครียด เนื่องจากมีเวลาที่จำกัดเพราะรีบเร่งส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด มีเวลาจำกัดในการสอนและให้ คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดเตรียมเอกสารต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด

5. การพัฒนาระบบอย่างไม่ต่อเนื่อง ขาดความสมบูรณ์แบบ (inperfection) คือ ขาดการพัฒนา กระบวนการอย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรมที่ไม่มีคุณค่าและไม่กำจัดกิจกรรมที่สูญเปล่า ทำให้ไม่สามารถตอบสนอง ต่อผู้รับบริการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เช่น กิจกรรมที่ซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงาน (การ รายงานแพทย์ การตรวจสอบการจ้องเลือด การให้คำแนะนำค่าอุปกรณ์การแพทย์) การให้คำแนะนำของ พยาบาลด้วยวาจาไม่ครบถ้วนทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองไม่ยอมจำหน่าย ส่วนพยาบาลมี ความวิตกกังวล กลัวทำงานไม่ทันและเร่งรีบ เนื่องจากมีเวลาที่จำกัด ทำให้บุคลากรไม่มีความสุขในการทำงาน (สัมภาษณ์เชิงลึกของบุคลากร) เป็นต้น

การทบทวนวรรณกรรม

การผ่าตัดในผู้ป่วยซึ่งเป็นมะเร็งที่ไต โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

การผ่าตัดในผู้ป่วยซึ่งเป็นมะเร็งที่ไต โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ซึ่งต้องใช้ทีมศัลยแพทย์ที่มีทักษะการผ่าตัดด้วยความชำนาญและประสบการณ์สูง ซึ่งหุ่นยนต์มีแขนกลสามารถหมุนได้ 7 ทิศทาง ทำให้ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดอวัยวะที่มีความซับซ้อนหรือเข้าถึงตำแหน่งการผ่าตัดได้ยาก หุ่นยนต์ประกอบด้วย 4 แขน โดยแขนที่ 1 ช่วยในการถือกล้อง แขนที่ 2 และ 3 ช่วยในการตัดผูกและเย็บเนื้อเยื่อ และแขนที่ 4 ช่วยในการดึงรั้งเนื้อเยื่อเสริมการผ่าตัด ส่วนกล้องหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดเป็นกล้องแผด เพื่อช่วยให้ศัลยแพทย์เห็นภาพเหมือนจริงสามมิติ สุดท้ายเป็นแผงควบคุมหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (master console) โดยศัลยแพทย์นั่งประจำที่ console เพื่อทำการผ่าตัดผ่านจอภาพ

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้¹² 1) กลุ่มโรคมะเร็งของไตและท่อไต ได้แก่ มะเร็งที่ไต มะเร็งกรวยไตและท่อไต 2) มะเร็งที่ไต ส่วนใหญ่ต้องทำการผ่าตัดไตหนึ่งข้าง รวมทั้งต่อมหมวกไตและต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เคียง หรือผ่าตัดไตเฉพาะบางส่วนขึ้นอยู่กับขนาดก้อนเนื้ออกและตำแหน่ง

ข้อห้ามในการผ่าตัด ดังนี้¹² 1) ข้อห้ามเด็ดขาด ได้แก่ ภาวะการแข็งตัวของเลือดบกพร่อง (coagulopathy) ภาวะลำไส้อุดตัน (gut obstruction) ภาวะติดเชื้อบริเวณหน้าท้อง เยื่อบุช่องท้องอักเสบ (generalized peritonitis) หรือภาวะน้ำในช่องท้องจากโรคมะเร็ง (malignant ascites) 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการใส่ใจเป็นพิเศษ (precautions) ได้แก่ โรคอ้วนรุนแรง (morbid obesity) เคยผ่าตัดผ่านทางหน้าท้องหรือบริเวณเอว มีพังผืดในอุ้งเชิงกราน (pelvic fibrosis) ตับหรือม้ามโต มีภาวะน้ำในช่องท้อง (ascites) ตั้งครรภ์ (pregnancy) โรคไส้เลื่อน (hernia) และมีหลอดเลือดโป่งพอง (aneurysm)

ชนิดของการผ่าตัดมะเร็งที่ไต (Renal Cell Carcinoma: RCC) มี 2 วิธีคือ¹² 1) การผ่าตัดนำไตออกทั้งหมดด้วยหุ่นยนต์ (robotic radical nephrectomy) คือ การที่ศัลยแพทย์นำแขนกลของหุ่นยนต์มาช่วยทำการผ่าตัด โดยนำไตข้างที่เป็นมะเร็งออกทั้งหมด รวมทั้งต่อมหมวกไตและต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงออกทั้งหมด เป็นมาตรฐานการรักษาสำหรับมะเร็งที่ไตที่มีขนาด >7 เซนติเมตร 2) การผ่าตัดนำไตออกบางส่วน (robotic partial nephrectomy) คือ การที่ศัลยแพทย์นำแขนกลของหุ่นยนต์มาช่วยทำการผ่าตัด โดยผ่าตัดเอาเฉพาะเนื้อมะเร็งออกและเก็บเนื้อไตที่ดีที่สุด โดยให้บริเวณรอบการผ่าตัดไม่มีเซลล์มะเร็งเหลืออยู่ (negative surgical margin) ถือเป็นทางเลือกแรกในการรักษามะเร็งที่ไตที่มีขนาด <7 เซนติเมตร การผ่าตัดมะเร็งที่ไต โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 200-240 นาที เสียเลือดประมาณ 100-200 มิลลิลิตร ค่าผ่าตัดประมาณ 241,000-290,000 บาท ผลดีของการผ่าตัดคือ มีความแม่นยำและปลอดภัยให้การผ่าตัดที่มีความซับซ้อนในบริเวณที่เข้าถึงได้ยาก โดยเฉพาะไตซึ่งเป็นอวัยวะที่อยู่ลึกและมีลำไส้ซ้อนอยู่ ทั้งยังอยู่ใกล้หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ นอกจากนี้แขนกลหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดยังให้ผลดีกับผู้ป่วยคือ^{7,8,12} ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยลง ผู้ป่วยจึงเสียเลือดน้อย ลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ลดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ลดการกระทบกระเทือนต่ออวัยวะหรือเนื้อเยื่ออื่นรอบ ๆ ไต ผู้ป่วยเจ็บตัวน้อยลง ใช้เวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลน้อยลง และฟื้นตัวเร็วขึ้น รอยแผลเป็นจากการผ่าตัดมีขนาดเล็กมาก

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดมะเร็งที่ไตด้วยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ขณะผ่าตัด ดังนี้^{13,14} 1) ภาวะฟองอากาศในหลอดเลือด (gas embolism) เข้าไปสู่หัวใจห้องล่างขวาแทนที่ปริมาตรเลือดในหัวใจ ทำให้เลือดที่ปั๊มออกจากหัวใจข้างล่างซ้ายไม่พอ ความดันต่ำลงและหัวใจหยุดเต้นได้ เกิดจากขณะผ่าตัดใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์

เข้าไปในหลอดเลือดจากการแทง port พลาตเข้าหลอดเลือด ซึ่งภาวะนี้อันตรายถึงชีวิตแต่เกิดขึ้นได้น้อยมาก
2) หัวใจเต้นผิดปกติ (cardiac arrhythmia) เกิดจากเส้นประสาท valvulus ถูกกระตุ้นหลังจาก peritoneum มีการยืดหยุ่นปล้นขณะใส่แก๊สอย่างรวดเร็ว 3) ภาวะเกิดลมบริเวณอวัยวะต่าง ๆ เช่น ไต ผิวหนัง หน้าอก คอ ช่องท้อง เป็นต้น เกิดจากการใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ผิดตำแหน่ง เข้าไปในชั้น subcutaneous หรือการใส่แก๊สเข้าไปใน extra peritoneal space ซึ่งแก๊สสามารถแทรกซึมตามอวัยวะดังกล่าว แต่แก๊สนี้จะถูกดูดซึมหายภายใน 7 วัน

2. ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ดังนี้¹³ 1) ภาวะเสียเลือดจากการผ่าตัดที่ยุงยากซับซ้อน 2) ภาวะไตปื้นตัวซ้ำ หรือไม่ฟื้นตัวจากไตขาดเลือดนานเกินกว่า 25-30 นาที อาจต้องฟอกไตชั่วคราวหรือถาวร 3) เกิดไส้เลื่อนที่แผลผ่าตัดจากการใส่ port ที่มีตำแหน่งใหญ่มากกว่า 10 มิลลิเมตรขึ้นไป 4) แผลผ่าตัดติดเชื้อจากกระบวนการในท้องผ่าตัดไม่ได้มาตรฐาน 5) ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (venous thrombosis) เกิดจากระยะเวลาผ่าตัดที่นานผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหว 6) แขนขาอ่อนแรงหลังผ่าตัดเกิดจากแขนขาที่ถูกนอนตะแคงทับเกิดภาวะการกดทับเส้นประสาท 7) ลำไส้รั่วเกิดจากเครื่องมือไฟฟ้าพลาตถูกบริเวณลำไส้สังเกตจากผู้ป่วยฟื้นตัวช้า มีไข้ ท้องอืด

แนวคิดลีน

แนวคิดลีนช่วยพัฒนาการบริการให้มีมาตรฐาน¹⁵⁻¹⁷ ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย และพึงพอใจ^{15,16} แนวคิดลีนของ Womack & Jones¹⁰ ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 5 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การระบุคุณค่า (identify value stream) คือ การระบุคุณค่าของบริการในมุมมองผู้รับบริการ
- 2) แผนผังสายธารคุณค่า (value stream mapping) คือ การสร้างสายธารของกิจกรรมที่มีคุณค่า ส่วนกิจกรรมที่ไม่มีคุณค่าให้กำจัดออก
- 3) การทำงานไหลต่อเนื่อง (flow) คือ การทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ที่มีคุณค่าลื่นไหลอย่างต่อเนื่อง
- 4) การดึง (pull system) คือ การให้ความสำคัญและมุ่งเน้นความต้องการของผู้รับบริการ
- 5) การพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความสมบูรณ์แบบ (perfection) คือ การพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง โดยสร้างกิจกรรมที่มีคุณค่าและกำจัดกิจกรรมที่สูญเปล่า ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพนำแนวคิดลีนมาประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากความสำคัญของแนวคิดลีนดังกล่าวมาข้างต้น ทางหอผู้ป่วยได้นำมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งนำมาวิเคราะห์กิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในระยะก่อนและหลังการนำแนวคิดลีนมาประยุกต์ใช้ ซึ่งผู้เขียนจะกล่าวต่อไป

ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ไตซึ่งได้รับการผ่าตัดโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในคลินิกพิเศษร่วมกับแนวคิดลีน

1. ระยะเตรียมการ

1.1 ประชุมทีมงาน เพื่อจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ไตซึ่งได้รับการผ่าตัดโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในคลินิกพิเศษ เริ่มโครงการเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2563

1.2 พัฒนาเครื่องมือ ที่ใช้ในระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ไตซึ่งได้รับการผ่าตัดโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในคลินิกพิเศษร่วมกับแนวคิดลีน ดังนี้

1.2.1 เพิ่มกิจกรรมที่มีคุณค่า (value stream) ได้แก่ การประยุกต์ใช้แนวคิดของ Womack & Jones¹⁰ การพัฒนาระยะนี้แบ่งเป็น 7 ระยะ ดังนี้

1.2.1.1 ระยะที่ 1 พัฒนาแบบประเมินผู้ป่วย robot premium ก่อน admit (qr code รูปที่ 1) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าทำให้ระบบไหลลื่น (flow) เพื่อใช้ในการสื่อสารเกี่ยวกับกิจกรรมที่ปฏิบัติให้ผู้ป่วยเรียบร้อยแล้วและลดกิจกรรมที่ซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงาน ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมที่ไม่มีคุณค่าในห่วงโซ่ผู้ป่วย (value stream mapping) เช่น การรายงานแพทย์เจ้าของไข้ การโทรยืนยันเลือดที่คลังเลือด การแจ้งค่าอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด เป็นต้น ทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น ใช้นเวลานานและรบกวนแพทย์ที่กำลังผ่าตัด จึงมอบหมายให้กิจกรรมดังกล่าวเป็นหน้าที่ของหน่วยที่เกี่ยวข้อง (ตารางที่1 ตารางแสดงกระบวนการและเปรียบเทียบกิจกรรม: ระยะหลังการพัฒนา) ระยะนี้สามารถลดกิจกรรมได้ 5 กิจกรรม ลดระยะเวลาได้ 30 นาที

1.2.1.2 ระยะที่ 2 จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย (care plan)¹⁵ ซึ่งขั้นตอนนี้เป็น การเพิ่มกิจกรรมที่มีคุณค่า (value stream) ทีมผู้บริหารได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย เรื่อง แผนการดูแลรักษาผู้ป่วย ผ่าตัดไตด้วยหุ่นยนต์ (Robotic nephrectomy) (QR code รูปที่ 2) ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมกันและมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องทุก 2 ปี

1.2.1.3 ระยะที่ 3 จัดทำโครงการติดตามเยี่ยมบ้านด้วยโทรศัพท์ (telephone home health care) ซึ่งขั้นตอนนี้เป็น การเพิ่มกิจกรรมที่มีคุณค่า (value stream) จากการปฏิบัติงานพบว่า ผู้ป่วยวิตกกังวลและขาดความมั่นใจที่ต้องจำหน่ายภายใน 3-4 วัน เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าการตนเองอ่อนเพลีย ไม่แข็งแรง และรู้สึกไม่ปลอดภัย จึงไม่ยอมจำหน่าย ทีมพยาบาลจึงสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย โดยจัดทำโครงการนี้ เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในวันที่ 1 และวันที่ 7 หลังจำหน่าย และผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์ปรึกษาพยาบาลได้ตลอดเวลาเมื่อมีปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ยอมจำหน่ายและความวิตกกังวลลดลง ทีมพยาบาลสามารถปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ได้โดยตรง ทำให้ขั้นตอนปรึกษาแพทย์สะดวกรวดเร็ว ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขโดยไม่ต้องมาตรวจที่โรงพยาบาล ไม่เสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่ม

1.2.1.4 ระยะที่ 4 จัดทำคู่มือสำหรับผู้ป่วย¹⁵ ซึ่งขั้นตอนนี้เป็น การเพิ่มกิจกรรมที่มีคุณค่า (value stream) ผู้เขียนจัดทำคู่มือเรื่อง ความรู้และการปฏิบัติตนเมื่อเข้ารับการผ่าตัดเนื้องอกไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (QR code รูปที่ 3) คู่มือนี้นำมาบอกให้กับผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้นและสามารถอ่านทบทวนความรู้ได้จากคู่มือนี้

1.2.1.5 ระยะที่ 5 พัฒนาวิดีโอทัศน์สื่อการสอนซึ่งเป็นเทคโนโลยีมัลติมีเดีย¹⁵ ซึ่งขั้นตอนนี้เป็น การเพิ่มกิจกรรมที่มีคุณค่า (value stream) จากการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานพบว่า พยาบาลมีสมรรถนะที่ต่างกัน ความสามารถในการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแตกต่างกันและเวลาที่จำกัด ส่งผลให้พยาบาลมีความวิตกกังวล กลัวทำงานไม่ทันเนื่องจากขั้นตอนเหล่านี้ใช้เวลานาน ผู้เขียนและทีมจึงพัฒนาวิดีโอทัศน์เพื่อเป็นสื่อการสอนที่มีเนื้อหาครบถ้วน ช่วยในการสื่อสารที่เห็นภาพชัดเจนสามารถเปิดดูได้หลายรอบ จำนวนทั้งหมด 3 เรื่องคือ 1) เรื่อง ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเนื้องอกไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (QR code รูปที่ 4) 2) เรื่อง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดเมื่ออยู่บ้าน (QR code รูปที่ 5) 3) เรื่อง การทำความสะอาดแผลถอดสายระบายเลือดและสารคัดหลั่ง (QR code รูปที่ 6) เพื่อช่วยในการปฏิบัติงานของพยาบาลโดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมอบหมายให้พยาบาลทวนสอบความเข้าใจและฝึกทักษะให้ผู้ป่วยภายหลังจากชมวิดีโอทัศน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ และมั่นใจในการดูแลตนเองขณะนอนโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่าย สรุประยะนี้ สามารถลดระยะเวลาจากเดิม 150 นาทีเหลือ 50 นาที ลดวันนอนโรงพยาบาล 5-7 วันเหลือ 3-4 วัน ลดค่าใช้จ่าย

ประมาณ 25,000-30,000 บาทต่อราย ระดับความวิตกกังวลของพยาบาลลดลงจาก 7.5 คะแนน เหลือ 3 คะแนน (คะแนนเต็ม 10)

1.2.1.6 ระยะที่ 6 พัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไต โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด เพื่อเป็นการกระจายภาระงาน (workload leveling)¹⁵⁻¹⁷ ซึ่งขั้นตอนนี้ทำให้การทำงานลื่นไหล (flow) จากการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่จะให้คำแนะนำและฝึกทักษะให้ผู้ป่วยในวันที่จำหน่าย เกิดความเร่งรีบส่งผลให้คำแนะนำไม่ครบถ้วนและไม่มีเวลาทวนสอบผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบคำถามในการปฏิบัติตัวได้ครบถ้วน เนื่องจากเนื้อหา มีรายละเอียดมากแต่มีเวลาที่จำกัด ผู้เขียนจึงพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไต โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (QR code รูปที่ 7) สำหรับมอบหมายงานให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลให้ผู้ป่วยในแต่ละเวร โดยเริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย พยาบาลสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ตามที่มอบหมาย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และฝึกทักษะครบถ้วนโดยมีพยาบาลทวนสอบ

1.2.1.7 ระยะที่ 7 พัฒนารูปแบบปฏิบัติงาน (Work Instruction: WI)¹⁵ ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งขั้นตอนนี้เพิ่มกิจกรรมที่มีคุณค่า (value stream) เพื่อความปลอดภัยและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 2 ฉบับ คือ เรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมะเร็งที่ไต โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด และเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ไตภายหลังผ่าตัด โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

2. ระยะดำเนินกิจกรรมการพยาบาล ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งที่ไต โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยเป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของพยาบาล โดยให้การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถปรับตัวต่อการผ่าตัดได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ พึ่งตัวเร็ว สามารถจำหน่ายได้ในเวลาที่แพทย์กำหนดและดำรงชีวิตอย่างปกติสุข โดยนำกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย¹⁸ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ระยะก่อนจำหน่ายและจำหน่าย และระยะภายหลังจำหน่าย ดังนี้

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative nursing care)^{18,19} ดังนี้

2.1.1 เตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งปรึกษาอายุรแพทย์ (กรณีมีโรคประจำตัว) การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

2.1.2 เตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ โดยสร้างสัมพันธภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส ทักทายผู้ป่วยด้วยท่าทางที่อบอุ่นและเป็นมิตร ร่วมกับการประเมินความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วย

2.1.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด (หลักเสียงข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวการผ่าตัด) และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดที่ช่วยให้ฟื้นตัวเร็ว เช่น การออกกำลังกาย/การใช้เครื่องบีบอัดลมเป็นระยะ ๆ (Sequential Compression Device: SCD) การหายใจเข้า-ออกลึก ๆ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและให้ร่วมมือในการปฏิบัติตัว และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเป็นระยะเพื่อคลายความวิตกกังวล

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด (postoperative nursing care)^{18,20,21} โดยปกติผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดจะนอนที่ห้องพักฟื้นประมาณ 2 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการและเมื่ออาการคงที่ แพทย์จะพิจารณาส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย การพยาบาลบนหอผู้ป่วย มีดังนี้

2.2.1 การดูแลด้านร่างกาย โดยประเมินและสังเกตระดับความรู้สึกตัว (consciousness) และระบบหายใจทันทีที่ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด (ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวไม่ดี/มีอาการคลื่นไส้ให้จัดท่านอนตะแคง ศีรษะเอียงไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลักและป้องกันลื่นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจ) ระบบไหลเวียนโลหิต (ประเมินภาวะการตกเลือดจากการผ่าตัด) ระบบหัวใจและหลอดเลือด¹⁴ (ขณะผ่าตัดใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ทำให้เลือดไหลเวียนกลับลดลง หัวใจเต้นผิดปกติหวั่นไหวและความดันโลหิตต่ำลง) ระบบประสาท¹⁴ (มักเกิดกับผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากมีภาวะเสี่ยงภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น อาการเพ้อ สับสน ความจำผิดปกติ เป็นต้น) ตำแหน่งบาดแผลและท่อระบายสารเหลวต่าง ๆ (ประเมินปริมาณเลือดและสารคัดหลั่ง) โดยประเมินสัญญาณชีพและปฏิบัติตามการประเมิน เฝ้าระวังและจัดการต่ออาการและอาการแสดงเตือนของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Ramathibodi Early Warning score: REWs) ประเมินระบบไตและปัสสาวะ ประเมินสารน้ำและสอบถามคะแนนความปวด (เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและสามารถ early ambulation ได้)

2.2.2 การดูแลด้านจิตใจ^{18,20} โดยให้กำลังใจ ปลอบโยนและช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเป็นระยะ ด้วยท่าทางที่เห็นอกเห็นใจและสุภาพอ่อนโยน ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

2.2.3 การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด^{18,20} โดยมีพยาบาลให้ความรู้ คำแนะนำ ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมและฝึกทักษะต่าง ๆ เช่น การพลิกตะแคงตัว (เพื่อป้องกันแผลกดทับ) การหายใจเข้า-ออกลึก ๆ /ใช้อุปกรณ์บริหารปอด (incentive spirometer) (ช่วยลดและป้องกันภาวะถุงลมปอดแฟบ (atelectasis) และกระตุ้นให้ผู้ป่วย early ambulation (เพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ ลดอาการท้องอืดและเพิ่มการไหลเวียนของเลือดส่งเสริมให้ฟื้นตัวเร็ว) การใช้เครื่อง SCD (ป้องกันหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขาอุดตัน/ลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด) และดูแลป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับหรืออาการชาจากการใช้เครื่อง SCD เป็นต้น

2.2.4 การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายและจำหน่าย (pre-discharge and discharge nursing care)^{21,22} ผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง (discharge planning) โดยเริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย มีการประเมินร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย พยาบาลทำหน้าที่ให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามหลักการ D-METHOD^{21,22} เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การรับประทานอาหารและยา การมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เป็นต้น

2.2.5 การพยาบาลระยะภายหลังจำหน่าย (post discharge nursing) ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วย พยาบาลมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในวันที่ 1 และวันที่ 7 หลังจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้และติดตามผลการปฏิบัติตัวภายหลังการให้คำแนะนำ และผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์มาที่หอผู้ป่วยเพื่อปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งเมื่อนำระบบสืบทอดมาพัฒนาโดยพัฒนาโครงการ telephone home health care เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วยโดยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในวันที่ 1 และวันที่ 7 หลังจำหน่าย และผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์ปรึกษาพยาบาลได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ยอมจำหน่าย ทีมพยาบาลสามารถปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ได้โดยตรง ทำให้ขั้นตอน

ปรึกษาแพทย์สะดวกรวดเร็ว ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขโดยไม่ต้องมาตรวจที่โรงพยาบาล ไม่เสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่ม ระยะนี้เพิ่มกิจกรรมที่มีคุณค่า 2 กิจกรรม และเพิ่มระยะเวลา 10 นาที

3. ระยะประเมินผล

การประเมินผล คือ ผลลัพธ์ของการประยุกต์ใช้สื่อกับการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นมะเร็งที่ไตที่ได้รับการผ่าตัด โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด มีดังนี้

3.1 มีแบบประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา (admit) แนวทางการดูแลผู้ป่วยและวิธีปฏิบัติงาน วัตถุประสงค์ที่เป็นสื่อในการช่วยสอนให้ความรู้ผู้ป่วย ระบบการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ คู่มือสำหรับผู้ป่วย แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

3.2 สามารถลดกิจกรรมซ้ำซ้อนจาก 67 กิจกรรม เป็น 56 กิจกรรม (ตารางที่ 1)

3.3 สามารถลดระยะเวลาในการให้ความรู้เรื่องการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งที่ไต โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดจาก 150 นาที เป็น 50 นาที

3.4 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดและเมื่อจำหน่าย เช่น ถุงลมปอดอักเสบ ท้องอืดมาก เป็นต้น

3.5 ผู้ป่วยและญาติสามารถทำความเข้าใจดูแลได้ถูกต้อง ร้อยละ 100

3.6 สามารถลดค่าใช้จ่ายประมาณ 25,000-30,000 บาทต่อราย

3.7 สามารถดาวน์นอนโรงพยาบาลจาก 5-7 วัน เหลือ 3-4 วัน

3.8 ระดับความวิตกกังวลของพยาบาลจาก 7.5 คะแนน ลดลงเหลือ 3 คะแนน (คะแนนเต็ม 10)

3.9 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาล (ระดับมากที่สุด) ร้อยละ 100

3.10 ความสุขในการทำงานของพยาบาล (ระดับมากที่สุด) ร้อยละ 100

						
QR code ที่ 1	QR code ที่ 2	QR code ที่ 3	QR code ที่ 4	QR code ที่ 5	QR code ที่ 6	QR code ที่ 7

ภาพที่ 1 แสดง QR code เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยซึ่งได้รับการผ่าตัดมะเร็งที่ไต โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

ตารางที่ 1 แสดงกระบวนการและเปรียบเทียบกิจกรรมระยะก่อนพัฒนาและกิจกรรมระยะหลังการพัฒนา
ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งที่ไต โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

กิจกรรมระยะก่อนการพัฒนา	กิจกรรมระยะหลังการพัฒนา
กระบวนการที่ 1 กระบวนการลงทะเบียนของหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกศัลยกรรมพิเศษ	
1. ชักประวัติ 2. ทวนสอบความประสงค์ในการผ่าตัด 3. อธิบายค่าใช้จ่าย 4. ตรวจสอบเอกสาร: ฟอรม ก./ฟอรม ข./ฟอรม HIV/ ใบจองเลือด/ใบ lap pre op 5. จองคิวผ่าตัด 6. pre-op teaching เบื้องต้น 7. แนะนำการเจาะเลือด 8. ตรวจสอบยาที่ต้องงดก่อนผ่าตัด 9. นัดพบวิสัญญีแพทย์/อายุรแพทย์ 10. ส่งใบ fax จองเตียงที่ประชาสัมพันธ์ศูนย์การแพทย์ สิริกิติ์ (รวม 14 กิจกรรม)	1. ชักประวัติ 2. ทวนสอบความประสงค์ในการผ่าตัด 3. อธิบายค่าใช้จ่าย 4. ตรวจสอบเอกสาร: ฟอรม ก./ฟอรม ข./ฟอรม HIV/ ใบจองเลือด/ใบ lap pre op 5. จองคิวผ่าตัด 6. pre-op teaching เบื้องต้น 7. แนะนำการเจาะเลือด 8. ตรวจสอบยาที่ต้องงดก่อนผ่าตัด 9. นัดพบวิสัญญีแพทย์/อายุรแพทย์ 10. ตัดออก* 11. ส่งใบจองเตียงใน line application ให้ประชาสัมพันธ์ ศูนย์การแพทย์ สิริกิติ์** (รวม 15 กิจกรรม)
กระบวนการที่ 2 การส่งต่อพยาบาลประสานงานศูนย์การแพทย์ สิริกิติ์ และการจองห้องพัก	
1. ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ได้แก่ ใบมดจำ/การส่งประวัติวิสัญญีแพทย์/อายุรแพทย์ 2. ตรวจสอบยาที่งดก่อนผ่าตัด 3. ตรวจสอบ lap: pre-op 4. แจ้งทีมวิสัญญีแพทย์/ทีมแพทย์ผ่าตัด 5. pre -op teaching เบื้องต้น 6. บันทึกลงในแบบประเมินผู้ป่วย 7. รับจองห้องพัก (รวม 10 กิจกรรม)	1. ตัดออก* 2. ตัดออก* 3. ตัดออก* 4. แจ้งทีมวิสัญญีแพทย์/ทีมแพทย์ผ่าตัด 5. ตัดออก* 6. ตัดออก* 7. บันทึกลงในแบบประเมินผู้ป่วย robot premium** 8. ตัดออก* (รวม 3 กิจกรรม)
กระบวนการที่ 3 การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (ก่อนนอนโรงพยาบาล) ของพยาบาลหน่วยประสานงาน	
1. ก่อนวันนอนโรงพยาบาล: โทรศัพท์ confirm ผู้ป่วย เรื่อง การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด/วันและเวลานอนโรงพยาบาล/ ยาที่ต้องงดก่อนผ่าตัด/ตรวจสอบ lab pre-op/ ตรวจสอบความพร้อมของเอกสารก่อนผ่าตัด 2. confirm การจองเลือดที่ blood bank	1. ก่อนวันนอนโรงพยาบาล: โทรศัพท์ confirm ผู้ป่วย เรื่อง การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด/วันและเวลานอนโรงพยาบาล/ ยาที่ต้องงดก่อนผ่าตัด/ตรวจสอบ lab pre-op/ ตรวจสอบความพร้อมของเอกสารก่อนผ่าตัด 2. confirm การจองเลือดที่ blood bank

กิจกรรมระยะก่อนการพัฒนา	กิจกรรมระยะหลังการพัฒนา
กระบวนการที่ 3 การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (ก่อนนอนโรงพยาบาล) ของพยาบาลหน่วยประสานงาน (ต่อ)	
3. วันนอนโรงพยาบาล: ตรวจสอบใบเสร็จค่ามัดจำ/ ประเมินผู้ป่วย/โทรศัพท์ส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย/แจ้งทีมแพทย์เจ้าของไข้/ทีมวิสัญญีแพทย์/แจ้งอาจารย์เจ้าของไข้ (รวม 12 กิจกรรม)	3. วันนอนโรงพยาบาล: ตรวจสอบใบเสร็จค่ามัดจำ/ประเมินผู้ป่วย/โทรศัพท์ส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย/แจ้งทีมแพทย์เจ้าของไข้/ทีมวิสัญญีแพทย์/แจ้งอาจารย์เจ้าของไข้ (รวม 12 กิจกรรม)
กระบวนการที่ 4 การรับเข้าเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ	
1. รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยจาก ปชส. 2. เตรียมห้องสำหรับรับผู้ป่วยใน 3. ลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน (รวม 3 กิจกรรม)	1. รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยจาก ปชส. 2. เตรียมห้องสำหรับรับผู้ป่วยใน 3. ลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน (รวม 3 กิจกรรม)
กระบวนการที่ 5 การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดดมยาสลบโดยใช้วิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (หลังนอนโรงพยาบาล)	
1. ซักประวัติ 2. ตรวจสอบการจ้องเลือด/Lab/ฟอร์ม ก/ฟอร์ม ข 3. แจ้งทีมวิสัญญีแพทย์/แพทย์ผ่าตัด/แพทย์เจ้าของไข้ 4. ทวนสอบการเตรียมตัวตามใบ pre-op checklist 5. สอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วย 6. ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด (รวม 11 กิจกรรม)	1. ซักประวัติ 2. ตรวจสอบ Lab/ฟอร์ม ก/ฟอร์ม ข (ตัดกิจกรรมจ้องเลือดออก*(1 กิจกรรม) 3. ตัดออก* (3 กิจกรรม) 4. ทวนสอบการเตรียมตัวตามใบ pre-op checklist 5. ตัดออก* (1 กิจกรรม) 6. ให้ผู้ป่วยชมวิดีโอทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดดมยาสลบโดยใช้วิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด** 7. ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด (รวม 7 กิจกรรม)
กระบวนการที่ 6 การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดดมยาสลบโดยใช้วิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด	
1. การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ 2. ให้ความรู้และฝึกทักษะเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านหลังผ่าตัดดมยาสลบ/การทำความสะอาดแผล (รวม 3 กิจกรรม)	1. การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ 2. ให้ผู้ป่วยชมวิดีโอทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดดมยาสลบและวิดีโอทัศน์เรื่องการทำความสะอาดแผล (รวม 3 กิจกรรม)
กระบวนการที่ 7 การจำหน่าย	
1. ตรวจสอบคำสั่งการจำหน่ายที่ใบ order/ในคอมพิวเตอร์ 2. ประสานงานห้องยา/การเงิน/งานแม่บ้าน/ประชาสัมพันธ์/แจ้งการรักษา/ผู้ป่วยชำระค่ารักษา 3. นำยาและอุปกรณ์ทำแผลให้ผู้ป่วยกลับบ้าน 4. ทวนสอบความรู้การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การทำความสะอาดแผล/การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	1. ตรวจสอบคำสั่งการจำหน่ายที่ใบ order/ในคอมพิวเตอร์ 2. ประสานงานห้องยา/การเงิน/งานแม่บ้าน/ประชาสัมพันธ์/แจ้งการรักษา/ผู้ป่วยชำระค่ารักษา 3. นำยาและอุปกรณ์ทำแผลให้ผู้ป่วยกลับบ้าน 4. ตัดออก* (มี 2 กิจกรรม)

กิจกรรมระยะก่อนการพัฒนา	กิจกรรมระยะหลังการพัฒนา
กระบวนการที่ 7 การจำหน่าย (ต่อ)	
5. ให้คำแนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาตรวจก่อนวันนัด 6. มอบเบอร์โทรศัพท์หผู้ป่วย (รวม 13 กิจกรรม)	5. ตัดออก* 6. มอบเบอร์โทรศัพท์หผู้ป่วย (รวม 10 กิจกรรม)
กระบวนการที่ 8 การติดตามผลการรักษา	
1. แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด (รวม 1 กิจกรรม)	1. แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 2. ติดตามผู้ป่วยโดยโทรศัพท์สอบถามอาการในวันที่ 1 และวันที่ 7 หลังจำหน่าย** (รวม 3 กิจกรรม)
รวมทั้งหมด 67 กิจกรรม	รวมทั้งหมด 56 กิจกรรม

หมายเหตุ สัญลักษณ์ * หมายถึง กิจกรรมที่ตัดออก สัญลักษณ์** หมายถึง กิจกรรมใหม่

สรุป

การนำแนวคิดมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้รับการผ่าตัดมะเร็งที่ไตด้วยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในคลินิกพิเศษ เป็นการส่งเสริมให้ขั้นตอนแต่ละระยะการพยาบาลมีคุณภาพและนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีทั้งในด้านผู้ป่วย คือ ได้รับความรู้และทักษะการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด ก่อนจำหน่ายและติดตามภายหลังจำหน่ายด้วยการเยี่ยมทางโทรศัพท์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พยาบาลมีคู่มือสำหรับผู้ป่วยในหน่วยงานและมาตรฐานของโรงพยาบาล ซึ่งควรใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ โดยผู้บริหารควรร่วมกันวางแผน ออกแบบระบบและกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมแบบองค์รวมและมีมาตรฐานวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์มีความภาคภูมิใจในวิชาชีพและมีความสุขในการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. การนำไปใช้ ผู้บริหารการพยาบาลในหน่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ทีมแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ ในระยะที่เริ่มโครงการระบบการดูแลผู้ป่วยในโรคกลุ่มอื่น ๆ
2. ควรพัฒนางานนี้ให้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ในผู้ป่วยซึ่งได้รับการผ่าตัดมะเร็งที่ไต โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดในคลินิกพิเศษและกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). Cancer today GLOBOCAN 2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 15]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf>
2. National Cancer Institute Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand. Hospital-based cancer registry 2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 15]. Available from: https://www.nci.go.th/th/cancer_record/download/Hosbased-2022-1.pdf (in Thai)
3. Ramathibodi Comprehensive Center. Cancer report [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 15]. Available from: www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/sites/default/files/public/cancerreport/pdf/Annual_CancerReport_2022.pdf
4. Krittyakirana K, Vejchapipat P, Jittaraphap S, editors. Surgery vol. 2. 14th ed. Bangkok: Department of Surgery Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2020. (in Thai)
5. Pahouja G, Sweigert SE, Sweigert PJ, Gorbonos A, Patel HD, Gupta GN. Does size matter? Comparing robotic versus open radical nephrectomy for very large renal masses. Urol Oncol 2022;40(10):456.e1-e7. doi: 10.1016/j.urolonc.2022.05.015.
6. Rose KM, Navaratnam AK, Faraj KS, Abdul-Muhsin HM, Syal A, Elias L, et al. Comparison of open and robot assisted radical nephrectomy with level I and II inferior vena cava tumor thrombus: the mayo clinic experience. Urology 2020;136:152-7. doi: 10.1016/j.urology.2019.11.002.
7. Luciani LG, Chiodini S, Mattevi D, Cai T, Puglisi M, Mantovani W, et al. Robotic-assisted partial nephrectomy provides better operative outcomes as compared to the laparoscopic and open approaches: results from a prospective cohort study. J Robot Surg 2017;11(3):333-9. doi: 10.1007/s11701-016-0.
8. Gul ZG, Tam A, Badani KK. Robotic partial nephrectomy: the current status. Indian J Urol 2020;36(1):16-20. doi: 10.4103/iju.IJU_174_19.
9. Ignatavicius DD. Overview of professional nursing concepts for medical-surgical nursing. In: Ignatavicius DD, Workman ML, Rebar CR. Medical-surgical nursing: concepts for interprofessional collaborative care. 9th ed. St. Louis: Elsevier; 2018. p. 1-12.
10. Womack JP, Jones DT. Lean thinking banish waste and create wealth in your corporation. 2nd ed. New York: Free Press; 2003.

11. Information Division, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital. 2020 Inpatient statistics (IPD) [Computer program] Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital [Intranet]. 2020 [cited 2025 Mar 3]. Available from: <https://app.powerbi.com/home?experience=power-bi> (in Thai)
12. Kijvikai K. Preoperative evaluation, basic principle of laparoscopic and robotic renal surgery, positioning, exit abdomen and postoperative care. In: Kijvikai K, editor. Textbook of laparoscopic and robotic renal surgery. Bangkok: Ramathibodi Textbook Project, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2013. p 111-4. (in Thai)
13. Kijvikai K. Complications of laparoscopic and robotic renal surgery. In: Kijvikai K, editor. Textbook of laparoscopic and robotic renal surgery. Bangkok: Ramathibodi Textbook Project, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2013. p. 311-20. (in Thai)
14. Pasutharnchat K. Physiology and anesthesiology in laparoscopic and robotic renal surgery. In: Kijvikai K, editor. Textbook of laparoscopic and robotic renal surgery. Bangkok: Ramathibodi Textbook Project, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2013. p 41-58. (in Thai)
15. Suphachutikul A, editor. Lean & seamless healthcare. Nonthaburi: Book Dee One; 2009. (in Thai)
16. Graban M. Lean hospitals: improving quality, patient safety, and employee engagement. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press; 2012.
17. Black J, Miller D, Sensel J. The Toyota way to healthcare excellence: increase efficiency and improve quality with lean. 2nd ed. Chicago: Heath administration press; 2016.
18. Orathai P. Nursing before and after surgery. In: Senadisai S, Prapaipanich W, editors. Basic nursing: concepts and practice. 13th ed. Bangkok: Judthong; 2015. p. 738-56. (in Thai)
19. Berman A, Snyder SJ. Perioperative nursing. In: Berman A, Snyder SJ. Kozier & Erb's fundamentals of nursing: concepts, process, and practice. 9th ed. Boston: Pearson; 2012. p. 959-97.
20. Patricia W. Care of the surgical patient. In: Patricia W. Fundamental concepts and skills for nursing. 6th ed. St. Louis: Elsevier; 2022. p. 749-74.
21. Bunlikitkul T, Phumduang A. Admitting discharging transferring and referring the client. In: Phumduang A, editor. Fundamental of nursing: nursing practice. 5th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2019. p. 9-22. (in Thai)
22. Wongmanee K. Discharge planning for patients who need home mechanical ventilation: a case study. TRC Nurs J 2024;17(3):1-14. (in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
Effects of an Enhanced Self-Efficacy Program on Stroke Prevention
Behaviors among Patients with Hypertension

ตฤณชาติ บ่อไทย* สุรชาติ สิทธิปกรณ์** อภิญญา วงศ์พิริยโยธา***
Trinnachart Borthai* Surachat Sittipakorn** Apinya Wongpiriyayothar***

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนดินแดง เลือกรandomized แบบเจาะจง จำนวน 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 17 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81 และแบบทดสอบสภาพสมองของไทยในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบของฟิชเชอร์ สถิติทดสอบที่แบบจับคู่ และสถิติทดสอบที่แบบอิสระ

Received: June 8, 2024

Revised: April 1, 2025

Accepted: April 8, 2025

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย 44150. E-mail: borthaitrinnachart@gmail.com

* Graduate Student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing. Faculty of Nursing. Mahasarakham University, Mahasarakham, Thailand 44150. E-mail: borthaitrinnachart@gmail.com

** Corresponding Author, อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย 44150. E-mail: surachat.s@msu.ac.th

** Corresponding Author, Lecturer Adult and Gerontological Nursing Department. Faculty of Nursing. Mahasarakham University, Mahasarakham, Thailand 44150. E-mail: surachat.s@msu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย 44150. E-mail: apinya.w@msu.ac.th

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing. Mahasarakham University, Mahasarakham, Thailand 44150. E-mail: apinya.w@msu.ac.th

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 4.02$, S.D. = .31) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.57$, S.D. = .29, $t = 6.39$, $p < .05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 3.75$, S.D. = .29, $t = 2.60$, $p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นพยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง

Abstract

Patients with hypertension are at increased risk of stroke, which can result in disability and death; however, stroke can be prevented by promoting appropriate preventive behaviors among patients. This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of an enhanced self-efficacy program on stroke prevention behaviors in patients with hypertension. The sample consisted of 34 hypertensive patients receiving treatment at the Chronic Illness Clinic of Non Din Daeng Hospital. The participants were assigned to experimental and control groups, with 17 participants in each group. The experimental group received the enhanced self-efficacy program for eight weeks, while the control group received routine nursing care. The instrument for collecting data was a questionnaire on stroke prevention behaviors with a Cronbach's alpha coefficient of 0.81. The Thai Mental State Examination (TMSE.) was also used for screening elderly patients. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, paired sample t-test, and independent sample t-test.

The results showed that after the experimental group received the intervention, the mean score for stroke prevention behaviors ($\bar{X} = 4.02$, S.D. = .31) was significantly higher than before the intervention ($\bar{X} = 3.57$, S.D. = .29, $t = 6.39$, $p < .05$). Additionally, the experimental group's post-intervention scores were higher than those of the control group ($\bar{X} = 3.75$, S.D. = .29, $t = 2.60$, $p < .05$). These findings suggest that nurses caring for hypertensive patients in chronic illness clinics should apply enhanced self-efficacy programs to promote effective stroke prevention behaviors.

Keywords: self-efficacy program, stroke prevention behaviors, hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคไม่ติดต่อที่สำคัญและเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงจะไม่แสดงอาการเตือน แต่นำไปสู่ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ไต และอวัยวะสำคัญอื่น ๆ เป็นสาเหตุของความพิการและเสียชีวิต¹ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดัน

โลหิตสูง คือผู้ที่มีระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท จากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล^{1,2} ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1.28 พันล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยถึง 700 ล้านคนได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม³ และโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในประชากรทั่วโลกอีกด้วย⁴ สถิติประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6.08 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 7.09 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2566 สถิติในจังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 129,351 คน เพิ่มขึ้นเป็น 153,695 คน ในปี พ.ศ. 2566⁵

โรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแดงถูกทำลายและเกิดการหนาตัวขึ้น แข็ง รวมทั้งตีบแคบ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น⁶ มีงานวิจัยพบว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง⁷ และทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 23.1 มากเป็นลำดับ 2 รองจากโรคไตเรื้อรังที่พบ ร้อยละ 28.7⁷ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น แต่โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดอย่างเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาต และสูญเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและเป็นอัมพาตเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงสูง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลเฉลี่ย 15 ชั่วโมงต่อวัน และยังมีภาระค่าใช้จ่ายถึง 3,330 บาทต่อเดือน⁸ นอกจากนี้เป็นปัญหาด้านร่างกายของผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นภาระของผู้ดูแลอีกด้วย จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบอย่างกว้างขวาง ต่อทั้งระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงควรมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน ลดภาระต่อครอบครัว และช่วยควบคุมปัญหาทางสาธารณสุขในระยะยาว ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงควรมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การกระทำที่แสดงถึงความสามารถในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการควบคุมการรับประทานอาหารรสเค็ม รสมัน และรสหวาน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ควบคุมน้ำหนัก การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และรับการตรวจรักษาเป็นประจำ^{1,9} แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่เหมาะสมในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง¹⁰ ด้านการรับประทานยา^{11,12} และด้านการมารับการตรวจตามนัด¹² ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 65.7¹³ การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เหมาะสมอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่าที่ควร

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีเพียง 1 เรื่องที่ศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹⁴ ซึ่งใช้กิจกรรมกลุ่มและการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง และใช้โทรศัพท์ในการติดตาม 4 ครั้ง ในระยะเวลา 8 สัปดาห์¹⁴ แม้ผลการวิจัยพบว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง¹⁴ แต่งานวิจัยยังไม่มีผลการนำเสนอผลของ

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน ยังขาดการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมตามคำแนะนำของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งยุโรป (European Society of Hypertension)⁹ เช่น ขาดด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การควบคุมน้ำหนัก และด้านการรับการตรวจตามนัดต่อเนื่อง¹⁴ ซึ่งผลการวิจัยไม่สามารถสรุปได้ว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละด้านหรือไม่ เนื่องจากภาระงานของพยาบาลที่ต้องมีความจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินกิจกรรมที่มีความเหมาะสม เช่น หลีกเลี้ยงกิจกรรมกลุ่ม และการใช้อุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่เพื่อติดตามดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อส่งข้อมูลความรู้และการกระตุ้นเตือนระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยในปัจจุบันมีงานวิจัยที่มีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้น¹⁵

โปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพัฒนาจากแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura)¹⁶ ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) และมีการกำหนดความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติ (outcome expectation) ทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งสามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ด้วย 4 วิธีการ ร่วมกับคำแนะนำของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งยุโรป (European Society of Hypertension)⁹ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่เน้นเป็นรายบุคคล ได้แก่ 1) การลดการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ 2) การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (mastery experiences) แบ่งเป็น การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ฝึกทักษะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา และการมารับการตรวจตามนัด มอบคู่มือส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งภาพความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ 3) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จ (vicarious experience) คือการนำเสนอภาพและวิดีโอของผู้ที่ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ และ 4) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) คือ การพูดเชิญชวนให้ปฏิบัติป้องกันโรคหลอดเลือดสมองขณะเข้าร่วมกิจกรรม และสร้างแรงจูงใจทางแอปพลิเคชันไลน์ และนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 30 เตียง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในพื้นที่ 3 ตำบล มีความคาดหวังว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้นและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory)¹⁶ ร่วมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁹ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย พบกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1-3 ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 4 และ 6 ประเมินติดตามจำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 5 และ 7 และประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 8 ทำให้กลุ่มตัวอย่าง

มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น ประกอบด้วย 1) การลดการกระตุ้นทางอารมณ์ด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพ 2) การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง คือการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ฝึกทักษะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา และการมารับการตรวจตามนัด มอบคู่มือส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งภาพความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ 3) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จ คือการนำเสนอภาพและวิดีโอของผู้ที่ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ และ 4) การใช้คำพูดชักจูง เชิญชวนให้ปฏิบัติป้องกันโรคหลอดเลือดสมองขณะเข้าร่วมกิจกรรมและสร้างแรงจูงใจทางแอปพลิเคชันไลน์ และนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไร
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วัดผลก่อนและภายหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งรายใหม่และรายเก่าซึ่งมีอายุมากกว่า 18 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีรหัสโรค (ICD10) คือ I10 ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากประชากรที่มีคุณสมบัติ

ตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยการจับคู่ (matched pair) ด้วยอายุ และเพศ ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกันมากที่สุด

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมที่ระบุในเวชระเบียน เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ เป็นต้น 2) รู้สึกตัวดี การรับรู้ปกติ ไม่มีปัญหาทางการได้ยินและการมองเห็น มีความสามารถอ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ 3) มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ เข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ต และสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ 4) มีที่อยู่สามารถติดต่อได้ในอำเภอโนนดินแดง และ 5) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันจนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งต่อ หรือเสียชีวิต 2) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด 3) ย้ายออกจากพื้นที่ และไม่สามารถติดต่อได้ และ 4) ผู้ป่วยที่ประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE) น้อยกว่า 24 คะแนน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ใช้การทดสอบทางเดียว (one-tailed-test) กำหนดค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 95% ระดับอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.99 คำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของชินกรณ แดงกาไสย และคณะ¹⁴ เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีขนาดอิทธิพล 2.11 จากพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีขนาดอิทธิพลมาก ผู้วิจัยใช้ตารางของโคเฮน¹⁷ ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าอิทธิพลสูงสุดในตารางที่ 1.4 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 17 คนต่อกลุ่ม ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 17 คน และกลุ่มควบคุม 17 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Thai Mental State Examination :TMSE)¹⁸ ใช้ประเมินการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ทดสอบภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คะแนนเต็ม 30 คะแนน ได้คะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป เข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ที่อยู่ปัจจุบัน หมายเลขโทรศัพท์ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และประวัติโรคร่วม

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย⁹ เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 27 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านการรับประทานอาหาร

7 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย 6 ข้อ 3) ด้านการจัดการความเครียด 4 ข้อ 4) ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 4 ข้อ 5) ด้านการรับประทานยา 4 ข้อ และ 6) ด้านการมารับการตรวจตามนัด 2 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 11 ข้อ แบบสอบถามใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert rating scales) 5 ระดับ คือ

5 เท่ากับ ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 6-7 ครั้ง/สัปดาห์
4 เท่ากับ ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 4-5 ครั้ง/สัปดาห์
3 เท่ากับ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 2-3 ครั้ง/สัปดาห์
2 เท่ากับ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 1 ครั้ง/สัปดาห์
1 เท่ากับ ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ไม่ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น

มีเกณฑ์ในการแปลผลระดับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติเป็น 5 ระดับ¹⁹ ดังนี้ ระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.51-5.0 ระดับมาก เท่ากับ 3.51-4.5 ระดับปานกลาง เท่ากับ 2.51-3.5 ระดับน้อย เท่ากับ 1.51-2.5 และระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1.00-1.5

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พัฒนาโดยผู้วิจัยโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹⁶ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

1. แผนการสอนโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับพยาบาล ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยวิธีการ 4 วิธี ดังนี้ 1) การลดการกระตุ้นทางอารมณ์ ด้วยการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ เตรียมความพร้อมในการทำกิจกรรม 2) การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งชุดความรู้ทางแอปพลิเคชันไลน์ 3) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จ ด้วยการให้รับชมรูปภาพและวิดีโอตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ส่งรูปภาพและวิดีโอของตัวอย่างทางแอปพลิเคชันไลน์ และ 4) การใช้คำพูดชักจูง และการส่งข้อความชักจูงให้เกิดการปฏิบัติทางแอปพลิเคชันไลน์

2. คู่มือส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ด้านการรับประทานยา และด้านการมารับการตรวจตามนัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่า CVI = 1 มีการปรับข้อความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปทดลองกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโนนดินแดง จำนวน 5 คน สามารถอ่านและเข้าใจเนื้อหาที่ถ่ายทอด ส่วน

แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนำไปทดลองกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่งานผู้ป่วยนอก 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 076-076/2566 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเคารพบุคคล การเก็บความลับ การป้องกันการเกิดอันตรายขณะเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรักษาประโยชน์ ผู้วิจัยอธิบายประโยชน์ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยได้ตามต้องการ กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะปฏิเสธการร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ กลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้และทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการทดลอง และเสนอผลของการดำเนินการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และเข้าพบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่คลินิกผู้ป่วยนอก ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และลงนามในแบบฟอร์มขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อน หลังจากนั้นจึงดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 ทั้งสองกลุ่มด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ทั้งสองกลุ่ม ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างซึ่งมารับตรวจตามนัด ได้รับการตรวจวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก ซักประวัติ และตรวจพบแพทย์ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา ระยะเวลา 5 นาที พยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูงให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการนัดติดตามอาการครั้งต่อไป ระยะเวลา 5 นาที กลุ่มตัวอย่างไปรอรับยา ระยะเวลา 30 นาที เภสัชกรให้คำแนะนำระยะเวลา 5 นาที หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างกลับบ้านและมาพบแพทย์ตามนัดและพบผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 8

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 8 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรม จำนวน 6 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 1) การลดการกระตุ้นทางอารมณ์ ด้วยการสร้างสัมพันธภาพและเตรียมความพร้อมในการทำกิจกรรม แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การทำกิจกรรม และประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลา 15 นาที 2) การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง แบ่งเป็น ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการ

จัดการความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ด้านการรับประทานยา และด้านการมารับการตรวจตามนัด ใช้สื่อนำเสนอ PowerPoints มอบคู่มือส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่งข้อมูลความรู้ เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวทางแอปพลิเคชันไลน์ ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที 3) การใช้คำพูดชักจูง จูงใจให้ ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และส่งข้อความจูงใจทางแอปพลิเคชันไลน์ ระยะเวลา 15 นาที

ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย 1) การลดการกระตุ้นทางอารมณ์ ผู้วิจัยสร้าง สัมพันธภาพ และเตรียมความพร้อมในการทำกิจกรรม ระยะเวลา 15 นาที 2) การสร้างประสบการณ์ที่ประสบ ความสำเร็จด้วยตนเอง ด้วยการฝึกทักษะเป็นรายบุคคล ในการเลือกรับประทานอาหาร ลดหวาน มัน เค็ม เลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ลดดื่มสุรา การควบคุมน้ำหนัก ทักษะการรับประทานยาลดความดันโลหิต และการบันทึกการมาตรวจตามนัด ส่งข้อมูล ความรู้ทางแอปพลิเคชันไลน์ ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที 3) การใช้คำพูดชักจูง จูงใจปฏิบัติพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และส่งข้อความกระตุ้นทางแอปพลิเคชันไลน์ ระยะเวลา 15 นาที

ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย 1) การลดการกระตุ้นทางอารมณ์ ผู้วิจัยสร้าง บรรยากาศ และเตรียมความพร้อมในการทำกิจกรรม ระยะเวลา 15 นาที 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยนำเสนอรูปภาพและวิดีโอของตัวแบบที่ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองได้ ผู้วิจัยส่งรูปภาพและวิดีโอของตัวแบบทางแอปพลิเคชันไลน์ ระยะเวลา 30 นาที 3) การใช้คำพูดชักจูง จูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และส่งข้อความจูงใจทางแอปพลิเคชันไลน์ ระยะเวลา 15 นาที

สัปดาห์ที่ 4, 6 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง ที่บ้าน โดยประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ครั้งที่ 4, 5 ในสัปดาห์ที่ 5, 7 ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ติดต่อกับกลุ่มทดลองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ด้วยการโทรวิดีโอคอล เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้คำแนะนำ ใช้คำพูดชักจูงให้ปฏิบัติ จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที และผู้วิจัยส่งข้อความจูงใจทางแอปพลิเคชันไลน์ 1 ครั้ง

ครั้งที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 8 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด และภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างอภิปราย การปฏิบัติที่สามารถทำได้ วิธีการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยแนะนำแหล่ง ประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ ให้กำลังใจและเชิญชวนให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ใช้การ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ทดสอบความคล้ายคลึงกัน ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติทดสอบไคแอสควร์ (Chi-square test) และ การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนและภายหลังการทดลอง นำข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงมาทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติหรือไม่ ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า

ข้อมูลของกลุ่มควบคุม (statistic = .94, $p = .26$) และกลุ่มทดลอง (statistic = .97, $p = .75$) มีการแจกแจงปกติ จึงใช้สถิติการทดสอบที่แบบจับคู่ (Paired sample t-test) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และใช้สถิติการทดสอบที่แบบอิสระ (independent sample t-test) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.9 ($n = 9$) อายุเฉลี่ย 53 ปี อายุระหว่าง 41-59 ปี ร้อยละ 52.9 ($n = 10$) สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.6 ($n = 12$) การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 41.2 ($n = 7$) อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 35.3 ($n = 6$) รายได้เฉลี่ย 18,176.47 บาทต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 64.7 ($n = 11$) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 82.4 ($n = 14$) ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 64.7 ($n = 11$) ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 64.7 ($n = 11$) ดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 29.4 ($n = 5$)

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.9 ($n = 9$) อายุเฉลี่ย 55.65 ปี อายุระหว่าง 41-59 ปี ร้อยละ 52.9 ($n = 9$) สถานภาพสมรส ร้อยละ 88.2 ($n = 15$) การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 52.9 ($n = 9$) อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.7 ($n = 8$) และรายได้เฉลี่ย 8,705.88 บาทต่อเดือน มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ 5 ปี ร้อยละ 52.9 ($n = 9$) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 88.2 ($n = 15$) ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 58.8 ($n = 10$) ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 52.9 ($n = 9$) ดัชนีมวลกายในระดับน้ำหนักเกิน ร้อยละ 29.4 ($n = 5$) และผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลการเจ็บป่วย		กลุ่มทดลอง (n = 17)		กลุ่มควบคุม (n = 17)		ค่าสถิติ	p
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							
	ชาย	8	47.1	8	47.1	.000 ^a	1
	หญิง	9	52.9	9	52.9		
อายุ							
	18-40 ปี	1	5.9	2	11.8	.386 ^a	.82
	41-59 ปี	10	58.8	9	52.9		
	มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	6	35.3	6	35.3		
	$\bar{X}$ (S.D.)	53 (9.89)		55.65 (9.27)			
	(min-max)	(35-71)		(38-74)			

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง (n = 17)		กลุ่มควบคุม (n = 17)		ค่าสถิติ	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพ						
โสด	1	5.9	1	5.9	3.418 ^b	.41
สมรส	12	70.6	15	88.2		
หย่าร้าง/หม้าย	4	5.9	1	5.9		
ระดับการศึกษา						
ชั้นประถมศึกษา	7	41.2	9	52.9	6.388 ^b	.21
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	7	41.2	3	17.6		
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย	0	0	2	11.8		
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	0	0	2	11.8		
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	3	11.8	1	5.9		
อาชีพ						
เกษตรกร	4	23.5	8	47.1	8.746 ^b	.13
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	35.3	1	5.9		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	3	17.6	3	17.6		
รับจ้าง	2	11.8	5	29.4		
รับราชการ	2	11.8	0	0		
รายได้เฉลี่ย						
< 10,000 บาท	5	29.4	8	47.1	1.121 ^a	.29
≥ 10,000 บาท	12	70.6	9	52.9		
$\bar{X}$ (S.D.)	18,176.47 (13,866.49)		8,705.88 (4398.36)			
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง						
<5 ปี	11	64.7	8	47.1	1.074 ^a	.30
≥5 ปี	6	35.3	9	52.9		
$\bar{X}$ (S.D.)	4.36 (4.35)		5.13 (3.26)			
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดสมอง						
มี	3	17.6	2	11.8	.234 ^b	.63
ไม่มี	14	82.4	15	88.2		
การสูบบุหรี่						
สูบ	3	17.6	1	5.9	1.955 ^b	.37
ไม่สูบ	11	64.7	10	58.8		
เคยสูบแต่เลิกสูบแล้ว	3	17.6	6	35.3		

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง (n=17)		กลุ่มควบคุม (n=17)		ค่าสถิติ	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์						
ดื่ม	11	64.7	9	52.9	.593 ^b	.81
ไม่ดื่ม	3	17.6	4	23.5		
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	3	17.6	4	23.5		
ดัชนีมวลกาย (BMI)						
ปกติ (18.5-22.9 kg/m ²)	4	23.5	2	11.8	1.004 ^b	.87
น้ำหนักเกิน (23-24.9 kg/m ²)	4	23.5	5	29.4		
อ้วนระดับ1 (25-29.9 kg/m ²)	5	29.4	5	29.4		
อ้วนระดับ2 (≥30 kg/m ²)	4	23.5	5	29.4		
$\bar{x}$ (S.D.)	26.73 (4.21)		27.72 (5.36)			

a = chi-square, b = Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและภายหลังที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.57, S.D. = .29) ส่วนภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.02, S.D. = .31) และมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 6.39, p < .05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและภายหลังที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนการทดลอง		ภายหลังการทดลอง		t	p
	(n = 17)		(n = 17)			
	$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล	$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล		
รายด้าน						
การรับประทานอาหาร	2.92 (.37)	ปานกลาง	3.29 (.35)	ปานกลาง	4.95	.01*
การออกกำลังกาย	3.03 (.79)	ปานกลาง	3.62 (.86)	มาก	3.82	.01*
การจัดการความเครียด	4.26 (.63)	มาก	4.59 (.40)	มากที่สุด	3.69	.01*
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	3.91 (.74)	มาก	4.29 (.75)	มาก	4.59	.01*
การรับประทานยา	4.41 (.40)	มาก	4.74 (.21)	มากที่สุด	3.93	.01*

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและภายหลังที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนการทดลอง (n = 17)		ภายหลังการทดลอง (n = 17)		t	p
	$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล	$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล		
การมารับการตรวจตามนัด	3.74 (.77)	มาก	4.78 (.35)	มากที่สุด	4.80	.01*
โดยรวม	3.57 (.29)	มาก	4.02 (.31)	มาก	6.39	.01*

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.02, S.D. = .31) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.75, S.D. = .29) และมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 1.78, p < .05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

พฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง (n = 17)		กลุ่มควบคุม (n = 17)		t	p
	$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล	$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล		
ก่อนการทดลอง						
รายด้าน						
การรับประทานอาหาร	2.92 (.37)	ปานกลาง	3.04 (.35)	ปานกลาง	-1.02	.32
การออกกำลังกาย	3.03 (.79)	ปานกลาง	3.25(1.02)	ปานกลาง	-.72	.48
การจัดการความเครียด	4.26 (.63)	มาก	4.57 (.44)	มากที่สุด	-1.66	.11
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	3.91 (.74)	มาก	4.26 (.66)	มาก	-1.46	.16
การรับประทานยา	4.41 (.40)	มาก	4.47 (.37)	มาก	-.44	.66
การมารับการตรวจตามนัด	3.74 (.77)	มาก	3.56 (.95)	มาก	.59	.56
โดยรวม	3.57 (.29)	มาก	3.75 (.29)	มาก	-1.78	.09

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

พฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง (n = 17)		กลุ่มควบคุม (n = 17)		t	p
	$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล	$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล		
ภายหลังการทดลอง						
รายด้าน						
การรับประทานอาหาร	3.39 (.35)	ปานกลาง	2.92 (.36)	ปานกลาง	3.04	.01*
การออกกำลังกาย	3.62 (.86)	มาก	3.12 (1.08)	ปานกลาง	1.50	.07
การจัดการความเครียด	4.59 (.40)	มากที่สุด	4.63 (.42)	มากที่สุด	-.31	.38
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	4.29 (.75)	มาก	4.25 (.67)	มาก	.18	.43
การรับประทานยา	4.74 (.21)	มากที่สุด	4.63 (.25)	มากที่สุด	1.30	.10
การมารับการตรวจตามนัด	4.68 (.35)	มากที่สุด	4.05 (.63)	มาก	3.51	.01*
โดยรวม	4.02 (.31)	มาก	3.75 (.29)	มาก	2.60	.01*

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการทดลองผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 4.02, S.D. = 0.31) สูงมากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการเข้ารับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\bar{X}$ = 3.57, S.D. = 0.29) อภิปรายว่ากลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมดังกล่าว เป็นรายบุคคลจำนวน 6 ครั้ง มีกิจกรรมดังนี้ 1) การลดการกระตุ้นทางอารมณ์ ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม 2) การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง แบ่งเป็น การให้ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การฝึกทักษะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน มอบคู่มือส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งภาพความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ 3) การเห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จ คือการนำเสนอภาพวิดีโอของผู้ที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ และ 4) การพุดจูงใจให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งข้อความจูงใจทางแอปพลิเคชันไลน์ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดังกล่าว ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของซิณกรณัฏ์ แตนกาไสย และคณะ¹⁴ ซึ่งใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ด้วยการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ ทำกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้ผ่านการสอน การฝึกทักษะที่สำคัญ การใช้คู่มือ การชมวิดีโอตัวแบบ และการใช้คำพุดชักจูง จำนวน 1 ครั้ง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และใช้โทรศัพท์พุดคุยกับผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 4 ครั้ง ทำให้ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแอปพลิเคชันไลน์เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อีกทั้งการส่งภาพความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ การชมวิดีโอตัวแบบ และการส่งข้อความใจ เป็นวิธีการที่สะดวก ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งแอปพลิเคชันไลน์สามารถติดต่อผ่านการโทรและวิดีโอคอล จึงช่วยลดความยุ่งยากของการออกเยี่ยมบ้านของพยาบาลได้ เมื่อคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง การกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์สามารถลดภาระงานของพยาบาล และเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

สมมติฐานที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.02$, S.D. = 0.31) สูงมากกว่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.75$, S.D. = 0.29) ของกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อภิปรายว่ากลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรดังกล่าวทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ พิจารณาจากการพยาบาลตามปกติ ซึ่งพยาบาลมีหน้าที่ในการประเมินสัญญาณชีพ ชักประวัติ ให้คำแนะนำทั่วไปและนัดติดตามอาการ ไม่มีกิจกรรมในการส่งเสริมการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ป่วยซึ่งมีความเฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับงานวิจัยของชินรณ์ แดนกาไสย และคณะ¹⁴ ซึ่งใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระกลางทุ่ง จังหวัดนครพนม

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และด้านการรับประทานยา ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม เกิดจากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง จึงทำให้ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้านระหว่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี ซึ่งผ่านการแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวมาแล้วหลายครั้งจากกระบวนการรักษาและการพยาบาลตามปกติ

ข้อจำกัดของการศึกษา

งานวิจัยนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 30 เตียง เพียงแห่งเดียว ผลการวิจัยไม่สามารถขยายผลไปสู่ประชากรขนาดใหญ่ได้

สรุปผลการศึกษา

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้
2. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรจัดการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials หรือ RCT) เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้อ้างอิงถึงประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ และประเมินระดับความดันโลหิต

เอกสารอ้างอิง

1. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International society of hypertension global hypertension practice guidelines. Hypertension 2020;75(6):1334-57. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026.
2. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Chiangmai: Trickthink; 2019. (in Thai)
3. World Health Organization. More than 700 million people with untreated hypertension [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 31]. Available form: <https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>
4. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. 2020 [cited 2024 May 17]. Available form: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
5. Health Data Center. Statistic of non-communicable diseases [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 20]. Available form: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68> (in Thai)
6. American Heart Association. High blood pressure [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 25]. Available form: <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure>
7. Kife ZD, Adugna M, Chanie GS, Mohammed A. Prevalence and associated factors of hypertension complications among hypertensive patients at University of Gondar comprehensive specialized referral hospital. Clin Epidemiol Glob Health 2022;13:100951. doi:10.1016/j.cegh.2021.100951.

8. Phet-ueang P, Piyakong D. Factors predicting burden among caregivers of stroke patients. *Buddhachinaraj Medical Journal* 2024;41(2):149-60. (in Thai)
9. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens* 2023;41(12):1874-2071. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480.
10. Lalun A, Vutiso P. Factors predicting stroke preventive behaviors of hypertensive patients at Na Fai sub-district health promoting hospital in Chaiyaphum. *Thai Journal of Nursing* 2021;70(2):27-36. (in Thai)
11. Wongwian S, Sirisophon A. Factors predicting stroke prevention behaviors of hypertensive patients in Saingam District, Kamphaeng Phet Province. *Journal of Nursing Science and Health* 2024;47(1):82-94. (in Thai)
12. Reamrimmadun Y, Sombutputhon P. Factors related to drug compliance behaviors of hypertension patients in the community, Ban Pho District, Chachoengsao Province. *Nursing Public Health and Education Journal* 2018;19(1):132-44. (in Thai)
13. Upoyo AS, Isworo A, Sari Y, Taufik A, Sumeru A, Anam A. Determinant factors stroke prevention behavior among hypertension patient in Indonesia. *Open Access Maced J Med Sci* 2021;9(E):336-9. doi: 10.3889/oamjms.2021.6040.
14. Dankasai C, Yodprong S, Injeen J, Inchaiya C, Kaewkerd O. The effects of self-efficacy enhancement program on stroke prevention behavior and blood pressure among patients with hypertension. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2023;17(3):179-92. (in Thai)
15. Chanaman P, Wongpiriyayothar A, Sittipakorn S. The effects of a health belief perception promotion program using tele-nursing on stroke prevention behaviors in patients with uncontrolled hypertension. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2023;38(4):408-24. (in Thai)
16. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman; 1997.
17. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
18. Srisa-ard B. *Introduction to research*. 10th ed. Bangkok: Suweerivasan; 2017. (in Thai)

19. Train the Brain Forum Thailand. Thai mental state examination. Siriraj Hospital Gazette 1993;45(6):359-74. (in Thai)

การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
ในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิในภาคใต้*
Interprofessional Collaboration in Promoting the Rational Use of
Antibiotics in a Medical Intensive Care Unit of a Tertiary Hospital in
Southern Thailand*

อุไรวรรณ สำราญรัตน์** ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา*** ศศิธร ลายเมฆ****
Uraiwan Samranrat** Pratyanan Thiangchanya*** Sasithorn Laimek****

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยใช้กรอบแนวคิดการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การให้คุณค่าและจริยธรรม บทบาทและหน้าที่ การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม ศึกษาสถานการณ์การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน พยาบาล 19 คน แพทย์ 3 คน และเภสัชกร

Received: September 1, 2024

Revised: April 4, 2025

Accepted: April 28, 2025

* ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

* Master's Thesis of Nursing Science in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา ประเทศไทย 90110. E-mail: peuraiwa@medicine.psu.ac.th

** Student of the Master of Nursing Science in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkla, Thailand 90110. E-mail: peuraiwa@medicine.psu.ac.th

*** Corresponding Author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา ประเทศไทย 90110. E-mail: pratyanan.t@psu.ac.th

*** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand 90110. E-mail: pratyanan.t@psu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา ประเทศไทย 90110. E-mail: sasithon.l@psu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand 90110. E-mail: sasithon.l@psu.ac.th

3 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์ประเด็น ผลการศึกษาการทำงานของทีมนสหสาขาวิชาชีพที่มีผลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิในภาคใต้ ประกอบด้วย 1) การให้คุณค่าระหว่างบุคลากรในทีมนสหสาขาวิชาชีพ 2) มีช่องว่างในการสื่อสาร 3) บทบาทและความร่วมมือของแต่ละบุคลากรไม่ชัดเจน และ 4) แพทย์และพยาบาลมีความรู้ไม่เพียงพอต้องเสริมเติมให้เหมาะสม หน่วยงานสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกันของทีมนสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหน่วยงานต่อไป

คำสำคัญ: การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้

Abstract

This qualitative study aims to describe the work of a multidisciplinary team promoting rational antibiotic use in the intensive care unit (ICU) of a tertiary hospital in Southern Thailand. The conceptual framework comprises four aspects: values and ethical issues, roles and responsibilities, communication, and teamwork. The study involved a multidisciplinary team consisting of five experts, nineteen nurses, three physicians, and three pharmacists. Data were collected through in-depth interviews and focus group discussions and analyzed using thematic analysis. The findings revealed four key themes affecting rational antibiotic use: (1) the value placed on interprofessional collaboration among team members, (2) communication gaps within the team, (3) unclear roles and insufficient collaboration among team members, and (4) inadequate knowledge among doctors and nurses regarding the rational use of antibiotics, indicating the need for appropriate capacity building. These findings could be utilized to develop models for interprofessional collaboration that support rational antibiotic use within organizations.

Keywords: rational use of antibiotics, interprofessional collaboration, medical intensive care unit, tertiary hospital, southern Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาหนึ่งที่คุกคามสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า ผู้ป่วยมากกว่า ร้อยละ 50 ได้รับยาไม่เหมาะสม ได้แก่ การได้รับยาเกินความจำเป็น (overuse) ได้รับยาน้อยเกินความจำเป็น (underuse) และการได้รับยาไม่ถูกต้อง (misuse) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อดื้อยา ซึ่งเป็นภัยคุกคามสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานพยาบาลที่ขาดระบบกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การส่งเสริม

ความสำคัญกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลกลายเป็นเป้าหมายสำคัญในทุกระดับการบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและเกิดความคุ้มค่า¹

สำหรับประเทศไทย คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเห็นความสำคัญของปัญหานี้ และได้พัฒนาระบบการบริหารจัดการยาอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดแผนปฏิบัติการด้านการพัฒนาระบบบริหารจัดการยาในยุทธศาสตร์ที่ 3 นับตั้งแต่ พ.ศ. 2566 - 2570 เน้นการพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลภายในโรงพยาบาล รวมทั้งการเสริมสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการบริหาร การกำกับดูแลและปรับปรุงการสั่งจ่ายยา เพื่อลดการติดเชื้อ ภาวะดื้อยาและการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม เป้าหมายการพัฒนาเพื่อสร้างความตระหนัก (awareness) และจิตสำนึกที่ดี การบริหารจัดการที่ดี (administration) และการกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ (action) ตามหลักสามเอ (triple A)²

หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ เป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมที่ซับซ้อน มีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ซึ่งบางรายมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2564 - 2566 ที่ผ่านมา พบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา 5.22, 13.12 และ 15.19 ครั้ง/1,000 วันนอนโรงพยาบาล ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาซับซ้อน ได้รับยาปฏิชีวนะหลายชนิด มีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยาปฏิชีวนะบ่อยครั้งตามอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง การสั่งจ่ายยาที่มีขนาดยาหลากหลาย และเทคนิคการบริหารยาที่แตกต่างกันไป³ จากความซับซ้อนดังกล่าวส่งผลให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมและอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิต

การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลจึงมีความสำคัญมากเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษา โดยการเลือกจ่ายยาและการบริหารยาที่เหมาะสมและสอดคล้องตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อความสำเร็จของการรักษาพยาบาล ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดเชื้อดื้อยาในหน่วยงาน และลดค่าใช้จ่ายในการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ต้องคำนึงถึงการสั่งจ่ายยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งชนิด ขนาด ระยะเวลา และการบริหารยา เพื่อผลลัพธ์การรักษาที่ดี ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และลดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ดังกล่าว⁴

การบริหารจัดการการใช้ยา (drug administration) เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ใช้แนวทางการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ (interprofessional collaboration) ในการจัดการการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมีเป้าหมาย คือ การใช้ยาที่เหมาะสม ปลอดภัย และได้ผลดี⁵ ซึ่งแต่ละวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ต่างกันตั้งแต่การสั่งจ่ายจนถึงการบริหารยา โดยแพทย์มีบทบาทหน้าที่ในการสั่งจ่ายยา (prescribing) เภสัชกรมีบทบาทหน้าที่ตรวจสอบจำนวนการสั่งยาและประวัติการแพ้ยาก่อนการจัดเตรียมและจ่ายยา (dispensing) ให้แก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย และพยาบาลทำหน้าที่บริหารยา (drug administration) ตั้งแต่การชั่งประวัติการใช้ยา ประวัติการแพ้ยา รับคำสั่งการรักษา สร้างใบสั่งยา สร้างการดยา ตรวจรับยา จัดเตรียมยา ให้ยาผู้ป่วย บันทึกการให้ยา และติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยาร่วมกับใช้หลัก 7 rights (7R) ได้แก่ ถูกคน ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิธี ถูกวิถี และการบันทึกถูกต้อง⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ทั้งในและต่างประเทศพบว่า ความรู้ของบุคลากร และการทำงานประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล จากการศึกษาผลของการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในสถานบริการของรัฐ

ในอำเภอพรหมณานิคม จังหวัดสกลนคร แบบวัดผลก่อนและหลังในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน พบว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ผ่านการอบรมการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงเกณฑ์และตัวชี้วัดตลอดจนมีความรู้ความเข้าใจแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้น ทศบุคคลที่ดีต่อการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้น และมีอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อีกทั้งมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะในสถานบริการลดลง ร้อยละ 23.4⁷ นอกจากนี้การศึกษาผลของการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหอผู้ป่วยวิกฤต ประเทศซาอุดีอาระเบียพบว่า สามารถลดอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลในแต่ละเดือนลงได้ ร้อยละ 25 และสามารถลดค่าใช้จ่ายจากการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในแต่ละเดือนได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)⁸ ดังนั้นความรู้และการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และมีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลดีของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลพบการศึกษาโปรแกรมการจัดการเพื่อการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลเอกชน ระดับตติยภูมิ จำนวน 4 แห่งในประเทศซาอุดีอาระเบีย มีผลทำให้ลดอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้างได้ ลดค่าใช้จ่ายจากการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะได้ ร้อยละ 28.45 และลดอุบัติการณ์การติดเชื้อซ้ำซ้อนในโรงพยาบาลจากการติดเชื้อในปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ และการติดเชื้อทางเดินอาหารจากการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นระยะเวลานานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁹ กล่าวโดยสรุปการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลช่วยลดอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้างได้ ลดค่าใช้จ่ายจากการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ และลดอุบัติการณ์การติดเชื้อซ้ำซ้อน

จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลและผลการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล แต่ยังไม่มีการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของทีมนสหสาขาวิชาชีพว่าองค์ประกอบใดที่มีผลต่อการทำงานระหว่างทีมนสหสาขาวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม เห็นความสำคัญในการศึกษา เพื่อการอธิบายสถานการณ์การทำงานร่วมกันของทีมนสหสาขาวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม และเพื่อเติมเต็มช่องว่างของความรู้ที่ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์จากมุมมองของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลอันจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการทำงานที่ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาศถานการณ์การทำงานของทีมนสหสาขาวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ใช้กรอบแนวคิดการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ¹⁰ ประกอบด้วย 1) การให้คุณค่าและจริยธรรม (value/ethics) หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย การติดตามผลลัพธ์ของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลและความเสี่ยงจากการใช้ยาไม่สมเหตุผล รวมถึงให้คุณค่ากับทุกวิชาชีพ 2) บทบาทและหน้าที่ (role and responsibilities) หมายถึง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพและบทบาทระหว่างวิชาชีพ 3) การสื่อสาร (communication) หมายถึง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการให้ข้อเสนอแนะจากผลลัพธ์ และ 4) การทำงานเป็นทีม (teamwork) หมายถึง การทำงานร่วมกันและความเป็นผู้นำของบุคลากรทุกวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการใช้ยาปฏิชีวนะทั้งระดับผู้นำ และระดับปฏิบัติการ รวมถึงการ

บริหารทรัพยากรและการสนับสนุนระบบ โดยผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดนี้เป็นแนวทางในการตั้งคำถามการสัมภาษณ์

คำถามการวิจัย

สถานการณ์การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ เกี่ยวกับการให้คุณค่าและจริยธรรม บทบาทและหน้าที่ การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายสถานการณ์การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้

ระเบียบวิธีวิจัย

การออกแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive qualitative research) ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยใช้กรอบแนวคิดการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มแพทย์อายุรกรรม และกลุ่มเภสัชกร เพื่อบรรยายการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในหัวข้อการพัฒนารูปแบบการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 กลุ่มหลัก ใช้วิธีการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด (purposive sampling) ได้แก่

1. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน กำหนดคุณสมบัติคือเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะและเข้าใจบริบทงานของหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ประจำหน่วยเวชบำบัดวิกฤตที่เป็นผู้พัฒนาแนวทางการให้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มผู้ป่วย sepsis และ septic shock อาจารย์แพทย์เฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อที่มีประสบการณ์การทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม อาจารย์เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อและการใช้ยาปฏิชีวนะและเป็นที่ปรึกษาของเภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่ประจำหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลชำนาญการประจำหน่วยควบคุมการติดเชื้อผู้ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตอายุรกรรม และพยาบาลอาวุโสดำรงตำแหน่งคณะอนุกรรมการยาและเคยเป็นหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม
2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและมีประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมมากกว่า 1 ปีจำนวน 19 คน

3. กลุ่มแพทย์อายุรกรรม เป็นผู้ที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานในช่วงที่ดำเนินการวิจัย ซึ่งมีประสบการณ์การเป็นแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมมากกว่า 1 ปี ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมในระหว่างการศึกษาวิจัยและมีประสบการณ์การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 3 คน

4. กลุ่มเภสัชกรซึ่งมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี มีบทบาทในการดูแลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในหอผู้ป่วยอายุรกรรมในระหว่างการศึกษาวิจัย จำนวน 3 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ ประกอบด้วย 3 ชุด เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีคำถามจำนวน 4 ข้อ โดยมุ่งเน้นที่ประสบการณ์และมุมมองในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ตัวอย่างคำถาม “ท่านคิดว่าใครควรมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหน่วยงาน”

2. กลุ่มพยาบาล มีคำถามจำนวน 7 ข้อ ครอบคลุมถึงบทบาทและการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ตัวอย่างคำถาม “ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหน่วยงานระหว่างทีมนสหสาขาวิชาชีพ”

3. กลุ่มแพทย์และเภสัชกร มีคำถามจำนวน 5 ข้อ เน้นไปที่การวิเคราะห์การเลือกใช้ยา และการสื่อสารระหว่างทีม ตัวอย่างคำถาม “ท่านมีการสื่อสารระหว่างทีมนสหสาขาวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหน่วยงานอย่างไร”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้ง 3 ชุด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 2) อาจารย์แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 3) ผู้ตรวจการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการยา 4) อาจารย์เภสัชกร ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยวิกฤต และ 5) อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของคำถาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลที่ศึกษา รหัสโครงการ REC.66-548-19-9 เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2567 โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตอาสาสมัครบันทึกเทปขณะการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงสิทธิในการยินยอมให้ข้อมูลและความลับของข้อมูล การยกเลิกสัมภาษณ์หรือการออกจากงานวิจัยโดยไม่มีผลใด ๆ ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัยและจะถูกทำลายทันทีภายหลังจากสิ้นสุดการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขออนุมัติหนังสือถึงคณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลตันสักกัตที่ทำการการศึกษา เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการผ่านความเห็นชอบในการทำวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ทำหนังสือถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของต้นสังกัดโรงพยาบาล ที่ศึกษา เพื่อขอจริยธรรมและเก็บรวบรวมข้อมูลในหน่วยงานหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม ภายหลังได้รับ อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ จึงติดต่อผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มอธิบายรายละเอียดงานวิจัยตามเอกสารชี้แจง นัดหมาย วัน เวลา ระยะเวลาในการสัมภาษณ์แบบรายบุคคลและสนทนากลุ่ม

3. ผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือของการวิจัย จึงได้มีการเตรียมตัวก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ด้วยการศึกษาค้นคว้าและวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยตนเองจากเว็บไซต์ <https://researcherthailand.co.th/> และเข้าร่วมอบรมรวมถึงสังเกตการณ์วิธีการและขั้นตอนการสนทนา กลุ่มของทีมวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

4. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

4.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก: ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กับกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ แพทย์และเภสัชกรในรูปแบบรายบุคคล ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนได้รับคำเชิญให้สัมภาษณ์ในเวลา ที่สะดวก ภายหลังเลิกงานทั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดเตรียมห้องประชุมที่เงียบสงบและเป็นส่วนตัวในหน่วยงาน คือ ห้อง ประชุมไอชียู เพื่อให้การสนทนาสามารถดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลา ประมาณ 30 - 60 นาที สัมภาษณ์แต่ละคนเพียง 1 ครั้ง โดยใช้คำถามปลายเปิด เน้นการเจาะลึกถึง ประสบการณ์ที่เฉพาะเจาะจงกับการทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสม เหตุผล ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้บันทึกเสียงและบันทึกทำทาง พฤติกรรม และการตอบสนองของผู้ให้ ข้อมูล ซึ่งจะช่วยเสริมความถูกต้องของการตีความข้อมูล

4.2 การสนทนากลุ่ม: การสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพประจำหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม จัดใน รูปแบบการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยแบ่งกลุ่มครั้งละ 6 - 7 คน ทั้งหมด 3 กลุ่ม ตามอายุ งานและบทบาทหน้าที่ เพื่อให้สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนทนาแต่ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60 - 90 นาที สถานที่จัดสนทนาเป็นห้องประชุมที่เงียบสงบและเป็นส่วนตัว คือ ห้องประชุม ไอชียู นัดวัน เวลาการสนทนากลุ่มของแต่ละกลุ่มให้ไม่ตรงกับเวลาปฏิบัติงาน เช่น นัดเวลาเย็นหลังเลิกงาน สำหรับพยาบาลเวรเช้า และพยาบาลที่หยุดงานในวันนั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ใช้หลักการวิเคราะห์ประเด็น (thematic analysis) ของ Colaizzi ปี ค.ศ. 1978 ที่สรุปขั้นตอนโดยอารีย์วรรณ อ่วมตานี¹¹ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยถอดข้อความจากการสัมภาษณ์รายบุคคลและการสนทนากลุ่มแบบคำต่อคำ ประโยคต่อ ประโยค (verbatim transcription) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์

2. นำข้อมูลที่ถอดเทปมาอ่านทำความเข้าใจหลาย ๆ รอบจนเข้าใจ แล้วแยกประโยคที่สำคัญออกมา

3. จากนั้นจัดกลุ่มหมวดหมู่ข้อมูล (categorization) โดยใช้ตาราง excel แบ่งข้อมูลตามหัวข้อและ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกรอบแนวคิดเรื่องการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง สมเหตุผล

4. ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์แก่นของสาระ (thematic analysis) โดยค้นหาและสกัดแก่นสาร (themes) ที่เป็นประเด็นหลักจากข้อมูลเพื่อระบุประเด็นสำคัญที่สะท้อนถึงการทำงานร่วมกันของทีมสหสา ขาวิชาชีพ การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และโอกาสในการพัฒนาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

5. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ผู้วิจัยใช้วิธีการนำข้อมูลที่จัดหมวดหมู่แล้วกลับไปยืนยันกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ถอดออกมานั้นสอดคล้องกับประสบการณ์และความคิดเห็นที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาสถานการณ์ ประกอบด้วย 4 กลุ่มหลัก จำนวน 30 คน ได้แก่

1. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ประจำหน่วยเวชบำบัดวิกฤต แพทย์เฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อ อาจารย์เภสัชกรด้านโรคติดเชื้อและการใช้ยาปฏิชีวนะ พยาบาลประจำหน่วยควบคุมการติดเชื้อ และพยาบาลอาวุโสดำรงตำแหน่งคณะอนุกรรมการยา อายุระหว่าง 32 ปี ถึง 55 ปี เฉลี่ย 40.8 ปี อายุงานน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน อายุงาน 5 - 10 ปี จำนวน 1 คน และอายุงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 2 คน จบการศึกษาระดับปริญญาเอกจำนวน 1 คน ปริญญาโทจำนวน 2 คน และปริญญาตรี 2 คน

2. กลุ่มพยาบาล จำนวน 19 คน อายุระหว่าง 26 ปี ถึง 47 ปี เฉลี่ย 36.63 ปี อายุงานน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 6 คน อายุงาน 5 - 10 ปี จำนวน 7 คน และอายุงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 6 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 16 คน เพศชาย จำนวน 3 คน มีประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าทีม จำนวน 13 คน และไม่มีประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าทีม จำนวน 6 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 19 คน

3. แพทย์ จำนวน 3 คน อายุงาน 1 - 3 ปี จำนวน 3 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 3 คน ปัจจุบันเป็นแพทย์ใช้ทุนจำนวน 2 คน และเป็นแพทย์ประจำบ้าน 1 คน

4. เภสัชกร จำนวน 3 คน อายุงาน 1 - 3 ปี จำนวน 1 คน อายุงานมากกว่า 3 - 5 ปี จำนวน 1 คน และอายุงานมากกว่า 5 - 10 ปี จำนวน 1 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 3 คน

ผลการวิจัย

การศึกษาการทำงานร่วมกันของทีมนสหสาขาวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในส่วนนี้จะนำเสนอผลการศึกษา โดยแบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) การให้คุณค่าระหว่างบุคลากรในทีมนสหสาขาวิชาชีพ 2) มีช่องว่างในการสื่อสาร 3) บทบาทและความร่วมมือของแต่ละบุคลากรไม่ชัดเจน และ 4) บุคลากรมีความรู้ไม่เพียงพอต้องเสริมเติมให้เหมาะสม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การให้คุณค่าระหว่างบุคลากรในทีมนสหสาขาวิชาชีพ: ผลการศึกษาพบว่า มีการให้คุณค่ากับวิชาชีพเภสัชกรและพยาบาลเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับแพทย์ในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ หากบุคลากรทุกตำแหน่งในทีมนสหสาขาวิชาชีพให้การยอมรับและเห็นคุณค่าของแต่ละวิชาชีพ จะทำให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมากยิ่งขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ตอนนี้การตัดสินใจสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในหน่วยงานเป็นหน้าที่ของแพทย์เป็นหลัก เภสัชกรกับพยาบาลมีส่วนน้อยมาก ๆ ซึ่งในความเป็นจริงมันไม่ควรเป็นอย่างนั้น เราควรให้เภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาถึงความเหมาะสมของขนาดยาโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไตวาย พยาบาลก็เข้ามาช่วยเรื่องการพิจารณาว่ามีการติดเชื้อเกิดขึ้นจริงหรือไม่ มันก็จะดีกว่าการพิจารณาโดยแพทย์เพียงคนเดียว” (ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1)

“จริง ๆ เรื่องการให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วย ICU เป็นเรื่องที่ยากและซับซ้อนทั้งหมด พยาบาล และเภสัชกรควรต้องเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือกัน ตอนนี้พยาบาลไม่ได้มีส่วนในการพิจารณาความเหมาะสมของการสั่ง

ใช้ยา รวมถึงการวางแผนและการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการสั่งยาปฏิชีวนะ”

(พยาบาลคนที่ 3)

“เอาจริง ๆ คือเภสัชจะเข้ามามีส่วนในการพิจารณาเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยหรือไม่ ขึ้นอยู่กับแพทย์เป็นหลัก เพราะถ้าแพทย์ไม่ถามหรือขอความเห็นเรา เราก็จะไม่กล้าแสดงความเห็นมาก เพราะการสั่งยาปฏิชีวนะเป็นหน้าที่หลักของแพทย์ แต่ถ้าเขาขอความเห็นเราก็นิดหน่อย” (เภสัชกรคนที่ 2)

2. มีช่องว่างในการสื่อสาร: ผลการศึกษาพบว่า ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการสื่อสาร แพทย์ไม่ได้สื่อสารโดยตรงกับเภสัชกรและพยาบาลทำให้การตัดสินใจสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเกิดความคลาดเคลื่อนไม่เหมาะสม รวมถึงการไม่สื่อสารกันระหว่างทีมด้วยอาจารย์ร่วมกับการสั่งยาในระบบ HIS ทำให้เกิดความล่าช้าในการบริหารยา ส่งผลให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ตรงตามแนวทาง การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพขาดข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน เช่น การตัดสินใจเลือกชนิดของยา ปริมาณยา และวิธีบริหารยา เป็นสาเหตุสำคัญให้การใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมและผู้ป่วยได้รับยาล่าช้า ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“แพทย์จะส่งคำสั่งการรักษาในการใช้ยาปฏิชีวนะผ่าน Hospital Information System (HIS) แต่บางครั้งการระบุคำสั่งการรักษาจะไม่ครบถ้วน เช่น ไม่ได้ระบุ solvent ไม่ระบุ infusion time เป็นต้น ทำให้พยาบาลปฏิบัติการบริหารยาไม่เหมาะสมได้” (พยาบาลคนที่ 5)

“ในการตัดสินใจว่าจะให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยแต่ละรายหรือไม่ แพทย์ต้องการข้อมูลอาการผู้ป่วยเพิ่มจากพยาบาลในการช่วยพิจารณา แพทย์บางคนจะถามข้อมูลจากพยาบาล บางคนก็ไม่ถาม เลยไม่รู้ว่าจะควรทราบข้อมูลผู้ป่วยดีหรือยัง ซึ่งมันสำคัญในการตัดสินใจว่าจะให้ยาหรือไม่ให้ยา” (แพทย์ที่ 1)

“ในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอยากให้แพทย์สั่งในระบบ HIS และสื่อสารโดยวาจากับพยาบาลร่วมด้วยเพื่อให้รับทราบและเข้าใจตรงกัน โดยเฉพาะการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะครั้งแรกในผู้ป่วย sepsis/septic shock เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาภายในเวลา 1 ชั่วโมง” (พยาบาลคนที่ 9)

“เมื่อแพทย์ส่งคำสั่งการรักษาให้ยาปฏิชีวนะ ข้อมูลจะถูกส่งไปยังพยาบาล เพื่อรับคำสั่งการรักษาและส่งข้อมูลไปยังห้องยา แต่เภสัชกรประจำ ICU จะไม่เห็นข้อมูลนี้ จะทราบเฉพาะกรณีที่พยาบาลแจ้งหรือขอคำปรึกษา ทำให้การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะบางรายไม่ได้ผ่านการพิจารณาจากเภสัชกรประจำ ICU” (เภสัชกรคนที่ 1)

3. บทบาทและความร่วมมือของแต่ละบุคลากรไม่ชัดเจน: บทบาทของบุคลากรในทีมมีความสำคัญต่อการให้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล การศึกษาพบว่า บุคลากรยังมีความเข้าใจในบทบาทของตนเองและผู้อื่นที่ไม่ชัดเจน แพทย์มีบทบาทหลักในการสั่งใช้ยาแต่ไม่ให้ความสำคัญในรายละเอียดเกี่ยวกับการบริหารยา เภสัชกร มีบทบาทในการให้ข้อมูลและคำแนะนำเมื่อแพทย์และพยาบาลต้องการข้อมูลเพิ่มเติม พยาบาลมีบทบาทในการบริหารยาซึ่งแตกต่างกันตามประสบการณ์ ส่งผลให้ขาดความร่วมมือระหว่างสามวิชาชีพในการพิจารณาความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ในส่วน of แพทย์หลัก ๆ ก็จะเป็นการวินิจฉัยให้ถูกต้อง สั่งยาให้ถูกต้องทั้งชนิดของยา และขนาดยา ส่วนรายละเอียดการบริหารยา หรืออื่น ๆ ก็เป็นหน้าที่ของพยาบาลไป” (แพทย์ที่ 3)

“บางครั้งก็ไม่ทราบว่าทีมอยากให้เราช่วยอะไรบ้าง ก็จะรอให้แพทย์กับพยาบาลมาถามก็จะช่วยให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม แพทย์บางท่านอยากให้เราช่วยพิจารณาเกี่ยวกับขนาดยา หรือระยะเวลาในการให้ยาก็น่าจะสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม” (เภสัชกรคนที่ 1)

“พยาบาลทำหน้าที่บริหารยา ติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการแพ้ยา หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แต่การทำหน้าที่เหล่านี้ยังมีการปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าทีมอาจทำหน้าที่ได้ไม่ครบถ้วน” (พยาบาลคนที่ 10)

“จริง ๆ เรื่องการให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วย ICU เป็นเรื่องที่ยากและซับซ้อนทั้งหมด พยาบาลและเภสัชกรควรต้องเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือกัน ตอนนี้พยาบาลไม่ได้มีส่วนในการพิจารณาความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา รวมถึงการวางแผนและการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการสั่งยาปฏิชีวนะ” (พยาบาลคนที่ 3)

4. แพทย์และพยาบาลมีความรู้ไม่เพียงพอต้องเสริมเติมให้เหมาะสม: แพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล การใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยวิกฤตจำเป็นต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ในการสั่งใช้และบริหารยา แพทย์และพยาบาลที่อายุน้อยหรือไม่มีประสบการณ์อาจไม่สามารถสั่งใช้และบริหารยาได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากมีความรู้ไม่เพียงพอจำเป็นต้องปรึกษาผู้ที่มีความเชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์มากกว่า ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่ซับซ้อน เช่นผู้ป่วยใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม การล้างไตต่อเนื่อง ข้างเคียง บางครั้งแพทย์ที่เวียนมาปฏิบัติงานไม่ได้มีความรู้ในการสั่งยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องปรึกษาอาจารย์แพทย์ แพทย์โรคติดเชื้อ หรือเภสัชกร” (แพทย์ที่ 4)

“ในพยาบาลใหม่หรือพยาบาลที่ไม่ได้มีประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าทีมจะไม่มีความรู้ในการบริหารยาปฏิชีวนะ โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะกลุ่มที่ไม่ได้มีการสั่งใช้บ่อย ๆ จำเป็นต้องปรึกษาพยาบาล senior หรือเภสัชกรประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้บริหารยาได้อย่างเหมาะสม” (พยาบาลคนที่ 7)

“เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยวิกฤตถือว่าเป็นเรื่องยาก เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เราเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องทั้งด้านตัวผู้ป่วย และการรักษาที่ได้รับที่ทำให้การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะมีความไม่เหมาะสมได้ อยากให้มีการจัดให้ความรู้กับพยาบาลอาจจะสอนโดยเภสัชกร หรือแพทย์โรคติดเชื้อ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล” (พยาบาลคนที่ 11)

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการศึกษานี้เป็นการศึกษาการทำงานของทีมนสหสาขาวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยพิจารณาจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีประเด็นสำคัญที่สรุปได้จากการศึกษา ดังนี้

1. การให้คุณค่าระหว่างบุคลากรในทีม

ผลการศึกษาพบว่า มีการให้คุณค่ากับวิชาชีพเภสัชกรและพยาบาลเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับแพทย์ในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ หากบุคลากรทุกตำแหน่งในทีมนสหสาขาวิชาชีพให้การยอมรับและเห็นคุณค่าของแต่ละวิชาชีพ จะทำให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมากยิ่งขึ้น อภิปรายได้ว่าการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพนั้น ทุกวิชาชีพมีความสำคัญในการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้ยาปฏิชีวนะ แพทย์ควรให้โอกาสแก่ผู้ร่วมทีมในการแสดงบทบาทและหน้าที่ ซึ่งเป็นการแสดงถึงการให้คุณค่าระหว่างสาขาวิชาชีพ และหากแต่ละสาขาวิชาชีพเห็นถึงความสำคัญของเพื่อนร่วมวิชาชีพจะทำให้เกิดการยอมรับ รับฟังความคิดเห็น และนำข้อมูลจากเพื่อนร่วม

วิชาชีพมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพิจารณาสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลร่วมกัน จากที่กล่าวมาสอดคล้องกับการศึกษาของ Wood และคณะ¹² ที่ศึกษาถึงหัวข้อที่แพทย์มีความจำเป็นต้องเรียนรู้ในการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย ความไว้วางใจและการเคารพกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความยินดีและให้คุณค่ากับวิชาชีพอื่น จะเห็นได้ว่าการให้คุณค่ากับวิชาชีพอื่น ถูกระบุว่าสามารถช่วยส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้มีการศึกษาการรับรู้ของแพทย์และเภสัชกรต่อความสำเร็จในการส่งเสริมโปรแกรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยการสัมภาษณ์แพทย์และเภสัชกรพบว่า การให้โอกาสเภสัชกรในการทำหน้าที่ในแต่ละวันในการกำกับติดตามและเข้ามามีส่วนในการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้ยาปฏิชีวนะและมีการสนับสนุนจากทีมแพทย์ ทำให้เภสัชกรรับรู้คุณค่าของตนเอง รวมทั้งทำให้โปรแกรมส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹³ เช่นเดียวกับการศึกษา Thoma และ Waite¹⁴ อธิบายเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มเจ็บป่วยเฉียบพลันในประเทศเยอรมนีแบบอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การรับรู้คุณค่าของตนเอง ยอมรับและเห็นคุณค่าของวิชาชีพอื่น ให้แต่ละวิชาชีพได้ใช้ความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้การวางแผนจำหน่ายมีแนวทางที่ชัดเจน และเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรให้ความสำคัญกับทุกวิชาชีพในการทำงานร่วมกัน เปิดโอกาสให้ทุกวิชาชีพมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจภายใต้บริบทของแต่ละวิชาชีพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วย

2. มีช่องว่างในการสื่อสาร

ผลการศึกษาระบุว่าทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการสื่อสารทั้งด้านข้อมูลและช่องทางการสื่อสาร รวมทั้งไม่มีเครื่องมือสำหรับสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แบบบันทึกแพทย์ไม่สื่อสารโดยตรงกับเภสัชกรและพยาบาลทำให้การตัดสินใจสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเกิดความคลาดเคลื่อนไม่เหมาะสม รวมถึงการไม่สื่อสาร ระหว่างทีมด้วยวาจาร่วมกับการส่งยาในระบบข้อมูลของโรงพยาบาล (Hospital Information System : HIS) ทำให้เกิดความล่าช้าในการบริหารยา ส่งผลให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ตรงตามแนวทางปฏิบัติ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพขาดข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน เช่น การตัดสินใจเลือกชนิดของยา ปริมาณยา และวิธีบริหารยา เป็นสาเหตุสำคัญให้การใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมและผู้ป่วยได้รับยาล่าช้า ผลการศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่อาจเกิดจากการสื่อสารที่ขาดความชัดเจนหรือการไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทันทีซึ่งอาจส่งผลให้การตัดสินใจการใช้ยาล่าช้า ดังนั้นการลดช่องว่างในการสื่อสารจึงควรมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและข้อมูลที่ชัดเจนในการช่วยลดการใช้ยาผิดพลาด อภิปรายได้ว่าการสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยเฉพาะการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ประวัติการใช้ยาและแนวทางการรักษาที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับการศึกษาของ Mushecke และ Phin¹⁵ พบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในทีมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลสัมฤทธิ์ในการทำงานขององค์กร ทั้งนี้การสื่อสารที่ชัดเจนมีผลโดยตรงต่อการพิจารณาการตัดสินใจการใช้ยาในปริมาณและระยะเวลาของการให้ยาแก่ผู้ป่วยที่เหมาะสม ทีมสหสาขาวิชาชีพควรสื่อสารและทำงานร่วมกัน มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันเพื่อเพิ่มโอกาสในการสื่อสารกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลสามารถช่วยลดช่องว่างดังกล่าวได้ ดังที่ Bos และคณะ¹⁶ ระบุว่าพยาบาลสามารถเป็นผู้ทำให้เกิดกระบวนการสื่อสารที่มีคุณภาพระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพได้

นอกจากนี้การสื่อสารระหว่างทีมนสหสาขาวิชาชีพจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทีมควรมีเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารเพื่อให้การสื่อสารมีความชัดเจน ครอบคลุม และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จากการศึกษาของ Ghosh และคณะ¹⁷ ที่นำเครื่องมือ สถานการณ์ ภูมิหลัง การประเมิน ข้อเสนอแนะ (Situation Background Assessment Recommendation: SBAR) มาใช้สื่อสารในการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงระหว่างผลัดของทีมนการดูแลผู้ป่วย พบว่าการนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยการปฏิบัติตาม 4 ขั้นตอน ได้แก่ การรายงานเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (situation) เหตุการณ์ที่เป็นภูมิหลัง (background) การประเมินสถานการณ์ (assessment) และการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น (recommendation) ทำให้การสื่อสารในทีมมีความชัดเจนและครอบคลุม สามารถลดอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลของทีมเพิ่มขึ้น ดังนั้นทีมจึงควรพิจารณานำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมเพื่อส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และลดช่องว่างในการสื่อสารของทีม

3. บทบาทและความร่วมมือของบุคลากรไม่ชัดเจน

ผลการวิจัยระบุว่าบุคลากรยังมีความเข้าใจในบทบาทของตนเองและผู้อื่นที่ไม่ชัดเจน แพทย์มีบทบาทหลักในการสั่งใช้ยาแต่ไม่ให้ความสำคัญในรายละเอียดเกี่ยวกับการบริหารยา เภสัชกรมีบทบาทในการให้ข้อมูลและคำแนะนำเมื่อแพทย์และพยาบาลต้องการข้อมูลเพิ่มเติม พยาบาลมีบทบาทในการบริหารยาซึ่งแตกต่างกันตามประสบการณ์ ทำให้การตัดสินใจเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะในทีมเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพและอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการใช้ยาปฏิชีวนะได้ ทั้งนี้บทบาทของบุคลากรในทีมมีความสำคัญต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล อภิปรายได้ว่าหากบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจในบทบาทของตนเองและผู้อื่นไม่ชัดเจน การร่วมมือระหว่างกันย่อมไม่ชัดเจน ทำให้ขาดความร่วมมือของทั้งสามวิชาชีพในการพิจารณาความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา ถึงแม้มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ในคู่มือการบริหารจัดการยาให้แพทย์มีบทบาทในการวินิจฉัยและสั่งใช้ยา เภสัชกรมีบทบาทในการตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาและพิจารณาความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา พยาบาลมีบทบาทในการบริหารยา โดยใช้หลัก 7R และติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของการทำงานร่วมกันของทีมนสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการปฏิบัติงานร่วมกัน จำเป็นต้องมีการรับรู้บทบาทของแต่ละวิชาชีพที่ชัดเจน การศึกษาของ Seaharattanapatum และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาประสบการณ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลของพยาบาลวิชาชีพในสถานประกอบการเอกชนพบว่า ผลลัพธ์จากการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้แก่ พยาบาลเพิ่มพูนความรู้จากทักษะการปฏิบัติงาน ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ความภาคภูมิใจในตนเอง ความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น และการเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงาน และที่สำคัญคือการรับรู้ความสามารถตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนว่า ผลลัพธ์ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลที่มีการรับรู้ถึงบทบาทของตนเองที่ชัดเจนหรือไม่ เมื่อรู้ก็จะมีการปฏิบัติตามบทบาทของตนเองอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

แต่อย่างไรก็ตามการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจะประสบความสำเร็จได้นั้นการรับรู้บทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคลากรอาจไม่เพียงพอ สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือความร่วมมือของแต่ละวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร จะเห็นได้จากการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลชุมชนในประเทศไทยเกี่ยวกับการนํานโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมาใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่รับรู้ว่าเป็นโอกาสที่ดี การใช้ยา

อย่างสมเหตุผลถือเป็นคุณภาพของระบบการดูแลสุขภาพ เป็นการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นความท้าทายในการควบคุมการส่งใช้ยา และการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ¹⁹ จากผลการศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่อาจทำได้โดยวิชาชีพใด วิชาชีพหนึ่ง หากต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกวิชาชีพในการทำงานร่วมกันโดยปฏิบัติตามบาทของตนเองให้ ครบถ้วน และสนับสนุนการทำงานระหว่างวิชาชีพโดยการช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน ร่วมมือกันในการ ขับเคลื่อนให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหน่วยงานหรือองค์กรต่อไป

4. แพทย์และพยาบาลมีความรู้ไม่เพียงพอต้องเสริมเติมให้เหมาะสม

ผลการศึกษาพบว่า ในแพทย์และพยาบาลที่อายุน้อย มีประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะจำกัด และมีความรู้ไม่เพียงพอ จำเป็นต้องปรึกษาผู้ที่มีความเชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์มากกว่า จากข้อมูล หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมพบว่า หน่วยงานมีพยาบาลอายุงาน 1 เดือนถึง 3 ปี ถึงร้อยละ 44.33 ซึ่งยังไม่มี ประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าทีมในการทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับคำสั่งการรักษาใช้ยาปฏิชีวนะ นอกจากนี้ แพทย์ที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นแพทย์ที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานครั้งละ 4 สัปดาห์ ซึ่งแพทย์และพยาบาลกลุ่มนี้ควรได้รับการพัฒนาความรู้และศึกษาเกี่ยวกับหลักการการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสม เหตุผลในผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาในปากีสถานของ Malik และคณะ²⁰ พบว่าปัจจัยที่ มีความสำคัญที่ทำให้เกิดการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในการรักษาผู้ป่วยมาลาเรีย คือ ขาดการฝึกอบรมให้กับ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน และการบริหารจัดการยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งถือเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการใช้ยาอย่างไม่ สมเหตุผล จึงแนะนำให้มีการจัดฝึกอบรมให้กับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการรักษาผู้ป่วย มาลาเรีย จะเห็นได้ว่าบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะควรได้รับการเตรียมความพร้อม ทั้งในด้านความรู้ อบรม และการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากร ใหม่ที่ยังไม่มีประสบการณ์ ผู้เชี่ยวชาญในการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้บรรจุหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน การสอนให้กับบุคลากรทางการแพทย์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Donsamak และคณะ²¹ ศึกษาความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพต่อกลยุทธ์ที่ส่งเสริมการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลซึ่งประกอบด้วย การกำหนดให้สมรรถนะด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลถูกรับรู้ไว้ในหลักสูตรวิชาชีพต่าง ๆ มีการกำหนด สมรรถนะด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของบัณฑิต และการพัฒนาแนวทางการสอนเรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับสถาบันการศึกษาแต่ละแห่ง การพัฒนาการสอนเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผลให้กับบัณฑิตก่อนเข้ามาปฏิบัติงานจริง สามารถทำให้วิชาชีพด้านสุขภาพมีความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยาอย่างสมเหตุผลมากขึ้น ให้การดูแลผู้ป่วยในการส่งใช้ยาได้อย่างเหมาะสม และไม่เกิดอันตรายกับ ผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบริบทของกลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน ควรจัดให้ความรู้กับบุคลากรใหม่เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบริบทที่แตกต่างต่อไป โดยเฉพาะยา ปฏิชีวนะเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ลดอัตราการเกิดเชื้อดื้อยา และลดค่าใช้จ่ายให้กับโรงพยาบาล

สรุป

การศึกษาทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล หออภิบาลผู้ป่วย อายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิในภาคใต้ พบว่าการให้คุณค่าของแต่ละวิชาชีพ การลดช่องว่างของการสื่อสาร การรู้จักบทบาทของตนเองอย่างชัดเจน ตลอดจนการมีส่วนร่วมของแต่ละวิชาชีพ ส่งผลให้การทำงานร่วมกัน

ของทีมนสหสาขาวิชาชีพมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล นอกจากนี้การพัฒนาความรู้ของแพทย์และพยาบาลยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลควรส่งเสริมสัมพันธภาพของทีมน โดยให้คุณค่ากับบทบาทของแต่ละวิชาชีพ
2. การจัดอบรมเพิ่มเติมความรู้ในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ (interprofessional meeting) เป็นระยะ
3. มีการกำหนดแนวทางการสื่อสารระหว่างทีมนสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจนทั้งด้านข้อมูล ช่องทางในการสื่อสาร และการนำเครื่องมือการสื่อสารมาใช้ในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกันของทีมนสหสาขาวิชาชีพเพื่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหอผู้ป่วยวิกฤต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Promoting rational use of medicines [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2023 Dec 16]. Available from: <https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines>
2. National Drug System Development Committee. Action plan for the development of Thailand's drug system (2023–2027) [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 16]. Available from: https://ndi.fda.moph.go.th/uploads/file_news/202309131994561417.pdf (in Thai)
3. Prince of Songkla University. Nursing Service Division. Medical Intensive Care Unit. Statistics of Medical Intensive Care Unit about rate of MDR. Songkhla: Medical Intensive Care Unit Nursing Services Division Prince of Songkla University; 2023. (in Thai)
4. Rattanaumpawan P. Principles for the promotion and proper regulation of antimicrobial use. In: Rattanaumpawan P, editor. Antimicrobial stewardship in hospital. 2nd ed. Bangkok: Rueankaew publisher; 2018. p. 45-56.
5. Unkeaw T, Suwanphan A. Development of sepsis guideline in Khunhan hospital, Sisaket province. STJS 2021;1(1):40-52. (in Thai)
6. Prince of Songkla University. Nursing Service Division. Drugs administration guideline for nurses. Songkhla: Nursing Services Division Prince of Songkhla University; 2023. (in Thai)
7. Thiprachadaporn S, Janklang S. Outcomes of antibiotic smart use program in governmental health service settings in Phanna Nikhom, Sakon Nakhon. TJPP 2018;10(2):315-23. (in Thai)

8. Haseeb A, Faidah HS, Al-Gethamy M, Iqbal MS, Barnawi AM, Elahe S, et al. Evaluation of a multidisciplinary antimicrobial stewardship program in a Saudi critical care unit: a quasi-experimental study. *Front Pharmacol* 2021;11:570238. doi: 10.3389/fphar.2020.570238.
9. Al-Omari A, Al Mutair A, Alhumaid S, Salih S, Alanazi A, Albarsa H, et al. The impact of antimicrobial stewardship program implementation at four tertiary private hospitals: results of a five-years pre-post analysis. *Antimicrob Resist Infect Control* 2020;9(1):95. doi: 10.1186/s13756-020-00751-4.
10. Interprofessional Education Collaborative (IPEC). IPEC core competencies for interprofessional collaborative practice version 3 [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 10]. Available from: https://ipec.memberclicks.net/assets/core-competencies/IPEC_Core_Competencies_Version_3_2023.pdf
11. Oumtane A. Oumtane A. Qualitative research in nursing. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2016.
12. Wood A, Hill A, Cottrell N, Copley J. Clinician experience of being interprofessional: an interpretive phenomenological analysis. *J Interprof Care* 2024;38(6):1035-49. doi: 10.1080/13561820.2024.2371342.
13. Barlam TF, Childs E, Zieminski SA, Meshesha TM, Jones KE, Butler JM, et al. Perspectives of physician and pharmacist stewards on successful antibiotic stewardship program implementation: a qualitative study. *Open Forum Infect Dis* 2020;7(7):ofaa229. doi: 10.1093/ofid/ofaa229.
14. Thoma JE, Waite MA. Experience of nurse case managers within a central discharge planning role of collaboration between physicians, patients and other healthcare professionals: a sociocultural qualitative study. *J Clin Nurs* 2018;27(5-6):1198-208. doi: 10.1111/jocn.14166.
15. Musheke MM, Phiri J. The effects of effective communication on organizational performance based on the systems theory. *OJBM* 2021;9(2):659-71. doi: 10.4236/ojbm.2021.92034.
16. Bos M, Schouten J, Bot CD, Vermeulen H, Hulscher M. A hidden gem in multidisciplinary antimicrobial stewardship: a systematic review on bedside nurses' activities in daily practice regarding antibiotic use. *JAC Antimicrob Resist* 2023;5(6):dlad123. doi: 10.1093/jacamr/dlad123.
17. Ghosh S, Ramamoorthy L, Pottakat B. Impact of structured clinical handover protocol on communication and patient satisfaction. *J Patient Exp* 2021;8: 2374373521997733. doi: 10.1177/2374373521997733.

18. Seaharattanapatum B, Thongsri P, Chiangkhong A. Rational drug use experiences of professional nurses in private factories: a phenomenological study. *Thai Journal of Nursing* 2023;72(3):11-20. (in Thai)
19. Intahphuak S, Lorga T, Tipwareerom W. Community health nurses' perspective on the introduced rational drug use policy in primary care setting in Thailand: a descriptive qualitative study. *Trop Med Infect Dis* 2022;7(10):304. doi: 10.3390/tropicalmed7100304.
20. Malik M, Hassali MA, Shafie AA, Hussain A. A qualitative study exploring perspectives towards rational use of medicines in Pakistan's Malaria Control Program (MCP). *Braz J Pharm Sci* 2013;49(2):321-8. doi: 10.1590/S1984-82502013000200014.
21. Donsamak S, Sattajit S, Suwannaprom P, Supapan TS, Netthong R. Integrating rational drug use into healthcare education: a qualitative study across five professions in Thailand. *IJPS* 2024;20(4):17-35.

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาล
ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
The Relationship between Resilience and Professional Quality of Life
among Nurses in Secondary Hospitals, Northeastern Region

ทัศนีย์ ยอดกล้า* อภิรติ นันทสุวัฒน์** เพชรสุนีย์ ทังเจริญกุล***
Tutsanee Yordklar* Apiradee Nantsupawat** Petsunee Thungjaroenkul***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาล ความแข็งแกร่งในชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาล ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 138 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบสุ่ม กลุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 และ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต ในวิชาชีพของพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

Received: June 13, 2024

Revised: April 20, 2025

Accepted: April 29, 2025

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200. E-mail: tutsanee_yord@cmu.ac.th

* Graduate student of Nursing Science program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50200. E-mail: tutsanee_yord@cmu.ac.th

** Corresponding Author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200. E-mail: apiradee.n@cmu.ac.th

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50200. E-mail: apiradee.n@cmu.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200. E-mail: Petsunee.t@cmu.ac.th

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50200. E-mail: Petsunee.t@cmu.ac.th

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในวิชาชีพโดยรวม เท่ากับ ($\bar{X} = 30.30$, S.D. = 0.58) อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.65$, S.D. = 0.31) ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r_s = 0.159$, $p > 0.05$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดูแลด้วยความเมตตากรุณาเชิงบวกในระดับปานกลาง ($r_s = 0.559$, $p < 0.01$) และด้านความเหนื่อยหน่ายมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลาง ($r_s = -0.383$, $p < 0.01$) ด้านความแข็งแกร่งในชีวิตกับความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตากรุณา ไม่มีความสัมพันธ์ ($r_s = -0.25$, $p > 0.05$) ส่วนรายด้านความพึงพอใจในการดูแลด้วยความเมตตากรุณา มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 37.59$, S.D. = 0.59) รองลงมา คือด้านความเหนื่อยหน่าย ($\bar{X} = 25.84$, S.D. = 0.46) และด้านความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตากรุณา ($\bar{X} = 24.49$, S.D. = 0.68) จากผลดังกล่าว ผู้บริหารทางการพยาบาลควรคัดกรองความแข็งแกร่งในชีวิต และคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพเป็นระยะ รวมทั้งใช้ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพ

คำสำคัญ: ความแข็งแกร่งในชีวิต คุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพ โรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Abstract

The purposes of this research were to study the resilience, professional quality of life, and to study the relationship between resilience and professional quality of life of nurses in secondary care hospitals in the northeastern region of Thailand. The sample consisted of 138 professional nurses selected using multistage random sampling. Research tools included three questionnaires: 1) a personal characteristics questionnaire, 2) the Resilience Scale questionnaire with a reliability coefficient of 0.88, and 3) the Professional Quality of Life Scale (ProQOL5) tool with an overall reliability coefficient of 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation.

The results illustrated that the overall professional quality of life among the sample was at a moderate level, with a mean score of 30.30 (S.D. = 0.58), while the mean score for resilience was at a high level ($\bar{X} = 2.65$, S.D. = 0.31). There was a moderate positive correlation between resilience and compassion satisfaction ($r_s = 0.559$, $p < 0.01$); however, the relationship between resilience and professional quality of life showed no significant correlation ($r_s = 0.159$, $p > 0.05$). When considering each dimension, it was found that resilience exhibited a moderate negative correlation with burnout ($r_s = -0.383$, $p < 0.01$), while considering each the dimensions of professional quality of life, compassion satisfaction (CS) had the highest mean score ($\bar{X} = 37.59$, S.D. = 0.59), followed by burnout (BO) ($\bar{X} = 25.84$, S.D. = 0.46), and compassion fatigue (CF) ($\bar{X} = 24.49$, S.D. = 0.68). These findings suggest that nursing administrators should screen resilience and the nurses' professional quality of life periodically and also use resilience as a strategy to enhance the nurses' professional quality of life.

Keyword: resilience, professional quality of life, among nurses, secondary hospitals, Northeastern Region

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสาธารณสุขในประเทศไทย ปี 2566 โรงพยาบาลทุติยภูมิมีการพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในหน่วยบริการระดับอำเภอและดูแลลูกข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีเตียงรับบริการผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียง ไปจนถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป มีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ¹ ซึ่งนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพอย่างครอบคลุม ครบถ้วน ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้รับบริการ เช่น ความเชื่อมั่นไว้วางใจ การเข้าถึงบริการ การสื่อสารที่มีมิตรไมตรี ความปลอดภัย เป็นต้น ซึ่งโรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นำร่องในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและกลุ่มประชาชนทั่วไป² นอกจากนี้สถานการณ์โควิด-19 มีแผนขับเคลื่อนการบริการ 3 ด้าน เพื่อขยายบริการให้เพียงพอและเหมาะสม ได้แก่ การสนับสนุนให้มีบริการรูปแบบใหม่ที่สอดคล้องตามวิถีชีวิต เช่น บริการโทรเวชกรรม (telehealth/telemedicine) บริการส่งยาที่บ้าน บริการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน ตรวจแล็บนอกหน่วยบริการ บริการสุขภาพเคลื่อนที่³

หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ปรับรูปแบบบริการที่ทั่วถึงอาศัยความร่วมมือกับเครือข่ายอำเภอ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทำให้พยาบาลต้องปรับเปลี่ยนระบบการปฏิบัติงาน⁴ ทั้งในเรื่องการดูแลผู้ที่ติดโรคโควิด-19 และออกตรวจคัดกรองโรค มีการผลิตเปลี่ยนอัตรากำลังไปช่วยโรงพยาบาลศูนย์⁵ ซึ่งภาระงานเพิ่มมากขึ้นกว่าภาวะปกติ จากข้างต้นทำให้พยาบาลเกิดความเครียด ความเหนื่อยหน่าย ส่งผลต่อการตัดสินใจลาออก ดังการศึกษาของสมจิต แดนสีแก้ว⁶ พบว่าบริบทการทำงานพยาบาลไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการลาออกของพยาบาลใหม่ที่ทำงานครบ 1 ปี มากถึงร้อยละ 50 และทำงานครบ 2 ปี ลาออกร้อยละ 20 ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้ มีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทุติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

คุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาล เป็นการรับรู้ของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในด้านการดูแลผู้ป่วยที่เกิดความรู้สึกด้านบวกและด้านลบจากการทำงาน โดยแนวคิดของสแตมป์ (Stamm)⁷ ได้อธิบายว่า คุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพ ประกอบด้วย ความพึงพอใจในการดูแลด้วยความเมตตากรุณา (compassion satisfaction) ความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตากรุณา (compassion fatigue) และความรู้สึกเหนื่อยหน่าย (burn out) พยาบาลที่มีคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพที่เหมาะสมทำให้สามารถปฏิบัติงานบรรลุวัตถุประสงค์องค์กร หากคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพลดลงอาจทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายในงาน ขาดแรงบันดาลใจ ทำให้เกิดช่องว่างกับเพื่อนร่วมงานและบรรยากาศที่ทำงาน อาจกระทบต่อการบรรลุเป้าหมายองค์กรกับความพึงพอใจในงานและการลาออก

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาลในต่างประเทศ พบว่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ทั้ง 3 ด้าน เช่น จากการศึกษาของลี⁸ ในพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศจีน การศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาลของดัสลีย์ และคณะ⁹ ในพยาบาลประเทศออสเตรเลีย ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของศศิวิมล ปานูราช¹⁰ ศึกษาในพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่าด้านความพึงพอใจในการดูแลด้วยความเมตตากรุณาอยู่ในระดับปานกลาง และเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแล

ด้วยความเมตตากรุณา อยู่ในระดับต่ำ ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาล โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพ พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสำคัญ ความแข็งแกร่งในชีวิต หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการปรับตัวให้ประสบความสำเร็จในอุปสรรคและความทุกข์ยาก ซึ่งต้องอาศัยทรัพยากรที่มาจากภายในตัวบุคคล ทรัพยากรทางสังคม และทรัพยากรด้านสิ่งแวดล้อม บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตมีคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาลที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ การศึกษาของลี⁸ พบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิในประเทศจีน มีความแข็งแกร่งในชีวิตระดับต่ำ ต่างจากการศึกษาของคาร์กและคณะ¹¹ ได้ศึกษาพยาบาลแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต อยู่ในระดับสูง ส่วนการศึกษาในประเทศไทย ของบงกชรัตน์ แก้วประดิษฐ์¹² ศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปพบการศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง จากที่กล่าวมาในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิต ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพ ได้แก่ การศึกษาของลี⁷ ซึ่งศึกษาเรื่องความแข็งแกร่งในชีวิตและคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศจีน พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในการดูแลด้วยความเมตตากรุณาในระดับปานกลาง ($r_s = 0.50, p < 0.01$) และไม่มีความสัมพันธ์กับด้านความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตากรุณา ($r_s = -0.16, p < 0.01$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ($r_s = -0.48, p < 0.01$) ในขณะที่การศึกษาของเฮกนีย์และคณะ¹³ พบความสัมพันธ์ความแข็งแกร่งในชีวิตกับคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ประเทศออสเตรเลีย ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับความพึงพอใจในการดูแลด้วยความเมตตากรุณา อยู่ในระดับปานกลาง ($r_s = 0.63, p < 0.01$) ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตากรุณาอยู่ในระดับปานกลาง ($r_s = -0.35, p < 0.01$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง ($r_s = -0.63, p < 0.01$)

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ ประกอบกับการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษา ความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ คุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาล และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงเห็นความสำคัญดังกล่าว เพื่อให้ได้แนวทางการส่งเสริมให้พยาบาลมีคุณภาพชีวิตในวิชาชีพของพยาบาล ต่อไป

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแนวคิดของแสดมปี⁷ อธิบายว่า คุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพ ประกอบด้วย ความพึงพอใจในการดูแลด้วยความเมตตากรุณา ความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตากรุณา และความเหนื่อยหน่าย คอนเนอร์และเดวิดสัน¹⁴ ให้ความหมายของความแข็งแกร่งในชีวิต หมายถึง ความสามารถของพยาบาลที่ทำให้การปรับตัวได้ประสบความสำเร็จจากอุปสรรคและความทุกข์ยาก ม้องค์ประกอบ 5 ด้านคือ ความสามารถด้านบุคคล การยอมรับ/การสร้าง ความเข้มแข็งจาก

ผลกระทบของความเครียด การยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ความสามารถในการควบคุม และอิทธิพลทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งแนวคิดของแอสแตมปี⁷ อธิบายว่าคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพ เกิดจากลักษณะของสิ่งแวดล้อมของงาน (work environment) ลักษณะส่วนบุคคล (person environment) และสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการ (client environment) จากแนวคิดดังกล่าวลักษณะส่วนบุคคลซึ่งได้แก่ความแข็งแกร่งในชีวิตจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพขึ้น โดยบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิต แม้ปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมของงานหรือในสถานการณ์วิกฤต ก็ยังคงมีคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพ

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาล โรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นอย่างไร
2. ความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นอย่างไร
3. ความแข็งแกร่งในชีวิตและคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาล โรงพยาบาลทุติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาล โรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาระดับความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต และคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาล โรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สมมติฐานการวิจัย

ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาล โรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) ได้โรงพยาบาลจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ทั้งหมด 8 จังหวัด และทำการสุ่มต่อแบบง่าย (simple random sampling) สัดส่วน 1 ใน 2 ได้ 4 จังหวัด คือ โรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ โรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์ โรงพยาบาลขุนันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ และโรงพยาบาลหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*power เวอร์ชัน 3.1.9.4¹⁵ กำหนดใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ในการทดสอบแบบสองทาง (two-tailed) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.3 (effect size = 0.3) อ้างอิงค่าขนาดอิทธิพลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ของวังและคณะ¹⁶ กำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 ($\alpha = 0.05$) และกำหนดอำนาจการทดสอบที่ 0.95

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 134 คน แต่เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ตระหนักถึงการได้คืนข้อมูลของจำนวนแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ซึ่งเท่ากับ 15 คน¹⁷ ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 149 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละโรงพยาบาลได้ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลละหานทราย จำนวน 37 คน โรงพยาบาลสังขะ จำนวน 38 คน โรงพยาบาลขุนันธ์ จำนวน 37 คน และโรงพยาบาลหนองบุญมาก จำนวน 37 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง ภายใต้งค์การกลุ่มงานภารกิจด้านการพยาบาลระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี และให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง ที่ปฏิบัติงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และรายได้ต่อเดือนลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งนำมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปของบุคคลในวิชาชีพ (Professional Quality of Life Scale: ProQOL5 ซึ่งมาจากแนวคิดของ Stamm⁷ ได้รับการอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทย โดยศศิวิมล ปานุราช¹⁰ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้พัฒนาเครื่องมือ มีข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้านความพึงพอใจในการดูแลด้วยความเมตตา กรุณา 10 ข้อ ด้านความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตา กรุณา 10 ข้อ ด้านความเหนื่อยหน่าย 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ 1 = ไม่เคยเลย 2 = นาน ๆ ครั้ง 3 = บางเวลา 4 = บ่อย 5 = บ่อยมาก แต่มีข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ คือข้อ 1, 4, 15, 17, 29 ที่ต้องแปลคะแนนกลับกัน ส่วนข้อที่เหลือ คือ ข้อคำถามเชิงบวก การแปลผลเป็นรายองค์ประกอบ ดังนั้น จึงจะไม่มีคะแนนรวม ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบ คะแนนต่ำสุดคือ 10 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ น้อยกว่า 22 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ อยู่ในช่วงคะแนน 23 - 41 คะแนนคือ ระดับปานกลาง และมากกว่า 42 คะแนนคือ ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งพัฒนาโดยคอนเนอร์และเดวิดสัน¹⁴ ชื่อแบบประเมิน The Connor-Davison Resilience Scale (CD-RISC 25) ฉบับภาษาไทย คอนเนอร์และเดวิดสัน¹⁴ ได้รับการอนุญาตแล้ว โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91-0.95 ประกอบด้วย 25 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ความสามารถเฉพาะบุคคล 8 ข้อ 2) การปรับตัวความทนต่ออารมณ์ทางลบ 7 ข้อ 3) การยอมรับความเปลี่ยนแปลง 5 ข้อ 4) ความรู้สึกควบคุมเหตุการณ์ได้ 3 ข้อ 5) จิตวิญญาณ 2 ข้อ แบบ สอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นการประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 0 - 4 (0 คือ ไม่จริงเลย 1 คือ จริงบางครั้ง 2 คือค่อนข้างจริง 3 คือ จริงบ่อยครั้ง และ 4 คือ จริงเกือบตลอดเวลา) คะแนนรวม 0 ถึง 100 และคะแนนที่ได้นำมาหาค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิต ตามเกณฑ์ของคอนเนอร์และเดวิดสัน¹⁵ ซึ่งมีค่าที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่างช่วงคะแนน 5 ช่วง และจะแปลคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 0.80 หมายถึง ความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับต่ำที่สุด 0.81 - 1.60 หมายถึง ความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ 1.61- 2.40 หมายถึง ความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 2.41 - 3.20 หมายถึง ความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง 3.21 - 4.00 หมายถึง ความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูงที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาล และแบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้พัฒนาเครื่องมือแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ทำการทดสอบซ้ำได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.94 ส่วนแบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพและความแข็งแกร่งในชีวิตไปทดลองใช้กับพยาบาลลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน¹⁸ พบค่าความเชื่อมั่นของคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพ โดยรวมเท่ากับ 0.86 และความแข็งแกร่งในชีวิต เท่ากับ 0.88 อยู่ในระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ยอมรับได้¹⁹

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลข 2566-EX077 (21 พฤศจิกายน 2566) และจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ BRO2024-011 (21 ธันวาคม 2566) และโรงพยาบาลสังขะ เอกสารเลขหนังสือ 59/2566 (30 พฤศจิกายน 2566) สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ และโรงพยาบาลขุนันธ์ เอกสารเลขหนังสือ ศก 0033.008/8132 (14 ธันวาคม 2566) สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และโรงพยาบาลหนองบุญมาก เอกสารเลขหนังสือ 3927/2566 (21 พฤศจิกายน 2566) สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างวัตถุประสงค์ของงานวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีออนไลน์ โดยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นเอกสาร และยอมรับในระบบออนไลน์ พร้อมสแกนตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ซึ่งผู้วิจัยจะทำการเก็บรักษาความลับของข้อมูล เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน และไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลดังกล่าวถูกบันทึกไว้ในฐานข้อมูลระบบแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ โดยใช้รหัสผ่านส่วนบุคคล รวมทั้งผู้วิจัยเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น และทำลายเอกสารภายหลังงานวิจัยถูกตีพิมพ์ แล้ว 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 เดือน (วันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2567) มีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลละหานทราย โรงพยาบาลสังขะ โรงพยาบาลขุนันธ์ และโรงพยาบาลหนองบุญมาก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
2. จัดทำเอกสารคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเอกสารแบบสอบถามออนไลน์ในรูปแบบการสแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อตอบคำถามวิจัยผ่าน Google forms ของแต่ละโรงพยาบาลตามที่กำหนดไว้
3. ติดต่อพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลละหานทราย โรงพยาบาลสังขะ โรงพยาบาลขุนันธ์ และโรงพยาบาลหนองบุญมาก พร้อมหนังสืออนุมัติ และเอกสารคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เอกสารแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งมีเครื่องหมายคิวอาร์โค้ดเพื่อเข้าถึงแบบสอบถามออนไลน์ ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย และขอรายชื่อแต่ละงานการพยาบาล เพื่อทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนพยาบาลแต่ละโรงพยาบาล และใช้วิธีจับสลากแบบไม่แทนที่

ตามรายชื่อในแต่ละงานการพยาบาล ให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน ตามสัดส่วนของแต่ละโรงพยาบาล ทั้ง 4 โรงพยาบาล และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัย ติดต่อผู้ประสานงานวิจัยแต่ละโรงพยาบาล ให้แจกชุดเอกสาร เอกสารคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เอกสารแบบสอบถามออนไลน์ แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ตามรายชื่อจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละแผนก จากนั้นผู้วิจัยจัดชุดเอกสารเอกสารคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เอกสารแบบสอบถามออนไลน์ และนำเอกสารแบบสอบถามไปให้ผู้ประสานงานวิจัย ซึ่งประกอบด้วย ช่องที่ 1 เอกสารคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ช่องที่ 2 เอกสารแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งมีคิวอาร์โค้ดเพื่อสแกนตอบคำถามวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารคำชี้แจงและขอความร่วมมือลงลายมือชื่อในเอกสารคำยินยอมเข้าร่วมวิจัย ก่อนสแกนตอบแบบสอบถามออนไลน์ และผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสารคำยินยอมเข้าร่วมวิจัย และตรวจสอบการตอบกลับแบบสอบถามออนไลน์ ภายใน 2 สัปดาห์ ที่แผนกฝ่ายการพยาบาล กรณีกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานช่วงเวลาที่แตกต่างกัน อำนวยความสะดวกในการคืนเอกสารคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้ตลอดเวลา โดยผู้ประสานงานวิจัยได้นำซองน้ำตาล 1 ซอง วางไว้ที่จุดรับคืนแบบสอบถามในแต่ละหอผู้ป่วย

5. ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ใน 1 สัปดาห์แล้ว ผู้วิจัยติดตามความครบถ้วนของแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างผ่านระบบออนไลน์ทั้งหมด 103 ฉบับ คือ โรงพยาบาลละหานทราย จำนวน 28 ฉบับ โรงพยาบาลสังขะ จำนวน 25 ฉบับ โรงพยาบาลชูนี จำนวน 25 ฉบับ และโรงพยาบาลหนองบุญมาก จำนวน 25 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 69.12 จึงแจ้งให้ผู้ประสานงานวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามออนไลน์เพิ่มเติมเป็นระยะเวลาอีก 1 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามอีกครั้งพบว่า ได้รับแบบสอบถามตอบกลับมาทั้งหมด 140 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.95 จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ก่อนบันทึกข้อมูลจากการตรวจสอบแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 138 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92.62 จึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ ผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows version 26.0 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) คือหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตในวิชาชีพของพยาบาลและความแข็งแกร่งในชีวิตจะวิเคราะห์โดยใช้สถิติ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ (correlational analysis) ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต และคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาล ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล ตรวจสอบการกระจายของข้อมูล ใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สมิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov: KS) ความแข็งแกร่งในชีวิตค่า KS = 0.09 ระดับนัยสำคัญที่ 0.008 และคุณภาพชีวิตในวิชาชีพของพยาบาลค่า KS = 0.09 ระดับนัยสำคัญที่ 0.009 ซึ่งกำหนดไว้ที่ ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ จึงใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สเปียร์แมน (Spearman correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมด 138 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 43.50 (n = 60) รองลงมา คือ กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.10 (n = 36) กลุ่มอายุ 41-51 ปี และกลุ่มอายุมากกว่าหรือ

เท่ากับ 51 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.90 (n = 33) และ 6.50 (n = 9) ส่วนใหญ่การศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 99.30 (n = 137) สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.1 (n = 76) รองลงมาคือ สถานภาพโสด ร้อยละ 40.6 (n = 56) และสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 4.30 (n = 6) พบว่าระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบันมากกว่า 11 ปี ร้อยละ 53.60 (n = 46) รองลงมาคือ กลุ่มอายุงาน 1-5 ปี, 6-10 ปี ร้อยละ 23.20 (n = 92)

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 138)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Mean = 36.88, S.D. = 8.76 , Min = 23, Max = 58)		
23 - 30	36	26.10
> 30 - 40	60	43.50
> 40 - 50	33	23.90
> 50 - 60	9	6.50
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	137	99.3
ปริญญาโท	1	0.70
สถานภาพสมรส		
โสด	56	40.6
สมรส	76	55.1
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	6	4.3
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (ปี)		
($\bar{X}$ = 2.30, S.D. = 0.82, Min = 1, Max = 33)		
1 - 5	58	42.03
6 -10	34	24.63
11 - 15	21	15.22
16 - 20	17	12.32
21 - 30	6	4.35
> 31	2	1.45

2. คุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากตารางที่ 2 พบว่า คุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยรวมเท่ากับ 30.30 (S.D. = 0.58) และอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน ความพึงพอใจในการดูแลด้วยความเมตตาากรุณามีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 37.59 (S.D. = 0.59) ความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาากรุณา มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 24.49 (S.D. = 0.68) และความเหนื่อยหน่ายมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 25.84 (S.D. = 0.46) และคะแนนรวม เท่ากับ 30.30 (S.D. = 0.58) และทั้งสามด้านอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพแต่ละด้าน (n = 138)

คุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ความพึงพอใจในการดูแลด้วยความเมตตาากรุณา	37.59	0.59	ปานกลาง
ความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาากรุณา	24.49	0.68	ปานกลาง
ความเหนื่อยหน่าย	25.84	0.46	ปานกลาง
โดยรวม	30.30	0.58	ปานกลาง

3. ระดับความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากตารางที่ 3 พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมี โดยรวมเท่ากับ 2.65 (S.D. = 0.31) อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยด้านความสามารถเฉพาะบุคคล ด้านการปรับตัวความทนต่ออารมณ์ทางลบ ด้านการยอมรับความเปลี่ยนแปลง ด้านความรู้สึกควบคุมเหตุการณ์ได้ และด้านจิตวิญญาณ คือ 2.77 (S.D. = 0.24), 2.53 (S.D. = 0.30), 2.76 (S.D. = 0.05), 2.76 (S.D. = 0.13) และ 2.43 (S.D. = 0.84) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 138)

ความแข็งแกร่งในชีวิต	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านความสามารถเฉพาะบุคคล	2.77	0.24	สูง
ด้านการปรับตัวความทนต่ออารมณ์ทางลบ	2.53	0.30	สูง
ด้านการยอมรับความเปลี่ยนแปลง	2.76	0.05	สูง
ด้านความรู้สึกควบคุมเหตุการณ์ได้	2.76	0.13	สูง
ด้านจิตวิญญาณ	2.43	0.84	สูง
โดยรวม	2.65	0.31	สูง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความแข็งแกร่งในชีวิตและคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากตารางที่ 4 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r_s = 0.159, p > 0.05$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดูแลด้วยความเมตตาากรุณาเชิงบวกในระดับปานกลาง ($r_s = 0.559, p < 0.01$) และด้านความเหนื่อยหน่ายมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลาง ($r_s = -0.383, p < 0.01$) ส่วนด้านความแข็งแกร่งในชีวิตกับความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาากรุณา ไม่มีความสัมพันธ์ ($r_s = -0.25, p > 0.05$)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนของความแข็งแกร่งในชีวิตและคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=138)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p - value
ความแข็งแกร่งในชีวิต	ด้านความพึงพอใจในการดูแลด้วยความเมตตาากรุณา	0.559**	0.000
	ความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาากรุณา	- 0.25	0.771
	ความเหนื่อยหน่าย	- 0.383**	0.000
	โดยรวม	0.159	0.630

หมายเหตุ. ** $p < 0.05$

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ระดับคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาล โรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า คุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาล โดยรวมเท่ากับ 30.30 (S.D. = 0.58) และอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณามิตรายด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในการดูแลด้วยความเมตตาากรุณา เท่ากับ 37.59 (S.D. = 0.59) ด้านความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาากรุณา เท่ากับ 24.49 (S.D. = 0.68) และด้านความเหนื่อยหน่าย 25.84 (S.D. = 0.46) พบว่า ทั้งสามด้านอยู่ในระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 2) ทั้งนี้อภิปรายได้ว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ได้รับการเรียนการสอนและปลูกฝังในเรื่องปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ด้วยความเมตตาากรุณาและเอื้ออาทร โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและความหลากหลายทางวัฒนธรรม รายวิชาการพยาบาลทุกรายวิชา⁴ บรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้ลดลง และพ้นภัยจากการเจ็บป่วย เมื่อสำเร็จการศึกษาการปลูกฝังดังกล่าว สร้างจิตสำนึกและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกมีกำลังใจและภาคภูมิใจในการดูแลผู้ป่วย สามารถปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐาน เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน ทำให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยและขององค์กรด้านบริการและคุณภาพมาตรฐานในการดูแลสุขภาพได้ ถึงแม้ว่าช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อภาระการ

ดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากกว่าภาวะปกติ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่า โรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้สนับสนุนให้อบรม เพื่อเพิ่มทักษะทางการพยาบาลในด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 และค่าเสี่ยงภัยโควิด-19 เพิ่ม แต่การสนับสนุนดังกล่าวก็ยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน ซึ่งอาจจะส่งผลให้พยาบาลเกิดความรู้สึกลดความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตา กรุณาและเหนื่อยหน่าย จึงส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของลี⁷ ที่ศึกษาในพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิประเทศจีน และพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

2. ระดับความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาล โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 2.65 (S.D. = 0.31) และอยู่ในระดับสูง (ดังตารางที่ 3) อภิปรายได้ว่า พยาบาลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง มีความสามารถในการปรับตัวความทนต่ออารมณ์ทางลบ และการยอมรับความเปลี่ยนแปลง เพื่อประสบความสำเร็จจากเหตุการณ์วิกฤติต่าง ๆ ได้พิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ช่วงอายุ 31-40 ปี และมีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปี อธิบายได้ว่า พยาบาลที่อายุมากขึ้น ร่วมกับระยะเวลาการปฏิบัติงานที่มากขึ้น แสดงถึงการมีประสบการณ์การทำงานที่มากขึ้น ทำให้มีความสามารถเฉพาะบุคคล ทั้งด้านความสามารถปรับตัวความทนต่ออารมณ์ทางลบ ยอมรับความเปลี่ยนแปลง และรู้สึกควบคุมเหตุการณ์ได้ รวมทั้งมีความสามารถด้านจิตวิญญาณ ทั้งที่มีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นในเรื่องการดูแลผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 การร่วมออกตรวจคัดกรองโรค และมีการผลิตเปลี่ยนอัตรากำลังไปช่วยโรงพยาบาลศูนย์⁵ โรงพยาบาลได้มีนโยบายในการบริหารอัตรากำลัง เช่น มีการหมุนเวียนพยาบาลทุกหอผู้ป่วยมาช่วยดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ออกคัดกรองโรคโควิด-19 ในชุมชน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยตามการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ทั้ง 28 สาขา ซึ่งพยาบาลรับผิดชอบร่วมกับทีมสหวิชาชีพ²⁰ แสดงถึงพยาบาลวิชาชีพสามารถปรับตัวในการปฏิบัติงานสถานการณ์ดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคาร์ก และคณะ¹¹ ที่ทำการศึกษาค่าความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า พยาบาลมีความแข็งแกร่งในชีวิตและอยู่ในระดับสูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาล โรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาความสัมพันธ์ความแข็งแกร่งในชีวิตและคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาลโดยรวม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดูแลด้วยความเมตตา กรุณาเชิงบวกในระดับปานกลาง ($r_s = 0.559, p < 0.01$) และด้านความเหนื่อยหน่ายมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลาง ($r_s = -0.383, p < 0.01$) หมายถึง พยาบาลยังมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจในการดูแลด้วยความเมตตา กรุณาเพิ่มขึ้นเชิงบวกและความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตา กรุณาลดลง ($r_s = -0.25, p > 0.05$) ด้วยเช่นกัน อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพ มีความสามารถเฉพาะบุคคล มีความสามารถด้านการปรับตัวความทนต่ออารมณ์ทางลบ สามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลง สามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ ร่วมกับการรับรู้ด้านจิตวิญญาณจากที่กล่าวมา พยาบาลโรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี มีประสบการณ์หรือระยะเวลาทำงาน นานกว่า 11 ปี จึงมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเมตตา กรุณา และถึงแม้มีความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยแต่ยังคงมีความเมตตา กรุณาต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลทุติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายซึ่งเป็นไปได้ว่า พยาบาลโรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีความแข็งแกร่ง

ในชีวิตสูง สามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ มีความอดทนต่อความเครียด และการยอมรับความเปลี่ยนแปลง เมื่อปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมของงานหรือในสถานการณ์วิกฤต เช่น สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ปลายปี 2562 ซึ่งช่วงดังกล่าวอัตราค่าจ้างขาดแคลน ต้องเผชิญกับการทำงานอย่างหนัก ระบบบริการเปลี่ยนแปลง ถึงแม้มีความเหนื่อยหน่ายกับการทำงานแต่การทำงานในวิชาชีพยังคงดำเนินต่อไป

สรุป

สรุปผลการวิจัยได้ว่า พยาบาลโรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคุณภาพชีวิตในวิชาชีพ อยู่โดยรวมในระดับปานกลาง และมีความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่ง ในชีวิตกับความพึงพอใจในการดูแลด้วยความเมตตากรุณามีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับปานกลาง และความแข็งแกร่งในชีวิตกับความเหนื่อยหน่าย มีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความแข็งแกร่งในชีวิต กับด้านความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลด้วยความเมตตากรุณาไม่มีความสัมพันธ์

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลทุติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง มีการใช้แบบสอบถามแบบออนไลน์สำหรับกลุ่มตัวอย่างทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลและการตอบแบบสอบถาม อาจไม่ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรมีการคัดกรองคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพ และความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลในโรงพยาบาลทุติยภูมิทุกปีและส่งเสริมคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพ ของพยาบาล

การวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลระดับทุติยภูมิ ในภาคอื่น ๆ และสถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ
2. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. The Nursing Division Office of the Permanent Secretary. Reports the results of operations of the nursing coordination center during the COVID-19 infection situation [Internet]. 2021 [cited 2024 May 2]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_ari_pneumonia.php (in Thai)
2. Ministry of Public Health. Human Resources Management Division Public Health Office. Human resources management division office of the permanent secretary [Internet]. 2021 [cited 2024 May 2]. Available from: https://hr.moph.go.th/site/hr_moph/?p=34277/ (in Thai)

3. Ministry of Public Health. Health Administration Division. Strategy and planning division of office of the permanent secretary [Internet]. 2022 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://spd.moph.go.th/20-year-national-strategy-public-health/> (in Thai)
4. Hfocus. “COVID-19” has changed the face of the Thai health care system: learn from crises - build on opportunities-fulfill the potential of a healthy workforce [Internet]. 2022 [cited 2024 May 2]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2022/09/25969> (in Thai)
5. Lahan Sai Hospital. Nursing Department. Report on nursing personnel. Buriram: Lahan Sai Hospital; 2024.
6. Daenseekaew S, Sansom D, Singdong-Dong N, Boonkong P. Nursing practice environments in northeast Thailand. *Journal of Nursing and Health Care* 2017;35(2):216-26. (in Thai)
7. Stamm BH. The concise proQOL manual 2010 [Internet]. 2010 [cited 2024 Jul 6]. Available from: <https://proqol.org/proqol-manual>
8. Li Z, Akkadetanant T, Wichaikhum O. Resilience and professional quality of life of nurses in tertiary hospitals, the people’s republic of China. *Nursing Journal CMU*. 2022;49(4):70-84. (in Thai)
9. Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: a cross-sectional study. *Int J Nurse Stud* 2016;60:1-11. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015.
10. Panuraj S. The factors related to nurses’ caring behaviors in providing care for end-of-life patients [Thesis]. Pathumthani: Thammasat University; 2017. (in Thai)
11. Clark P, Crawford TN, Hulse B, Polivka BJ. Resilience, moral distress, and workplace engagement in emergency department nurses. *West J Nurs Res* 2021;43(5):442-51. doi:10.1177/0193945920956970.
12. Kaewpradit B, Thungjaroenkul P, Nantsupawat A. Resilience and work engagement of nurses in general hospitals. *Nursing Journal CMU* 2023;50(3):46-57. (in Thai)
13. Hegney DG, Rees CS, Eley R, Osseiran-Moisson R, Francis K. The contribution of individual psychological resilience in determining the professional quality of life of Australian nurses. *Front Psychol* 2015;6:1613. doi:10.3389/fpsyg.2015.01613.
14. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003;18(2):76-82. doi: 10.1002/da.10113.
15. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007;39(2):175-91. doi:10.3758/bf03193146.

16. Wong CL, Young B, Lui BSC, Leung AWY, So JLT. Professional quality of life and resilience in emergency department healthcare professionals during COVID-19 in Hong Kong: a cross-sectional study. *Hong Kong J Emerg Med* 2022;29(3):168-76.
doi:10.1177/10249079211049128.
17. Polit DF. *Statistics and data analysis for nursing research*. 2nd ed. New Jersey: Pearson; 2010.
18. Kline TJB, editor. *Psychological testing: a practical approach to design and evaluation*. Thousand Oaks: SAGE; 2014.
19. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ* 1997;314(7080):572.
doi:10.1136/bmj.314.7080.572.
20. Ministry of Public Health. Health Administration Division. Strategy and planning division of office of the permanent secretary [Internet] 2022. Available from:
<https://spd.moph.go.th/20-year-strategy-fiscal-year-2564/> (in Thai)

ผลของการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการบำบัดเกลือในมารดาหลังคลอด
ต่อความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล

The Effects of an Integrated Instructional Program Using the Hot Salt
Pot Method for Treatment of Postpartum Mothers on Nursing
Students' Cultural Awareness

พูลทรัพย์ ลาภเจียม* วราภรณ์ บุญยงค์** วริศา วรวงศ์*

Poonsab Lapchiem* Waraphorn Boonyong** Varisa Voravong*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ก่อนและภายหลังได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการบำบัดเกลือในมารดาหลังคลอด และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการบำบัดเกลือในมารดาหลังคลอด ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 126 คน แบ่ง 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ห้อง 1 จำนวน 65 คน และกลุ่มควบคุม คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ห้อง 2 จำนวน 61 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความตระหนักทางวัฒนธรรมการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการบำบัดเกลือในมารดาหลังคลอด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

Received: August 8, 2024

Revised: April 19, 2025

Accepted: April 29, 2025

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายไหม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เชียงใหม่ ประเทศไทย 50180.

Email: poonsab@bcnc.ac.th, varisa@bcnc.ac.th

* RN., Senior Professional Level, Department of Maternal, Infant and Midwifery Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Chiang Mai, Thailand 50180. Email: poonsab@bcnc.ac.th, varisa@bcnc.ac.th

** Corresponding Author, อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายไหม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เชียงใหม่ ประเทศไทย 50180. Email: waraphorn@bcnc.ac.th, varisa@bcnc.ac.th

** Corresponding Author, Instructor, Department of Maternal, Infant and Midwifery Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Chiang Mai, Thailand 50180. Email: waraphorn@bcnc.ac.th

จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.78 และ 0.82 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.97 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบน ร้อยละ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมระหว่างกลุ่มก่อนและภายหลัง

การบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด ใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง (paired t-test) และการเปรียบเทียบความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่อิสระ (independence t-test)

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมภายหลังได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด (Mean = 4.57, S.D. = 0.54) สูงกว่าก่อนได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด (Mean = 3.83, S.D. = 0.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมของกลุ่มทดลอง (Mean = 4.57, S.D. = 0.54) ภายหลังได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ (Mean = 4.37, S.D. = 0.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = 2.827$)

คำสำคัญ: ความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม การบูรณาการการเรียนการสอน การทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด

Abstract

This quasi-experimental study intended to compare the cultural awareness of nursing students before and after integrating the hot salt pot method for the treatment of postpartum mothers into a nursing instructional program, and to compare the cultural awareness between nursing students who had received and not received this integrated instruction. The sample group consisted of 126 second-year Bachelor of Nursing Science students divided into two groups, consisting of an experimental group of 65 students and a control group of 61 students. The instruments used for data collection consisted of a general information form and a cultural awareness questionnaire related to the instructional program using the hot salt pot for the treatment of postpartum mothers. Content validity, verified by three experts, was between 0.78 and 0.82, respectively, and the reliability of the questionnaire, using Cronbach's alpha, was 0.97. Data were analyzed using descriptive statistics, including mean, percentage, and standard deviation. Paired t-test was used to compare pre- and post-instruction mean scores within the experimental group, and independent t-test was used to compare post-instruction mean scores between the experimental and control groups.

The results showed that nursing students in the experimental group had higher mean scores in cultural awareness after receiving the integrated instruction (Mean = 4.57, S.D. = 0.54) than before receiving the instructional integration (Mean = 3.83, S.D. = 0.66) at the .05 level of significance. It was also found that the experimental group had higher mean scores in cultural awareness (Mean= 4.57, S.D. = 0.54) than the control group, who had received the conventional training program (Mean= 4.37, S.D. = 0.86) at the .05 level of significance ($t = 2.827$).

Keywords: cultural awareness, instructional integration, placing hot salt pots on mothers after giving birth

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดแผนยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ. 2563 - 2567 ด้านหนึ่งในเรื่องการเร่งรัดพัฒนาส่งเสริมการทํานุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและความเป็นไทย จึงมีการกำหนดพันธกิจของสถาบันการศึกษาในสังกัดในเรื่องการส่งเสริมและทํานุบำรุงศิลปวัฒนธรรมไทย เป็นหนึ่งในพันธกิจหลักที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้พันธกิจอื่น ทั้งในเรื่องการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพ บริการวิชาการแก่สังคม และการบริหารจัดการองค์กร ให้บรรลุเป้าหมายการดำเนินงานได้อย่างสมบูรณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้ดำเนินการตามนโยบายของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ด้วยการส่งเสริมการทํานุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น และมีการบูรณาการการทํานุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาเกิดความตระหนักทางวัฒนธรรม สามารถให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของมารดาหลังคลอด ทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ความตระหนักทางวัฒนธรรมเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสมรรถนะทางวัฒนธรรม หมายถึง การแสดงออกของนักศึกษา เนื่องจากเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า ได้แก่ ความรู้ ข้อเท็จจริง ตลอดจนการได้รับประสบการณ์ทางวัฒนธรรมต่าง ๆ จากการเรียนการสอนซึ่งจัดเป็นสิ่งเร้า การทำให้เกิดความตระหนักจึงต้องมีการจัดการเรียนการสอน ผ่านประสบการณ์และแนวคิดคุณลักษณะศึกษา ดังเช่น การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนทางวัฒนธรรม¹ ได้แก่ งานวิจัยของอรุพร ศิริวิยาภรณ์ และคณะ² พบว่า ความตระหนักทางวัฒนธรรมของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนประชากร เมืองแก้ว และคณะ³ ศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนบูรณาการการทํานุบำรุงศิลปวัฒนธรรมไทย เรื่องทรัพยากร เทคโนโลยี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ในประเพณีกฐินกับการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ จัดกระทำเพียงกลุ่มเดียว ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับการสอนโดยใช้การจัดการเรียนรู้บูรณาการการทํานุบำรุงศิลปวัฒนธรรมไทยกับการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนในงานกฐินสามัคคีวัดท้ายตลาดสูงกว่าก่อนได้รับการสอน และนักศึกษาพยาบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนการศึกษา

ของวรวิทย์ นิเทศศิลป์ และชลิต ขอดศิริ⁴ ซึ่งศึกษาเรื่องการบูรณาการการเรียนการสอนด้วยวิธีการทำนุบำรุง ศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่นล้านนา ผลการศึกษาพบว่า การจัดการเรียนการสอนทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมทำให้ ผู้เรียนเกิดความภูมิใจในการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และจากการถอดบทเรียนพบว่า สถาบันการศึกษามีส่วน สำคัญในการส่งเสริมการบูรณาการการเรียนการสอนทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา ทำให้เกิดการเรียนรู้ เน้นการฝึกทักษะผ่านกิจกรรม ทำให้ผู้เรียนมองเห็นคุณค่าในท้องถิ่น และภูมิปัญญาที่สืบทอดกันมาเกิดความ สนใจใคร่รู้ จนได้มีโอกาสสร้างสรรค์ออกแบบและผลิตชิ้นงานจากการจัดการเรียนการสอน

งานวิจัยที่ผ่านมาที่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงภายหลังคลอดและใช้วิธีการทำนุบำรุง ภูมิปัญญาท้องถิ่นในมารดาหลังคลอด ได้แก่ ละเอียต แจ่มจันทร์ และคณะ⁵ อธิบายวัฒนธรรมการบริบาลมารดาหลังคลอด ด้วยการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ในชุมชนภาคกลาง รวบรวมความรู้เรื่องการดูแลมารดาหลังคลอดระหว่าง หน่วยบริการทั้งภาครัฐและภาคประชาชน และแนวทางการใช้ภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนไทย ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ รวมทั้งการอบรมผู้ดูแลภายหลังคลอดการแพทย์แผนไทยร่วมกับการบริบาล มารดาหลังคลอดในชุมชนภาคกลาง ในขณะที่งานวิจัยของ พนิดา มากนุชย์ ปิยะนันต์ ฝ้ายภูมิ และจตุพัตต์ เพชรจตุรภัทร⁶ ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการทำนุบำรุงภูมิปัญญาท้องถิ่นด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในหญิงหลังคลอด พบว่า การทำนุบำรุงภูมิปัญญาท้องถิ่นในหญิงหลังคลอดมีประสิทธิผลในด้านการลดลงของระดับมดลูก ขนาดรอบ เอว และระดับความเจ็บปวด รวมถึงช่วยให้น้ำคาวปลาเข้าสู่ภาวะปกติเร็วขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาการบูรณาการการเรียนการสอนกับการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ร่วมกับการทำนุบำรุงภูมิปัญญาท้องถิ่นในมารดาหลังคลอดที่ส่งผลต่อ ความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ มีการ จัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ให้แก่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 หัวข้อเรื่องกระบวนการพยาบาลมารดาในระยะหลังคลอดปกติ มีการประยุกต์กระบวนการพยาบาลในมารดา ระยะหลังคลอด การประเมินความรู้ ความเข้าใจด้านการดูแลมารดาหลังคลอด การนำความรู้และภูมิปัญญา ท้องถิ่นมาใช้ในการพยาบาลมารดาหลังคลอดเพื่อฟื้นฟูสุขภาพมารดาในระยะหลังคลอด และการประเมินผล มารดาหลังคลอด ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ที่ผ่านมามี เคยนำกระบวนการการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และภูมิปัญญา ท้องถิ่นด้วยการทำนุบำรุงภูมิปัญญา

การบูรณาการการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ในชั้นปีที่ 2 เพื่อให้มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมและการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ ทีมผู้สอนจึงได้มีการ ปรับปรุงหัวข้อเรื่องกระบวนการพยาบาลและเนื้อหาการดูแลมารดาหลังคลอด เพิ่มเติมเนื้อหาการทำนุบำรุง ศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นด้วยการทำนุบำรุงภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งถือเป็นความเชื่อทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญา ท้องถิ่น (local wisdom) และใช้เป็นแบบแผนการดูแลตนเองโดยเชื่อว่าจะช่วยขับน้ำคาวปลาดีขึ้น รวมถึง กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ลดอาการเมื่อยล้า ทำให้ร่างกายสมดุลโดยถ่ายทอดความร้อนสู่ร่างกายเพื่อให้ สภาพร่างกายของมารดาหลังคลอดเข้าสู่ภาวะปกติเหมือนก่อนการตั้งครรภ์ได้เร็วยิ่งขึ้น⁶ และบูรณาการ ร่วมกับแนวคิดการเรียนการสอน ให้มีขั้นตอน ประกอบด้วย การให้ความรู้ การจัดประสบการณ์การสาธิตและ

สาธิตย้อนกลับ การฝึกปฏิบัติในชุมชน และมีการประเมินสะท้อนคิดอันนำไปสู่ความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จึงมีความสนใจในการออกแบบการจัดการเรียนการสอน โดยการบูรณาการการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นเรื่องการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอด ในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 เป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง ผ่านการคิดวิเคราะห์สู่ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่งเสริมการเกิดความรู้ทางวัฒนธรรมในมารดาหลังคลอด เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำไปสู่การจัดกิจกรรมการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและการพัฒนานักศึกษาให้มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตในศตวรรษที่ 21 ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความตระหนักทางวัฒนธรรม เป็นส่วนหนึ่งของสมรรถนะทางวัฒนธรรมของ Campinha-Bacote เป็นผลมาจากกระบวนการทางปัญญา (cognitive process) คือ เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าหรือรับการสัมผัสจากสิ่งเร้าจะเกิดความรู้ การรับรู้จะนำไปสู่ความเข้าใจเกิดความคิดรวบยอด ความคิดรวบยอดนำไปสู่การเกิดความรู้ทางวัฒนธรรม การจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมสำหรับผู้เรียน จำเป็นจะต้องจัดประสบการณ์ตรงให้ผู้เรียนได้มีโอกาสดูแลผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมในบริบทที่มีความหลากหลาย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เรียนใช้เวลาในการทำความเข้าใจและให้คุณค่ากับวัฒนธรรมที่แตกต่าง^{1,7} มีปฏิสัมพันธ์กับคนที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม การวิจัยการบูรณาการการเรียนการสอนกับการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอด ที่ผู้เรียนได้รับในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ซึ่งผู้วิจัยผสมผสานการให้ความรู้ การจัดประสบการณ์ การสะท้อนคิด และการให้ฝึกปฏิบัติ เรื่องกระบวนการพยาบาลมารดาและทารกในระยะหลังคลอดปกติร่วมกับการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เรื่องการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอด มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้ในชั้นเรียนหัวข้อเรื่อง กระบวนการพยาบาลมารดาและทารกในระยะหลังคลอดปกติ ขั้นตอนที่ 2 การจัดประสบการณ์ด้วยการสาธิตกระบวนการดำเนินการในการเตรียมการและการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอด ร่วมกับการทดลองปฏิบัติในเรื่องการเตรียมอุปกรณ์ และการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอด และขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอดในชุมชน กระบวนการพยาบาลมารดาหลังคลอดปกติเชื่อมโยงเนื้อหาการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในเรื่องการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอด ขั้นตอนที่ 4 มีการสะท้อนคิดภายหลังจากจัดประสบการณ์ เรื่องการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยในฐานะครูผู้สอนจัดกลุ่มให้นักศึกษามีการสะท้อนความคิดของตนเอง มีการตั้งคำถาม เพื่อให้ผู้เรียนเชื่อมโยงเนื้อหาสาระความรู้ทางวิชาการมาประยุกต์ใช้ และทำให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นรวมทั้งซึมซับความงดงามของศิลปวัฒนธรรม^{8,9}

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอดมีความแตกต่างกันหรือไม่
2. คะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอดกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอดมีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ก่อนและภายหลังได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอดกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ภายหลังการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอดแตกต่างกับก่อนการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด
2. คะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอดแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล 2 กลุ่ม (two group pretest - posttest design) คือ กลุ่มที่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด และกลุ่มที่ไม่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 156 คน แบ่งเป็น 2 ห้อง ห้องที่ 1 จำนวน 80 คน ห้องที่ 2 จำนวน 76 คน ดำเนินการสุ่มโดยวิธีการจับฉลากนักศึกษา 2 กลุ่ม โดยได้กลุ่มทดลองคือ ห้อง 1 และกลุ่มควบคุม คือ ห้อง 2 และทำการคัดเลือกนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 เพื่อนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือใช้การสุ่มด้วยวิธีการจับฉลาก ทั้ง 2 ห้องเท่า ๆ กัน ได้จำนวนนักศึกษา ห้องละ 15 คน รวมเป็น 30 คน จากการสุ่มโดยวิธีการจับฉลากเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ จำนวน 126 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง คือ นักศึกษาพยาบาล
ชั้นปีที่ 2 ห้อง จำนวน 65 คน และกลุ่มควบคุม คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ห้อง 2 จำนวน 61 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ภูมิลำเนา เป็นต้น

1.2 แบบสอบถามความตระหนักทางวัฒนธรรม เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณ
ค่า 5 ระดับ (rating scales) จำนวน 28 ข้อ นำมาจากอูรพร ศิริวิยาภรณ์ และคณะ¹⁰ แล้วนำมาปรับข้อ
คำถามให้เข้ากับงานวิจัย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ
ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ จำนวน 7 ข้อ ด้านการเข้าใจ จำนวน 7 ข้อ ด้านการคิด จำนวน 7 ข้อ
และด้านการมองเห็นคุณค่า จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert's scale)
5 ระดับ เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด คือ 1 คะแนน เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย คือ 2 คะแนน เห็นด้วย
กับข้อความนั้นปานกลาง คือ 3 คะแนน เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก คือ 4 คะแนน และเห็นด้วยกับข้อความ
นั้นมากที่สุด คือ 5 คะแนนเกณฑ์ตัดสินระดับคะแนนเฉลี่ยเทียบเกณฑ์¹¹ โดยคะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00
มีความตระหนักทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.15 - 4.50 มีความตระหนักทางวัฒนธรรม
อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.15 - 3.50 มีความตระหนักทางวัฒนธรรม อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย
1.15 - 2.50 มีความตระหนักทางวัฒนธรรม อยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 มีความตระหนัก
ทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 การบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการบำบัดเกลือในมารดาหลังคลอด เป็นโปรแกรม
การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 เรื่อง กระบวนการพยาบาล
มารดาและทารกในระยะหลังคลอดปกติ ประกอบด้วย

2.1.1 การสอนเนื้อหาโดยวิธีการให้ความรู้กระบวนการพยาบาลมารดาหลังคลอดปกติร่วมกับการ
ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในเรื่องการบำบัดเกลือในมารดาหลังคลอดเพื่อส่งเสริม
สุขภาพมารดาหลังคลอดให้กลับสู่ภาวะปกติ มีระยะเวลา 6 ชั่วโมง ตามตารางการจัดการเรียนการสอน

2.1.2 สาธิตการเตรียมอุปกรณ์การบำบัดเกลือมารดาหลังคลอด เสมือนจริงในห้องเรียน
ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

1) การเตรียมอุปกรณ์การบำบัดเกลือ ประกอบด้วย ผ้ารูปสี่เหลี่ยมด้านเท่าขนาด
50 x 50 เซนติเมตร สำหรับห่อหุ้มเกลือ หม้อหุงต้ม เตาแก๊สขนาดเล็กให้พอดีกับหม้อ

2) การเตรียมส่วนผสม ประกอบด้วย เกลือตัวผู้ (เกลือทะเล) เดิมเกลือให้ถึงคอหม้อ
ตั้งไฟจนเม็ดเกลือแตก ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

3) ตวยาสมุนไพร ประกอบด้วย ไพลสด 100 กรัม ว่านนางคำ 50 กรัม ว่านชักมดลูก
50 กรัม ขมิ้นชัน 50 กรัม ผิวมะกรูด 50 กรัม การบูร 1.5 กรัม ใบพลับพลึง 3 - 4 ใบ กรีดเอาเส้นกลางใบออก

4) การนำส่วนผสมทั้งหมดคลุกรวมกัน นำใบพลับพลึงเอาด้านหน้าวางบนตัวยาคู่กัน 2 ใบอีก 2 ใบวางทับตั้งฉากกัน วางหม้อเกลือทับใบพลับพลึง ห่อผ้ามัดให้แน่น แล้วนำไปนึ่งบนน้ำห้องมารดา หลังคลอด

5) วิธีการทับหม้อเกลือ ขั้นตอนแรกนวดแนวเส้นพื้นฐานขาเปิดประตูลม ด้วยการนวดแนวเส้นพื้นฐาน ขานอก ขาใน และแนวเส้นพื้นฐานหลัง นวดโยกมดลูก การโยกต้องโยกไปในทิศทางเดียวกัน โดยเริ่มจากกระดูกหัวเหน่าฝั่งใกล้ตัว นำหม้อเกลือวางบนใบพลับพลึงห่อผ้ามัดให้แน่น แล้วนำมาวางบนหน้าท้องของมารดาหลังคลอด โดยทำทีละข้าง เริ่มจากด้านที่ใกล้ตัวก่อน ใช้เวลา 30 - 45 นาที ต่อการทับหม้อเกลือ 1 ครั้ง^{5,11}

2.1.3 ปฏิบัติจริงกับมารดาหลังคลอดในชุมชนเป็นกิจกรรมการบูรณาการการเรียนการสอน ร่วมกับการทับหม้อเกลือในมารดาหลังคลอด ในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ระยะเวลา 3 ชั่วโมง โดยการทับหม้อเกลือในมารดาหลังคลอด ใช้เวลา 30 - 45 นาที ต่อการทับหม้อเกลือ 1 ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามความตระหนักทางวัฒนธรรม ผู้วิจัยนำไปหาความตรงของเนื้อหา (content validity) ทดสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัย ด้านการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ และด้านวัฒนธรรม เพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะในแต่ละข้อคำถาม โดยใช้เกณฑ์ IOC ได้ค่าเท่ากับ 0.78 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความตระหนักทางวัฒนธรรม ไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.97

2. การบูรณาการการเรียนการสอนกับการทับหม้อเกลือในมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยนำไปหาความตรงของเนื้อหา (content validity) ทดสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกันพิจารณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะในแต่ละข้อคำถาม ได้ค่าเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 ภายหลังผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการดำเนินการการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถามความตระหนักทางวัฒนธรรมก่อนการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทับหม้อเกลือในมารดาหลังคลอด ในวันที่ 16 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ส่วนกลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามความตระหนักทางวัฒนธรรมก่อนการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทับหม้อเกลือในมารดาหลังคลอด ในวันที่ 23 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ใช้ระยะเวลา 30 นาที

2. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถามความตระหนักทางวัฒนธรรมก่อนการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทับหม้อเกลือในมารดาหลังคลอด ในวันที่ 14 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ส่วนกลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามความตระหนักทางวัฒนธรรมก่อนการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทับหม้อเกลือในมารดาหลังคลอด ในวันที่ 21 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ใช้ระยะเวลา 30

นาที่ ภายหลังการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การดำเนินการทดลอง

หลังจากกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามตามเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ผู้สอนดำเนินการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ระยะเวลา 6 ชั่วโมง มีขั้นตอนดังนี้

1. ให้ความรู้ในชั้นเรียนหัวข้อเรื่อง กระบวนการพยาบาลมารดาและทารกในระยหลังคลอดปกติ
2. สาธิตกระบวนการดำเนินการในการเตรียมการและการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอดร่วมกับการทดลองปฏิบัติในเรื่องการเตรียมอุปกรณ์ และการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอด ระยะเวลา 1 ชั่วโมง
3. การปฏิบัติการดำเนินการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอดในชุมชน ผู้วิจัยประสานงานและแนะนำตัวกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เพื่อดำเนินการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอดในชุมชน เมื่อประสานงานได้เรียบร้อย ผู้วิจัยนำนักศึกษา กลุ่มทดลอง จำนวน 65 คน แนะนำตัวกับมารดาหลังคลอด เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอด จำนวน 5 ราย/รอบ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพมารดา ภายหลังคลอด ระยะเวลา 3 ชั่วโมง โดยการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอด ใช้เวลา 30 - 45 นาที ต่อการ ทบทวนเกลือ 1 ครั้ง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยผ่านการอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ รหัส BCNCT20/2564-2566 (6 ตุลาคม 2564 - 7 ตุลาคม 2566) ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวิธีและขั้นตอนการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งระบุว่าข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับและไม่ระบุตัวบุคคล รวมทั้งนำเสนอผลเป็นภาพรวมเท่านั้น นอกจากนี้การเข้าร่วมวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับการเรียนการสอน และการประเมินผลของรายวิชาแต่อย่างใดภายหลังชี้แจงแล้ว หากนักศึกษายินยอม เข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้นักศึกษาลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรยินยอมเข้าร่วมวิจัย (informed consent) และภายหลังสิ้นสุดการดำเนินการทดลองและวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงจัดให้กลุ่มควบคุม จำนวน 61 คน ได้รับโปรแกรมการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Version 26.0 โดยมีรายละเอียด การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ภูมิลำเนา เป็นต้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ
2. ความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลก่อน และหลังการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอด ผลการทดสอบข้อตกลง เบื้องต้นทางสถิติพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสุ่มมาจากประชากรที่มีการแจกแจงแบบปกติ และเปรียบเทียบ ความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ paired t-test ส่วน

เปรียบเทียบ ความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลอง จำนวน 65 คน เป็นนักศึกษาหญิง ร้อยละ 90.77 (n = 59) ภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่ใน
จังหวัดเชียงใหม่มากที่สุด คือ ร้อยละ 80 (n = 52) อายุ 20 ปี ร้อยละ 89.23

กลุ่มควบคุม จำนวน 61 คน เป็นนักศึกษาหญิง ร้อยละ 96.72 (n = 59) ภูมิลำเนาส่วนใหญ่
อยู่ในจังหวัดเชียงใหม่มากที่สุดคือ ร้อยละ 78.69 (n = 48) อายุ 20 ปี ร้อยละ 91.80 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n = 65)		กลุ่มควบคุม (n = 61)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	19	7	10.77	5	8.20
	20	58	89.23	56	91.80
เพศ	หญิง	59	90.77	59	96.72
	ชาย	6	9.23	2	3.28
ภูมิลำเนา	จังหวัดเชียงใหม่	52	80	48	78.69
	จังหวัดแม่ฮ่องสอน	13	20	13	21.31

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมของกลุ่มทดลองก่อนและภายหลัง
ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด (n = 65)

ความตระหนักทางวัฒนธรรม		ก่อน		หลัง		paired t-test	p-value
		Mean	S.D.	Mean	S.D.		
รายด้าน	ด้านการรับรู้	3.56	0.73	4.49	0.54		
	ด้านการเข้าใจ	3.93	0.72	4.47	0.59		
	ด้านการคิด	4.00	0.58	4.62	0.55		
	ด้านการมองคุณค่า	3.82	0.61	4.70	0.47		
โดยรวม		3.83	0.66	4.57	0.54	14.882	.000

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมของกลุ่มทดลอง เป็นรายด้านทั้ง 4 ด้าน
คือ ด้านการรับรู้ ด้านการเข้าใจ ด้านการคิด และด้านการมองคุณค่า พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตระหนัก
ทางวัฒนธรรมของกลุ่มทดลองภายหลังการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลัง
คลอดสูงกว่าก่อนการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอดทุกด้าน
กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด

พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมโดยรวม (Mean = 4.57, S.D. = 0.54) สูงกว่าก่อนได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการบำบัดเกลือในมารดาหลังคลอด (Mean = 3.83, S.D. = 0.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.882, p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการบำบัดเกลือในมารดาหลังคลอด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติ ทั้งรายด้านและโดยรวม

ความตระหนักทางวัฒนธรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Independent t-test	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
รายด้าน ด้านการรับรู้	4.49	0.54	4.07	0.67		
ด้านการเข้าใจ	4.47	0.59	4.38	0.65		
ด้านการคิด	4.62	0.55	4.59	0.62		
ด้านการมองคุณค่า	4.70	0.47	4.44	0.65		
โดยรวม	4.57	0.54	4.37	0.86	2.827	0.005

เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมรายด้านทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ ด้านการเข้าใจ ด้านการคิด และด้านการมองคุณค่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมรายด้านของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการบำบัดเกลือในมารดาหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติทุกด้าน กลุ่มทดลองที่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการบำบัดเกลือในมารดาหลังคลอด มีค่าเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรม (Mean = 4.57, S.D. = 0.54) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติ (Mean = 4.37, S.D. = 0.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.827, p < .05$) ดังตารางที่ 3

การอภิปรายผลการวิจัย

ในการอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ก่อนและภายหลังได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการบำบัดเกลือในมารดาหลังคลอด

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ภายหลังการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการบำบัดเกลือในมารดาหลังคลอด แตกต่างกับก่อนการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการบำบัดเกลือในมารดาหลังคลอดซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 โดยคะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมภายหลังได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการบำบัดเกลือในมารดาหลังคลอดโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.57, S.D. = 0.54) สูงกว่าก่อนได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการบำบัดเกลือในมารดาหลังคลอด อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.83, S.D. = 0.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.882, p < .05$) หากพิจารณารายด้านของความตระหนักทางวัฒนธรรม 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับรู้ ด้านการเข้าใจ ด้านการคิด และด้านการมองคุณค่า พบว่า ความตระหนักทางวัฒนธรรมของกลุ่มทดลองภายหลังการบูรณาการการเรียนการสอน

ร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอดสูงกว่าก่อนการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอดทุกด้าน ทั้งนี้เนื่องจากได้รับความรู้ และการจัดประสบการณ์ มีการกระตุ้น และสะท้อนคิดจากผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ผู้สอนในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 ตลอดจนการได้รับประสบการณ์การสาธิตและการปฏิบัติการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด ซึ่งเป็นภูมิปัญญาทางวัฒนธรรม และนำไปสู่ความตระหนัก⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร เมืองแก้ว และคณะ³ พบว่า ภายหลังจากจัดการเรียนการสอนบูรณาการการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมไทย เรื่องทรัพยากร เทคโนโลยี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ในประเพณีถิ่นกับการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่องทรัพยากรเทคโนโลยี ภูมิปัญญาท้องถิ่น สูงกว่าก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการโดยรวมอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ อุบลทิพย์ ไชยแสง นิวัติ ไชยแสง และอุไรวรรณ ศิริธรรมพันธุ์¹² พบว่า นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ภายหลังจากเข้าร่วมการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมกับการจัดการเรียนการสอนมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมกับการจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการสะท้อนคิดของนักศึกษาพบว่า การทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมกับการจัดการเรียนการสอนสามารถส่งเสริมทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรมได้ โดยภายหลังจากเรียนการสอนด้วยการบูรณาการกับการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมด้วยการมอบหมายงาน การฝึกทักษะการแสดงศิลปวัฒนธรรม โดยประยุกต์ใช้กับการสร้างเสริมสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนทำให้นักศึกษามีทักษะมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอดกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ในกลุ่มที่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอดแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 โดยคะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมกลุ่มทดลองที่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอดอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.57, S.D. = 0.54) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการสอนตามปกติอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.37, S.D. = 0.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.827, p < .05$) หากพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมรายด้านทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ ด้านการเข้าใจ ด้านการคิด และด้านการมองคุณค่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมรายด้านของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาหลังคลอด สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติทุกด้าน ซึ่งการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเนื้อหาในมารดาภายหลังคลอดเป็นกระบวนการเรียนการสอนอีกรูปแบบหนึ่ง ที่ไม่ใช่การเรียนเนื้อหาในห้องเรียนอย่างเดียว แต่มีการสอดแทรกวิธีการสอนกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีขึ้น รวมทั้งช่วยสร้างทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพันธ์ ศิริพันธ์ และศศิณาภรณ์ ชูคำ¹³ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย

สมรรถนะทางวัฒนธรรมภาพรวมของกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ สูงกว่ากลุ่มที่เรียนโดยวิธีปกติ เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมรายด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านความตระหนักรู้ และด้านทักษะทางวัฒนธรรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมรายด้านของกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มที่เรียนโดยวิธีปกติทุกด้าน และการศึกษาของ Suzan Kardong-Edgren และคณะ¹⁴ ที่ได้นำสมรรถนะทางวัฒนธรรมของ Campinha-Bacote⁷ มาเป็นแนวทางในการศึกษาความสามารถทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา พบว่า นักศึกษาที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ทางวัฒนธรรม ทักษะ ความสามารถทางวัฒนธรรมบูรณาการกับการเรียนการสอนมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบพื้นฐานปกติ

สรุป

ผลของการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอดต่อความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ พบว่า ภายหลังการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมสูงกว่าก่อนการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอด และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักทางวัฒนธรรมของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ที่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเกลือในมารดาหลังคลอด

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับการทบทวนเกลือมารดาภายหลังคลอด จัดเป็นการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ดำเนินวิจัยการในบริบทของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เพียงแห่งเดียว ไม่สามารถนำข้อมูลไปอ้างอิงกับประชากรกลุ่มใหญ่ได้

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. ผู้บริหารด้านการบริหารการศึกษา ควรนำรูปแบบการบูรณาการการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ร่วมกับการทบทวนเกลือ บรรจุเป็นกิจกรรมสำหรับมารดาหลังคลอดปกติ
2. หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ ควรมีการเตรียมอาจารย์ผู้สอนในสาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ ในการร่วมกันดำเนินกิจกรรมการบูรณาการดังกล่าว เพื่อให้นักศึกษาได้รับการส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพันธกิจของสถาบันการศึกษา

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

1. ควรมีการวัดสมรรถนะทางวัฒนธรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาหลังคลอด
2. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือการประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาหลังคลอด ในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. Arayathanitkul B. Instructional approach for enhancing cultural competence of nursing students. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(3):49-57. (in Thai)
2. Sirivichayaporn U, Srisuantang S, Tanpichai P. Factors affecting to the cultural awareness of undergraduate students, Kasetsart University Kamphaeng Sean Campus. Veridian E-Journal, Silpakorn University 2018;11(1):1207-21. (in Thai)
3. Muangkaew P, Kaewphong I, Boonreung W, Chaiprasit S, Bunjerdpongchai P, Visitkoson J, et al. Effects of integrated teaching and learning management between Thai art and culture preservation and health promotion in community on title resource technology local wisdom in Krathin a ceremony for nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2018;10(1):31-43. (in Thai)
4. Nithedsilp W, Kodsiri C. An integrated instruction with art and cultural preservation for Lanna community. Dhammathas Academic Journal 2017;17(3):290-5. (in Thai)
5. Jamjan L, Khantarakwong S, Hongthong S, Jampates N. Thai traditional medicine for postnatal motherin the community of central region. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(2):195-202. (in Thai)
6. Magnud P, Fachaiyaphum P, Pechjaturapat J. The effectiveness of Thai traditional medicine, Tub Moa Gluea, in postpartum care. JHSCPH 2018;1(1):26-38. (in Thai)
7. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. J Transcult Nurs 2002;13(3):181-4.
8. Sarae R, Mudor A, Pongrattanamarn K, Luangna C, Kajkumhaeng S, Phatiewikrai Wong P, et al. The integrated learning activity in arts and culture of dental public health students, Sirindhorn college of public health, Yala. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4(3):151-9. (in Thai)
9. Suwannachat S, Kooariyakul A, Chuaykarn U. Mission integration: challenging roles of instructors in higher education institutions. JBCNM 2019;25(1):158-175. (in Thai)

10. Phongsakchat P, Meeboon S, Ruangkit P, Kaeonoi A, Posaen R. A mission-integrated education model for the development of learning outcomes among nursing students. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2020;3(3):158-76. (in Thai)
11. Srisat B. Preliminary research. Bangkok: Suwiryasan; 2017. (in Thai)
12. Chaisang U, Chaisang N, Sirithammaphan U. Effectiveness of integrated learning activity in arts and culture maintaining to development a cultural competence among students, bachelor of public health (program in community health) Sirindhorn college of public health Yala. Humanity and Social Science Journal, Ubon Ratchathani University 2021;12(1):180-199. (in Thai)
13. Siriphan S, Choodam S. A development of an instructional model emphasizing cultural competency of nursing students for antenatal care in three southern border provinces of Thailand. NJPH 2015;25(1):54-69. (in Thai)
14. Kardong-Edgren S, Cason CL, Brennan MW, Reifsnider E, Hummel F, Mancini M, et al. Cultural competency of graduating BSN nursing students. Nursing education perspectives 2010;31(5):278-85.

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค
และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น
โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

The Relationships between Attitudes, Perceived Benefits, Perceived
Barriers, and Breastfeeding Behaviors among Postpartum Adolescent
Mothers at Jainad Narendra Hospital

สินาภรณ์ กล่อมยงค์* ธิติมา คาระบุตร** จาตุพจน์ ศรีพุ่ม*
Sinaporn Klomyong* Thitima Karabutr** Jatupat Sripum*

บทคัดย่อ

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมักพบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
ต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่นจึงมีความสำคัญ การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์
นี้ ศึกษาความสัมพันธ์ของทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดวัยรุ่นที่มาคลอดและรับบริการหลังคลอดที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยง
ลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค
ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78 .95 .91 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ
สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

Received: June 12, 2024

Revised: April 24, 2025

Accepted: April 29, 2025

* อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ชัยนาท ประเทศไทย
17000. E-mail: sinaporn7@gmail.com, 22.22jatupat@gmail.com

* Lecturer of Boromarajonai Collage of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing, Chainat, Thailand, 17000.
E-mail: sinaporn7@gmail.com, 22.22jatupat@gmail.com

** Corresponding Author: อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ชัยนาท ประเทศไทย 17000. E-mail: thitima@bcnchainat.ac.th

** Corresponding Author: Lecturer of Boromarajonai Collage of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing,
Chainat, Thailand, 17000. E-mail: thitima@bcnchainat.ac.th

ผลการวิจัย พบว่า มารดาหลังคลอดวัยรุ่นมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับมาก (Mean = 3.81 S.D. = 0.35) ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($r_s = .77, p < .05$) การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($r_s = .50, p < .05$) การรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($r_s = -.58, p < .05$)

สรุปพยาบาลผู้ดูแลในหน่วยหลังคลอดควรคัดกรองและสร้างเสริมทัศนคติที่ดี ให้ความรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แนวทางการแก้ไขอุปสรรคจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น

คำสำคัญ: มารดาหลังคลอดวัยรุ่น พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค

Abstract

Postpartum adolescent mothers often experience problems with breastfeeding. Hence, it is important to investigate the factors related to breastfeeding behaviors among postpartum adolescent mothers. This descriptive correlation study aimed to examine the relationships between attitudes, perceived benefits, perceived barriers, and breastfeeding behaviors. The sample consisted of 130 postpartum adolescent mothers at Jainad Narendra Hospital. The research instruments included a demographic questionnaire and an assessment tool on patients' attitudes toward breastfeeding, perceived benefits of breastfeeding, perceived barriers to breastfeeding, and breastfeeding behaviors. Reliability coefficients obtained for the questionnaire and assessment tool were .78, .95, .91, and .96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's correlation analysis.

The findings revealed that adolescent postpartum mothers demonstrated a high level of breastfeeding behaviors (Mean = 3.81, S.D. = 0.35). Attitudes toward breastfeeding were strongly positively correlated with breastfeeding behavior ($r_s = .77, p < .05$), while perceived benefits of breastfeeding showed a low positive correlation with breastfeeding behavior ($r_s = .50, p < .05$). Meanwhile, perceived barriers to breastfeeding were moderately negatively correlated with breastfeeding behavior. ($r_s = -.58, p < .05$)

In conclusion, nurses working in postpartum units should promote positive attitudes toward breastfeeding, provide knowledge about its benefits, and offer guidelines for overcoming barriers to breastfeeding to adolescent mothers during the pregnancy, delivery, and postpartum periods.

Keywords: adolescentmothers, breastfeeding behaviors, attitude, perceived benefits, perceived barriers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดด้วยรูนกำลังเป็นปัญหาในระบบสาธารณสุข สืบเนื่องจากสถิติการคลอดในวัยรุ่น ปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีแนวโน้มลดลง โดยมีจำนวน 41.3 คน ต่อประชากรสตรีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี 1,000 คน¹ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์ไว้ว่าควรมีสถิติการคลอดในวัยรุ่นไม่เกิน 25 คน ต่อประชากรสตรีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี 1,000 คน จากรายงาน ปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีสถิติการคลอดในวัยรุ่น 21 คน ต่อประชากรสตรีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ส่วนจังหวัดชัยนาทมีสถิติการคลอดในวัยรุ่น 18 คน ต่อประชากรสตรีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี 1,000 คน โดยมีการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี จำนวนทั้งสิ้น 165 คน ซึ่งสถิติการคลอดในวัยรุ่นของประเทศและจังหวัดชัยนาทผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขยังคงเฝ้าระวังสถิติการคลอดในวัยรุ่นให้ลดลงในทุกปี เพื่อนำไปสู่การเกิดอย่างมีคุณภาพและเจริญเติบโตเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติและมีการสนับสนุนการให้ทารกได้รับนมมารดาภายหลังคลอด²

สถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว จนถึง 6 เดือน ตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก¹ และกระทรวงสาธารณสุขเก็บรวบรวมข้อมูล ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า มีจำนวนร้อยละ 62.08 62.21 และ 61.56 ตามลำดับ และจำนวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของจังหวัดชัยนาทเท่ากับ ร้อยละ 76.51 74.50 และ 80.51 ตามลำดับ³ ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมายของประเด็นยุทธศาสตร์ของร้อยละทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกแนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน และให้นมแม่ต่อไปควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึง 2 ปี หรือนานกว่านั้น ทั้งนี้กรมอนามัย ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย สนับสนุนนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย พร้อมขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁴

สำหรับมารดาหลังคลอดด้วยรูน หมายถึง สตรีอายุ 10-19 ปี ที่มีการตั้งครรภ์สิ้นสุดลงด้วยการคลอดมีชีพ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แบ่งมารดาหลังคลอดด้วยรูนเป็น 2 ช่วง คือ มารดาด้วยรูนตอนต้น อายุ 10-14 ปี และมารดาด้วยรูนตอนปลาย อายุ 15-19 ปี¹ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในวัยรุ่น เนื่องจากอยู่วัยเรียนและอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและฮอร์โมนเพศที่เพิ่มขึ้น จึงเริ่มมีความต้องการทางเพศ นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการป้องกัน ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ ร้อยละ 59.9 ส่งผลกระทบด้านจิตใจทำให้อับอาย และอนาคตทางการศึกษาต้องพักการเรียน ขาดโอกาสที่ดีด้านอาชีพและรายได้ เนื่องจกมารดาหลังคลอดด้วยรูนต้องดูแลเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง ร้อยละ 61.3 ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งมารดาด้วยรูนและทารกในอนาคต⁵

สำหรับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร มีแผนพัฒนาโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก เริ่มมีนโยบายตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงระยะหลังคลอด ในระยะตั้งครรภ์ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ที่แผนกฝากครรภ์ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วยเนื้อหาประโยชน์ของนมแม่ การเตรียมความพร้อมเต้านม หัวนม ทำอุ้มในการให้นมทารก และอาหารที่ช่วย

เสริมสร้างน้ำนมแม่ ในทุกวันพุธช่วงบ่าย และให้สามีหรือญาติเข้ารับฟังพร้อมกับหญิงตั้งครรภ์ ในระยะคลอด ดูแลให้มารดาทุกรายที่คลอดทางช่องคลอดทำ early bonding โดยนำทารกวางไว้บนหน้าอกของมารดา ภายหลังคลอดทันที ส่วนระยะหลังคลอดมารดาหลังคลอดจะได้รับการดูแลจากคลินิกนมแม่ที่ตั้งอยู่ในแผนก หลังคลอดของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ให้บริการส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดา ที่มาคลอดและรับบริการหลังคลอดที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โดยการเปิดวิดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับ ประโยชน์ของนมแม่ ประเมินลักษณะหัวนม เต้านม และกระตุ้นให้มารดาหลังคลอดนำทารกเข้าเต้า ซึ่งมีการ ประเมินการให้นมของมารดาหลังคลอดด้วยคะแนนการเข้าเต้า (LATCH score) และรับปรึกษาปัญหานมแม่ ในกรณีแพทย์ส่งต่อ มีการติดตามอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในมารดาหลังคลอด ทุกช่วงวัย⁶

พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น หมายถึง การกระทำของมารดาหลัง คลอดด้วยรุ่นเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ ล้างมือก่อนให้นมทารก ให้ทารกดูดนมทั้งสองข้างสลับกัน ข้างละ 15-20 นาที ให้ทารกดูดนมจากเต้าทุก 2-3 ชั่วโมง ให้ทารกดูดนมแม่อย่างเดียว โดยไม่ให้น้ำ นมผสม หรืออาหารอื่น ๆ ให้ทารกดูดนมในท่าที่สบาย ผ่อนคลาย ให้ทารกดูดนมจนเกลี้ยงเต้า ขณะทารกดูดนม ปากแนบสนิทกับเต้า ไม่มีเสียงดัง จับทารกเรอ ภายหลังลูกดูดนมเสร็จ ไม่ดึงหัวนมออกจากปากทารกขณะดูด ขณะดูดนมเหงือกของทารกงับอยู่บริเวณลานนม น้ำนมเหลืองที่ออกในช่วงแรกได้ให้ทารกดูด และสวมใส่ ยกทรง เพื่อบรรเทาอาการปวดเต้านม⁷ สำหรับในประเทศไทย มาลีวัล เลิศสาครศิริ และสาลิ แซ่เป้⁷ ศึกษา กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นครั้งแรกที่คลอดในโรงพยาบาลเลิดสิน พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นครั้งแรกมีพฤติกรรมระดับมาก อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาพฤติกรร มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น ในโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้วยการใช้แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมของ เพนเดอร์และจากการทบทวนวรรณกรรม ในการเลือกสรรตัวแปรคือ ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้ง 3 ตัวแปร อิสระนี้ สำคัญ คือ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^{8,9} พบว่า ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่และการรับรู้ประโยชน์ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของวัยรุ่น กล่าวคือ ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง ความรู้สึกและการรับรู้ที่มีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากมารดาวัยรุ่นที่มีทัศนคติและความเชื่อที่ดีเพิ่มขึ้นต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คาดว่าจะมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่เพิ่มมากขึ้น การศึกษาของชนรัฐศิกานต์ น้อยเวช เครือวัลย์ นิตศิริ และสุวิมล ปรีสงค์ สนับสนุนว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^{10,11} ส่วน มารดาที่คิดว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ทั้งต่อตนเองและลูกมีแนวโน้มที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่¹² มีการศึกษาที่ระบุว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกพฤติกรรมการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่¹³ สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง การรับรู้ถึงปัญหาหรือสิ่ง ไม่เอื้ออำนวยต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากมารดาวัยรุ่นคิดว่าเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้เต้านมหย่อนยาน ไม่สวยงาม เป็นภาระต่อตนเอง และอายุที่จะต้องให้นมในที่สาธารณะ มารดาจึงมักตัดสินใจที่จะเลี้ยงลูกด้วย นมผสม¹⁴ และการกลับไปศึกษาต่อหรือทำงานนอกบ้าน ทำให้มารดาวัยรุ่นมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ประกอบ กับมารดาวัยรุ่นไม่ได้เลี้ยงทารกด้วยตนเอง จึงมีโอกาshotให้หันมาสูงมาก ซึ่งเป็นอุปสรรคส่งผลให้

มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลง กล่าวคือมารดาที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำ จะส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น¹³

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยพบว่า การศึกษาที่ผ่านมา ในต่างประเทศเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของวัยรุ่น^{8,9} ซึ่งมีบริบทพื้นที่และวัฒนธรรมที่แตกต่างกับประเทศไทย สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบ การศึกษาเชิงความสัมพันธ์^{11,15} และเชิงทำนายเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^{10,13} ซึ่งเป็นการศึกษา ในมารดาหลังคลอดทุกช่วงวัย ส่วนการศึกษาในกลุ่มมารดาวัยรุ่นพบตัวแปรตามเป็นความสำเร็จการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพบการศึกษาตัวแปรตามพฤติกรรมการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก ที่โรงพยาบาลเลิดสิน จังหวัดกรุงเทพมหานคร⁷ เป็นการศึกษาในบริบท สังคมเมืองหลวงซึ่งมีลักษณะวิถีชีวิตที่มีความเร่งรีบ มีข้อจำกัดเรื่องเวลาทำงาน ซึ่งในบริบทพื้นที่ และสถานการณ์ที่แตกต่างจากจังหวัดชัยนาทซึ่งเป็นสังคมชนบท ที่มีลักษณะวิถีชีวิตเรียบง่าย ไม่เร่งรีบ มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและชุมชน อีกทั้งผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นในเขตจังหวัดชัยนาท

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น และปัจจัย ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การ รับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่นใน จังหวัดชัยนาท เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนา และส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดา หลังคลอดวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์¹⁶ ร่วมกับการทบทวน วรรณกรรม ซึ่งเพนเดอร์กล่าวว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมสุขภาพให้บรรลุวัตถุประสงค์ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้น รับรู้ว่า พฤติกรรมนั้นเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลประกอบด้วย มโนทัศน์หลัก 3 ด้าน คือ 1) ประสพการณ์/คุณลักษณะของปัจเจกบุคคล (พฤติกรรมสุขภาพในอดีต: การ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่คล้ายคลึงกันในอดีต; ปัจจัยส่วนบุคคล: อายุ บุคลิกภาพ เชื้อชาติ สถานะ ทางเศรษฐกิจสังคม 2) การคิดรู้/อารมณ์ที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม (การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม อิทธิพลจากบุคคลอื่น อิทธิพลจากสถานการณ์ และ 3) ผลลัพธ์ของพฤติกรรม (พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์)

การศึกษานี้ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ถ่ายทอดมาจากผลลัพธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่บุคคลบูรณาการพฤติกรรมเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต ส่วนตัวแปรอิสระคือ ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ ถ่ายทอดมาจากความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือหลังจากปฏิบัติ พฤติกรรม สำหรับการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ ถ่ายทอดมาจากการคิดรู้ อารมณ์ที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม การคาดหวังผลลัพธ์ทางบวก ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้หรือคาดการณ์สิ่งที่ขัดขวางที่มีผลต่อความตั้งใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^{10,11,15} การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่¹³ การรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่¹³ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร อยู่ในระดับใด
2. ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่นหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น

สมมติฐานการวิจัย

1. ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น
2. การรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดวัยรุ่นซึ่งมาคลอดและได้รับบริการที่หอผู้ป่วยหลังคลอด ณ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร คัดเลือกประชากรแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดวัยรุ่นที่มาคลอดและได้รับบริการที่หอผู้ป่วยหลังคลอด ณ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อายุ 10-19 ปี 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ 1) มารดาติดเชื้อเอชไอวี 2) ทารกมีอาการปากแหว่ง เพดานโหว่ มีความผิดปกติในการดูดกลืน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตร Taro Yamane¹⁷ ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และยอมรับความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 มีสูตรการคำนวณ ซึ่งรู้ประชากรคือ $n = N/(1+Ne^2)$ จากอัตราการคลอดในวัยรุ่น อายุ 10-19 ปี ใน พ.ศ. 2565 เท่ากับ 165 คน² จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยแทนที่สูตร $n = 165/(1+165(0.05)^2)$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10¹⁸ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ทั้งสิ้น 130 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนา และแบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อายุครรภ์ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว และจำนวนครั้งการตั้งครรภ์

2) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น สร้างจากแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์¹⁶ และผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม นันทิยา วัฒนายุ สุพินดา เรื่องจิรัชเชียร และสุตาภรณ์ พัยคมเรือง¹⁹ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีเนื้อหา 2 ด้าน คือ ทัศนคติเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย 3 ข้อ (ข้อ 4, 5, 10) ด้านจิตสังคม 7 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9) เป็นข้อคำถามความรู้สึก และการรับรู้ด้านบวก 5 ข้อ (ข้อ 2, 5, 6, 7, 8) ด้านลบ 5 ข้อ (ข้อ 1, 3, 4, 9, 10) ให้เลือกตอบ (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 10-40 คะแนน ข้อคำถามด้านบวกให้คะแนนตามที่ตอบจริง ส่วนข้อคำถามด้านลบให้คะแนนกลับกันกับด้านบวก คะแนนสูง หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น สร้างจากแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์¹⁶ และทบทวนเนื้อหาความรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนายุ, สุพินดา เรื่องจิรัชเชียร และสุตาภรณ์ พัยคมเรือง¹⁹ และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่²⁰ แบบสอบถามนี้ถามเกี่ยวกับการรับรู้ผลดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อมารดาหลังคลอดวัยรุ่นและทารก ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ มีเนื้อหา 2 ด้าน คือ การรับรู้ประโยชน์ต่อสุขภาพมารดา 8 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) และการรับรู้ประโยชน์ต่อสุขภาพของทารก 6 ข้อ (ข้อ 9, 10, 11, 12, 13, 14) ให้เลือกตอบ (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง รับรู้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์มาก

4) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น สร้างจากแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์¹⁶ และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่²¹⁻²³ แบบสอบถามนี้ถามเกี่ยวกับการรับรู้ถึงปัญหาหรือสิ่งไม่เอื้ออำนวยต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีเนื้อหา 3 ด้าน

คือ ความไม่สะดวกด้านความรู้และทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 ข้อ (ข้อ 1, 4, 7, 8, 9, 10) ด้านเวลา 3 ข้อ (ข้อ 2, 3, 6) ด้านการสนับสนุนของครอบครัวและสังคม 1 ข้อ (ข้อ 5) ให้เลือกตอบ (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 10 - 40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีอุปสรรคมาก

5) แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น สร้างจากการแนวคิด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์¹⁶ และประยุกต์ใช้เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมาลีวัล เลิศสาครศิริ และสาส์ แซ่เปี⁷ แบบสอบถามนี้ถามเกี่ยวกับการกระทำหรือการแสดงออก ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ขณะอยู่ที่แผนกหลังคลอด ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ให้เลือกตอบ (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ปฏิบัติทุกครั้ง (4 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้ มีค่าระหว่าง 12 - 48 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การแปลผลคะแนนของเครื่องมือทั้ง 4 ฉบับ²⁴ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับน้อยที่สุด (1 - 1.75 คะแนน) ระดับน้อย (1.76 - 2.50 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.51 - 3.25 คะแนน) และระดับมาก (3.26 - 4.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เสนอแก่ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล สุนิตาสาคร จำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์สาขาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ แผนกหลังคลอด โรงพยาบาล ชัยนาทนเรนทร จำนวน 1 คน ภายหลังการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปคำนวณ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า .84 .90 .92 และ .90 ตามลำดับ หลังจากนั้น นำไปปรับปรุงและทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดวัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความ เชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า .78 .95 .91 และ .96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เลขที่ 03/2566 วันที่ 13 มีนาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึง คุณธรรมและจริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่าง สามี หรือผู้ปกครอง แจ้งรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยเพิ่มเติมจนกว่าจะเข้าใจ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม การวิจัย ไม่มีการระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18 - 19 ปี เป็นผู้ลงนามด้วยตนเอง สำหรับกลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 18 ปี ไม่ได้จดทะเบียนผู้วิจัยขอให้ผู้ปกครอง เป็นผู้ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย ได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลต่อการได้รับการดูแลข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ ข้อมูลต่าง ๆ

ในการวิจัยถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ที่มีการป้องกันด้วยการเข้ารหัสไว้ ไม่มีการเปิดเผย ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ เพื่อการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ได้ขออนุญาตผู้อำนวยการและหัวหน้าแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 จากมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นปกติทางช่องคลอด ภายใน 1 - 2 วัน และมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องภายใน 1 - 3 วันภายหลังจากผ่าตัด

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย ตลอดจนข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองที่เตียงนอนของกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่เตียงข้างเคียงมีมารดาหลังคลอดนอนพักฟื้น กันม่านระหว่างเตียง หรือตอบแบบสอบถามที่บริเวณระเบียงของแผนกหลังคลอด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างให้มนูตร์เรียบร้อยแล้ว ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ขณะกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผู้ปกครองคอยดูแลบุตร ในรายที่ไม่มีผู้ปกครองคอยดูแลบุตร นำบุตรวางบนเตียงนอนเด็ก (crib) ในขณะเดียวกันเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแบบสอบถามผู้วิจัยอธิบายข้อสงสัยต่าง ๆ จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for window version 24 กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และใช้สถิติต่าง ๆ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้ (statistic skewness) อยู่ในช่วง -1.69 ถึง 2.65 ซึ่งข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ควรอยู่ในช่วง $\pm 1^{25}$ และสัมประสิทธิ์ความโด่ง (statistic kurtosis) อยู่ในช่วง -3.33 ถึง 7.00 ซึ่งข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติควรอยู่ในช่วง $\pm 2^{26}$ จึงทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation) การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s) คือ $r_s = .90-1.00$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก ค่า $r_s = .70 - .90$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ค่า $r_s = .50 - .70$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง $r_s = .30 - .50$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ $r_s = .00 - .30$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับเล็กน้อย²⁷

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น

จากผลการวิจัย พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น มีอายุระหว่าง 13-19 ปี อายุเฉลี่ย 17 ปี (Mean = 17.16, S.D. = 1.69) ส่วนใหญ่เป็นมารดาหลังคลอดวัยรุ่นตอนปลาย ร้อยละ 89.2 (n = 116) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.5 (n = 128) สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 48.5 (n = 63) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.6 (n = 38) มีคูครองคอยดูแลเอาใจใส่ ร้อยละ 94.6 (n = 123) รายได้ต่อเดือนของครอบครัว เฉลี่ย 15,942 บาท (Mean = 15,942.31, S.D. = 8742.58) ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 77.7 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 94.6 (n = 101) คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 57.7 (n = 75) อายุครรภ์เมื่อคลอดเฉลี่ย 39 สัปดาห์ (Mean = 38.78, S.D. = 1.18) น้ำหนักทารกแรกเกิด เฉลี่ย 3,065 กรัม (Mean = 3,065.38, S.D. = 383.60) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น (n = 130)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ Mean = 17.16, S.D. = 1.69 Min = 13 Max = 19		
วัยรุ่นตอนต้น (อายุ 10-14 ปี)	14	10.8
วัยรุ่นตอนปลาย (อายุ 15-19 ปี)	116	89.2
ศาสนา		
พุทธ	128	98.5
อิสลาม	2	1.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	0.8
ประถมศึกษา	25	19.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	63	48.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	38	29.2
อนุปริญญา/ปวส.	3	2.3
การมีคูครองคอยดูแลเอาใจใส่		
ไม่มี	7	5.4
มี	123	94.6
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว Mean = 15,942.31 S.D. = 8,742.58 Min = 1,000 Max = 50,0000		
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์		
ครั้งที่ 1	101	77.7
ครั้งที่ 2	28	21.5
ครั้งที่ 3	1	0.8
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์		
ไม่มี	123	94.6
มี	7	5.4

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น (n = 130)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการคลอด		
คลอดทางช่องคลอด	75	57.7
เครื่องดูดสุญญากาศ	1	0.8
ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง	54	41.5
อายุครรภ์เมื่อคลอด	Mean = 38.78, S.D. = 1.18 Min = 33 Max = 41	
น้ำหนักทารกแรกเกิด	Mean = 3,065.38, S.D. = 383.59 Min = 2,250 Max = 4,190	

2. พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มารดาหลังคลอดด้วยรุ่น พบว่า มารดาหลังคลอดด้วยรุ่น มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.81, S.D. = 0.35) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ให้ทารกดูดนมแม่อย่างเดียว โดยไม่ให้น้ำ นมผสม หรืออาหารอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D. = 0.40) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ สวมใส่ยกทรง เพื่อบรรเทาอาการปวดเต้านม มีค่าเฉลี่ย 3.25 (S.D. = 0.67) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (n = 130)

พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	พิสัยของคะแนนที่ได้	ระดับคะแนน
1. ล้างมือก่อนให้นมทารก	3.68	0.58	2-4	มาก
2. ให้ทารกดูดนมทั้งสองข้างสลับกันข้างละ 15-20 นาที	3.84	0.50	3-4	มาก
3. ให้ทารกดูดนมจากเต้าทุก 2-3 ชั่วโมง	3.94	0.25	3-4	มาก
4. ให้ทารกดูดนมแม่อย่างเดียว โดยไม่ให้น้ำ นมผสมหรืออาหารอื่น ๆ	3.96	0.40	3-4	มาก
5. ให้ทารกดูดนมในท่าที่สบาย ผ่อนคลาย	3.83	0.39	3-4	มาก
6. ให้ทารกดูดนมจนเกลี้ยงเต้า	3.85	0.39	3-4	มาก
7. ขณะทารกดูดนม ปากแนบสนิทกับเต้า ไม่มีเสียงดัง	3.82	0.38	3-4	มาก
8. จับทารกเรอ ภายหลังลูกดูดนมเสร็จ	3.86	0.39	3-4	มาก
9. ไม่ดึงหัวนมออกจากปากทารกขณะดูด	3.89	0.25	3-4	มาก
10. ขณะดูดนม เหยือกของทารกงับอยู่บริเวณลานนม	3.82	0.39	3-4	มาก
11. นำนมเหลือทิ้งที่ออกในช่วงแรกได้ให้ทารกดูด	3.95	0.21	3-4	มาก
12. สวมใส่ยกทรง เพื่อบรรเทาอาการปวดเต้านม	3.23	0.67	2-4	ปานกลาง
คะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	3.81	0.35	2.92-4.00	มาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มารดาหลังคลอดด้วยรุ่น พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .77, p < .05$) และการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .50, p < .05$) การรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.58, p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (n = 130)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4
1. ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1.00			
2. การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.67*	1.00		
3. การรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	-.69*	-.48*	1.00	
4. พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.77*	.50*	-.58*	1.00

* $p < .05$

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานดังนี้

1. ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นเท่ากับ 3.81 (S.D. = 0.35) อยู่ในระดับมาก แสดงถึงการกระทำหรือการแสดงออกที่เกือบครบทุกขั้นตอนของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นขณะอยู่ที่แผนกหลังคลอด อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมารดาด้วยรุ่นหลังคลอดส่วนใหญ่ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะมารับบริการฝากครรภ์จากโรงเรียนพ่อแม่และได้รับการดูแลช่วยเหลือจากคลินิกนมแม่ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นซึ่งวัยนี้เข้าสู่พัฒนาการที่สามารถแสดงความรับผิดชอบต่อตนเองและลูกที่คลอด จึงทำให้มารดาหลังคลอดด้วยรุ่นมีพฤติกรรมดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลีวัล เลิศสาครศิริ และสาลี แซ่เบ๊⁷ พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาด้วยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก ที่โรงพยาบาลเลิดสิน จังหวัดกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .77, p < .05$) แสดงว่า ยังมีทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น ยังมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น อภิปรายได้ว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม ความรู้สึกและการรับรู้ด้านบวกในมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นที่เพิ่มขึ้น และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่ครองคอยดูแลเอาใจใส่ร้อยละ 94.6 การมีคู่ครองแสดงความเข้าใจ ให้กำลังใจในการให้ภรรยาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทารก จึงทำให้

มารดาหลังคลอดวัยรุ่นมีการกระทำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{10,11,15} ศึกษาในมารดาหลังคลอดทุกช่วงวัย พบว่า ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .50, p < .05$) แสดงว่า ยิ่งมารดาหลังคลอดวัยรุ่นมีการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นยิ่งมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 2 ครั้ง ในขณะตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์และระยะหลังคลอดที่คลินิกนมแม่ จึงทำให้มีการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ดี ประกอบกับมารดาหลังคลอดวัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งกำลังก้าวข้ามไปสู่วัยผู้ใหญ่ มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และวุฒิภาวะทางอารมณ์ ส่งผลให้มีกระบวนการคิดไตร่ตรองถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งต่อตนเองและทารก จึงมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เพิ่มขึ้น²⁸ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ ช่อทิพย์ ผลกุลล ศิริวรรณ แสงอินทร์ และพิริยา ศุภศรี¹³ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางลบ ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.58, p < .05$) แสดงถึง หากมีการรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลง จะมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น อภิปรายได้ว่า มารดาหลังคลอดวัยรุ่นมีการรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลง จากแบบสอบถามที่ระบุว่า ไม่เห็นด้วยกับความคิดเห็นที่ว่า ฉันไม่ต้องการให้ลูกกินนมแม่ ครอบครัว/หรือเพื่อน ไม่สนับสนุนให้ฉันเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเรื่องยุ่งยาก แสดงว่าข้อความดังกล่าว ไม่ได้เป็นอุปสรรคจึงทำให้มารดาหลังคลอดวัยรุ่นมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ ช่อทิพย์ ผลกุลล ศิริวรรณ แสงอินทร์ และพิริยา ศุภศรี¹³ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ข้อจำกัดการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนปลายและมีคูครองให้การดูแล ผลการศึกษาจึงไม่สามารถอธิบายถึงกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นและกลุ่มวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
2. กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดวัยรุ่นที่มาคลอดโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร และได้รับการดูแลที่หน่วยหลังคลอด ผลการศึกษาไม่สามารถนำไปอธิบายกลุ่มมารดาหลังคลอดวัยรุ่นภายหลังจำหน่ายได้

สรุป

พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดวัยรุ่น อยู่ในระดับมาก ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

และการรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลควรประเมินพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. ศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์อื่น ๆ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลจากบุคคลอื่น และอิทธิพลจากสถานการณ์
3. การวิจัยนี้ทำการศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล ควรศึกษาติดตามพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นอย่างต่อเนื่อง เมื่อกลับบ้านและติดตามที่ระยะ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 2 ปี ที่คลินิกเด็กเมื่อมารดาพาบุตรมารับวัคซีน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. Ministry of Public Health. Statistics on adolescent births, Thailand 2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 27]. Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/m_magazine/35430/4729/file_download/8ef9ce93951bc46134d960dd8c0106ed.pdf
3. Ministry of Public Health. DoH dashboard [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/breastfeed?year=2024>
4. Department of Health. The Department of health joins hands with the Thailand breastfeeding center foundation. promoting breastfeeding society, aiming for 50 percent of Thai children to receive breast milk for at least 6 months [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/43311>
5. Ministry of Public Health. Teenage pregnancy surveillance, Thailand 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report>
6. Jainad Narendra Hospital. Development plan for standard maternal and child health hospital of Jainad Narendra Hospital. Chai nat: Jainad Narendra Hospital; 2022.
7. Lertsakornsiri M, Saibae S. The relationship between self-efficacy self-esteem attitude toward breastfeeding and breastfeeding behaviors in the first time teenage postpartum mothers. Journal of Nursing and Education 2018;11(3):10-23. (in Thai)
8. Kanhadilok S, McGrath JM. An integrative review of factors influencing breastfeeding in adolescent mothers. J Perinat Educ 2015;24(2):119-127.

9. Kullmann K, Leader A, Frasso R. Knowledge attitudes and barriers to breastfeeding in adolescent mothers: a review. *Cooper Rowan Medical Jouranal* 2021;3(1):98-115.
10. Noiwech C, Nitisiri K, Preesong S. Factors affecting breastfeeding behavior among postpartum mother at Dangchang Hospital. *JHNUBU* 2024;3(1):15-27. (in Thai)
11. Viboonwatthanakitt R, Kantha J, Sricham N, Saktrakul R. The relationships between knowledge, self-Efficacy, and attitude towards breastfeeding and breastfeeding behaviors in first time postpartum mothers. *Journal of Nursing and Public Health Research* 2023;3(3):95-109. (in Thai)
12. Chinglek W, Ketin V, Sriyasak A. Experiences of breastfeeding among first time teenage mothers. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2018;10(1):122-32. (in Thai)
13. Phonkusol C, Sangin S, Suppasri P. Factors Affecting breastfeeding behavior among postpartum mothers in private hospitals Chonburi Province. *Chonburi Hospital Journal* 2016;41(1):31-8. (in Thai)
14. Yimyam S, Khnsung P. Breastfeeding promotion among adolescent mothers nursing. *Nursing Journal* 2019;46(1):239-50. (in Thai)
15. Junpen B. Factors associated with maternal breastfeeding behaviors among women bringing their children for services at Bangkhan hospital, Nakhon Si Thammarat Province. *Academic Journal for Primary Care and Public Health Development* 2024;2(3):16-30. (in Thai)
16. Pender N. The heath promotion model manual [Internet]. 2011 [cited 2025 Mar 27]. Available from: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf
17. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 2nd ed. New York: Harper & Row; 1967.
18. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607-10.
19. Payukreung S. Factors affecting breastfeeding. In: Wijitsukon K, Sangpeum P, Watayu N. Reungjiruttean S, Payukreung S. Breastfeeding. Bangkok: Pree-One; 2016. p.21-33. (in Thai)
20. Khoonphet C, Kala S. The experience of breastfeeding intention among adolescent mothers. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2019;11(2):1-11. (in Thai)
21. Nuampa S, Chanprapaph P, Tilokskulchai F, Sudphet M. Breastfeeding challenges among Thai adolescent mothers: hidden breastfeeding discontinuation experiences. *Journal of Health Research* 2022;36(1):12-22.
22. Pasuwan D. Success of exclusive breastfeeding for at least the first 6 months: a case study of Nakhon Pathom province. *Kuakarun Journal of Nursing* 2020;27(1):71-84. (in Thai)
23. Suglo M, Kpekura S, Yiryuo L. Breastfeeding challenges among adolescent mothers: a phenomenological study at the Korle Bu Teaching Hospital in Ghana. *BMJ Open* 2024;14:e077504. doi:10.1136/bmjopen-2023-077504.

24. Srisaard B. Basic research. 7th ed. Bangkok: Suweeriyasarn; 2003. (in Thai)
25. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2001.
26. George D, Mallery M. SPSS for windows step by step: a simple guide and reference 17.0 update. 10th ed. Boston: Pearson; 2010.
27. Kotrlik JW, Williams HA. The incorporation of effect size in information technology, learning, and performance research. Information Technology, Learning, and Performance Journal 2003;21(1):1-7.
28. Backes EP, Bonnie RJ. The promise of adolescence [Internet]. Washington: National Academies Press; 2019 [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545476/>

ปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว
ในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
Factors Predicting Hospital Readmission within One Year among
Patients with Heart Failure after Hospital Discharge

อนุรักษ์ แสงจันทร์* ศิรินันท์ ฉลุยแสง**
Anurak Sangchan* Sirinan Chaluisaeng**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของปัจจัยต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในระยะเวลา 1 ปี ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตจังหวัดอุดรธานี ช่วงเดือนมกราคมถึงเมษายน 2567 จำนวน 130 ราย คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเจาะจงตามเกณฑ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว ความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.90 สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผลการวิจัย พบว่า อุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 1 ปี ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 45.40 ($n = 59$) และปัจจัยอายุ ความรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 69.20 โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 49 - 59 ปี และอายุมากกว่า 59 - 69 ปี สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่อายุมากกว่า 69 - 79 ปี มากกว่าหกเท่า (OR 6.68 ; 95%CI 1.67 - 26.71, $p < 0.05$ และ OR 6.28 ; 95%CI 1.88 - 21.03, $p < 0.05$ ตามลำดับ) ปัจจัยความ

Received: November 5, 2024

Revised: April 21, 2025

Accepted: April 30, 2025

* อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย 41330. E-mail: Nu_rak13@bcnu.ac.th

* Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Udonthani, Thailand 41330. E-mail: Nu_rak13@bcnu.ac.th

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย 41330. E-mail: sirinan_cha@bcnu.ac.th

** Corresponding Author, Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Udonthani, Thailand 41330. E-mail: sirinan_cha@bcnu.ac.th

รอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ มีโอกาสกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล มากกว่าผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก มากกว่าสี่เท่า (OR 4.05 ; 95%CI 1.20-13.90, $p < 0.05$) และปัจจัยการสนับสนุนในครอบครัวระดับปานกลาง มีโอกาสกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล มากกว่า 3 เท่า ของผู้ที่มีการสนับสนุนในครอบครัวในระดับมาก (OR 3.40 ; 95%CI 1.18 - 9.74, $p < 0.05$) ในขณะที่ระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาเพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำโดยการพัฒนาโปรแกรมโดยคำนึงถึงปัจจัยด้าน อายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว

คำสำคัญ: หัวใจล้มเหลว การสนับสนุนของครอบครัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

This study investigates the predictive relationship of various factors associated with hospital readmission within one year among patients with heart failure. The participants were 130 patients with heart failure treated at the outpatient department of a general hospital in Udon Thani province from January to April 2024. The research tools included personal information, medical history, a health literacy assessment (Cronbach's alpha = .94), and a family support scale (content accuracy = 0.90, Cronbach's alpha = .95). Data analysis was performed using descriptive statistics and binary logistic regression.

The results show that the incidence of hospital readmission within one year for patients with heart failure was 45.40% ($n = 59$). Age, health literacy, and family support were significant predictors of hospital readmission, accounting for 69.20% of the variance. Patients aged 49-59 and 59-69 were six times more likely to be readmitted than those aged 69-79 (OR 6.68 ; 95%CI 1.67-26.71, $p < 0.05$ and OR 6.28; 95%CI 1.88-21.03, $p < 0.05$, respectively). Patients with moderate health literacy were more than four times more likely to be readmitted to the hospital compared to those with very good health literacy (OR 4.05; 95% CI 1.20-13.90, $p < 0.05$). Additionally, patients with moderate family support were more than three times more likely to be readmitted to the hospital compared to those with high family support (OR 3.40 ; 95% CI 1.18-9.74, $p < 0.05$).

The study suggests that further research should focus on reducing readmission rates by developing programs that consider age, health knowledge, and family support.

Keywords: heart failure, family involvement, health literacy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกสูงถึง 64.3 ล้านคน ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว 1 - 2% ของผู้ใหญ่ทั้งหมด¹ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประชากรที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ประมาณ 6.7 ล้านคนมีภาวะหัวใจล้มเหลว และคาดว่าอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น 8.5 ล้านคน ภายในปี 2030 โดยในปี 2020 มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประมาณ 415,922 คน และร้อยละ 20 ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เสียชีวิตภายใน 1 ปีหลังจากออกจากโรงพยาบาล² ในประเทศไทยมีรายงานสถิติการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยในปีงบประมาณ 2566 จำนวนสูงถึง 43,838³ และเมื่อติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ชนิดการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction: LVEF) ต่ำกว่าร้อยละ 50 นาน 6 เดือนขึ้นไป พบมีผู้ป่วยเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 4.7 ต่อปีของผู้ป่วยทั้งหมด⁴ การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สำหรับภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 53,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี และค่าใช้จ่ายทางอ้อม 70,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี² และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น และในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น²

การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในระยะ 1 ปี ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว และกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยในต่างประเทศมีการศึกษาอุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวพบร้อยละ 35.7⁵ และในประเทศไทย ร้อยละ 51⁶ ซึ่งการกลับมารักษาซ้ำอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การไม่สามารถควบคุมโรคร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶ พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยา การขาดการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ มีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถปรับยาได้ตามมาตรฐานการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว การไม่มาพบแพทย์ตามนัด⁷ โดยในช่วงเวลาภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล หากขาดการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงขึ้นในการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ⁷ และมีอุบัติการณ์เสียชีวิตสูงขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 20 เสียชีวิตภายใน 1 ปีภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล²

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้มีการศึกษาการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน ทั้ง 28 วัน 30 วัน 90 วัน และ 6 เดือน รวมถึง 1 ปี⁵ อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน 30 วัน ร้อยละ 9.42-13.2^{5,8} และ 1 ปี ร้อยละ 35.7-51^{5,6} ระยะเวลาภายหลังจากการจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้การดำเนินโรคก้าวหน้าขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การทำหน้าที่ของหัวใจผิดปกติเกิดอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว⁹ ซึ่งเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ในขณะที่ระยะเวลาการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน มีปัจจัยที่เหมือนและแตกต่างกันที่ยังไม่สามารถระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน ถึงแม้จะมีการศึกษาในภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย แต่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะจังหวัดอุดรธานียังไม่เคยมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจากจำหน่ายของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เช่น ปัจจัยด้านบุคคล เพศ อายุ โรคร่วม ซิรั่มครีเอตินิน ซิรั่มโซเดียม อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตซิสโตลิก⁶ ความร่วมมือในการใช้ยา⁷ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹⁰ ระดับการศึกษา¹¹ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การขาดการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ⁷ การมีส่วนร่วมของครอบครัว¹² รวมถึงปัจจัยระบบสุขภาพ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล⁶ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ปัจจัยดังกล่าวเป็นข้อมูลที่ศึกษาในระยะเวลา 30 วันจนถึง 1 ปีครึ่ง และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ในบริบทของประเทศไทยมีการศึกษาของ ศุภวัณณ์ เลิศพงศ์ภาคภูมิ เจนเนตร พลเพชร และจอม สุวรรณโณ⁶ เกี่ยวกับปัจจัยทำนายการกลับเข้าพักรักษาซ้ำภายในช่วงเวลา 1 ปีหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ (อายุ และเพศ) และปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ (จำนวนวันนอนโรงพยาบาล โรคร่วม ซิรั่มครีเอตินิน ซิรั่มโซเดียม อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันซิสโตลิก) ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่ศึกษาปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว ถึงแม้ศึกษาปัจจัยด้านอายุเหมือนกัน แต่เนื่องจากโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจที่ต่างกัน อาจส่งผลต่อสุขภาพและอายุขัยของประชากรในพื้นที่ให้มีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยอธิบายรายละเอียดดังนี้

เมื่ออายุมากขึ้นมีการเสื่อมของโครงสร้างและการทำงานของหัวใจเปลี่ยนแปลงเกิดการหนาตัวของผนังกล้ามเนื้อหัวใจรวมถึงการเกิดพังผืดในหัวใจทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงจะนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น⁹ และอายุมากขึ้นส่งผลให้การรับรู้ลดลงอาจมีผลต่อการดูแลสุขภาพได้ลดลง ส่งผลให้มีการกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และภายหลังการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในครั้งแรกจะมีอุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้นถึงร้อยละ 60 ในผู้ป่วยที่มีอายุ <65 ปี มีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง (OR 1.0) สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 65 - 85 ปี (OR 0.83) หรือ >85 ปี (OR 0.94)⁸ และเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นทุก 1 ปี จะมีความเสี่ยงในการกลับเข้าพักรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วันสูงขึ้น¹³ แต่อย่างไรก็ตามยังมีรายงานการศึกษาที่พบว่า อายุที่ไม่สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้⁶

ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยทางสังคมที่สำคัญที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลโดยรวม ในผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะทำให้มีความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้ และการปฏิบัติตนด้านต่าง ๆ ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และระดับการศึกษาผลต่อการเลือกประกอบอาชีพและโอกาสที่จะประกอบอาชีพที่หลากหลายหรืออาชีพเสริมอื่นเพื่อสร้างรายได้ที่เพิ่มขึ้นด้วย อีกทั้งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการซักถามปัญหาเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตลอดจนเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลเพื่อตัดสินใจในการกระทำในการดูแลรักษาและเอาใจใส่สุขภาพตัวเองมากกว่า¹⁴ ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมีโอกาสที่จะเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง¹⁵ เป็นผลให้มีความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง¹¹

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม เมื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะทำให้บุคคลค้นหา ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการเพื่อแจ้งการตัดสินใจและการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง

กับสุขภาพสำหรับตนเองและผู้อื่น¹⁶ ซึ่งผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ตัวยอมมีผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี ทำให้ต้องการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลรวมถึงการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล¹⁰ ส่งผลให้มีอัตราการตายสูงขึ้นและอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น¹⁷ เนื่องจากผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดีทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อยลง ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่กล้าขอคำชี้แจง การดูแลสุขภาพจากแพทย์ การไม่กล้าตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง¹⁰ แต่ยังมีบางการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำแต่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในแผนกฉุกเฉินมากกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง¹⁸

การสนับสนุนของครอบครัว เนื่องจากครอบครัวมีความเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนด้านจิตใจ การสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนด้านการรักษาพยาบาล จึงทำให้การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเองและประสิทธิภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วย โดยการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว¹⁹ เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยจะช่วยลดปัญหาการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (OR = 0.39, 95%CI = 0.18, 0.83, $p = 0.01$)¹² การศึกษาก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการศึกษาในต่างประเทศมีความแตกต่างจากบริบทของสังคมไทย ด้านความเชื่อ ความกตัญญูต่อบิดามารดา เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของบุคคลในสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาที่ผ่านมายังมีความขัดแย้งในบางประเด็น และด้วยบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน รวมถึงบริบทการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันของแต่ละภูมิภาค และช่วงเวลาการศึกษาแตกต่างกัน จึงอาจทำให้ผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกันของแต่ละพื้นที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยศึกษาปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว เพื่อผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้พยาบาลเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวต่อไปในอนาคต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ⁸ ระดับการศึกษา¹¹ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ^{10,17} และการสนับสนุนของครอบครัว¹² ซึ่งมีหลักฐานระบุความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีอายุเพิ่มมากขึ้น โครงสร้างการทำงานของหัวใจและประสิทธิภาพของหัวใจลดลง⁶ มีโอกาสเกิดอาการหัวใจล้มเหลวซ้ำได้ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ถูกต้องและดีกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และสามารถเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลเพื่อตัดสินใจในการกระทำในการดูแลรักษา และเอาใจใส่สุขภาพตัวเองมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ¹⁴ ทำให้ลดโอกาสที่จะเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง¹⁵ เมื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะทำให้มีดูแลสุขภาพไม่ดี ส่งผล

ต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงขึ้น¹⁰ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพ และปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อำนาจความสะดวก เมื่อต้องเข้ารับ การตรวจตามนัด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคและลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้¹² ดังนั้นปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นจึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาการทำนายของปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางครอบครัวต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางครอบครัว สามารถร่วมกันทำนาย การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ในระยะ 1 ปี ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางแบบเชิงทำนาย (cross-sectional predictive study) ของปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางครอบครัว ต่อการกลับเข้ารับ รักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี

ประชากรและผู้เข้าร่วมวิจัย

ประชากร คือ เป็นผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงในโรงพยาบาล กุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัย คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในห้องตรวจ ผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (purposive sampling) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหัวใจล้มเหลว (ICD-10-TM รหัส I500 และ I50) ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา มีอายุมากกว่า 20 ปี ทั้งชายและหญิง มีสติสัมปชัญญะดี (กรณีเป็นผู้สูงอายุ มีคะแนนผ่านตามเกณฑ์ประเมินด้วย MMSE) พูดคุยสื่อสารและอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ กรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถ ตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น หรือผู้เข้าร่วมวิจัยสมัครใจถอนตัวจากการวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางของเครจซ์และมอร์แกน²⁰ กำหนดจากผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาในปีที่ผ่านมา จำนวน 162 คน ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความ เชื่อมั่น 95% ได้จำนวน 118 คน ป้องกันการสูญหาย 10 % รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 130 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป การเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามจากผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งสิ้นจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยของอังคินันท์ อินทรกำแหง²¹ ที่พัฒนามาจากแนวคิดของของ Osborne และคณะ²² มีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 17 ข้อ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 11 ข้อ รวมทั้งหมด 47 ข้อ คำถาม โดยลักษณะแบบสอบถามเป็น numeric rating scale 5 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 47- 235 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล แบ่งคะแนน เป็น 3 ระดับ คือ ระดับดีมาก (ตั้งแต่ 188 คะแนนขึ้นไป หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม) ระดับพอใช้ได้ (141 - 187.99 หรือ $\geq 60 - 80\%$ ของคะแนนเต็ม) และระดับไม่ดีพอ (น้อยกว่า 141 คะแนน $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม)²¹ ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ 0.94 และเมื่อแยกรายด้านได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม 5) การจัดการสุขภาพตนเอง เท่ากับ .84, .79, .88, และ .89 ตามลำดับ

2) แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House²³ โดยกำหนดเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวัน 4 ข้อ ด้านจิตใจ 3 ข้อ ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง 7 ข้อ ด้านการรักษาพยาบาล 4 ข้อ รวมทั้งหมด 18 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน การแปลผลตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยแบ่งเป็นอันตรายภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนรวม 66-90 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวในระดับดีมาก 42-65.99 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวในระดับปานกลาง และ 18-41.99 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวไม่ดีพอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือนี้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่ชำนาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 คน และพยาบาลชำนาญการในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว 1 คน ค่าที่ได้เท่ากับ 0.90 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 30 รายหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.95 และเมื่อแยกรายด้านได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 1) ด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจ 3) ด้านการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง และ 4) ด้านการสนับสนุนด้านการรักษาพยาบาล เท่ากับ .87, .83, .91, และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของผู้ถูกวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี เอกสารเลขที่ IRB.BCNU 09/2566 ขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการให้ข้อมูลโครงการวิจัย และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดียินยอมให้ลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีการลงชื่อในแบบสอบถาม รวมถึงข้อมูลการวิจัยทุกอย่างถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม การตอบแบบสอบถามไม่เกิดความเสียหายใด ๆ หากในระหว่างตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดอาการผิดปกติ จะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพตามมาตรฐานการรักษา หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจะไม่มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วยทั้งในปัจจุบันและอนาคต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม - เมษายน 2567 ดังนี้

1. ภายหลังได้เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และผ่านการเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและเป็นผู้ประสานงานเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยอบรมการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัยเพื่อคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วัน หลังจากนั้น ในวันที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมาตามนัด ในระหว่างรอพบแพทย์ ผู้ช่วยวิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นได้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว โดยมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 77 ข้อ รวมระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมดประมาณ 20-30 นาที หากในระหว่างตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัย หรือไม่เข้าใจในการตอบแบบสอบถามสามารถสอบถามได้ตลอดเวลาและในระหว่างที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยได้ติดตามลำดับการเข้าพบแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการเข้าพบแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 20 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เพื่อบรรยายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. การวิเคราะห์การทำนายของปัจจัยด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทดสอบการแจกแจงของตัวแปรที่ศึกษา ใช้ค่า Standardized Kurtosis และ Standardized Skewness (ไม่เกิน ± 3.0) และตัวแปรทำนายทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์เชิงพหุ โดยมีค่า VIF เท่ากับ 1.09-1.35, Tolerance เท่ากับ .74-.92)

ผลงานวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.40 มีอายุมากกว่า 59 ปี ร้อยละ 67.70 ($n = 88$) อายุเฉลี่ย 62.44 ปี ($S.D. = 8.39$) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 คน ร้อยละ 74.70 ($n = 97$) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.80 ($n = 96$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 54.60 ($n = 71$) และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 25.40 ($n = 33$) ในขณะที่ระดับการทำงาน

ของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction; LVEF) ผู้เข้าร่วมวิจัย ร้อยละ 83.80 (n = 109) ไม่ได้รับการตรวจ และกลุ่มที่ได้รับการตรวจ พบว่า LVEF < 40% และ LVEF ≥ 50% มีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 6.20 (n = 8) และเคยกลับเข้ารับการรักษาค้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 45.40 (n = 59) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย แสดงจำนวน ร้อยละ (n = 130)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	58	44.60
หญิง	72	55.40
2. อายุ (Mean 62.44, S.D. 8.39)		
อายุมากกว่า 29-39 ปี	2	1.50
อายุมากกว่า 39-49 ปี	9	6.90
อายุมากกว่า 49-59 ปี	31	23.80
อายุมากกว่า 59-69 ปี	63	48.50
อายุมากกว่า 69-79 ปี	25	19.20
3. จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	9	6.90
จำนวน 2 คน	24	18.50
จำนวน 3 - 5 คน	74	56.90
มากกว่า 6 คน	23	17.70
4. สถานภาพสมรส		
โสด	11	8.50
ม่าย	42	32.30
สมรส	77	59.20
5. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	96	73.85
มัธยมศึกษาตอนต้น	24	18.46
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	2.31
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	5.38
6. อาชีพ		
ข้าราชการ	2	1.50
ข้าราชการบำนาญ	2	1.50
รัฐวิสาหกิจ	2	1.50
เกษตรกร	33	25.40
รับจ้างทั่วไป	20	15.40
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	71	54.60

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย แสดงจำนวน ร้อยละ (n=130)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
7. โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	46	35.40
โรคความดันโลหิตสูง	84	64.60
โรคหลอดเลือดหัวใจ	90	69.20
โรคไต	29	22.30
8. ระดับการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection fraction: LVEF)		
LVEF < 40%	8	6.20
LVEF 40 - 49%	3	2.30
LVEF ≥ 50%	8	6.20
ผู้ป่วยกลุ่ม HFrEF ที่ให้การรักษาแล้ว LVEF กลับมามีค่ามากกว่า 50%	2	1.50
ไม่ได้รับการตรวจ LVEF	109	83.80
9. ประวัติการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในระยะเวลา 1 ปี		
(วิธีการให้ตอบแบบสอบถาม คือ เคย (1) หรือไม่เคย (0) เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเวลา 1 ปี)		
เคย	59	45.40
ไม่เคย	71	54.60

หมายเหตุ: โรคประจำตัวมีมากกว่า 1 โรค

1. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี โดยวิธี Enter พบว่า ปัจจัย อายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนของครอบครัวร่วมกันทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 69.20 โดย อายุมากกว่า 49-59 ปี และอายุมากกว่า 59-69 ปี สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 69-79 ปี หกเท่า (OR 6.67 ; 95%CI 1.67-26.71, $p < 0.05$ และ OR 6.28 ; 95%CI 1.88-21.03, $p < 0.05$ ตามลำดับ) ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ มีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าสี่เท่า ของผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก (OR 4.05 ; 95%CI 1.20-13.90, $p < 0.05$) ปัจจัยการสนับสนุนของครอบครัว สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยผู้ที่มีการสนับสนุนในครอบครัวระดับปานกลางมีโอกากลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าสามเท่า ของผู้ที่มีระดับการสนับสนุนในครอบครัวมาก (OR 3.40; 95%CI 1.18 – 9.74, $p < 0.05$) ในขณะที่ปัจจัยระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การทำนายการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จำแนกตามปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว (n = 130)

ปัจจัย	ประวัติ readmission จำนวน (ร้อยละ)		Odd ratio (95% CI)	p-value
	Non-admission	admission		
อายุ (ปี)				
อายุมากกว่า 29-39 ปี	1 (0.77)	1 (0.77)	2.89 (0.13-63.87)	0.50
อายุมากกว่า 39-49 ปี	7 (5.38)	2 (1.54)	2.11 (0.25-17.53)	0.48
อายุมากกว่า 49-59 ปี	14 (10.77)	17 (13.08)	6.67 (1.67-26.71)	0.01*
อายุมากกว่า 59-69 ปี	29 (22.31)	34 (26.15)	6.28 (1.88-21.03)	0.01*
อายุมากกว่า 69-79 ปี	20 (15.38)	5 (3.85)	กลุ่มอ้างอิง	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	50 (38.46)	46 (35.38)	1.06 (0.17-6.61)	0.94
มัธยมศึกษาตอนต้น	16 (12.31)	8 (6.15)	0.60 (0.84-4.33)	0.62
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1 (0.07)	2 (1.54)	3.77(0.09-144.98)	0.47
ปริญญาตรีขึ้นไป	4 (3.08)	3 (2.31)	กลุ่มอ้างอิง	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดี	2 (1.54)	5 (3.85)	5.26(.477-58.06)	0.17
ความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้	49 (37.69)	50 (38.46)	4.08(1.2-13.90)	0.02*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพดีมาก	20 (15.38)	4 (3.08)	กลุ่มอ้างอิง	
การสนับสนุนทางครอบครัว				
การสนับสนุนทางครอบครัวน้อย	1 (0.77)	5 (3.85)	5.78 (0.44-76.34)	0.18
การสนับสนุนทางครอบครัวปานกลาง	8 (6.15)	19 (14.62)	3.40 (1.18-9.73)	0.02*
การสนับสนุนทางครอบครัวมาก	62 (47.69)	35 (26.92)	กลุ่มอ้างอิง	
-2 Log likelihood	144.97			
Cox & Snell R Square	0.231			
Nagelkerke R Square	0.309			
ค่าขนาดอิทธิพลการทำนาย (%)	69.20			

หมายเหตุ: $p < 0.05$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว สามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ศึกษาอุบัติการณ์การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 45.40 (n = 59) เคยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 1 ปี อภิปรายว่า ภายหลังการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในครั้งแรก มีปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ไม่จำกัดน้ำ ไม่จำกัดเกลือโซเดียม

ไม่ติดตามภาวะน้ำเกิน⁴ การควบคุมโรคร่วมไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการขาดติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายในระยะยาว⁶ ทำให้มีอุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภายหลังได้รับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกจะได้รับการรักษาซ้ำ ร้อยละ 35.70-51^{5,6}

2. ศึกษาการทำนายของปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางครอบครัว ต่อการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอธิบายแต่ละปัจจัยดังนี้

ปัจจัยด้านอายุ จากการศึกษพบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 49-59 ปี และอายุมากกว่า 59-69 ปี สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่อายุมากกว่า 69 -79 ปี หกเท่า (OR 6.68 ; 95%CI 1.67 - 26.71, $p < 0.05$ และ OR 6.28; 95%CI 1.88 - 21.03, $p < 0.05$ ตามลำดับ) ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย อาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 49-59 ปี และอายุมากกว่า 59-69 ปี ส่วนใหญ่ยังคงทำงาน ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดและความกดดันที่ส่งผลต่อสุขภาพ¹³ ร่วมกับอาจมีพฤติกรรมกระตือรือร้นที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ โดยพฤติกรรมเหล่านี้สามารถเพิ่มความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chamberlain และคณะ⁸ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี มีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 65-85 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 85 ปี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ มีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าสี่เท่าของผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก (OR 4.05 ; 95%CI 1.20-13.90, $p < 0.05$) อภิปรายว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว จะทำให้สามารถค้นหาความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพ การใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจและการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสำหรับตนเอง¹⁶ รวมถึงมีความสามารถในการแสวงหาความรู้เพื่อนำมาดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินและป้องกันการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว ในผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี ทำให้ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในทางตรงกันข้ามเมื่อผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดทำให้การเพิ่มความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้น²⁴ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น^{10,17}

ปัจจัยการสนับสนุนของครอบครัว สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยผู้ที่มีการสนับสนุนในครอบครัวระดับปานกลางมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าสามเท่า ของผู้ที่มีระดับการสนับสนุนในครอบครัวมาก (OR 3.40 ; 95%CI 1.18 - 9.74, $p < 0.05$) อภิปรายว่าเมื่อพิจารณาจากข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยพบว่าร้อยละ 74.61 อาศัยอยู่เป็นครอบครัวใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 คนจึงทำให้สามารถดูแลช่วยเหลือเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย รวมถึงการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่นเดียวกับการศึกษาของ ซาห์เรียร์ และคณะ²⁵ ที่พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีผลในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยลดปัญหาการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹²

ปัจจัยระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพที่ดีกว่า การเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรสุขภาพที่ดีกว่า ซึ่งช่วยให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ลดโอกาสที่จะเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการปฏิบัติตัว

ไม่ถูกต้อง¹⁵ และลดโอกาสการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูง¹¹ แต่เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.80 (n = 96) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีจำนวนน้อย อาจทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ผลกระทบของระดับการศึกษาต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำได้อย่างชัดเจน จึงทำให้ผลของการศึกษาปัจจัยระดับการศึกษาในครั้งนี้ไม่สามารถทำนายการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีความเสี่ยงในการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง¹¹

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ผลการศึกษาได้จากโรงพยาบาลแห่งเดียวไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรขนาดใหญ่
2. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ อาจไม่ครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานกว่านี้

สรุป

ผลการวิจัยนี้ พบว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีอัตรากลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 1 ปี ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ด้วยอาการภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 45.40 และปัจจัยที่สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว ร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 69.20 โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 49-59 ปี และอายุมากกว่า 59-69 ปี สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่อายุมากกว่า 69-79 ปี หกเท่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ มีโอกาสกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมากสี่เท่า และผู้ที่มีการสนับสนุนในครอบครัวระดับปานกลางมีโอกาสกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าสามเท่าของผู้ที่มีระดับการสนับสนุนในครอบครัวมาก ในขณะที่ปัจจัยระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัวในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวควรผสมผสานระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว เพื่อช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว
2. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังจำหน่าย สถานะทางเศรษฐกิจ หรือการเข้าถึงบริการสุขภาพในระยะยาว รวมถึงตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3. การศึกษานี้มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะปัจจัยทำนาย อายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว แต่ยังไม่ได้พิจารณาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ความร่วมมือในการใช้ยา โรคร่วม และความรุนแรงของโรคหัวใจ เศรษฐกิจ การเข้าถึงระบบสุขภาพ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรตาม ซึ่งเก็บจากการสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล เนื่องจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของอาการภาวะหัวใจล้มเหลว

เอกสารอ้างอิง

1. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. *Eur J Heart Fail* 2020;22(8):1342-56.
2. Bozkurt B, Ahmad T, Alexander KM, Baker WL, Bosak K, Brethett K, et al. Heart failure epidemiology and outcomes statistics: a report of the Heart Failure Society of America. *J Card Fail* 2023;29(10):1412-51. doi: 10.1016/j.cardfail.2023.07.006.
3. Health Data Center. HDC-Report [database on the Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 4]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/e2a5a66dd74fa1252fcf786674f05f02> (in Thai)
4. Wanichang K. Mortality and re-hospitalization in chronic heart failure in Mahasarakham hospital. *Mahasarakham Hospital Journal* 2022;19(3):15-27. (in Thai)
5. Foroutan F, Rayner DG, Ross HJ, Ehler T, Srivastava A, Shin S, et al. Global comparison of readmission rates for patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2023;82(5):430-44. doi: 10.1016/j.jacc.2023.05.040.
6. Lertpongakpoom S, Phonphet C, Suwanno J. Predictors of readmission after one-year hospital discharge with acute decompensated heart failure. *Thai J Cardio-Thorac Nurs* 2019;30(2):126-40. (in Thai)
7. Longlalerng W. Love your heart program. *TUH Journal Online* 2020;5(3):61-70. (in Thai)
8. Chamberlain RS, Sond J, Mahendraraj K, Lau CS, Siracuse BL. Determining 30-day readmission risk for heart failure patients: the readmission after heart failure scale. *Int J Gen Med* 2018;11:127-41. doi:10.2147/IJGM.S150676.
9. Li H, Hastings MH, Rhee J, Trager LE, Roh JD, Rosenzweig A. Targeting age-related pathways in heart failure. *Circ Res* 2020;126(4):533-51. doi:10.1161/CIRCRESAHA.119.315889.
10. Fabbri M, Murad MH, Wennberg AM, Turcano P, Erwin PJ, Alahdab F, et al. Health literacy and outcomes among patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *JACC Heart Fail* 2020;8(6):451-60.

11. Noori A, Shokoohi M, Baneshi MR, Naderi N, Bakhshandeh H, Haghdooost AA. Impact of socio-economic status on the hospital readmission of congestive heart failure patients: a prospective cohort study. *Int J Health Policy Manag* 2014;3(5):251-57.
doi:10.15171/ijhpm.2014.94
12. Deek H, Chang S, Newton PJ, Noureddine S, Inglis SC, Arab GA, et al. An evaluation of involving family caregivers in the self-care of heart failure patients on hospital readmission: randomised controlled trial (the family study). *Int J Nurs Stud* 2017;75:101-1.
13. Glans M, Kragh Ekstam A, Jakobsson U, Bondesson Å, Midlöv P. Risk factors for hospital readmission in older adults within 30 days of discharge—a comparative retrospective study. *BMC Geriatr* 2020;20(1):467. doi.org/10.1186/s12877-020-01867-3.
14. Thawa N, Tunyarak H. Factors Associated with quality of life among working age people in PakPhun Community, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Health Science* 2023;32(1):31-42. (in Thai)
15. Sangsinsorn P. A study of factors related to health behavior of people at risk of diabetes and hypertension in Phichit Province. *Phichit Public Health Research and Academic Journal* 2021;2(2):43-54. (in Thai)
16. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. Health literacy: a prescription to end confusion [Internet]. Washington: The National Academies Press; 2004. [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035/>
17. Wu JR, Holmes GM, DeWalt DA, Macabasco-O'Connell A, Bibbins-Domingo K, Ruo B, et al. Low literacy is associated with increased risk of hospitalization and death among individuals with heart failure. *J Gen Intern Med* 2013;28(9):1174-80.
doi:10.1007/s11606-013-2394-4.
18. Shahid R, Shoker M, Chu LM, Frehlick R, Ward H, Pahwa P. Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1):1148. doi: 10.1186/s12913-022-08527-9.
19. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Lawrence JB, Dunbar SB, Dracup K, et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2009;120(12):1141-63.
doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192628.
20. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607-10.
21. Intarakamhang U. Creating and developing of Thailand health literacy scales [database on the Internet]. [cited 2024 Jun 21]. Available from: <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf> (in Thai)

22. Osborn RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). BMC Public Health 2013;13:658. doi: 10.1186/1471-2458-13-658.
23. House JS, Kahn RL, McLeod JD, Williams D. Measures and concepts of social support. In: Cohen S, Syme SL, editors. Social support and health. Orlando: Academic Press; 1985. p. 83-108.
24. Son YJ, Won MH. Gender differences in the impact of health literacy on hospital readmission among older heart failure patients: a prospective cohort study. J Adv Nurs 2020;76(6):1345-54.
25. Shahriari M, Ahmadi M, Babaei S, Mehrabi T, Sadeghi M. Effects of a family support program on self-care behaviors in patients with congestive heart failure. Iran J Nurs Midwifery Res 2013;18(2):152-7.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567)

กองบรรณาธิการ วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย ขอเชิญชวนอาจารย์ นักวิชาการ นักวิจัย และพยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามความเหมาะสม ส่วนข้อคิดเห็นในบทความเป็นความเห็นและเป็นความรับผิดชอบของเจ้าของบทความโดยตรง

ขอบเขตของเรื่องที่จะนำลงตีพิมพ์

บทความที่ต้องการตีพิมพ์ ต้องเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาลและสุขภาพ รวมทั้งมีลักษณะดังนี้

1. บทความวิชาการทางการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาลและสุขภาพ
2. บทความวิจัยซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว หรือบทความวิจัยซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาปริญญาโท หรือบทความวิจัยซึ่งเป็นดุษฎีนิพนธ์ของนักศึกษาปริญญาเอก และต้องมีหนังสือรับรองและลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รวมทั้งนิสิต/นักศึกษาผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ
4. บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างส่งตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นซ้ำซ้อน

รูปแบบการเขียนและเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วย Microsoft Word ขนาดตัวอักษร 16 pt. แบบอักษร ThaiSarabun PSK พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 เว้นขอบ บน-ล่าง และ ซ้าย-ขวา ด้านละ 1 นิ้ว การจัดบรรทัดใช้ระยะพิมพ์เดี่ยว (single space)
2. ความยาวของบทความวิชาการไม่เกิน 12 หน้า ส่วนบทความวิจัยไม่เกิน 15 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง)
3. ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลางหน้ากระดาษ โดยพิมพ์ตัวใหญ่เฉพาะตัวอักษรแรกของคำ ยกเว้น คำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม ใช้ขนาดตัวอักษร 20 pt. ตัวหนา (Bold) ตัวอย่าง เช่น

“Prevalence and Associated Factors of Depression and Insomnia among Intensive Care Unit Nurses in a Tertiary Care Hospital”

4. ชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือ ขนาดตัวอักษร 14 pt. ตัวหนา ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงาน ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรกทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีที่มีผู้เขียนหลายคนให้ระบุผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author) พร้อมทั้ง e-mail address ด้วย

5. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ พร้อมทั้งคำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ

6. เนื้อหา หากมีภาษาไทยและกำกับด้วยภาษาอังกฤษในวงเล็บ ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวเล็กในวงเล็บ ยกเว้นชื่อหัวข้อ ชื่อเฉพาะ เช่น ทฤษฎี ชื่อเครื่องมือวิจัย หรือตัวย่อ ให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวใหญ่เฉพาะตัวแรก

7. รูปแบบบทความวิชาการและบทความวิจัย ผู้เขียนควรจัดพิมพ์ตามหัวข้อต่อไปนี้

7.1 บทความวิชาการ

- 7.1.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วยการเกริ่นประเด็นที่เป็นปัญหาและแนวโน้ม วัตถุประสงค์ของบทความ

7.1.2 คำสำคัญ 3-5 คำ

7.1.3 ส่วนนำ เกริ่นนำที่มาหรือความสำคัญของประเด็นปัญหา หรือเรื่องราวที่ต้องการกล่าวถึง เพื่อให้ผู้อ่านสนใจติดตามเรื่องที่นำเสนอต่อไป และมีวัตถุประสงค์นำเสนอขอบเขตเนื้อหาอะไร

7.1.4 เนื้อหา ประกอบด้วย สารและขอบเขตเนื้อหาซึ่งแสดงความรู้ ความคิด ในการวิเคราะห์ ข้อมูล เรื่องราวที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอแก่ผู้อ่าน การวิเคราะห์วิจารณ์ เป็นไปตามหลักการ ทฤษฎี หรือมีหลักฐานอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ มีความเป็นเหตุเป็นผลน่าเชื่อถือ มีการอ้างอิงข้อมูลที่เชื่อถือได้ เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปด้วยตรรกะและมุมมองของผู้เขียน ผู้เขียนต้องอธิบายหรือบรรยายเรื่องราวนั้น และมีการเรียบเรียงเรื่องราวต่อเนื่องกันตามลำดับอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้อ่านมองเห็นขอบเขตของเรื่องที่นำมาวิเคราะห์ได้ง่าย ไม่สับสน

7.1.5 สรุป สรุปประเด็นสำคัญของเนื้อหาภายหลังจากที่ได้เสนอผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหา หรือเรื่องราว นั้น ๆ มาอย่างละเอียด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจแจ่มชัดยิ่งขึ้น การเขียนส่วนสรุปนี้ผู้เขียนอาจให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ไปด้วย

7.1.6 เอกสารอ้างอิง

7.2 บทความวิจัยให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ คำสำคัญ
- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (ควรมีคำถามการวิจัยในเนื้อหาด้วย หากมีในเนื้อหาส่วนนี้แล้ว อาจไม่ต้องเขียนแยกเป็นหัวข้อ แต่หากประสงค์เป็นหัวข้อขอให้แยกลงมาในหัวข้อคำถามการวิจัยให้ชัดเจน)

- กรอบแนวคิดการวิจัย
- คำถามการวิจัย
- วัตถุประสงค์การวิจัย
- สมมติฐานการวิจัย (งานวิจัยเชิงปริมาณ ระดับความสัมพันธ์ขึ้นไปต้องมี)
- ระเบียบวิธีวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ถูกวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)
- ผลงานวิจัย
- การอภิปรายผล และข้อจำกัดของงานวิจัย (ถ้ามี)
- ข้อเสนอแนะ (ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ หรือ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป)
- เอกสารอ้างอิง

ทั้งนี้ภาพประกอบเรื่องและตาราง ควรพิมพ์แยกไว้ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องต้องบอกว่าใส่รูปและตารางไว้ที่ใด และต้องนับรวมเป็นจำนวนหน้าที่กำหนดไว้

8. การเขียนเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 5 ปี ย้อนหลัง ยกเว้นหนังสือตำราที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญาในระดับ classic paper และต้องเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น กรณีที่อ้างอิงเป็นภาษาไทยขอให้ปรับรูปแบบการพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมดรวมทั้งต่อท้ายประโยคว่า (in Thai) และขอให้ผู้เขียนกรุณาทบทวนการอ้างอิงในเนื้อหาและท้ายเรื่องต้องจัดเรียงลำดับให้ตรงกันและสอดคล้องกัน ต้องมีข้อความรายละเอียดที่สมบูรณ์ สามารถสืบค้นย้อนกลับได้จริง ควรศึกษารายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงได้ที่ http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

8.1 การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่นไม่ว่าบางส่วนหรือทั้งหมดมาอ้างอิงให้ใส่ตัวเลขกำกับท้ายข้อความนั้นทันทีที่นำมาอ้างอิงตามลำดับ 1,2,3... เช่น “ภาวะแทรกซ้อนที่พบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่

ภาวะโลหิตจางในระหว่างตั้งครรภ์ซึ่งมีอุบัติการณ์สูง¹ มีภาวะเจ็บคลอดนาน และมักเกิดร่วมกับการผิสดส่วนของ
เชิงกรานกับศีรษะทารก ทารกที่เกิดจากการดาวน์จะมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์คลอดก่อนกำหนด^{2,3}”

ทั้งนี้เมื่อรวบรวมรายการอ้างอิงในส่วนท้ายของบทความ ตัวเลขจะต้องสอดคล้องตรงกันกับในเนื้อเรื่อง

8.2 การเขียนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบต่าง ๆ

8.2.1 การอ้างอิงจากวารสาร

ชื่อผู้แต่ง ผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่น
ระหว่างแต่ละคน ถ้าผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค และตามด้วย et al. หรือ
และคนอื่น ๆ

ชื่อบทความ ถ้าเป็นภาษาอังกฤษจะใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรกและชื่อเฉพาะ

ชื่อวารสาร จะใช้เป็นชื่อย่อโดยต้องเป็นไปตามที่กำหนดไว้ใน Index Medicus ศึกษาที่

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov> สำหรับวารสารภาษาไทยให้ใช้ชื่อเต็มปรากฏที่หน้าปก

ปีที่พิมพ์ วารสารที่มีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปีให้ระบุปี และเล่มที่ ถ้าวารสารเรียงหน้า
ไม่ต่อเนื่องกันทั้งปี ต้องระบุฉบับที่ไว้ด้วย

จำนวนหน้า ระบุจำนวนหน้าโดยไม่ต้องมีคำว่า “หน้า” หรือ “p” และหลีกเลี่ยงการใช้
เลขหน้าซ้ำ เช่น 32-36 ก็จะเป็น 32-6 เป็นต้น

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์;ปี(ฉบับที่):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Chiabrando C, Fanelli R, Lucca U. Peripheral biomarkers of oxidative damage in Alzheimer's disease. Ann Neurol 2003;53(3):419-20.
2. Kreetiyutanoni S, Srisaeng P, Kamwilaisak R, Ungpansattawong S. The relationship between selected factors and maternal grief after termination of pregnancy due of fetal anomalies. Journal of Nursing Science Health 2014;37(3):27-36. (in Thai)

8.2.2 การอ้างอิงหนังสือตำรา

ชื่อผู้แต่ง อาจเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการหรือคณะบรรณาธิการ ให้ใช้หลักเกณฑ์
เดียวกับการอ้างอิงจากวารสาร

ชื่อเรื่อง ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับการอ้างอิงจากวารสาร

พิมพ์ครั้งที่ ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิง ให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์
ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป

เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้ชื่อเมืองแรก
สำนักพิมพ์ ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ ไม่ต้องระบุสถานะว่าเป็น ห.จ.ก.,
บริษัท ยกเว้น โรงพิมพ์ของหน่วยงาน ส่วนราชการให้ใส่คำว่าโรงพิมพ์ หรือ สำนักพิมพ์ด้วย

ปีพิมพ์ ให้ใส่เฉพาะตัวเลขของปี พ.ศ.

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.

ตัวอย่าง

3. Phuripanyo K, editor. Update cardiology internist. Bangkok: Housecandu; 2006. (in Thai)
4. Bonder BR, Pickens ND, Dal Bello-Haas V. Functional and occupational performance in older adults. 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2024.
5. Flynn SV, Castleberry JJ, editors. Counseling theories and case conceptualization: a practice-based approach. New York: Springer; 2024.

8.2.3 การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ตัวอย่าง

6. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p.93-113.
7. Sritara P. Current management of congestive heart failure. In: Phuripanyo K, editor. Update cardiology internist. Bangkok: Housecandu; 2006. p.151-9. (in Thai)

8.2.4 การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

รูปแบบ

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

ตัวอย่าง

8. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [Dissertation]. St. Louis: Washington University; 1995.
9. Wanta A. Self-care behaviors in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2004. (in Thai)

8.2.5 การอ้างอิงจากเว็บไซต์และวัสดุอิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ ปี เดือน วันที่]; ปีที่(ฉบับที่):[หน้า]. เข้าถึงได้จาก:

ตัวอย่าง

10. Abood S. Quality improvement initiative in nursing home: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6); [about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>
11. ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) [homepage on the internet]. Philadelphia: The Committee; 2006 [update 2006 Feb; cited 2006 Apr 30]. Available from: <http://www.icmje.org>
12. WHO. Report on the burden of endemic health care associated infection worldwide: a systematic review on the literature [Internet]. 2011 [cited 2014 Jul 23]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf?ua=1

การส่งบทความต้นฉบับ

ผู้เขียนส่งไฟล์บทความไปยังระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj> หลังจากนั้นกองบรรณาธิการจะดำเนินการตรวจสอบเนื้อหาของบทความ รูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบการอ้างอิง ประเด็นทางจริยธรรม การคัดลอกบทความ (plagiarism) รวมถึงความเหมาะสมและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสาร เมื่อกองบรรณาธิการตรวจสอบแล้วเห็นสมควรรับไว้พิจารณา จะแจ้งให้ผู้เขียนทราบเพื่อชำระเงินค่าดำเนินการในการตีพิมพ์ ซึ่งประกอบด้วย 1) ค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ 2) ค่าตรวจสอบบทความด้วยภาษาอังกฤษ และ 3) ค่าดำเนินการอื่น ๆ ของกองบรรณาธิการและฝ่ายบริหารจัดการวารสาร โดยมีอัตรา ค่าดำเนินการ ดังนี้ บุคคลภายนอก บทความภาษาไทย เรื่องละ 5,000 บาท บทความภาษาอังกฤษ เรื่องละ 8,000 บาท บุคลากรของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภาวิชาชีพไทย บทความภาษาไทย เรื่องละ 4,500 บาท บทความภาษาอังกฤษ เรื่องละ 7,000 บาท (ดูเพิ่มเติมได้จาก Website ของวารสาร) หลังจากนั้นจะดำเนินการจัดส่งผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อประเมินบทความต่อไป เมื่อผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการวารสารจะแจ้งให้ท่านชำระค่าสมาชิกวารสารในอัตราปีละ 1,500 บาท ทั้งนี้บทความที่ผ่านการอ่านจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หากผู้เขียนต้องการถอนบทความ ต้องทำจดหมายเป็นลายลักษณ์อักษร และขอเงินค่าตีพิมพ์คืนไม่ได้

การประเมินบทความและตอบรับการตีพิมพ์

บทความวิชาการ/บทความวิจัย ที่ส่งเข้ามาตีพิมพ์ จะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้น ๆ อย่างน้อย 3 ท่าน และเป็นการประเมินแบบปกปิดสองทาง (double blind review) โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้เขียนบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบ และไม่เปิดเผยชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียนทราบ หลังจากนั้นกองบรรณาธิการจะแจ้งสรุปผลการพิจารณาให้ผู้เขียนทราบ และส่งบทความคืนผู้แต่งซึ่งมีข้อเสนอแนะ ในกรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้มีการแก้ไข จะแจ้งให้ผู้เขียนรับไปแก้ไขหรือเพิ่มเติมตามคำแนะนำ เมื่อผู้เขียนแก้ไขเรียบร้อยแล้ว จึงจะตอบรับการตีพิมพ์

ในกรณีที่บทความเป็นบทความภาษาอังกฤษ ขอให้ผ่านการตรวจสอบภาษา และมีจดหมายรับรองจากแหล่งที่เชื่อถือได้ พร้อมลงนามของผู้ตรวจสอบภาษาแนบส่งมาด้วย

หากผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนด หรือนำบทความไปตีพิมพ์ในวารสารอื่นโดยไม่ได้รับคำ
ยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ผู้เขียนทุกท่านในการตีพิมพ์ใน
วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทยในครั้งต่อไป

****** หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการส่งบทความออนไลน์ ติดต่อฝ่ายบริหารจัดการ วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย
โทร. 02 256 4093 ต่อ 1139 หรือ 1150 E-mail: journal@stin.ac.th



วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย 1873 ถ.พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 02 256 4093-8 ต่อ 1139 หรือ 1150 E-mail: journal@stin.ac.th

ใบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย

- ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย).....
(ภาษาอังกฤษ)
- ข้อมูลผู้เขียนทุกคน (ระบุชื่อ นามสกุล คำนำหน้านาม) ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย)
(ภาษาอังกฤษ).....
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน (ภาษาไทย)
(ภาษาอังกฤษ)
ที่อยู่ที่บ้าน.....
ที่อยู่ทำงาน.....
โทรศัพท์.....E-mail:
*จำนวนชื่อผู้เขียนสามารถเพิ่มเติมได้ โดยใส่ข้อมูลเหมือนข้างต้น
- ข้อรับทราบและการยินยอมของผู้เขียน
 - ต้อง Submit บทความในระบบ ThaiJo <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/>
 - ไม่เคยส่งบทความนี้ตีพิมพ์ในวารสาร หรือสิ่งตีพิมพ์ใด ๆ มาก่อน หรือส่งตีพิมพ์ที่อื่น ๆ ในเวลาเดียวกัน
 - บทความวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว กรณีเก็บข้อมูลในประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี กรุณาระบุ Parental Consent ในหัวข้อการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (โปรดแนบสำเนา 1 ชุด)
 - เอกสารอ้างอิงครบถ้วนตามที่อ้างอิงในเนื้อหาและถูกต้องตามรูปแบบมาตรฐาน Vancouver
 - ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์ ต้องมีการลงนามของอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและที่ปรึกษาร่วมทุกคน
 - หากมีการขอเปลี่ยนแปลงบทบาทการมีส่วนร่วมในผลงานวิชาการ เช่น ผู้เขียนอันดับแรก (First Author) หรือผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding Author) จะต้องทำหนังสือแจ้งบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษรและลงนามรับทราบโดยผู้เขียนทุกคน
 - ขอให้ท่านระบุความต้องการผู้ทรงคุณวุฒิในการอ่านบทความ ดังนี้ ☐ 2 ท่าน
☐ 3 ท่าน เพื่อเป็นไปตามประกาศ ก.พ.อ.
 - หากต้องการถอนบทความคืนจากการตีพิมพ์ จะต้องทำหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษรแจ้งบรรณาธิการภายใน 1 สัปดาห์หลังส่งบทความ และจะไม่ถอนคืนหากบทความได้รับการ review จากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กรณีที่เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ต้องได้รับการลงนาม หรือ ยินยอมจากอาจารย์ที่ปรึกษา
 - ยินยอมให้เผยแพร่บทความที่ตีพิมพ์ในเล่มวารสารแล้ว บน Website
ลงชื่อผู้เขียน/อันดับแรก..... ลงชื่อผู้เขียนหลัก/ผู้ประพันธ์บรรณกิจ.....
(First Author) (.....) (Corresponding Author) (.....)
ลงชื่อผู้เขียนร่วม ลงชื่อผู้เขียนร่วม
(.....) (.....)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(.....)

วันที่.....



วารสารพยาบาลสภาาชาตไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภาาชาตไทย 1873 ถ.พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 02 256 4093-8 ต่อ 1139 หรือ 1150 E-mail: journal@stin.ac.th

ใบชำระค่าตีพิมพ์ บทความวิชาการ/บทความวิจัย

ชื่อ-นามสกุล

ที่อยู่.....

เบอร์โทร.....E-mail:.....

ขอชำระค่าตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย เรื่อง

ดังนี้

บุคคลภายนอก

- ☐ ต้นฉบับภาษาไทย เป็นเงิน 5,000 บาท
☐ ต้นฉบับภาษาอังกฤษ เป็นเงิน 8,000 บาท

บุคลากรภายในสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภาาชาตไทย

- ☐ ต้นฉบับภาษาไทย เป็นเงิน 4,500 บาท
☐ ต้นฉบับภาษาอังกฤษ เป็นเงิน 7,000 บาท

การชำระเงิน

- ☐ โอนเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสภาาชาตไทย ประเภท ออมทรัพย์
ชื่อบัญชี สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภาาชาตไทย เลขที่บัญชี 045-5-35395-1
ให้ส่งหลักฐานการโอนเงินไปที่ e-mail: journal@stin.ac.th
- ☐ ขอใบเสร็จรับเงินตัวจริง โดยส่งไปตามที่อยู่ข้างต้น
- ☐ ขอใบเสร็จรับเงินตัวจริง โดยส่งไปที่.....
- ☐ ขอเป็นไฟล์ใบเสร็จรับเงิน และส่งทาง e-mail ที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้ส่งบทความตีพิมพ์

(.....)

วัน.....เดือน.....ปี.....

หมายเหตุ การชำระค่าตีพิมพ์ ให้ชำระภายหลังจากที่ได้รับการตอบรับจากกองบรรณาธิการว่า “ได้ผ่านการพิจารณา
ในเบื้องต้นจากบรรณาธิการแล้ว และจะดำเนินการจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป”
กรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้ว เห็นว่าบทความ “ไม่สามารถรับตีพิมพ์ได้” ทางกองบรรณาธิการ
ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงิน

