



วารสารการพยาบาล

VAJIRA NURSING JOURNAL

ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2563

Volume 22 No.2 July - December 2020

www.vajira.ac.th/vnjo

ISSN 1513-2498 (print)

<https://tci-thaijo.org/index.php/vnj>

ISSN 2651-0871 (online)

บทความวิจัย

- ❖ การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของรายวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล ธีระชล สาทลิน เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ พิมพ์ขวัญ แก้วเกลื่อน จตุรดา จรรย์รัตนกุล ศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล
- ❖ FACTORS RELATED TO PERCEIVED STIGMA AMONG THAI WOMEN INFECTED WITH HIV
เจนจิรา เตจ๊ะเป็ง
- ❖ ผลของการรับประทานแร่ธาตุสังกะสีต่อระดับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน Total testosterone และฮอร์โมน Estradiol ในคนอ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม.2
สุธาลินี วุฒกนก
- ❖ สมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยใช้เทคนิคเดลฟาย
รดาธร สอนเต็ม เพชรน้อย ลิงห์ช่างชัย นฤมล ปทุมรักษ์
- ❖ การพัฒนาและผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR)
กิตติญาภรณ์ พันวิไล อรุณช อุทัยกุล ธมลวรรณ ยอดกลกิจ วุฒิชัย แสงประกาย
- ❖ ประสพการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม : การวิจัยแบบผสมวิธี*
มลธิรา อุดชุมพิสัย นภาพร พืรกวี
- ❖ การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม
หนึ่งฤทัย อุดเถิน ธนพร โตสงวนรุ่งเรือง ลัดดาวัลย์ ศรีแสนตอ ชีพาคม ภาภัทราดล ธมลวรรณ ยอดกลกิจ

บทความวิชาการ

- ❖ บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยยึดหลักพุทธจริยศาสตร์
ปาริชาติ แว่นไวยาศาสตร์
- ❖ บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉิน
ศิริยุพา นันสุนานนท์
- ❖ บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย กับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะผิวหนังอักเสบ
เนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
จิรวรรณ ผาแก้ว วิฑิตินันท์ เชื้อพราหมณ์ นันทิตา ทองฮวด ปิยะนุช จันทร์สำโรง อภิญา รอดชมพู

เจ้าของ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะที่ปรึกษา (ภายใน)

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ประยูทธ ศิริวงษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จักรวาล มณีฤทธิ์

นางสาวดวงเนตร ภูวัฒน์นิษฐ์

ดร.ปฏิพร บุญพัฒนากุล

คณะที่ปรึกษา (ภายนอก)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล

พันตำรวจตรีหญิง ดร.ปิยรัตน์ สมันตรัฐ

ดร.อรพีญา สุขะวัลลิ

ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์

พ.ต.ต.หญิง ดร.คัตติยา อิวาโนวิช

บรรณาธิการ

นางสาวมลวรรณ ยอดกลกิจ

รองบรรณาธิการ

นางสาวพัชรี ประไพพิน

กองบรรณาธิการ

นางสาวจันทนา จินาวงศ์

นางสาวนพร เชิงเช่าชาอุ

นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์

นางสาวจันทรา ว่องวัฒนกุล

นางสาวณัฐภััสสร เดิมขุนทด

นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์

นางสาวสุชาดา ดีเจริญ

นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร

นางสาวเบญจมาภรณ์ มฤตสาร

นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย

นางสาวนันท์ภัทร กุลตั้งกิจเสรี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อมรัตน์ เสตสุวรรณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรุณี เฮงยศมาก

ดร.ชจี พงศธรวิบูลย์

ดร.จริยา ชื่นศิริมงคล

ดร.ยุพา วงศ์สรไตร

นางนพัทธพร พลกษานันตกาล

รองศาสตราจารย์ ดร.เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรณา ตั้งสุขสันต์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังฉริยา พ่วงแก้ว

ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์

ดร.เสาวรส มีกุล

ดร. เกศศิริ วงษ์คงคำ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา

ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล

ผศ.ดร.ปานจันทร์ ฐานันท์ศักดิ์

พันเอกหญิง ดร.พัชราภรณ์ อุ้นเต๊ะ

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

พันเอกหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ
รองศาสตราจารย์ไสว นรสาร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐชญา เจียรนิลกุลชัย
นางสาวไสว นรสาร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุศิลป์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ
ดร.ทัศนีย์ สุนทร
ดร.เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์
ดร. เสาวนีย์ ทรงประโคน

ฝ่ายจัดการ

นางสาวเมลิน คนที
นางสาวชนิดาภา กล้าพินิจ
นางสาวอัมไพ เดชชาย
นางสุกัญญา ศรีสุภา

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



วารสารการพยาบาล

ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2563

Vajira Nursing Journal

Volume 22 No.2 July - December 2020

www.vajira.ac.th/vnjo

ISSN 1513-2498 (print)

<https://tci-thaijo.org/index.php/vnj>

ISSN 2651-0871 (online)

วารสารการพยาบาล เป็นวารสารวิชาการทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้รับการจัดอยู่ในวารสารกลุ่ม 2 ฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index Centre (TCI) มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาถ้อยแถลงบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จำนวน 2 ท่านต่อบทความ

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการทางการพยาบาล
2. นำเสนอประสบการณ์ นวัตกรรมและวิทยาการก้าวหน้าทางการพยาบาล
3. สนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลเพื่อธำรงไว้ซึ่งการพยาบาลที่มีคุณภาพ
4. สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรสุขภาพ

ขอบเขต

สาระในวารสารการพยาบาล บทความวิจัย บทความวิชาการและบทความพิเศษ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาดังกล่าวดังกล่าวหลากหลายแตกต่างกันไป

กำหนดการวารสารการพยาบาล

ออกเผยแพร่ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

อัตราค่าสมาชิกปีละ 100 บาท (2 เล่ม)

สำนักงาน ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 681 ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 โทร.0-2244-3084 Fax. 0-2668-7152

สถานที่พิมพ์ พลก้อปปี 285/3 ซอยสวนอ้อย ถนนราชวิถี แขวงดุสิต เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีสมาชิกวารสารการพยาบาลและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ปีที่ 22 ประกอบด้วยบทความวิชาการ และบทความวิจัย เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาสำหรับนักศึกษาพยาบาล FACTORS RELATED TO PERCEIVED STIGMA AMONG THAI WOMEN INFECTED WITH HIV ผลของการรับประทานแร่ธาตุสังกะสีต่อระดับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน Total testosterone และฮอร์โมน Estradiol ในคนอ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม² สมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยใช้เทคนิคเดลฟาย การพัฒนาและผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR) ประสิทธิภาพการได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม : การวิจัยแบบผสมวิธี การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยยึดหลักพุทธจริยศาสตร์ บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉิน บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย กับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ขอขอบคุณสมาชิกวารสารการพยาบาลทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกท่านจะได้รับประโยชน์จากวารสารเล่มนี้ และขอเชิญชวนทุกท่านส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์ เผยแพร่ผลงานลงในวารสารการพยาบาลผ่านระบบ Thai Journals Online (ThaiJO) เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/vnj>

นางสาวธมลวรรณ ยอดกลกิจ
บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
การพัฒนาแบบการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาสำหรับนักศึกษาพยาบาล ธีระชล สาทสิน เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ พิมพ์ขวัญ แก้วเกลื่อน จตุรดา จรรย์รัตนกุล ศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล	1
FACTORS RELATED TO PERCEIVED STIGMA AMONG THAI WOMEN INFECTED WITH HIV เจนจิรา เตจ๊ะเป็ง	13
ผลของการรับประทานแร่ธาตุสังกะสีต่อระดับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน Total testosterone และ ฮอร์โมน Estradiol ในคนอ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม ² สุธาสินี วุฑฒกนก	30
สมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยใช้เทคนิคเดลฟาย รดาธร สอนเต็ม เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย นฤมล ปทุมารักษ์	40
การพัฒนาและผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR) กิตติญาภรณ์ พันวิไล อรณุช อุทัยกุล ฌมลวรรณ ยอดกลกิจ วุฒิชัย แสงประกาย	58
ประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม : การวิจัยแบบผสานวิธี มลธิรา อุดชุมพิสัย นภาพร พิรкови	71
การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม หนึ่งฤทัย อุดเถิน ธนพร โตสงวนรุ่งเรือง ลัดดาวลัย ศรีแสนต่อ ชีพาคม ภาภัทราดล ฌมลวรรณ ยอดกลกิจ	91
บทความวิชาการ	
บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยยึดหลักพุทธจริยศาสตร์ ปาริชาติ แวนไวศาสตร์	105
บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉิน ศิริยุพา นันสุนานนท์	118
บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขยับถ่าย กับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะ ผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้ จิรวรรณ ผาแก้ว ฐิตินันท์ เชื้อพราหมณ์ นันทิตา ทองฮวด ปิยะนุช จันทร์สำโรง อภิญญา รอดชมพู คู่ขวัญ มาลีวงษ์	127

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของรายวิชาพยาธิสรีรวิทยา สำหรับนักศึกษาพยาบาล

The Development of e-learning Strategy toward Pathophysiology Course Subject among Nursing Students

ธีระชล สาทสิน* เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ** พิมพ์ขวัญ แก้วเกลื่อน***

จตุรดา จริยารัตนกุล**** ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล*****

Theerachol Sartsin* Ploenta Pipatsombat** Pimkhun Gawgleun***

Jaturada Jariyaratnakul**** Sresuda Wongwisukul*****

Received: July 6, 2020

Revised: July 16, 2020

Accepted: December 8, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ของรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาสำหรับนักศึกษาพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 (รหัส 59) ที่ลงทะเบียนรายวิชาพยาธิสรีรวิทยา รหัสวิชา 6012607 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต จำนวน 84 คนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล 2) แบบการสอบย่อยหลังการเรียนการสอนเสร็จสิ้น 1 สัปดาห์ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 18 หน่วยการเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ Paired-sample t-test

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยโดยรวมหลังการศึกษาสูงกว่าการบรรยายทั่วไป ก่อนการพัฒนาการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

คำสำคัญ: วิชาพยาธิสรีรวิทยา, ระบบอิเล็กทรอนิกส์, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

The quasi-experimental research aimed to study the effect of development the e-learning strategy toward pathophysiology course among nursing students. The sample comprised of

* corresponding author อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

Email: theerachon_sar@dusit.ac.th

** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

*** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

**** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

***** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

84 second years nursing students (Code 59) who registered and completed the pathophysiology course (code 6012607) Faculty of Nursing, Suan Dusit University. The research instruments were used for collecting data the 1) Demographic data 2) Quiz that were taken by students 1 week after class teaching and they had self- directed learning through 18 units of e-learning modules. Data were analyzed using frequencies, means, standard deviations, and paired t-test.

These results indicated that overall post-test e-learning strategy had a higher mean score compared with only classroom lectureships, with the statistical significance level of 0.05.

Keywords : pathophysiology course, e-learning, nursing students

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความคาดหวังสูงในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย ในยุคปัจจุบันมีเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพที่ทันสมัยและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Benner, 2010) บทบาทของพยาบาลมีความซับซ้อนมากขึ้นซึ่งต้องการกระบวนการทางความคิดที่สำคัญและทักษะในการตัดสินใจทางคลินิกที่มากขึ้น (Cook, 2011) อย่างไรก็ตามอิทธิพลของการรับรู้ในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความเป็นมืออาชีพซึ่งผู้ใช้บริการบัณฑิตพยาบาลมีความคาดหวังสูงในนักศึกษาพยาบาลที่จำเป็นต้องเข้าใจองค์ประกอบสำคัญของความรู้และผลการปฏิบัติงาน ในการฝึกปฏิบัติทางคลินิก มาตรฐานเหล่านี้ควรมีเพิ่มมากขึ้นขึ้นเมื่อผ่านการเรียนและขึ้นฝึกปฏิบัติบนคลินิก การทำความเข้าใจข้อกำหนดของผู้ใช้บัณฑิตเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพเป็นส่วนสำคัญในการปรับปรุงการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจความผิดปกติในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย อาการทางคลินิก เพื่อให้การดูแล (Pipatsombat P et al., 2020)

ทั้งนี้คุณลักษณะอันพึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ (Thailand Qualifications Framework; TQF) ซึ่งในการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต (Nantasenee S, Wongwisessu S, Sukcharoen P, & Techangkul L, 2018) โดยได้จัดการเรียนการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่มและการทำงานเป็นทีมของผู้เรียน, การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนแบบลดเวลาเรียนและเพิ่มเวลารู้, การมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างสรรค์ผลงานการเรียนรู้ และการใช้สื่อและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยในการจัดการเรียนการสอน ซึ่งมีพันธกิจในข้อที่ 1. ผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ และตอบสนองความต้องการของสังคมด้วยความเป็นสากล และมีทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ตามทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (Sarakshetrin A, Songwatthanayuth P, & Panawatthanapisit S, 2019)

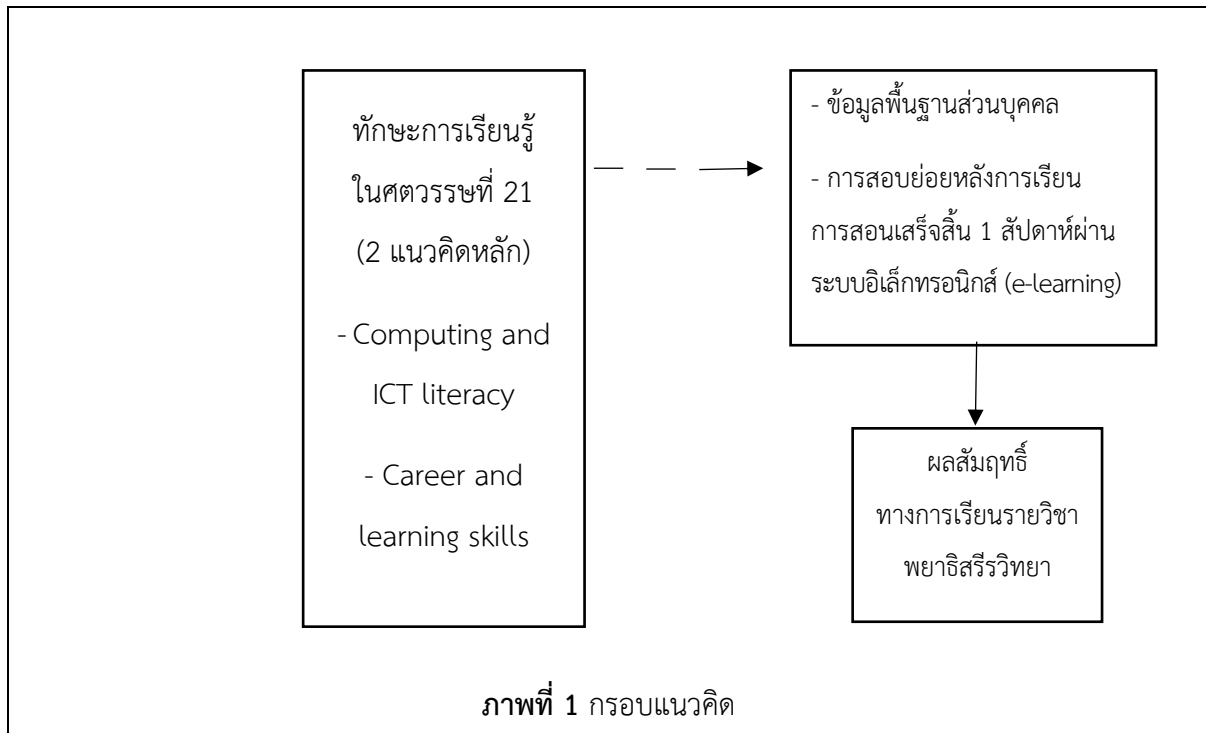
ซึ่งในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology) ได้มีหลักการเรียนการสอนทั่วไปของรายวิชาเกี่ยวกับพยาธิวิทยา การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในร่างกายเมื่อเกิดพยาธิสภาพ กลไก ปฏิกริยาตอบโต้ตลอดจนการปรับตัวของร่างกายในภาวะที่มีพยาธิสภาพในระบบต่าง ๆ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยในการวินิจฉัย จากผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ผ่านมาพบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2558, 2559 พบว่าระดับคะแนนส่วนใหญ่ร้อยละ 70 อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำและมีการกระจายของเกรดเบ้มาด้านเกรดน้อย

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ จึงมีการได้ปรับการเรียนการสอนให้ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-learning) เป็นการใช้ชั่วโมงการเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-study) ให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้เรียนในการศึกษาค้นคว้าอ่านหนังสือโดยใช้สื่อการสอนผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการใช้การวางแผนร่วมกับการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ที่ดียิ่งขึ้น (Potgieter, 2012) โดยการใช้การสอบย่อยหลังการเรียนการสอนเสร็จสิ้น 1 สัปดาห์ และการเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยา

กรอบแนวคิดงานวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลทุกคนต้องมี คือ การเรียนรู้ 3R*7C โดย 3R ได้แก่ Reading (อ่านออก), (W) Riting (เขียนได้), และ (A) Rithmetics (คิดเลขเป็น) ส่วน 7C ได้แก่ Critical thinking and problem solving (ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา), Creativity and innovation (ทักษะการสร้างสรรค์และนวัตกรรม), Cross-cultural understanding (ทักษะความเข้าใจความต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์) Collaboration, teamwork and leadership (ทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ), Communications, information, and media literacy (ทักษะการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ), Computing and ICT literacy (ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร), Career and learning skills (ทักษะอาชีพและการเรียนรู้) (Sarakshetrin A et al., 2019) ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ 2 แนวคิดหลัก คือ ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Computing and ICT literacy) และทักษะอาชีพและการเรียนรู้ (Career and learning skills) โดยการใช้การสอบย่อยหลังการเรียนการสอนเสร็จสิ้น 1 สัปดาห์ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-learning) จำนวน 18 หน่วยการเรียนรู้

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาสำหรับนักศึกษาพยาบาลกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาโดยใช้เกณฑ์ในการให้ค่าระดับคะแนน ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ตามกรอบแนวคิดดังนี้



วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาสำหรับนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์รองที่ชัดเจน

เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาหลังการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 (รหัส 59) ที่ลงทะเบียนรายวิชาพยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology) รหัสวิชา 6012607 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต จำนวน 84 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (Demographic data)

เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง มีข้อความที่เกี่ยวข้อกับเพศ อายุ เกรดเฉลี่ยรายวิชา กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาพื้นฐาน ปี 1 เทอม 1 และปี 1 เทอม 2 เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) ก่อนเรียนวิชาพยาธิสรีรวิทยา ลักษณะการเข้าศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต สถานภาพสมรสของบิดา มารดา รายได้ที่ได้รับต่อสัปดาห์ สถานที่พักอาศัย (ระหว่างกำลังเรียนอยู่) ถ้าท่านมีปัญหาเรื่องเรียน ท่านขอคำปรึกษาจากใคร

ส่วนที่ 2 การสอบย่อยหลังการเรียนการสอนเสร็จสิ้น 1 สัปดาห์ผ่านผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-learning)

จำนวน 18 หน่วยการเรียนรู้

โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดการสอบย่อยหลังการเรียนการสอนเสร็จสิ้น 1 สัปดาห์ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-learning) จำนวน 18 หน่วยการเรียนรู้ รายวิชาพยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology) รหัสวิชา 6012607 กำหนดการสอบย่อยหลังการเรียน ดังนี้

ตารางที่ 1 กำหนดกิจกรรมสอบย่อยหลังการเรียน

กิจกรรม	กิจกรรม	หมายเหตุ
กิจกรรมที่ 1	ปฐมนิเทศ และอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ให้นักศึกษาที่เข้าร่วมวิจัยรับทราบ รวมถึงชี้แจง ในรายละเอียดเนื้อหาและกระบวนการในการเข้า สอบย่อยหลังการเรียนการสอนเสร็จสิ้น 1 สัปดาห์ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-learning)	
กิจกรรมที่ 1	เก็บข้อมูลหลังสอบย่อยหลังการเรียนการสอนเสร็จสิ้น 1 สัปดาห์ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-learning) โดยกำหนดการสอบย่อย ทุกวันพุธถัดไปในแต่ละ อาทิตย์หลังเสร็จสิ้นการเรียนการสอน	การถึงระบบ e-learning ผ่าน ระบบ Wi-Fi ของมหาวิทยาลัย หรือระบบ Internet 3G หรือ 4G ของเครือข่ายที่นักศึกษาใช้อยู่
กิจกรรมที่ 2	หน่วยที่ 1 พยาธิสรีรวิทยาและการพยาบาล (Pathophysiology and Nursing)	ในช่วงเวลา 20.00-21.00 น. ใช้เวลาในการทำข้อสอบ 60 นาที
กิจกรรมที่ 3	หน่วยที่ 2 ความผิดปกติการถ่ายเททางพันธุกรรม หน่วยที่ 3 การบาดเจ็บของเซลล์ การปรับตัว และ การอักเสบ หน่วยที่ 4 การติดเชื้อ	ในช่วงเวลา 20.00-21.00 น. ใช้เวลาในการทำข้อสอบ 60 นาที
กิจกรรมที่ 4	หน่วยที่ 5 ความผิดปกติในการเจริญเติบโตของเซลล์ หน่วยที่ 6 ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน	ในช่วงเวลา 20.00-21.00 น. ใช้เวลาในการทำข้อสอบ 60 นาที
กิจกรรมที่ 5	หน่วยที่ 7 ความผิดปกติของระบบเลือด	ในช่วงเวลา 20.00-20.30 น. ใช้เวลาในการทำข้อสอบ 30 นาที
กิจกรรมที่ 6	หน่วยที่ 8 ความเครียดและการเผชิญความเครียด หน่วยที่ 9 ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อและ เมตาบอลิซึม	ในช่วงเวลา 20.00-20.30 น. ใช้เวลาในการทำข้อสอบ 30 นาที
กิจกรรมที่ 7	หน่วยที่ 10 ความผิดปกติของระบบหัวใจและ หลอดเลือด	ในช่วงเวลา 20.00-20.30 น. ใช้เวลาในการทำข้อสอบ 30 นาที

ตารางที่ 1 กำหนดกิจกรรมสอบย่อยหลังการเรียน (ต่อ)

กิจกรรม	กิจกรรม	หมายเหตุ
กิจกรรมที่ 8	หน่วยที่ 11 ความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	ในช่วงเวลา 20.00-20.30 น. ใช้เวลาในการทำข้อสอบ 30 นาที
กิจกรรมที่ 9	หน่วยที่ 12 ความผิดปกติของตา หู คอ จมูก	ในช่วงเวลา 20.00-20.20 น. ใช้เวลาในการทำข้อสอบ 20 นาที
กิจกรรมที่ 10	หน่วยที่ 13 ความผิดปกติของระบบหายใจ	ในช่วงเวลา 20.00-20.20 น. ใช้เวลาในการทำข้อสอบ 20 นาที
กิจกรรมที่ 11	หน่วยที่ 14 ความผิดปกติของระบบประสาท	ในช่วงเวลา 20.00-20.20 น. ใช้เวลาในการทำข้อสอบ 20 นาที
กิจกรรมที่ 12	หน่วยที่ 15 ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร	ในช่วงเวลา 20.00-20.10 น.
	หน่วยที่ 16 ความผิดปกติของตับและทางเดินน้ำดี	ใช้เวลาในการทำข้อสอบ 10 นาที
กิจกรรมที่ 13	หน่วยที่ 17 พยาธิสรีรวิทยาของระบบทางเดินปัสสาวะผิดปกติ	ในช่วงเวลา 20.00-20.10 น. ใช้เวลาในการทำข้อสอบ 10 นาที
กิจกรรมที่ 14	หน่วยที่ 18 ความผิดปกติของความสมดุลน้ำอิเล็กโทรไลต์ (Electrolytes) และสมดุลกรด-ด่างของร่างกาย	ในช่วงเวลา 20.00-20.10 น. ใช้เวลาในการทำข้อสอบ 10 นาที
กิจกรรมที่ 15	วิเคราะห์ข้อมูลสรุปและอภิปรายผลการวิจัย	

ข้อสอบแบบเลือกตอบ (Multiple Choices) มีส่วนประกอบที่สำคัญ 4 ส่วน ดังในตัวอย่างได้แก่

1. โจทย์ (stem) และคำถาม (lead-in) เป็นส่วนที่ให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการตอบคำถาม อาจมีรูปภาพ กราฟหรือแผนภูมิประกอบ

2. ตัวเลือก (option หรือ alternative) เป็นคำตอบที่ให้ผู้สอบเลือกตอบ โดยทั่วไปอาจมี 4 หรือ 5 ตัวเลือก การมีจำนวนตัวเลือกน้อยเกินไป จะมีโอกาสเดาได้ถูกมากขึ้น ตัวเลือก 4 ข้อ จะมีความเที่ยง (reliability) มากที่สุด อย่างไรก็ตามในบางกรณี การหาตัวเลือกที่ 4 เป็นเรื่องที่ยากมากหรือไม่มีโอกาสอำนาจการจำแนกสูงขึ้น

3. คำตอบที่ถูกต้อง (correct answer หรือ key) เป็นตัวเลือกที่ถูกต้องที่สุด

4. ตัวลวง (distractor) เป็นตัวเลือกที่เป็นคำตอบที่ไม่ถูกต้อง เพื่อลวงให้ผู้สอบเลือกตอบ การสร้างตัวลวงที่ดี จะทำให้ความเที่ยงของข้อสอบข้อนั้นดีขึ้น

แบบประเมินความรู้มีลักษณะคำถามเป็นแบบข้อสอบแบบเลือกตอบ (Multiple Choices) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ตามความรู้และความสามารถทำคะแนนได้แต่ละหน่วยการเรียน

การแปลผลคะแนนรวมใช้แบบอิงเกณฑ์การสอบย่อยหลังการเรียนการสอนเสร็จสิ้น 1 สัปดาห์ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-learning) จำนวน 18 หน่วยการเรียนรู้ ตาม Rubrics ในการดังนี้

คะแนนร้อยละ 90-100 หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับยอดเยี่ยม

คะแนนร้อยละ 70-89 หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก

คะแนนร้อยละ 50-69 หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดี

คะแนนร้อยละ 30-49 หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้

คะแนนร้อยละ 10-29 หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับควรปรับปรุง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับคือ

1. เมื่อได้รับพิจารณารับรองขอทุนสนับสนุนโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนรู ปี 2560 จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

2. จากนั้นดำเนินการเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยแจ้งหัวข้อเรื่องวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัว เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการศึกษา

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือวิจัยทั้ง 2 ชุด กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 (รหัส 59) ทั้งหมดที่ลงทะเบียนรายวิชาพยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology) รหัสวิชา 6012607 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560

5. ผู้วิจัยจึงขออนุญาตนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 (รหัส 59) ทั้งหมดที่ลงทะเบียนรายวิชาพยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology) รหัสวิชา 6012607 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560 ในการเก็บข้อมูล โดยให้ผู้ร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับความสามารถยกเลิกการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นแยกเก็บหนังสือแสดงเจตนายินยอมไว้เฉพาะส่วน

6. เมื่อนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 (รหัส 59) ทั้งหมดที่ลงทะเบียนรายวิชาพยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology) รหัสวิชา 6012607 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560 ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ทำการบันทึกไว้ในแฟ้มบันทึกเก็บข้อมูลโดยให้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ดังนี้

6.1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

6.2 แบบการสอบย่อยหลังการเรียนการสอนเสร็จสิ้น 1 สัปดาห์ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-learning) จำนวน 18 หน่วยการเรียนรู้

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนก่อนนำไปเก็บรวบรวมไว้ เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้หรือผลเสียจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย ไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อกระบวนการเรียนการสอน

ภายหลังจากการทำการชี้แจงรายละเอียดหัวข้อของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามต้องการตามความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับใดๆ และไม่มีผลใดๆ ต่อการเรียนที่ได้รับทั้งในปัจจุบันและอนาคต กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องบอกกล่าวเหตุผล

โดยข้อมูลต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้ ถือเป็นความลับ ผลการวิจัยเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการนำเสนอชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย การเข้าถึงข้อมูลจะใช้รหัสที่ผู้วิจัยกำหนด เมื่อกลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแล้ว ให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบฟอร์มแสดงเจตนา

ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับโดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในแบบบันทึกข้อมูล แต่ใส่รหัสเพื่อนับจำนวนและแยกเก็บเอกสารแสดงเจตนายินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและแบบบันทึกข้อมูล โดยเก็บคนละแห่งทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่าเป็นของผู้ตอบรายใด ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลดิบได้นอกจากผู้วิจัยเท่านั้น การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างและเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ผลของการศึกษาที่ได้จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการเพื่อเป็นข้อมูลในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยรายวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาพื้นฐาน ปี 1 เทอม 1 และปี 1 เทอม 2 เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) ก่อนเรียนวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ลักษณะการเข้าศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต สถานภาพสมรสของบิดา มารดา รายได้ที่ได้รับต่อสัปดาห์ สถานที่พักอาศัย (ระหว่างกำลังเรียนอยู่) ถ้าท่านมีปัญหาเรื่องการเรียนท่านขอคำปรึกษาจากใคร วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การสอบย่อยหลังการเรียนการสอนเสร็จสิ้น 1 สัปดาห์ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-learning) จำนวน 18 หน่วยการเรียนรู้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 84 ราย การแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 89.3 มีอายุส่วนใหญ่ 20 ปี ถึงร้อยละ 69.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 35.7

ได้เกรดเฉลี่ยรายวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาพื้นฐานปี 1 เทอม 1 (B) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 33.4 ได้เกรดเฉลี่ยรายวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาพื้นฐานปี 1 เทอม 2 (B+) ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) ก่อนเรียนวิชาพยาธิสรีรวิทยา (3.01 – 3.50) คิดเป็นร้อยละ 63.1 รองลงมา (2.50 – 3.00) คิดเป็นร้อยละ 32.1 ลักษณะการเข้าศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต คิดเป็นร้อยละ 64.3 โดยสถานภาพสมรสของบิดา มารดา ส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 78.6 โดยรายได้ที่ได้รับต่อสัปดาห์ 1,000 – 1,500 บาท มากสุด ร้อยละ 44.0 มีสถานที่พักอาศัย (ระหว่างกำลังเรียนอยู่) เป็นหอพัก ร้อยละ 97.6 และส่วนใหญ่เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องการเรียนจะปรึกษาเพื่อนมากที่สุดถึงร้อยละ 66.6

2. ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ได้จากการทำแบบฝึกหัดผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-learning) กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยา

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ได้จากการทำแบบฝึกหัดผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-learning) กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยา พบว่า คะแนนที่ได้จากการทำแบบฝึกหัดผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-learning) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .616, p < 0.01$) ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ได้จากการทำแบบฝึกหัดแบบฝึกหัดผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-learning) กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยา (N=84)

		แบบฝึกหัดผ่านสื่อ อิเล็กทรอนิกส์ (e-learning)	ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
แบบฝึกหัดผ่านสื่อ	Pearson Correlation	1	.616 (**)
อิเล็กทรอนิกส์ (e-learning)	Sig. (2-tailed)	-	.00
	N	84	84
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	Pearson Correlation	.616 (**)	1
	Sig.(2-tailed)	.00	-
	N	84	84

หมายเหตุ: ** Correlation is Significant at the 0.01 level (2-tailed).

3. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาของการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของรายวิชาพยาธิสรีรวิทยา สำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในรายวิชา เท่ากับ 70 (คะแนนเต็ม 100) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.36 (ปีการศึกษา 2559) หลังการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในรายวิชา เท่ากับ 82.79 (คะแนนเต็ม 100) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.90 (ปีการศึกษา 2560) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย

โดยรวมก่อนและหลังการพัฒนาแบบการเรียนรู้อยู่ โดยใช้สถิติ paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยโดยรวมหลังการศึกษาสูงกว่าก่อนการพัฒนาแบบการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิตของการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ของรายวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ปีการศึกษา 2559		ปีการศึกษา 2560		t	p-value
	(N=119)		(N=84)			
	Mean	SD	Mean	SD		
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต	70	7.36	82.79	4.90	10.52	<0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า คะแนนที่ได้จากการทำแบบฝึกหัดแบบฝึกหัดผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-learning) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .616, p < 0.01$) (ตารางที่ 2) รวมถึงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิตของการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ของรายวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ระหว่างปีการศึกษา 2559 (ก่อนการพัฒนาแบบการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์) และปีการศึกษา 2560 (หลังการพัฒนาแบบการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์) พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยโดยรวมหลังการศึกษาสูงกว่าก่อนการพัฒนาแบบการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 (ตารางที่ 3) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับอรรถเดช สุนทรพงศ์ (2559) ศึกษาการพัฒนาสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ของรายวิชาออกแบบเครื่องเรือนและการประมาณราคา รหัสวิชา 554341 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียนของกลุ่มที่เรียนโดยใช้บทเรียนออนไลน์มีความแตกต่างกัน โดยที่ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเรียนสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ และสอดคล้องกับอรรถเดช ศรีสวัสดิ์ และลัดดา ศิลาน้อย (2553) การศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียน e-Learning เรื่องการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างคุณลักษณะเพื่อการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 2 สาขาสังคมศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนที่เรียนวิชาวิถีไทยก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ อาจเป็นไปได้ว่าการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ทั้งแบบ e-learning และ Active learning การเรียนแบบศูนย์การเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์พยาบาล มีการจัดการสอนที่หลากหลาย วิธีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญมีความเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลในยุคปัจจุบัน

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ส่งผลให้สารสนเทศเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานการพยาบาลพยาบาลศึกษา รวมไปถึงด้านบริหารการพยาบาล โดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาพัฒนาบทบาทต่าง ๆ ของวิชาชีพการพยาบาล เริ่มจากที่พยาบาลเป็นผู้ใช้ โดยทำหน้าที่ในการบันทึกและใช้ระบบข้อมูลของโรงพยาบาล จนถึงเป็นผู้ให้ข้อมูลผู้ดูแล เป็นที่ปรึกษาแก่สถานบริการทางการพยาบาล

อีกทั้งยังเป็นผู้ใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการดูแลและบริการทางสุขภาพ (วีณา จีระแพทย์, 2544) จากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า สารสนเทศนั้นส่งผลกระทบต่อการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น เพื่อให้การพัฒนาพยาบาลสารสนเทศ (informatics nurse) เกิดขึ้นและสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นนั้น ได้มีการออกแบบโครงสร้างเกี่ยวกับบุคลากรสารสนเทศทางการพยาบาลไว้ดังนี้ โดยมีการมอบหมายหน้าที่ของพยาบาลทั้งในระดับหอผู้ป่วยกระทั่งกลุ่มการพยาบาลดังนี้ มีการมอบหมายงานภายในเป็นพยาบาลสารสนเทศของหน่วยงาน (ITWN) และพยาบาลสารสนเทศของกลุ่มการพยาบาล (IT) พัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาลในระดับหน่วยงาน กลุ่มการพยาบาล โดยเชื่อมโยงกับ งานประกันคุณภาพการพยาบาลหรือ งานคุณภาพการพยาบาล เชื่อมโยงระบบสารสนเทศของกลุ่ม การพยาบาลกับสารสนเทศของโรงพยาบาลและ กับสารสนเทศทางการพยาบาลของจังหวัด และของเขตเป็นเครือข่ายด้านสารสนเทศทางการพยาบาลกับ สำนักงานพยาบาล (อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์, อีรพร สติธองกูร, นันทรัตน์ ศรีนุ่นวิเชียร และจุฑารัตน์ เพ็ญเขตต์วิทย์, 2556) จึงพบว่า การใช้เทคโนโลยีจำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่การเป็นนักศึกษาพยาบาลเพื่อเพิ่มสมรรถนะด้านการใช้ เทคโนโลยีและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ซึ่งการนำเทคโนโลยีมาใช้สำหรับนักศึกษาพยาบาล ในเนื้อหาของรายวิชาที่มีความซับซ้อนและเข้าใจยาก เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจของนักศึกษา (ภัทรนิษฐ์ สุรโกลมเศรษฐ์ และมาลี กาบมาลา, 2557)

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้ สำเร็จเรียบร้อยได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากรองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ พาณิชย์กุล, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา โทผล, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฎ์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์กอบกุล บุญปราศรัย และอาจารย์นภาพร สุปิงคลัด ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหา ทั้งนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่คอยเอาใจใส่ ให้คำแนะนำ ตลอดจนให้ความรัก ความเมตตา และคอยผลักดันให้ก้าวผ่านอุปสรรคในการทำวิจัยมาโดยตลอด จนทำให้งานวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น พร้อมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และงานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ทุนวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนรู้อิง ปิงบประมาณ 2560

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ดังนี้

1. คณะกรรมการวิชาการทำหน้าที่และรับผิดชอบในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติส่งเสริมการเรียนรู้ทั้งและนอกห้องเรียน การเพิ่มชั่วโมง Active Learning เพื่อสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้ได้เองตลอดเวลา
2. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเชิงบรรยายและสำรวจเพียงเท่านั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป อาจลองพัฒนาในรูปแบบการพัฒนาให้สอดคล้องกับกระแสการปรับเปลี่ยนทางสังคมที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 21 เช่น ทักษะในการสื่อสาร ความคิดสร้างสรรค์

เอกสารอ้างอิง

- ภัทรนิษฐ์ สุรโกมลเศรษฐ์ และมาลี กาบมาลา. (2557). *การแสวงหาและการใช้สารสนเทศของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง*. สารวิจัย มข. มส. (บส), 2(2), 35-45.
- วีณา จีระแพทย์. (2544). *สารสนเทศทางการพยาบาลและทางสุขภาพ*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรคเดช สุนทรพงศ์. (2559). *ศึกษาการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของรายวิชา ออกแบบเครื่องเรือนและการประมาณราคา รหัสวิชา 554341*. วารสารชุมชนวิจัย, 10(1), 20-28.
- อลงกรณ์ ศรีสวัสดิ์ และลัดดา ศิลาน้อย. (2553). *การศึกษามลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียน E-Learning เรื่องการศึกษากับการสร้างคุณลักษณะเพื่อการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 2 สาขาสังคมศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 33(4), 147-151.
- อัมราภัทร์ อรรถชัยวัจน์, ชีรพร สติรอังกูร, นันทรัตน์ ศรีนุ่นวิเชียร และจุฑารัตน์ เพ็ญเขตต์วิทย์. (2556). *แนวทางการจัดระบบสารสนเทศทางการพยาบาลในโรงพยาบาล*. นนทบุรี : สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. . (2010). *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*. CJNR, 42(2), 141-143.
- Cook, P. R. . (2011). *Critical thinking in the health professions*. In In M. J. Bradshaw & A. J. Lowenstein (Eds.) (Ed.), *Innovative teaching strategies in nursing and related health professions* (5th ed., pp. 49-63). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers. .
- Nantasenee S, Wongwisesku S, Sukcharoen P, & Techangkul L. (2018). *Development of Learning and Teaching Process for Nursing Students at SuandusitUniversity*. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 10(2), 166-179.
- Pipatsombat P, Kienwong T, Kwhanyuen R, Chobarunsitti C, Tejangkura L, & Satsin T. (2020). *The Effectiveness among Nursing Students of the Comprehensive OSCE Clinical Skills in the Achievement of Adult and Elderly Nursing Practicum 2*. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 12(1), 59-75.
- Potgieter, E. (2012). *Clinical teaching: developing critical thinking in student nurses*. Prof Nurs Today, 16(2), 4-8.
- Sarakshetrin A, Songwatthanayuth P, & Panawatthanapisit S. (2019). *Learning Strategy in Nursing Education toward The Development of The Twenty-First Century Learning Skills*. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 20(3), 18-26.

บทความวิจัย**ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ตราบาปในผู้หญิงไทยที่ติดเชื้อ เอชไอวี**
FACTORS RELATED TO PERCEIVED STIGMA AMONG
THAI WOMEN INFECTED WITH HIV

เจนจิรา เตจ๊ะเป้ง*

Janejira Tejapeng*

Received: July 16, 2020

Revised: July 26, 2020

Accepted: December 24, 2020

บทคัดย่อ

การรับรู้ตราบาปในหญิงไทยที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิต การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การตีตราของหญิงไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ตราบาป 4 ด้าน ในหญิงไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี อายุระหว่าง 18-60 ปี ที่เข้ารับบริการสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Berger et al. (2544) และแบบสอบถามการรับรู้ตราบาปของ สุวรรณพร มิตรสุวรรณ (2550) วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ t-test และ Chi-square

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ตราบาประดับปานกลาง ซึ่งสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส ($p=0.022$) อายุ ($p=0.01$) เมื่อวิเคราะห์การรับรู้ตราบาปรายด้าน สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับ personalized stigma aspect ($p=0.03$) ระยะเวลาได้รับวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีสัมพันธ์กับ public attitudes aspect ($p=0.01$), negative self-image aspect ($p<0.01$) และการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับ disclosure aspect ($p=0.002$) personalized stigma aspect ($p=0.05$) และ negative self-image aspect ($p<0.003$) การค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ ควรจัดกิจกรรมและต้องเข้าใจการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อลดการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย

คำสำคัญ : ปัจจัยเกี่ยวข้อง, การรับรู้ตราบาป, ผู้หญิงไทย, เชื้อเอชไอวี

Abstract

Perceived stigma in Thai women infected with HIV could be a barrier between patients and healthcare services, which could cause inappropriate treatment and increase the severity of the disease. These problems may then affect their quality of life. This descriptive correlational study aimed to examine the relationship of factors related to the perceived stigma of Thai women infected with HIV and explore the relationship between personal factors: age, educational level, marital status, duration of diagnosis with HIV infection, social support, and perceived stigma of Thai women infected with HIV. The perceived stigma can be divided into four aspects, including the personalized stigma, disclosure, negative self-image, and public attitudes aspects.

The purposive sample included Thai women in the age range of 18-60 years old, which comprised eighty women infected with HIV recruited from tertiary hospitals in Thailand. The questionnaires were composed of a demographic data questionnaire, perceived stigma questionnaire of people infected with HIV, developed from the literature review by Berger et al. (2001), and social support questionnaires of people infected with HIV, modified from the concept of Weiss (1974) by Suwannaporn Mitsuwan (2007). The data were analyzed using descriptive statistics and inferential analyses, including t-test, Pearson correlation, and Chi-square.

It was shown that the sample group perceived stigma at a medium level. There were significant differences between marital status ($p=0.022$), age ($p=0.01$), and perceived stigma among Thai women infected with HIV. However, when analyzing the data of each aspect of perceived stigma, it was found that marital status had the significant influence upon the personalized stigma aspect ($p=0.03$) and duration of diagnosis with HIV infection had the significant influence upon the public attitudes aspect ($p=0.01$) and negative self-image aspect ($p<0.01$), while social support had the significant influence upon the disclosure aspect ($p=0.002$), personalized stigma aspect ($p=0.05$), and negative self-image aspect ($p<0.003$). These findings suggested that health care personnel should organize activities and need to understand the perceived stigma of patients and factors which had significant relationships with perceived stigma to support Thai women infected with HIV, leading to a reduction in perceived stigma

Keywords : Factors, Perceived, Stigma, Thai women, HIV

Introduction

From the global HIV statistics issued by The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) in 2018, 77.3 million people have become infected with HIV since the start of the epidemic. There were 36.9 million people globally living with HIV in 2017; 21.7 million of those people had access to antiretroviral therapy. Around 1.8 million people have become

newly infected with HIV since then, while 940,000 people have died from AIDS-related illnesses. Approximately 35.4 million people have died from AIDS-related illnesses since the start of the epidemic (UNAIDS, 2018).

There are adult women infected with HIV all around the world. The most affected region is sub-Saharan Africa, where 59% of adult women are infected with HIV (UNAIDS, 2014). Those newly infected with HIV account for almost 1,000 young people per day. Infection rates among adolescent girls are twice those of younger men in sub-Saharan Africa (UNAIDS, 2014). Further, the rate of HIV infection in teenage girls is increasing. The worldwide infection rate for teenage girls is two times higher than for boys of the same age (UNAIDS, 2012).

From Thailand's records, there were 193,965 women who were HIV-infected in 2013 (UNAIDS, 2014). The statistical rates for newly-infected young women aged between 15-24 for all infections showed an increase of 0.43% from 2011 to 2013 (UNAIDS, 2014). Moreover, infection rates for Thai teenage girls represent 1.5 times those for boys (Bureau of Epidemiology, 2012). Nowadays, there are about 15,000 AIDS-related deaths (all ages). When accounting for age, AIDS-related deaths for those between 0-14 years old account for less than 100 people, while AIDS-related deaths for women aged 15+ years old are 5,500 people, while AIDS-related deaths for men 15+ years old are 9,100 people (UNAIDS, 2018).

HIV infection in Thai women is different from HIV infection in Thai men. It was found that HIV-infected women have suffered mental health problems significantly more than men (Bussayarin Srikum, 2003). Because Thai society has not quite achieved equality between men and women, Thailand's social norms can seemingly accept a man having sex with a prostitute, but a woman infected with HIV will be seen as being promiscuous and a disease transmitter (Srisamang Songrob, 2008). There were some studies in South Asia, including Thailand, showing HIV-infected women had been discriminated against, with social exclusion at 15%, which is higher than for HIV-infected men who were discriminated against with social exclusion at 2% (Poxton et al., 2005). It was also found that HIV-infected women in Thailand cannot make decisions about the economy, jobs, sex, condom use, or contraception. The role of Thai women is merely to act as a "wife" and "mother" responsible for the household's cooking, cleaning, and raising children (Srisamang Songrob, 2008). When women know they are infected with HIV, they typically do not disclose their infection to others, especially their partners, due to the fear of stigma and divorce.

Furthermore, they do not seek or get help from their partner due to fear of violence (Sagay et al., 2006). Also, 52% of HIV-infected women do not disclose their infection because of the fear of a negative reaction from their partner (Maman et al., 2003). Disclosure of HIV

infection to their partner remains low among women. Some of the women who have been infected with HIV experience violence, including forced sterilization and forced abortion as well as the denial of voluntary sterilization or safe abortion services. Involuntary and coerced sterilization and abortion among women who live with HIV occurs in many countries (UNAIDS, 2014).

Thailand has embraced its commitment to the 2011 United Nations General Assembly Special Session on HIV to prevent and control the AIDS epidemic as well as to pursue the strategy of 3 Zeroes: (1) Zero HIV new infections; (2) Zero AIDS deaths; and (3) Zero AIDS stigma and discrimination. The researcher reviewed the literature and found that the relationship of perceived stigma and factors could be used as a guide to support Thai women infected with HIV, thus enabling them to adapt appropriately (Joint United Nations Program on HIV/AIDS, 2011). The researcher determined the essential variables associated with the perceived stigma of Thai women infected with HIV, including the age at which different ages have different experiences in the face of adaptation and lifestyles. Education level is a variable which is shown to be a fundamental factor that can indicate different perceived stigma. Marital status is an important factor that helps Thai women infected with HIV get support. For receiving encouragement from a spouse to live with HIV infection, the duration of the diagnosis of HIV infection is a sign of stigma. Moreover, receiving social support is another important variable, as well as other variables associated with stigma awareness being accepted by the society of Thai women infected with HIV. For this reason, the researcher chose five important variables, as mentioned in the test. These variables can help determine the relationship for the perceived stigma of Thai women infected with HIV (Babita Subedi, Bishow Deep Timilsina, Neeta Tamrakar, 2019; UNAIDS, 2013).

According to the discussion, it has been shown that perceived stigma in Thai women infected with HIV could be a barrier between patients and healthcare services, which could cause inappropriate treatment and increase the severity of the disease. These problems may affect their quality of life. An extensive review of the literature has shown that previous studies in women infected with HIV were mostly conducted in other countries. However, the context of recognizing honor among women infected with HIV is different from that of women infected with HIV in Thailand. Therefore, the researcher was interested in exploring the perceived stigma in Thai women infected with HIV because there would likely be some differences. It was anticipated that the study findings could be used to implement nursing care practices to provide more appropriate care to Thai women infected with HIV.

The Scope of the Study

This research utilizes the concept of perceived stigma among women infected with HIV by Berger (Berger, Ferrans & Lashley, 2001). Perceived stigma can be divided into two forms: the perception of societal attitudes towards people with HIV, and knowledge of self as being HIV-positive. The main concept of perceived stigma is the perception of the barriers from society and limited opportunity to receive services such as dental care and to make job applications, as well as the negative change in social identity (Berger, Ferrans & Lashley, 2001). Perceived stigma can be divided into four aspects, as follows (Arun Katekae, 2005):

1. Personalized stigma refers to the perception of situations and the reactions of other people when they know about a person's infection status, including the loss of friends, avoidance, disgust, and isolation by others.

2. Disclosure concern refers to the control of information, concealment of the truth about HIV infection, and the fear that people who know about the infection status will reveal the secret to others.

3. Negative self-image refers to bad feelings about self-image, such as being blemished, feeling shameful, and having guilty feelings.

4. Concern with public attitudes about people infected with HIV refers to what other people might feel about people with HIV infection. For example, people with HIV infection are fired from their jobs, are discriminated against in society, and make other people feel fearful about being near them.

In this study, the selected variables include age, level of education, marital status, duration of diagnosis with HIV infection, and social support. These variables may affect the perceived stigma among Thai women infected with HIV.

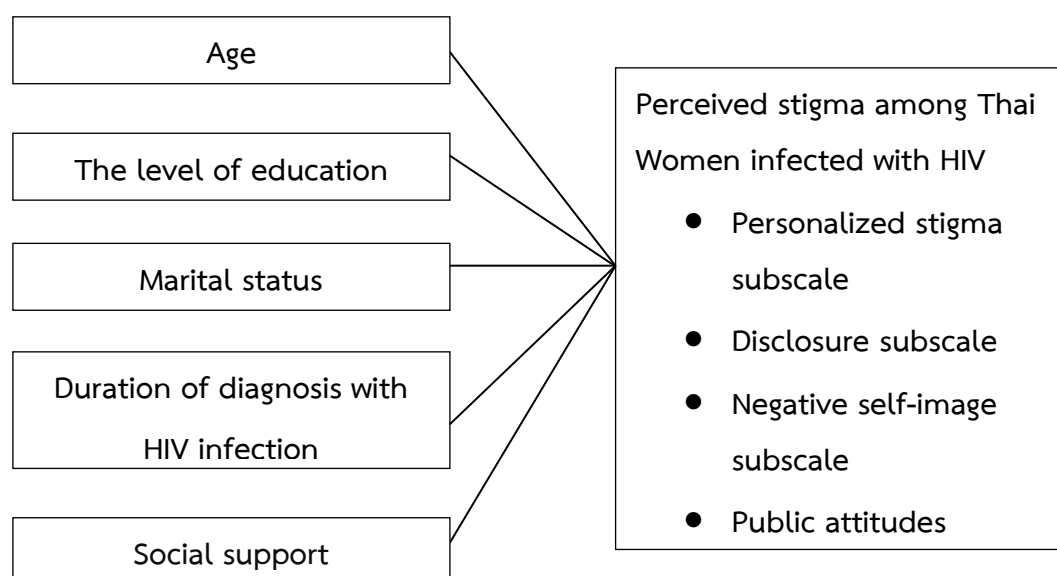


Figure 1 Conceptual

Study Design

The research used a descriptive and correlation research approach that utilized quantitative data to study the perceived stigma of Thai women infected with HIV. This chapter presents the research methods, including population and samples, research instruments, protection of the rights of human subjects, data collection, and data analysis.

Inclusion Criteria

This research was a study of Thai women who were infected with HIV and admitted for treatment at the Infectious Disease Outpatient Department, Ramathibodi Hospital. Purposive sampling was employed as follows:

1. Thai women aged between 18 and 60 years old.
2. The women were diagnosed with HIV by a doctor and returned positive laboratory tests. There was a laboratory test to diagnose the infection with HIV.
3. They perceived that they had HIV infections and were ready to answer the questionnaire.
4. Sample participants were able to read, write, speak, and understand the Thai language.

Exclusion Criteria

1. The women had an opportunistic infection because comorbidity might have affected the questionnaire response due to the signs and symptoms that appear.
2. Women who have known the diagnosis for less than one month.

Sample Size

The sample size was determined by power analysis, acquisition of sample size based on effect size using an acceptable level of statistical significance of 0.05, and the power of 0.95 (Nikus Fido, Aman & Brihnu, 2016; Ababayehu Bitew Aniley et al., 2016). In this study, G*Power was used for calculating the sample, while the minimum sample size of the research study was 75. The expected drop-out rate is 10%. Thus, a total of 80 Thai women infected with HIV were recruited into this research study (Erdfelder, Faul & Buchner, 1996).

Setting

This research collected data from the Infectious Disease Outpatient Department, Ramathibodi Hospital. There was an infectious disease clinic open on Wednesdays and Fridays during office hours from 9 am to 4 pm.

Protection of the Rights of Human Subjects

This research was conducted after gaining approval and ethical clearance from the board of human rights related to human experimentation at the Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. After the study was granted approval and it was permissible to collect data, eligible subjects were approached and invited to participate in this research. For data collection, the researcher asked for cooperation and explained the project research and the rights to eligible subjects. While answering the questionnaire, subjects had the right to withdraw if they felt uncomfortable or wanted to withdraw from participation in the research for other reasons. Refusal to participate in the study did not affect treatment and service. This research will be kept confidential and will be presented overall. The researcher did not disclose the names of the subjects. Any subject who agreed to participate was informed; after that, they signed a verbal consent or written consent form.

Research Instrument

The questionnaires were used to explore data about the stigma perceptions of Thai women infected with HIV. They included three instruments: the demographic data form, HIV stigma scale, and the questionnaires of social support.

- 1) The demographic data
- 2) Perceived HIV stigma questionnaire of people infected with HIV

Berger created a perceived stigma questionnaire for people infected with HIV (Berger et al., 2001) that had a reliability of 0.96. The researcher applies this perceived stigma questionnaire for people infected with HIV, which was translated into the Thai language by Benjamas Suksatit (2004). This questionnaire is widely used in HIV-infected people in many countries. The reliability of 0.91 (Jeyaseelan, 2013) was obtained for instrument quality in terms of content validity from five experts, including four nursing instructors and one medical expert in infectious diseases. It was revised based on recommendations and applied to 30 HIV-infected people. The reliability of the Cronbach's Alpha Coefficient was 0.96. When used with 50 real sample participants, the reliability of the Cronbach's Alpha Coefficient was 0.95 (Benjamas Suksatit, 2004).

In this study, the researchers requested permission from the owner of the instruments. Three specialists in HIV infection checked the quality of the instruments and verified the Thai version according to the format of Benjamas Suksatit. The instrument was tested on 30 women infected with HIV. The reliability was 0.94. The researcher applied the instrument to 80 people in a real sample group and analyzed the results to determine the Cronbach's Alpha Coefficient at 0.93.

3) The questionnaire concerning social support

The questionnaire was developed from the social support concept of Weiss (1974) by Suwannaporn Mitsuwan (2007). Previous research checked the quality of the instruments in content validity. The results have an index content validity of 0.90 and reliability was calculated by applying the improvement social support questionnaires for which the content validity and analysis reliability were checked using the Cronbach's Alpha Coefficient at 0.84. This instrument was used in Thailand. Moreover, the sample was also similar, comprising women infected with HIV. In this study, the researchers requested permission from the owner of the instruments to apply them to the perceived social support questionnaire, and the instrument was tested with 30 women infected with HIV, which showed the reliability was 0.91. The researcher applied it to 80 people in a real sample group and then analyzed the results to determine the Cronbach's Alpha Coefficient at 0.92.

Data Analysis

The computer program IBM SPSS Statistics 23 was used to analyze the statistics, and the research data were divided as follows:

1. Analyze the demographic data using descriptive statistics, which were reported by frequency, percentage, range, mode, median, and standard deviation.

1.1 Frequency, percentage of reported demographic data (e.g., marital status, religion, highest formal education level, occupation, income, the reason for having HIV testing, route of HIV infection, person to whom the patient disclosed HIV infection, medication treatment, number of symptoms and symptoms present).

1.2 Range, mode, median, mean, and standard deviation reported demographic data (e.g., duration of formal education, the period since being diagnosed with HIV/AIDS. These variables were not normally distributed).

2. Apply the t-test, in which the data were normally distributed, Pearson correlation, and Chi-square, to find the relationship between personal factors including age, level of education, marital status, duration of diagnosis with HIV infection, social support, and perceived stigma among Thai women infected with HIV.

Results

Personal general information concerning Thai women infected with HIV was obtained by analyzing the general personal information of the sample group of Thai women infected with HIV, comprising a total of 80 subjects. It was shown that their mean age was 46 years (SD=8.1, Median=46, Min=21, Max=60). Most were married or living with a partner (38.8%),

followed by divorced/widowed (37.5%). Almost all practiced Buddhism (93.8%), while only four subjects were Muslim (5.0%). Their educational level was mainly high school graduates (35.0). Most of the subjects were daily laborers (23.8%), followed by merchants (18.8%). Their monthly income was mostly less than 10,000 baht (31.3%) or in the range of 10,001-20,000 baht (31.3%).

By analyzing a total of 80 subjects who were diagnosed as HIV-infected, the duration of diagnosis with HIV infection could be found (mean=11.56, SD=5.276, min=1, max=22). The main reason for being investigated and diagnosed as HIV infected was because they had symptoms (37.5%), followed by HIV screening during pregnancy (23.8%). The cause of infection was mainly due to sexual intercourse (86.3%). While the cause for HIV transmission from mother to child was found the least (2.5%), all patients in the sample group always followed up with treatment continuously (100%). Most of them were given anti-retroviral drugs. Five percent were also given other medications, along with anti-retroviral drugs. There were 20% of the patients who disclosed their HIV infection status, while 61.3% acknowledged the HIV test results of their spouses, as detailed in Table 1.

Table 1 Demographic data of Thai women infected with HIV (n=80)

Variables	N	%
Age		
Mean 46, SD 8.1, Median 46, Min 21, Max 60	80	100
Marital Status		
Single	13	16.3
Married and lived with a partner	31	38.8
Married but did not live with a partner	6	7.5
Divorced/Widowed	30	37.5
Religion		
Buddhism	75	93.8
Islam	4	5.0
Christianity	1	1.3
Educational Level		
Elementary education	15	18.8
High school	28	35.0
Diploma/ Certificate	15	18.8
Bachelor's degree	18	22.5
Higher than bachelor's degree	4	5.0

Table 1 Demographic data of Thai women infected with HIV (n=80) (cont.)

Variables	N	%
Occupation		
Daily laborer	19	23.8
Private employees	10	12.5
Farmer/Fishermen	3	3.8
Business owners	7	8.8
Government officer	6	7.5
Housewife	12	15.0
State enterprise officer	1	1.3
Merchant	15	18.8
Unemployed	3	3.8
Other	4	5.0
Income (baht/month)		
≤ 10,000	25	31.3
10,001-20,000	25	31.3
20,001-30,000	17	21.3
> 30,000	13	16.3
Duration of diagnosis with HIV infection		
Mean 11.56, SD 5.276, Min 1, Max 22	80	100
Reason for having an HIV test		
The positive result of HIV test of a spouse	8	10.0
Having symptoms	30	37.5
HIV screening during pregnancy	19	23.8
Risky sexual behavior of a spouse	8	10.0
Annual health check-up	11	13.8
Check-up to apply for a job	2	2.5
Other	2	2.5
Source of HIV infection		
Sexual relationship	69	86.3
Tattoo	1	1.3
Maternal to child transmission	2	2.5
Other (do not know the reason)	8	10.0

Table 1 Demographic data of Thai women infected with HIV (n=80) (cont.)

Variables	N	%
What kind of medication which patients received? (answer more than one choice)		
Anti-retroviral drug (only)	76	95.0
Anti-retroviral drug + other drugs	4	5.0
Whom patient disclosed their HIV test? (answer more than one choice)		
Spouse	19	23.8
Parents	8	10.0
Sibling	8	10.0
Friend/Colleague	1	1.3
More than one person	28	35.0
No disclosure	16	20.0
Spouse	19	23.8
Did patients know the HIV test results of their spouse		
Yes	49	61.3
No	31	38.8

The level of perceived stigma among Thai women infected with HIV

According to the statistical analysis of the overall perceived stigma for the sample group, it was shown that the minimum score for most of the perceived stigma was 40, while the maximum score was 158 (mean=102.6, SD=27.9). The score for perceived stigma of the sample was not different, and statistical analysis showed that perceived stigma was at a medium level (51.3%), followed by a high level of perceived stigma (27.5%) and a low level of perceived stigma (21.3%), as detailed in Table 2.

According to the statistical analysis of overall perceived social support, the sample group showed a high level of perceived social support (73.8%) and a medium level of perceived social support (26.3%).

Table 2 Perceived stigma level of Thai women infected with HIV (n=80)

Stigma Level	N	%	Range Score
Low	17	21.3	40-79 (1.00-1.91)
Medium	41	51.3	83-137 (2.00-3.42)
High	22	27.5	126-157 (3.15-3.92)

For the relationship between age, duration of diagnosis with HIV infection, and perceived stigma among Thai women infected with HIV, t-test comparisons showed that age had a relationship with the perceived stigma of Thai women infected with HIV ($p=0.01$). Duration of diagnosis with HIV infection and perceived stigma among Thai women infected with HIV had no relationship with perceived stigma of Thai women infected with HIV ($p=0.90$), as detailed in Table 3.

Table 3 Relationship between age, duration of diagnosis with HIV infection, and perceived stigma among Thai women infected with HIV (n=80)

Variables	Mean	SD	T	p-value
Age	45.96	8.09	47.91	0.01*
Duration of diagnosis with HIV infection	2.56	0.78	1.22	0.90

* $p<0.05$

The relationship between social support and level of perceived stigma among Thai women with HIV infection was shown to have Pearson correlation ($p=0.20$). Social support had no relationship with the perceived stigma of Thai women infected with HIV with statistical significance at $p=0.05$, as detailed in Table 4.

Table 4 Relationship between social support and perceived stigma among Thai women infected with HIV(n=80)

Variables	Perceived stigma	
	Spearman's rho	p-value
Social support	0.349	0.20

* $p<0.05$

By reviewing the relationship between age and the four aspects of perceived stigma among Thai women infected with HIV, it appeared that duration of diagnosis with HIV infection had no significant relationship with the disclosure aspect ($p=0.89$), the public attitudes aspect ($p=0.78$), the personalized stigma aspect ($p=0.79$), or the negative self-image aspect ($p=0.56$). The relationship between duration of diagnosis with HIV infection and the four aspects of perceived stigma among Thai women infected with HIV appeared to show that duration of diagnosis with HIV infection had no significant influence upon the disclosure aspect ($p=0.67$), or the personalized stigma aspect ($p=0.79$). However, duration of diagnosis with HIV infection

had a significant influence upon the public attitudes aspect ($p=0.01$) and negative self-image aspect ($p<0.01$).

The relationship between social support and the four aspects of perceived stigma among infected Thai women appeared to show that social support had no relationship with the public attitudes aspect ($p=2.88$), although social support had significance in the disclosure aspect ($p=0.002$), personalized stigma aspect ($p=0.05$), and negative self-image aspect ($p=0.033$).

The relationship between education and the four aspects of perceived stigma among Thai women infected with HIV appeared to show that education had no relationship with the four aspects of perceived stigma with the significance of the disclosure aspect ($p=0.407$), public attitudes aspect ($p=0.932$), personalized stigma aspect ($p=0.184$), and negative self-image aspect ($p=0.942$). The relationship between marital status and the four aspects of perceived stigma among Thai women infected with HIV appeared to show that marital status had no relationship with the disclosure aspect ($p=0.579$), the public attitudes aspect ($p=0.713$), and the negative self-image aspect ($p=0.264$), although marital status did have a relationship with the personalized stigma aspect ($p=0.030$).

Discussion

This study showed that recognition of overall perceived stigma and each aspect were at medium levels, explaining that Thai society rarely acknowledges HIV-infected people; those who disclose themselves as being infected will be “branded” by society. Therefore, it affects work and makes the HIV-infected person fearful of disclosure (Skinner & Skinner, 2016), which was different from some studies in Thailand that found perceived stigma involved concern over disclosure of the status of infection at a high level (Mattika Chaichan & Pornnapa Kampraw, 2014). The partners of HIV patients are also affected by the community. Spouses are sometimes condemned as if they also have HIV infection (Skinner D & M., 2016). These results led to HIV-infected people losing jobs or failing to make progress in their jobs. There were fewer career options because of the required blood test before applying for a job (Social Research Institute, 2017).

Perceived stigma also affected the non-disclosure of infection to a spouse. According to a recent study, about 28.1-40.0 percent of women infected with HIV did not disclose the diagnosis of infection to their spouses (Kiula et al., 2013), similar to studies in Thailand that found roughly 30 percent of Thai women infected with HIV did not disclose the results of infection to their spouses (Supattra Chaipolbal, 2016) due to fear of reprimand, fear of being

the object of disgust, and fear of their spouse leaving them, meaning a loss of financial support from their spouse. HIV-infected women were often reluctant to disclose their infections due to fear of being stigmatized by society and facing discrimination (Black & Miles, 2002).

In accordance with international studies, it was found that the level of perception of stigma in the public attitudes aspect and negative self-image aspect have a positive relationship with suffering in the minds of HIV-infected people, with statistical significance, including being blamed by friends, being asked by the family not to disclose their status, family abandonment, feeling uncomfortable in relationships, and poor relationships from health agencies (Stutterheim et al., 2007). Therefore, stigma awareness and fear of consequences, as well as the guilt of stigma, resulted in HIV-infected people having concerns about disclosing their status. Some chose to disclose their status in terms of their infection rather than not disclose, which resulted in a lack of support both from family and society, as well as the inability to access health services. Also, HIV-infected people with bad experiences about stigma will be less likely to continue with their follow-up appointments and there may be a lack of continuity in medication (Venable, Carey, Blair & Blair, 2006).

On the other hand, this study found that social support and the perceived stigma of Thai women infected with HIV had no significant relationship ($p=1.00$), which explained that Thai families tend to be large, especially in the past. There were many family members in the same house; they would be in the same unit. Nowadays, Thai families are becoming more immediate and nuclear. Society and the economy have changed, which affects the future of Thai family characteristics. It will change in various aspects, including social support from family members. However, family relationships are still important factors associated with the disclosure of HIV infection results, which was consistent with Medley et al., whose research found that women who had self-confidence and had a good relationship disclosed their HIV infection results more often than women without self-confidence. This shows that the essential duty of the family must be to support its members from childhood to adulthood by giving love, warmth, and practicing being givers and recipients to develop emotionally stable people with confidence in their lives. Besides, the family can be a source of encouragement and solace to overcome obstacles when members face obstacles or frustrations (Kwanchit Laothong, 2018; Medley, 2004; Ezechi & Gab-Okafor, 2009).

When analyzing the data for each aspect of perceived stigma, however, it was found that social support had significance with the disclosure aspect ($p=0.002$), personalized stigma aspect ($p=0.05$), and negative self-image aspect ($p<0.003$). This was consistent from previous studies of Thai women infected with HIV; social support was related to perceived stigma with

statistical significance (Supattra Chaipolbal, 2017). It was also consistent with international studies, which found that the level of perceived stigma had a positive relationship with the mental suffering of HIV-infected people with statistical significance, including being blamed by friends, being recommended by family members not to disclose their status, family abandonment, feeling uncomfortable in relationships, words that are too merciful or indifferent, and negative relationships with health agencies (Stutterheim et al., 2007).

Recommendations

Studies and Research in Nursing

1. There should be a study of the factors that can predict perceived stigma in each aspect to classify patients into areas, such as the emotional and social categories. This will enable the obtaining of new knowledge that will lead to the further development of perceived social support in the future.

2. Intervention programs should be conducted to reduce stigma perception because this study found a relationship between the factors related to perceived stigma among Thai women infected with HIV. Therefore, quasi-experimentation should be developed to deal with those factors, such as self-efficacy promotion programs to address perceived stigma. The program should be managed to suit the age and context of each area.

3. The study should be replicated in other geographical locations of the country to ensure the findings are not unique to young adult women in Bangkok infected with HIV who are aged between 18 and 60 years old.

Limitations of the Study

Using Berger's Stigma questionnaire may present limitations when used with a sample of women infected with HIV from their mothers because some questions are not related to this group of people. In subsequent studies, the questionnaire should be chosen to reflect the target group while considering the advantages and suggestions for using the questionnaire, including the use of questionnaires to increase the validity of the research.

This study had a single unit of data, which was Ramathibodi Hospital, which might not be relevant in the cases of other Thai Women.

Reference

Berger BE, Ferrans CE, Lashley FR. (2001). *Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale*. Research in nursing & health. 24(6):518-29.

- Black and Miles. (2002). *Perceptions of stress, worry, and support in Black and White mothers of hospitalized, medically fragile infants*. Journal of Pediatric Nursing Volume 17, Issue 2, April 2002, Pages 82-88.
- Bureau of Epidemiology. (2012). *prevalence HIV*.
- Bussayarin Srikum. (2003). *Health Behaviors of Working Patients with HIV/AIDS in a Tertiary Care Hospital*.
- Erdfelder, Faul and Buchner. (1996). *GPOWER: A general power analysis program*. Behavior Research Methods, Instruments, & Computers March 1996, Volume 28, Issue 1, pp 1–11.
- Ezechi OC, Gab-Okafor C, Onwujekwe DI, Adu RA, Amadi E, Herbertson E. (2009). *Intimate partner violence and correlates in pregnant HIV positive Nigerians*. Archives of gynecology and obstetrics. 280(5):745-52.
- Kiula ES, Damian DJ, Msuya SE. (2013). *Predictors of HIV serostatus disclosure to partners among HIV-positive pregnant women in Morogoro, Tanzania*. BMC Public Health. 13:433.
- Kwanchit Laothong. (2018). *Factors Influencing HIV Serostatus Disclosure Among Thai Women*. Siriraj Med Bull, 11(1): 2-8.
- Mattika Chaichan, Pornnapa Kampraw. (2017). *Stigma of HIV: Social Illness*. Journal of The Royal Thai Army Nurses. Volume 15 No.3 (Sep - Dec) 2014
- Mamen. (2013). *Effect of the Low Risk Ankle Rule on the frequency of radiography in children with ankle injuries*. CMAJ October 15,185 (15).
- Ministry of Public Health Thailand. (2018). *Thailand National Operational Plan Accelerating Ending AIDS 2015-2019*.
- National AID committee. (2016). *THAILAND AIDS RESPONSE PROGRESS REPORT*.
- Poxton IR. (2005). *Molecular techniques in the diagnosis and management of infectious diseases: do they have a role in bacteriology? Medical principles and practice: international journal of the Kuwait University, Health Science Centre*. 14 Suppl 1:20-6.
- Sagay A. S., Musa J., Ekwempu C.O.C., Imade G. E., Babalola A., Daniyan G., et al. (2006). *Partner disclosure of HIV status among HIV positive mothers in Northern Nigeria*. African Journal of Medicine and Medical Sciences, 35 119-123.
- Skinner D & M. (2016). *Hepatic TLR2 & TLR4 expression correlates with hepatic inflammation and TNF- α in HCV & HCV/HIV infection*.JVH, V. 18, ISSUE 2.
- Social Research Institute. (2017). *Reuters Institute Digital News Report 2017*.

- Stutterheim, S. E., Bos, A. E., Shiripinda, I., de Bruin, M., Pryor, J. B., & Schaalma, H. P. (2007). *HIV-related stigma in African and Afro-Caribbean communities in the Netherlands: manifestations, consequences and coping. Psychol Health, 27(4), 395-411.* doi: 10.1080/08870446.2011.585426
- Supattra Chaipolbal. (2017). *Relationships between Selected Factors and HIV Disclosure of Thai Women to Their Partners.* Nursing Journal of The Ministry of Public Health. vol 28 No.2
- Suwanporn Mitsuwan. (2007). *The Relationship between Patience regarding Female Health, Social Support, Stress coping, and Health Status of HIV Infected / female AIDS patients.* Master's Degree Thesis in Nursing, Faculty of Graduate Studies, Chulalongkorn University.
- Srisamang Songrob. (2008). *AIDS in Thai Women.* National Review of HIV Early Infant Diagnosis in Thailand
- UNAIDS. (2012). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010.* Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNAIDS. (2014). *The Gap Report 2014 : People Living with HIV Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.*
- UNAIDS. (2018). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2017.* Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- Van Huy N, Lee HY, Nam YS, Van Tien N, Huong TT, Hoat LN. (2006). *Secular trends in HIV knowledge and attitudes among Vietnamese women based on the Multiple Indicator Cluster Surveys.*
- Weiss. (1970). *HIV and AIDS in relation to other pandemics.* EMBO Rep. 4:S10-S14.

บทความวิจัย

ผลของการรับประทานแร่ธาตุสังกะสีต่อระดับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน Total testosterone และฮอร์โมน Estradiol ในคนอ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม.2

The Effects of Oral Zinc on The Level Changes of Total Testosterone and Estradiol among Fat Male who Having Body Mass Index more than 30 kg/m²

สุธาสินี วุฑฒกนก*

Suthasinee Vudtakanok*

Received: August 20, 2020

Revised: August 30, 2020

Accepted: December 25, 2020

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ Chelated Zinc ในการเปลี่ยนแปลงระดับ Total Testosterone, Estradiol (Estradiol / Total Testosterone Ratio) และประสิทธิภาพของการใช้ Chelated Zinc

วิธีการดำเนินวิจัย : การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองทางคลินิกชนิดไปข้างหน้าแบบสุ่ม โดยมีการปิดบังผู้เกี่ยวข้องทั้งสองฝ่ายและมีกลุ่มควบคุม ในทหารของกองพันทหารปืนใหญ่ต่อสู้อากาศยานที่ 5 กรมทหารปืนใหญ่ต่อสู้อากาศยานที่ 1 (ปตอ.1 พัน.5) อายุมากกว่า 40 ปี และค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม.2 จำนวน 25 นาย โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษาและทดลอง 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับ Chelated Zinc 15 mg/tablet ทาน 4 เม็ดเช้า

ผลการวิจัย : กลุ่มทดลองมีอายุในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 58.3) รองลงมาคืออายุในช่วง 40-49 ปี (ร้อยละ 25.0) มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเก๊าท์ และมีเพียงร้อยละ 33.3 คนในครอบครัวมีประวัติโรคประจำตัว ใช้ยาลดความดันโลหิตสูง ยาลดกรดยूरิค ในส่วนของกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 50-59 ปี เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง รองลงมาคืออายุในช่วง 40-49 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และมีเพียงร้อยละ 8.3 ที่มีประวัติการใช้ยา และการใช้ Chelated Zinc สามารถลดค่าดัชนีมวลกายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

สรุป : ผลการศึกษานี้จะเป็นทางเลือกในการป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ชายที่มีความเสี่ยง (มีอายุมากกว่า 40ปีและอยู่ในภาวะอ้วน) เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดปริมาณการให้ Chelated Zinc ในแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม และลดความเสี่ยง

คำสำคัญ : ผล, แร่ธาตุสังกะสี, ระดับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน Total testosterone, ฮอร์โมน Estradiol, คนอ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม.2

* Corresponding autho รววิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต E-mail: gift_tfig52@hotmail.com

Abstract

Objective: To examine the effect of Chelated Zinc on the changes in Total Testosterone, Estradiol (Estradiol / Total Testosterone Ratio).

Methods: This was a experimental, prospective, randomize, double blinded, placebo-controlled among 45 soldiers of 5th Antiaircraft Artillery Battalion, 1st Antiaircraft Artillery Regiment who were more than 40 years old and had BMI more than 30 kg/m². This research spent 12 weeks. This experimental group obtained Chelated Zinc 15 mg/tablet, and they ate 4 tablets every morning.

Results: The experimental results showed that most of experimental group were 50-59 years old (58.3%), followed by those aged 40-49 years old (25.0%). They had underlying diseases, such as hypertension (66.7%), followed by gout (33.3%). There were 33.3% of experimental group who had people in their families had underlying diseases and the drug use history. Most of them took medicines for the hypertension treatment and uricosuric drugs (40.0%). Most of the control group were 50-59 years old. They were as same as the experimental group (58.3%), next, they were 40-49 years old (41.1%). Most of them hadn't any underlying diseases (66.7%) and 8.3% of them took medicines and Chelated Zinc which had the effect to BMI with the statistical significance ($P < 0.001$).

Conclusion: The findings would be beneficial as another way to protect and decrease the risk of cardiovascular disease among men who in the risk (over 40 years old and fat). For the next experiment, the researcher would study the relative factors and the side effects of Chelated Zinc taking in people who were in the risk of cardiovascular disease for being the information about the quantity defining of the Chelated Zinc taking of each individual suitably and the risk would be decreased.

Keywords : Effect, Zinc, Change in Total testosterone, Estradiol hormones, fat people with BMI more than 30 kg/m²

บทนำ

ปัญหาทางสุขภาพของประชากรไทยในรอบหลายปีที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล สภาพสิ่งแวดล้อม มลภาวะต่างๆ รวมถึงพันธุกรรม สิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งสิ้น ซึ่งส่งผลทำให้เกิดโรคในร่างกายของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัญหาของโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทยมาโดยตลอด จากผลสำรวจพบว่าสาเหตุของการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ชาย โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 รองจากโรคหลอดเลือดสมองและอุบัติเหตุทางท้องถนน และในกลุ่มเพศหญิง โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้น จะเห็นได้ว่าไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเพศใดก็ตาม โรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิต

ของประชากรไทยในสามอันดับแรก และยังคงมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ รายงานทางระบาดวิทยา พบว่า วิกฤตโรคเรื้อรังของโลก เกิดจาก 4 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่กลุ่มโรคหัวใจ และหลอดเลือด กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคเบาหวาน และกลุ่มโรคปอดเรื้อรัง โดยทั้ง 4 กลุ่มโรคเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกถึงร้อยละ 85 ในขณะที่ข้อมูลของประเทศไทย พบข้อมูลไปในทิศทางเดียวกัน โดยใน ปีพ.ศ. 2552 กลุ่มโรคทั้ง 4 รวมกันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 56.6 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประชากรไทย พบว่า 4 กลุ่มโรคเหล่านี้มีสาเหตุจากปัจจัยต้นทางร่วมกัน คือ 4 พฤติกรรม ได้แก่การสูบบุหรี่การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (กรมควบคุมโรค, 2560)

การศึกษาหลายฉบับพบว่า ระดับ Testosterone มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงการเกิดกลุ่มโรคหัวใจ และหลอดเลือด (ทฤษฎีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วน Estradiol / Testosterone มีความสัมพันธ์การเพิ่มความเสียหายของโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มเพศชาย) โดยระดับ Testosterone ที่ลดลง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น และมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคอีกด้วย และมีอีกหลายการศึกษาที่พบว่า ฮอโมนเพศชาย Testosterone ที่ลดลงเรื่อยๆตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นจนทำให้เกิดภาวะบกพร่องของฮอโมนเพศชาย (Androgen Deficiency) ซึ่งในปัจจุบันนิยมเรียกว่า Testosterone Deficiency [TD] มักจะเริ่มต้นตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป จะมีอาการทางระบบประสาทและจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ หงุดหงิด ซึมเศร้า หลงลืมง่าย ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง รวมถึงปัญหาในระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ มีผลให้อวัยวะเพศมีขนาดเล็กลง ต่อมลูกหมากโตขึ้นและสมรรถภาพทางเพศถดถอย (Drug Safety and Availability, 2014 and Kuehn BM, 2014 and General Public, Healthcare Professionals, Hospitals, 2014) อีกทั้งภาวะบกพร่องของฮอโมนเพศชาย (TD) ยังส่งผลให้เกิดปัญหาต่อส่วนอื่นๆของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อตามร่างกายลีบเล็กลงทำให้กำลังวังชาเสื่อมถอย ปวดเมื่อยตามตัว ผิวหนังแห้งคัน ขี้าง่าย นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของร่างกายโดยไขมันซึ่งส่วนใหญ่จะรวมตัวอยู่ที่หน้าท้อง หรือที่เรียกกันว่า “อ้วนลงพุง” และทำให้เกิดโรคอ้วน (หะทัย เทพพิสัย, 2552)

Aromatase หรือ Estrogen Synthetase มีบทบาทสำคัญในการสร้าง Estrogen ในเพศชาย ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว Testis จะสร้าง Estradiol 15% และ Estrone < 5% และส่วนที่เหลือจะสร้างขึ้นจากต่อมอื่นๆ ผ่านการ Aromatization of Testosterone และ Adrenal Estrogen ซึ่งโดยปกติแล้ว Aromatase จะพบได้ในรก รังไข่ อัณฑะ สมอง Skin Fibroblast, Adipocyte, Normal Breast Stromal Cells และ Fetus Tissue แต่ในหมู่คนที่มีความอ้วนหรือในหมู่คนที่มีความสูงมากขึ้น จะมีการทำงานของ Aromatase เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ Testosterone และ Androstenedione เปลี่ยนเป็น Estradiol และ Estrone เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน (Marie Juul Ornstrup, 2015) ทั้งนี้จากการศึกษาจากวิจัยหลายฉบับบ่งชี้ว่า การขาดแร่ธาตุสังกะสี (Zinc) ทำให้ร่างกายของมนุษย์สร้าง Testosterone ได้น้อยลง และยังทำให้มี Testosterone Conversion เพิ่มขึ้น (K Koehler, 2007) ทำให้ผู้ชายสร้างฮอโมนสำคัญของเพศหญิงมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในหมู่ชาย

จากความสำคัญของปัญหาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่กล่าวมาข้างต้นนั้น การศึกษานี้เพื่อศึกษาผลของการใช้ Chelated Zinc ในการเปลี่ยนแปลงระดับ Total Testosterone, Estradiol (Estradiol/ Total Testosterone Ratio) และผลของการใช้ Chelated Zinc ในการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกาย (Body Mass

Index หรือ BMI) ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นตัวกำหนดให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในเพศชาย ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นทางเลือกใหม่ในการป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดควบคู่กับวิธีอื่นๆที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบัน

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยเชิงทดลองทางคลินิกชนิดไปข้างหน้า แบบสุ่ม โดยมีการปิดบังผู้เกี่ยวข้องทั้ง สองข้าง และมีกลุ่มควบคุม (Experimental, prospective, randomized, double-blinded, placebo-controlled study) ในอาสาสมัครทหารเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปและมีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 kg/m² จำนวน 25 คน ของกรมทหารปืนใหญ่ต่อสู้อากาศยานที่ 1 กองพันทหารปืนใหญ่ต่อสู้อากาศยานที่ 5

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต เลขที่ COA 019/62 วันที่ 25 เมษายน 2562 โดยผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ - นามสกุล ของตัวอย่างวิจัยและผู้ให้ข้อมูล

อุปกรณ์ที่ใช้ในงานวิจัย

1. แร่ธาตุสังกะสี Chelated zinc ยี่ห้อ Blackmore Bio Zinc ซึ่งให้ elemental zinc 15 mg/tablet โดยทาน 4 เม็ดเช้า เพื่อป้องกันอาสาสมัครล้ม หรือไม่กิน เนื่องจากในระดับแร่ธาตุสังกะสีในระดับนี้ยังไม่พบอาการที่ไม่พึงประสงค์จากภาวะแร่ธาตุสังกะสีเกินขนาดในกระแสเลือด

2. ยาหลอก (placebo)

3. เครื่องชั่งน้ำหนัก

4. ที่วัดส่วนสูง

5. กล้องถ่ายรูปดิจิตอล (digital camera)

6. ใบกรอกประวัติส่วนตัว

7. ใบยินยอมเข้ารับการรักษาและเข้าร่วมโครงการ

8. ใบประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัคร

9. แบบสอบถามของ St Louis university ADAM ฉบับแปลภาษาไทย (Sensitivity 88% Specificity 60%) โดยอาสาสมัครจะได้รับ

1) แร่ธาตุสังกะสี ในรูปของ chelated zinc ยี่ห้อ Blackmore Bio Zinc ซึ่งแตกตัวให้ elemental zinc 15 มิลลิกรัม จำนวน 4 เม็ดต่อวัน โดยทาน 4 เม็ดเช้า เพื่อป้องกันอาสาสมัครล้ม หรือไม่กิน เป็นระยะเวลาทั้งสิ้นระยะเวลา 12 สัปดาห์ (กลุ่มทดลอง)

2) ยาหลอก (placebo) สี ขนาดและจำนวนเท่ากับแร่ธาตุสังกะสี ต่อระยะเวลา 12 สัปดาห์ (กลุ่มควบคุม)

อาสาสมัครจะได้รับแร่ธาตุสังกะสีและยาหลอกที่ใช้ในการทำวิจัย ในวันแรกที่เริ่มต้นทำการวิจัย (baseline, วันที่ 1), สัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ของการนัดติดตาม การประเมินความสม่ำเสมอในการใช้ยาของอาสาสมัครจะถูกตรวจสอบโดยให้อาสาสมัครนำขวดที่บรรจุยามาด้วย ทุกครั้ง และบันทึกผล

อาสาสมัครจะได้รับการตรวจติดตาม ในครั้งแรกของการเริ่มเข้าโครงการวิจัย (baseline, วันที่ 1) ในสัปดาห์ที่ 4 (วันที่ 28+/- 3 วัน) สัปดาห์ที่ 8 (วันที่ 56+/-3 วัน) สัปดาห์ที่ 12 (วันที่ 72+/-3 วัน) เพื่อประเมินผลในการรักษา หลังจากได้รับแร่ธาตุสังกะสี รวมถึงผลข้างเคียง และความพึงพอใจของการรับประทานแร่ธาตุสังกะสี

วิเคราะห์ปริมาณฮอร์โมน testosterone และฮอร์โมน estradiol ที่เปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการรักษาแต่ละช่วงเวลาโดยใช้ Pair T-Test สำหรับการเปรียบเทียบข้อมูลต่อเนื่อง ที่เป็นลักษณะ 2 กลุ่มและวัดซ้ำ ระหว่างค่าเฉลี่ย ของปริมาณฮอร์โมน testosterone และฮอร์โมน estradiol ที่เปลี่ยนแปลง (The different of the mean value) ระหว่างกลุ่มที่ใช้ Chelated Zinc และกลุ่มยาหลอก ที่ baseline เทียบกับเริ่มต้น และสัปดาห์ที่ 12 ตามลำดับ (ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปริมาณฮอร์โมน testosterone และฮอร์โมน estradiol ที่เปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบระหว่างการรับประทานแร่ธาตุสังกะสีกับยาหลอก) กำหนดค่า P-Value ≤ 0.05 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (statistical significant)

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 58.3) รองลงมาคืออายุในช่วง 40-49 ปี (ร้อยละ 25.0) มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 66.7) รองลงมาโรคเก๊าท์ (ร้อยละ 33.3) มีเพียงร้อยละ 33.3 ที่คนในครอบครัวมีประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา ส่วนใหญ่ใช้ยาลดความดันโลหิตสูง ยาลดกรดยूरิก (ร้อยละ 40.0) ในส่วนของกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 50-59 ปี เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 58.3) รองลงมาคืออายุในช่วง 40-49 ปี (ร้อยละ 41.1) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66.7) มีเพียงร้อยละ 8.3 ที่มีประวัติการใช้ยา

ประวัติการขาดสังกะสี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน โดยพบประวัติการขาดสังกะสีสูงสุด ได้แก่ มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ รับประทานเนื้อสัตว์ หอยนางรม ตับ นม เนย ข้าวกล้อง ธัญพืช น้อย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ Chelated Zinc พบว่า น้ำหนักตัวและดัชนีมวลกาย ก่อน และหลัง ไม่แตกต่างกัน และมีผลการตรวจระดับ Testosterone เพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับ Chelated Zinc โดยพบค่าฮอร์โมน 3.37 (ng/mL) เปลี่ยนเป็น 3.62 (ng/mL) ในขณะที่ผลการตรวจ Estradiol ลดลงจากก่อนการได้รับ Chelated Zinc โดยพบค่าฮอร์โมน 32.35 (pg/mL) เปลี่ยนเป็น 29.27 (pg/mL) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนและหลัง ได้รับ Chelated Zinc

ผลการตรวจ	ค่าเฉลี่ย (ก่อน)	ค่าเฉลี่ย (หลัง)
	Mean \pm SD	Mean \pm SD
Body weight (kg)	92.50 \pm 13.86	91.50 \pm 11.79
BMI (kg/m ²)	26.57 \pm 3.36	26.62 \pm 2.46
Testosterone (ng/mL)	3.37 \pm 2.07	3.62 \pm 2.36
Estradiol (pg/mL)	32.35 \pm 10.67	29.27 \pm 10.21

การเปรียบเทียบภาวะพร่อง Testosterone ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว ในสัปดาห์ที่ 0 ซึ่งเป็นสัปดาห์เริ่มต้นการทดลอง พบกลุ่มทดลองที่มีโรคประจำตัวมีภาวะพร่อง Testosterone ร้อยละ 66.7 เมื่อมีการติดตามในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 พบว่ากลุ่มทดลองที่มีโรคประจำตัวมีภาวะพร่อง Testosterone ลดลง ร้อยละ 50.0 ร้อยละ 33.33 และ ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่าในสัปดาห์ที่ 0 และสัปดาห์ที่ 12 มีภาวะพร่อง Testosterone ไม่แตกต่างกัน โดยพบร้อยละ 50.0 ส่วนในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่ามีภาวะพร่อง Testosterone ลดลง ร้อยละ 25.0 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว ได้ผลลัพธ์การทดสอบที่ไม่แตกต่างกันในด้านภาวะพร่อง Testosterone และกลุ่มทดลองที่รับประทาน chelated zinc ที่มี elemental zinc 60 mg มีการลดลงของภาวะพร่อง Testosterone

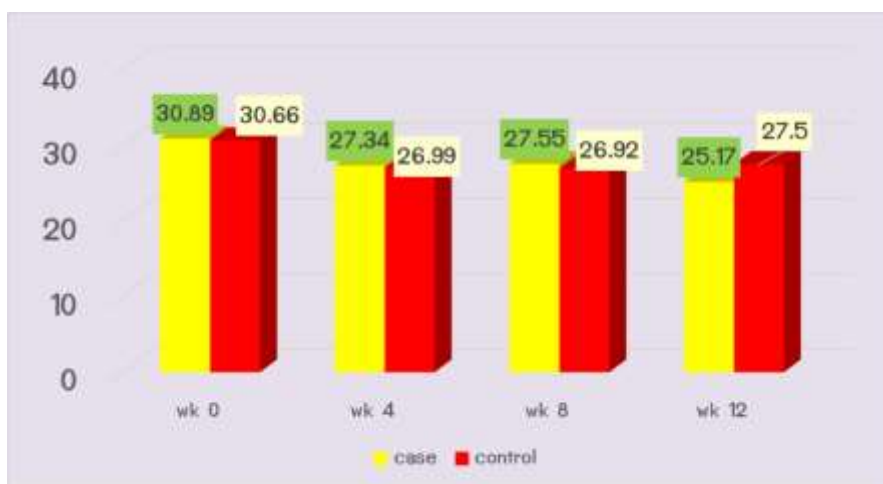
เมื่อพิจารณาอาการและอาการแสดง Androgen Deficiency โดยใช้แบบสอบถาม St Louis University ADAM ก่อนและหลังได้รับ Chelated zinc ซึ่งให้ elemental zinc 15 mg/tablet โดยทาน 4 เม็ดเช้า พบว่าลดลงทุกกลุ่มอาการ โดยเฉพาะ ความแข็งแรง หรือความคงทนของร่างกายลดลง และ อวัยวะเพศแข็งตัวได้ไม่เต็มที่เท่าเดิม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อาการ และอาการแสดง Androgen Deficiency ก่อน และ หลังได้รับ Chelated Zinc/ยาหลอก

อาการ	ก่อน		หลัง	
	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี
1. มีความต้องการทางเพศลดลง	19	5	22	2
2. รู้สึกไม่ค่อยมีแรง	23	1	24	0
3. ความแข็งแรง หรือความคงทนของร่างกายลดลง	19	5	23	1
4. ส่วนสูงของร่างกายลดลง	22	2	24	0
5. มีความสุขเพศสัมพันธ์ในชีวิตลดลง	22	2	24	0
6. เสียใจ หรือหงุดหงิดง่าย	20	4	21	3
7. อวัยวะเพศแข็งตัวได้ไม่เต็มที่เท่าเดิม	16	8	20	4
8. รู้สึกว่าช่วงเร็วๆ นี้ มีความสามารถในการเล่นกีฬาลดลง	18	6	22	2
9. ง่วงหลับ หลังรับประทานอาหารเย็น	19	5	23	1
10. ประสิทธิภาพการทำงานลดลง	21	3	22	2

การใช้ Chelated Zinc ที่ส่งผลให้ระดับ Total Testosterone เพิ่มขึ้นและ Estradiol ในเลือดลดลง ด้วยสถิติ Pair T-Test พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ Chelated zinc ซึ่งให้ elemental zinc 15 mg/tablet โดยทาน 4 เม็ดเช้า พบค่าเฉลี่ยของ Total Testosterone ในเลือดเพิ่มขึ้น ($t=2.553$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.023$) และส่งผลให้ Estradiol ลดลง ($t = 3.446$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.033$)

การใช้ Chelated Zinc ที่ส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกาย ด้วยสถิติ Pair T-Test พบว่าการใช้ Chelated Zinc สามารถลดค่าดัชนีมวลกายได้ โดยดัชนีมวลกายในสัปดาห์ที่ 0 ($t = 53.11$, $df=23$) ดัชนีมวลกายในสัปดาห์ที่ 4 ($t = 39.562$, $df=23$) ดัชนีมวลกายในสัปดาห์ที่ 8 ($t = 38.88$, $df=23$) และดัชนีมวลกายในสัปดาห์ที่ 12 ($t = 46.499$, $df=17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ดังตารางที่ 4-7 จะเห็นได้ว่าการใช้ Chelated Zinc และติดตามค่าดัชนีมวลกายในสัปดาห์ที่ 0, 4, 8 และ 12 มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิ 1 แสดงการเปรียบเทียบการใช้ Chelated Zinc ที่ส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกาย (BMI สัปดาห์ที่ 0, 4, 8 และ 12)

วิจารณ์

ภาวะพร่อง Testosterone พบว่าทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เมื่อมีการติดตามอาการ จะเห็นได้ว่ามีภาวะพร่อง Testosterone ลดลงเรื่อยๆ โดยกลุ่มทดลอง เมื่อติดตามในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 พบร้อยละ 50.0, 33.3 และ 33.3 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม เมื่อติดตามในสัปดาห์ที่ 4, 8 พบร้อยละ 25.0, 25.0 แต่เพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 12 พบร้อยละ 50.0 ตามลำดับ อธิบายได้ว่าการทำงานของเอนไซม์ Aromatase เพิ่มขึ้นในผู้ชายสูงอายุ และผู้ชายที่อ้วนยิ่งทำให้ระดับฮอร์โมน Testosterone ในกระแสเลือดลดลง และมีระดับฮอร์โมน Estradiol ในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น น่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับ Serum total testosterone and free testosterone เป็นผลเลือดที่ใช้ในการยืนยันภาวะ Hypogonadism หรือ Testosterone Deficiency สำหรับ total testosterone ถ้าน้อยกว่า 12.1 nmol/L (เจาะเวลา 07.00 -11.00น. เพราะระดับ testosterone ในกระแสเลือดคงที่ตั้งแต่ 06.00-14.00 น. และจะลดลง 13% ในช่วง 14.00-18.00 น.) แม้ว่าการศึกษานี้ช่วงอายุจะใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาแต่ก็พบภาวะพร่อง Testosterone น้อยกว่า รายงานของ The Massachusetts Male Aging Study (MMAS) ที่พบอุบัติการณ์โดยเฉลี่ยของผู้ป่วยชายที่มี

ภาวะพร่อง Testosterone อยู่ที่ 12.3 คนต่อประชากร 1,000 คนต่อปี ทำให้มีผู้ป่วยใหม่ถึง 481,000 คน ในชายอเมริกันที่มีอายุ 40-69 ปี (Ananda S.prasad,1996) ซึ่งส่งผลให้มีอาการต่างๆ ดังนี้ ความต้องการทางเพศ ลดลง (Marie Juul Ornstrup, 2015) การแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง อารมณ์แปรปรวน เหนื่อยง่าย มีปัญหา การนอนหลับ ความคิดช้า หนาวๆ ร้อนๆ และมวลรวมของกระดูกกล้ามเนื้อลดลง (Punset, K., et al, 2015 and Prasad AS., et al, 1998 and Stefania Frassinetti., 2006) นอกจากนี้พบกลุ่มทดลองเพียงร้อยละ 4.0 ที่มีอาการ ข้างเคียง จากการได้รับ Chelated Zinc โดยมีอาการปวดศีรษะ

เมื่อทดสอบสมมติฐานการใช้ Chelated Zinc ที่ส่งผลให้ระดับ Total Testosterone และ Estradiol ในเลือด ด้วยสถิติ Pair T-Test พบว่าการใช้ Chelated Zinc ส่งผลให้ Total Testosterone ในเลือดเพิ่มขึ้น ($t=9.349$, $df=23$) และส่งผลให้ Estradiol ลดลง ($t=15.420$, $df=23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการให้ฮอร์โมนในกลุ่ม Testosterone ในการช่วยลดภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง (Serum cholesterol) เพิ่มสัดส่วน HDL/LDL (Jerzy K. Wranicz et.al., 2005) และช่วยเพิ่ม Fibrinolytic activity ซึ่งเคยใช้เป็นการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดในยุโรป (J.W.G. Yarnell et. Al.,1993) และ การใช้ Chelated Zinc ที่ส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกาย ด้วยสถิติ Pair T-Test พบว่าการใช้ Chelated Zinc สามารถลด ค่าดัชนีมวลกายได้ โดยดัชนีมวลกายในสัปดาห์ที่ 0 ($t=53.11$, $df=23$) ดัชนีมวลกายในสัปดาห์ที่ 4 ($t=39.562$, $df=23$) ดัชนีมวลกายในสัปดาห์ที่ 8 ($t=38.88$, $df=23$) และดัชนีมวลกายในสัปดาห์ที่ 12 ($t=38.94$, $df=23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) จะเห็นได้ว่าการใช้ Chelated Zinc และติดตาม ค่าดัชนีมวลกายในสัปดาห์ที่ 0,4,8 และ 12 ค่าดัชนีมวลกายจะลดลงเรื่อยๆ สอดคล้องกับการให้แร่ธาตุสังกะสี ที่เป็นส่วนประกอบใน ZMA ช่วยทำให้ระดับฮอร์โมน Testosterone เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) เทียบ กับกลุ่มควบคุม (Debjit Bhowmik, Chiranjib, K.P. Sampath Kumar.,2010) และการให้แร่ธาตุสังกะสีที่เป็นส่วนประกอบใน ZMA ช่วยทำให้ระดับฮอร์โมน Testosterone เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) เทียบกับ กลุ่มควบคุม (L.R. BRILLA AND VICTOR CONTE., 2000) ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นของแร่ธาตุสังกะสี จะทำให้มีการเพิ่มขึ้นของการสร้างฮอร์โมน (Testosterone Stefania Frassinetti., 2006) และการใช้แร่ธาตุสังกะสีเสริมช่วยลดผลการขาดแร่ธาตุสังกะสีในการทำงาน Gonadal function สรุปได้ว่าการขาดแร่ธาตุสังกะสีมีผลให้ฮอร์โมน Testosterone ลดลง ดังนั้นการให้แร่ธาตุสังกะสีเสริมช่วยเพิ่มระดับของฮอร์โมน Testosterone ในผู้ชายที่ขาดแร่ธาตุสังกะสีระดับน้อย ซึ่ง Chelated Zinc ส่งผลให้ Total Testosterone ในเลือดเพิ่มขึ้น และส่งผลให้ Estradiol ลดลงนั้น จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงเป็นทางเลือกในการให้ Zinc แทนการให้ฮอร์โมน

สรุป

ทหารเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปและมีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 kg/m^2 จำนวน 25 คน ของกรมทหารปืนใหญ่ต่อสู้อากาศยานที่ 1 กองพันทหารปืนใหญ่ต่อสู้อากาศยานที่ 5 โดยการให้แร่ธาตุสังกะสี Chelated zinc 15 mg/tablet โดยทาน 4 เม็ดเช้า เพื่อป้องกันออสาสัมครลิม หรือไมเกิน เนื่องจากในระดับแร่ธาตุสังกะสีในระดับนี้ยังไม่พบอาการที่ไม่พึงประสงค์จากภาวะแร่ธาตุสังกะสีเกินขนาดในกระแสเลือด โดย Chelated Zinc ส่งผลให้ Total Testosterone ในเลือดเพิ่มขึ้น และส่งผลให้ Estrogen ลดลง

ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย

1. การศึกษาวิจัยนี้ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่ได้เก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันทั้งหมด ดังนั้นการติดตามระยะเวลาจึงต่างกัน

2. ในการศึกษานี้มีเพียงตัวอย่าง 1 ราย ที่รับประทาน Chelated Zinc แล้วมีอาการปวดศีรษะ ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ทำการตรวจอย่างละเอียดเพื่อเป็นข้อบ่งชี้ว่าเกิดจากการแพ้ Chelated Zinc จริงหรือไม่ เนื่องจาก Chelated Zinc มีผลข้างเคียงน้อยมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยนี้จะเป็นทางเลือกในการป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ชายที่มีความเสี่ยง (มีอายุมากกว่า 40ปีและอยู่ในภาวะอ้วน)

2. ทำการศึกษาในค่ายทหารอื่นๆ เพื่อความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใหญ่ขึ้น และติดตามอาการนานขึ้นเพื่อทราบประสิทธิผล Chelated Zinc อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ชุดรูปแบบบริการในการป้องกัน ควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง สำหรับสถานบริการ*. พิมพ์ครั้งที่ 1 มีนาคม 2560. สำนักพิมพ์กิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

หะทัย เทพพิสัย. (2552). *โรคอ้วนลงพุง*. กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2552.

Ananda S.prasad. (1996). *Discovery of Human Zinc Deficiency: Its Impact on Human Health and Disease*. REVIEWS FROM ASN EB 2012 SYMPOSIA. American Society for Nutrition. Adv. Nutr. 4: 176–190, 2013

Debjit Bhowmik, Chiranjib, K.P. Sampath Kumar. (2010). *A potential medicinal importance of zinc in human health and chronic disease*. Int J Pharm Biomed Sci 2010, 1(1), 05-11.

Drug Safety and Availability. (2014). *FDA evaluating risk of stroke, heart attack and death with FDA-approved testosterone products*. เข้าถึงเมื่อ ธันวาคม 22, 2061, จาก <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm383904.htm>;

General Public, Healthcare Professionals, Hospitals. (2014). *Information Update – Possible cardiovascular problems associated with testosterone products*. เข้าถึงเมื่อ มกราคม 10, 2561, สืบค้นจาก <http://healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2014/40587a-eng.php>.

Jerzy K. Wranicz et.al. (2005). *The relationship between sex hormones and lipid profile in men with coronary artery disease*. International journal cardiology. Volume 101, Issue 1, Pages 105–110.

J.W.G. Yarnell et. Al. (1993). *Employment Status and Risk Factors for Ischaemic Heart Disease: The Caerphilly Study*. Journal of the Royal Statistical Society Series D 39(4):385.

- K Koehler. (2007). *Antigen-specific human antibodies from mice comprising four distinct genetic modifications*. Nature International journal of science. April 2007, 856-859.
- Kuehn BM. (2014). *Cardiovascular risks of testosterone*. JAMA 2014; 311 (12):1192.
doi:10.1001/jama.2014.2602.
- L.R. BRILLA AND VICTOR CONTE. (2000). *Effects of a Novel Zinc-Magnesium Formulation on Hormones and Strength*. JEPonline, 3(4): 26-36, 2000.
- Marie Juul Ornstrup. (2015). *Low testosterone as a better predictor of mortality than sarcopenia in men with advanced liver disease*. Journal of Gastroenterology and Hepatology. Volume 31 Issue 3, September 2015.(1999) 6, 315-324.
- Prasad AS, Abbasi AA, Rabbani P, DuMouchelle E. (1981). *Effect of zinc supplementation on serum testosterone level in adult male sickle cell anemia subjects*. Am J Hematol. 1981;10(2): 119-27.
- Punset, K., Klinthuesin, S., Kingkaew, A., & Wongmeneeroj, W. (2015). *Cardiovascular risk among staff working at the central of Ministry of public health using risk assessment of Rama-EGAT heart score*. Nursing Journal of The Ministry of Public Health, 27(2), 57-70.
- Stefania Frassinetti. (2006). *The Role of Zinc in Life: A Review*. Journal of Environmental Pathology, Toxicology and Oncology. Volume 25, 2006 Issue 3.

บทความวิจัย

สมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

Competencies of Innovation Leader of Head Nurses in Tertiary Hospitals

Using the Delphi Technique

รดาธร สอนเต็ม* เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย** นฤมล ปทุมารักษ์***

Radathorn Sorntem* Phechnoy Singchungchai** Narumon Pathumarak***

Received: September 14, 2020

Revised: September 15, 2020

Accepted: December 14, 2020

บทคัดย่อ

วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านบริหารและด้านนวัตกรรม จำนวน 19 คน เลือกตัวอย่างด้วยการบอกต่อ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามแบบปลายเปิด และแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 รอบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ได้จากฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 4.00 - 5.00 และมีค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์เท่ากับ 0.00 สมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยประกอบด้วยสมรรถนะหลัก 10 ด้าน และสมรรถนะย่อย 58 ด้าน ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการเรียนรู้ (สมรรถนะย่อย 8 ด้าน) 2) สมรรถนะด้านความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ (สมรรถนะย่อย 5 ด้าน) 3) สมรรถนะด้านการสร้างพลังและแรงจูงใจ (สมรรถนะย่อย 4 ด้าน) 4) สมรรถนะด้านการสร้างความมุ่งมั่นและความเป็นเจ้าของ (สมรรถนะย่อย 7 ด้าน) 5) สมรรถนะด้านการมีวิสัยทัศน์และพันธกิจด้านนวัตกรรม (สมรรถนะย่อย 5 ด้าน) 6) สมรรถนะด้านการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ และมีความฉลาดทางอารมณ์ (สมรรถนะย่อย 4 ด้าน) 7) สมรรถนะด้านการนำกลุ่มและทีมนวัตกรรม (สมรรถนะย่อย 7 ด้าน) 8) สมรรถนะด้านความเข้าใจแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม (สมรรถนะย่อย 6 ด้าน) 9) สมรรถนะด้านบทบาทการกำหนดนโยบายด้านนวัตกรรม (สมรรถนะย่อย 6 ด้าน) และ 10) สมรรถนะด้านการจัดการและมอบหมายงาน (สมรรถนะย่อย 6 ด้าน)

จากผลการวิจัยนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้สมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมเป็นแนวทางในการพัฒนาและเตรียมหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ นอกจากนี้ยังนำผลวิจัยไปใช้ในการสร้างเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้

คำสำคัญ : สมรรถนะ, นวัตกรรม, ผู้นำ, หัวหน้าหอผู้ป่วย, เดลฟาย

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** Corresponding author ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน E-mail : phechnoys@christian.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

The objective of this descriptive research was to identify competencies of innovation leader of head nurses in tertiary hospitals using the Delphi method. The sample consisted of 19 experts who were professional nurses with experiences in nursing administration and innovation. Snowball sampling technique was used to recruit the participants. Three rounds of questionnaires provided two sections : open-ended and 5-point rating scale. The data were analyzed by median and interquartile range.

The study found that competencies of innovation leader achieved consensus among experts with median between 4.00-5.00 and the interquartile range was 0.00. These competencies consisted of 10 core competencies and 58 sub-competencies. They were: 1) Learning skills (8 sub-competencies), 2) Creativity and imagination (5 sub-competencies), 3) Energy and motivation (4 sub-competencies), 4) Commitment and sense of belonging (7 sub-competencies), 5) Vision and missions for innovation (5 sub-competencies), 6) Communication, relationship and emotional intelligence (4 sub-competencies), 7) Group and team leading (7 sub-competencies), 8) Understanding of environmental changes (6 sub-competencies), 9) Innovation policy forming (6 sub-competencies), and (10) Management and delegation (6 sub-competencies).

The study indicates that nurse administrators can use these competencies as a guideline for developing an innovation leader program to prepare head nurses in tertiary hospitals. Developing an assessment tool for competencies of innovation leader is also suggested by this result.

Keywords : Competencies, Innovation, Leader, Head Nurses, Delphi

บทนำ

ปัจจุบันเป็นยุคการเปลี่ยนแปลง ยุคแห่งการแข่งขันและความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี ระบบบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัต องค์การอนามัยโลกได้กำหนดทิศทางยุทธศาสตร์ เพื่อให้มีการพัฒนาทักษะส่งเสริมเทคโนโลยีที่เป็นนวัตกรรม การใช้สมรรถนะพัฒนาวิชาชีพ กระตุ้นให้ผู้บริหารมีการพัฒนาสิ่งใหม่เพื่อพัฒนาบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (WHO, 2016) ดังนั้นในระบบบริการสุขภาพสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมทางการแพทย์จึงมีความสำคัญ เพราะผู้นำด้านนวัตกรรมเป็นผู้สนับสนุนที่บุคลากรให้มีความคิดสร้างสรรค์นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมในองค์การพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และเพื่อพัฒนาองค์การวิชาชีพพยาบาลให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2562) ผู้นำทางการแพทย์ที่มีสมรรถนะ สามารถปฏิบัติงานได้ดีจะช่วยให้องค์การพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขัน และบรรลุเป้าหมาย องค์การส่วนใหญ่ที่ประสบผลสำเร็จทางด้านนวัตกรรมจะให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ของบุคลากร (จุฑารัตน์ บันดาลสิน, 2557) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถในการรักษาโรคต่างๆ ที่มีความซับซ้อน มีความทันสมัย ด้านอุปกรณ์ในการตรวจวินิจฉัยและการรักษา มีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางซึ่งมีการใช้เทคโนโลยี

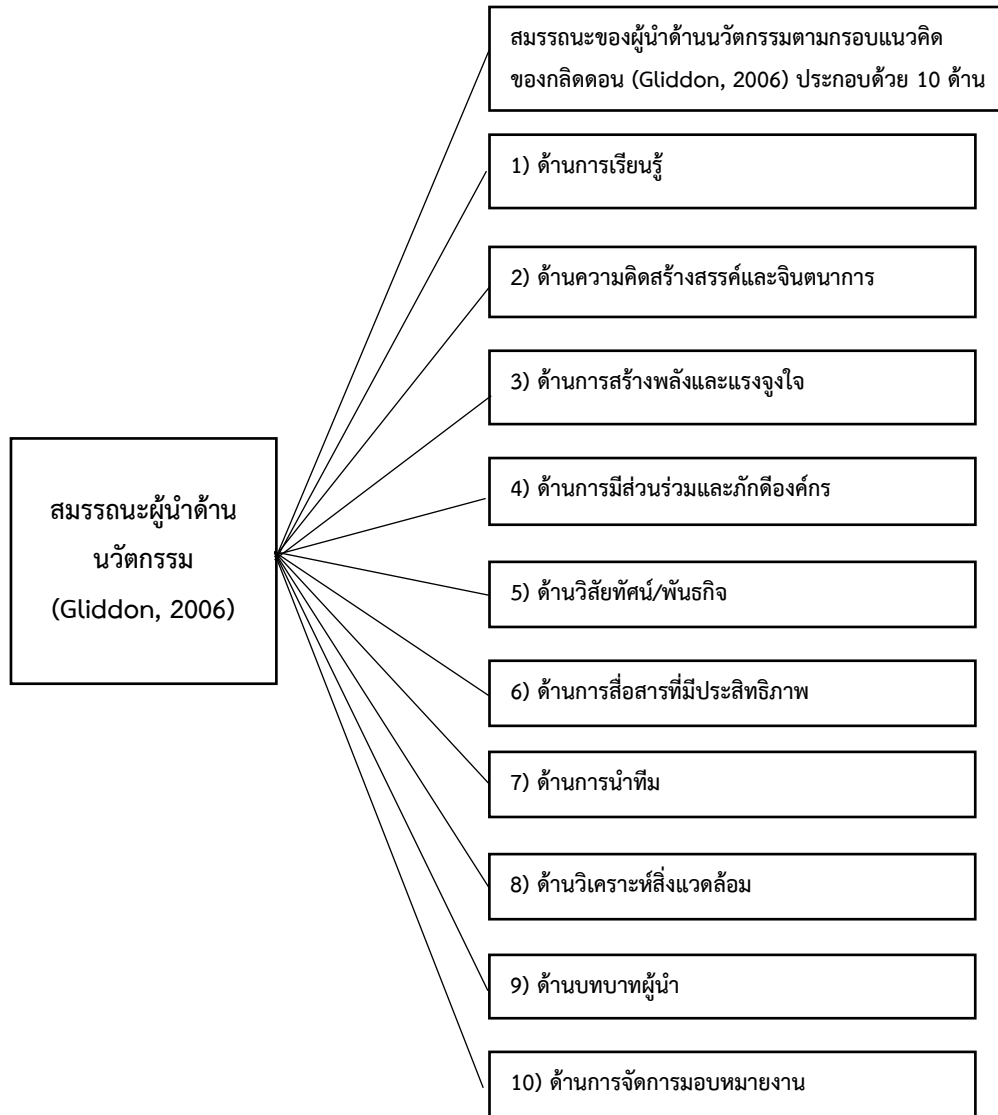
ที่ทันสมัย (สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ผู้บริหารจึงต้องมีการพัฒนาสิ่งใหม่ หรือบริการสุขภาพใหม่ๆ ที่เป็นความคิดสร้างสรรค์ (Adair, 2009) ผลการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในองค์กรจะเพิ่มความรวดเร็วและพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น ลดขั้นตอนเพื่อการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ ก่อให้เกิดความคุ้มค่า คุ้มทุนในการบริการพยาบาลอันส่งผลให้การพัฒนาระบบสุขภาพมีความเข้มแข็งมากขึ้น (จุฑารัตน์ บันดาลสิน, 2557)

หัวหน้าหอผู้ป่วยในฐานะผู้บริหารระดับต้น เป็นส่วนหนึ่งขององค์การพยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะของผู้บังคับบัญชาด้านนวัตกรรมเพิ่มขึ้น เพื่อจัดการกับปัญหาซับซ้อน และการเปลี่ยนแปลง หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีแนวคิดใหม่ๆ ทำให้พัฒนาคุณภาพการพยาบาล และพบว่าปัจจุบันพยาบาลใช้นวัตกรรมเพื่อการดูแลทางสุขภาพและการบริหารมากขึ้น หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีสมรรถนะในด้านนวัตกรรม จากการศึกษาของกลิดดอน (Gliddon, 2006) ได้ศึกษาสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมในหน่วยงานธุรกิจไว้ 10 ด้าน ได้แก่ (1) สมรรถนะด้านการเรียนรู้ (2) สมรรถนะด้านความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ (3) สมรรถนะด้านการสร้างแรงจูงใจ (4) สมรรถนะด้านการมีส่วนร่วมและภาคีองค์กร (5) สมรรถนะด้านวิสัยทัศน์/พันธกิจ (6) สมรรถนะด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (7) สมรรถนะด้านการนำทีม (8) สมรรถนะด้านวิเคราะห์สิ่งแวดล้อม (9) สมรรถนะด้านบทบาทผู้นำ และ (10) สมรรถนะด้านการจัดการมอบหมายงาน สำหรับประเทศไทยสภาการพยาบาลได้มีข้อกำหนดสำหรับผู้บริหารเพียงเรื่องสมรรถนะของผู้บริหารทั่วไป ยังไม่มีการระบุสมรรถนะด้านผู้นำนวัตกรรม (สภาพยาบาล, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่พบการศึกษาสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบเพียงแต่ งานวิจัยที่ศึกษาถึงคุณลักษณะภาวะผู้นำนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย (แพรวา พานทอง, 2559) และภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นการศึกษาเพียงองค์ประกอบของผู้นำทางการพยาบาล (ทินกร บัวชู, 2560) ที่ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ จึงเห็นได้ว่าการศึกษาด้านนี้ยังมีการศึกษาน้อย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยในภาคธุรกิจ และพบว่าในการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ศึกษาในกลุ่มที่ระบุเกี่ยวกับสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมอย่างชัดเจน ด้วยเหตุดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในประเด็นของ สมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่ ยังไม่มีใครทำ จึงใช้วิธีเทคนิคเดลฟายเพื่อสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านบริหาร และด้านนวัตกรรม วัตถุประสงค์การวิจัยนี้เพื่อได้รู้สมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรม และพัฒนาเป็นเครื่องมือในการจัดเป็นแนวทางพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารระดับต้น เพื่อให้องค์กรมีการเปลี่ยนแปลงให้ทันสมัยตลอดเวลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้นำตัวแบบสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมตามแนวคิดการทบทวนของ กลิดดอน (Gliddon, 2006) ซึ่งกำหนดสมรรถนะของผู้นำด้านนวัตกรรมไว้ 10 ด้าน ประกอบด้วย (1) สมรรถนะด้านการเรียนรู้ (2) สมรรถนะด้านความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ (3) สมรรถนะด้านการสร้างแรงจูงใจ (4) สมรรถนะด้านการมีส่วนร่วมและภาคีองค์กร (5) สมรรถนะด้านวิสัยทัศน์/พันธกิจ (6) สมรรถนะด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (7) สมรรถนะด้านการนำทีม (8) สมรรถนะด้านวิเคราะห์สิ่งแวดล้อม (9) สมรรถนะด้านบทบาทผู้นำ และ (10) สมรรถนะด้านการจัดการมอบหมายงาน สมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรม

10 ด้านนำมากำหนดเป็นกรอบสมรรถนะเบื้องต้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสอบถามหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านผู้นำนวัตกรรมการพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้กำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังแผนภาพที่ 1.1



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ผู้ให้ข้อมูล คือพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ด้านบริหารและมีประสบการณ์ด้านนวัตกรรม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามคุณสมบัติและใช้วิธีการบอกต่อ (snow ball sampling) จำนวน 19 คน ตามเกณฑ์

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Macmillan (1971) พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนตั้งแต่ 17 คนขึ้นไปจะมีระดับความคาดเคลื่อนลดลงอย่างคงที่ และมีความคาดเคลื่อนน้อยมากเท่ากับ 0.02

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบ และแบบสอบถามสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สำหรับรอบที่ 1 ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Gliddon (2006) สร้างเป็นข้อคำถามปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สำหรับรอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวนสมรรถนะหลัก 10 ด้าน สมรรถนะย่อย 64 ด้าน โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาระดับความสำคัญหรือความเป็นไปได้เกี่ยวกับประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สำหรับรอบที่ 3 เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวนสมรรถนะหลัก 10 ด้าน สมรรถนะย่อย 58 ด้าน ที่มีค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้เปรียบเทียบความเหมือนและความต่างระหว่างคำตอบของตนเองและของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวม ประกอบการพิจารณาเพื่อตัดสินใจยืนยัน หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนเอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น. 10/2562 รับรองวันที่ 31 มีนาคม 2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจำนวน 3 รอบ โดยทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail)

รอบที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำการส่งแบบสอบถามแบบเลือกตอบและแบบคำถามปลายเปิดให้แก่ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 19 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 19 ฉบับ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 14 วัน

รอบที่ 2 เป็นการให้ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญของสมรรถนะแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 11 วัน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 19 ฉบับ

รอบที่ 3 เป็นการให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมพิจารณาคำตอบของตนเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญก่อนยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 11 วัน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 19 ฉบับ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 36 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 รอบ โดยในรอบที่ 1 เป็นการเขียนตอบแบบสอบถามปลายเปิด รอบที่ 2 และรอบที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลแต่ละรอบ ดังนี้

1. ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สำหรับรอบที่ 1 นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหา เปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดที่บูรณาการมาจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาแล้วจัดทำเป็นแบบสอบถาม โดยผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา

2. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าสถิติ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนรอบที่ 2 และ 3 วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติค่ามัธยฐาน (Median: Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) เพื่อแสดงตำแหน่งคำตอบในภาพรวมของผู้เชี่ยวชาญในการสรุปความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มีข้อรายการที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด และข้อรายการที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 - 4.49 แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 แสดงว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และพบว่ามีกาเปลี่ยนแปลงข้อมูลร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Linstone and Turoff, 1975 อ้างใน ทินกร บัวชู, 2560)

ผลการวิจัย

สมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยครั้งนี้มีสมรรถนะทั้งหมด 10 สมรรถนะโดยแต่ละสมรรถนะประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 58 ด้าน โดยพบว่าสมรรถนะย่อย จำนวน 37 ด้าน มีความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด และมีสมรรถนะย่อยจำนวน 21 ด้าน ที่มีความสำคัญอยู่ในระดับมาก ดังนี้

ตารางที่ 1 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านการเรียนรู้

สมรรถนะด้านการเรียนรู้ (8 ข้อ)	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ	Md	IR	ระดับ
1.4 สามารถเรียนรู้การดิงศักยภาพของสมาชิกในหอผู้ป่วยด้านการสร้างนวัตกรรมทางสุขภาพและการบริหาร	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก
1.5 สามารถเรียนรู้การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้พัฒนานวัตกรรมในระบบงานและกระบวนการบริหารในด้านการพยาบาล	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด

ตารางที่ 1 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านการเรียนรู้ (ต่อ)

สมรรถนะด้านการเรียนรู้ (8 ข้อ)	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ	Md	IR	ระดับ
1.6 สามารถเรียนรู้เป็นผู้นำในการดำเนินการวิจัยด้านนวัตกรรม	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก
1.7 สามารถเรียนรู้โดยใช้ปัญหาหน้างานมาประเมินความเสี่ยงและนำมาแก้ไขให้เกิดสิ่งใหม่ในด้านบวก	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
1.8 สามารถเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานด้านนวัตกรรมเพื่อสู่ความเป็นระดับชาติหรือนานาชาติ	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ

สมรรถนะด้านความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ (5 ข้อ)	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ	Md	IR	ระดับ
2.1 ทักษะการกระตุ้นให้สมาชิกสร้างผลงานด้านนวัตกรรมและนำมาใช้ประโยชน์ในระบบงานได้จริงทางสุขภาพ	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
2.2 สามารถมีอิทธิพลโน้มน้าว จูงใจให้สมาชิกในหอผู้ป่วยสร้างจินตนาการในการพัฒนางานให้เกิดสิ่งใหม่	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
2.3 สามารถมองเห็นงานประจำที่เป็นงานสร้างสรรค์เครื่องมือบริหารสำหรับการจัดการในหอผู้ป่วยใหม่ๆ	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
2.4 ทักษะพัฒนานวัตกรรมในหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก
2.5 สามารถค้นหาความคิดสร้างสรรค์ที่แตกต่างและแลกเปลี่ยนการพัฒนานวัตกรรมในหอผู้ป่วย	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านการสร้างพลังและแรงจูงใจ

สมรรถนะด้านการสร้างพลังและแรงจูงใจ (4 ข้อ)	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ	Md	IR	ระดับ
3.1 ทักษะการพูดเพื่อสร้างแรงจูงใจให้มีทัศนคติเชิงบวกด้านนวัตกรรม	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก
3.2 ทักษะในการเสริมพลังบวกเพื่อให้สมาชิกสนุกกับการทำงานใหม่ๆ	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
3.3 ทักษะในการโน้มน้าวสมาชิกให้มีความกระตือรือร้นในการสร้างและพัฒนานวัตกรรมในหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
3.4 ทักษะการสร้างแรงบันดาลใจให้ขับเคลื่อนการพัฒนานวัตกรรมในหอผู้ป่วย	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านการสร้างความมุ่งมั่นและความเป็นเจ้าของ

สมรรถนะการสร้างความมุ่งมั่นและความเป็นเจ้าของ (7 ข้อ)	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ	Md	IR	ระดับ
4.1 สามารถในการสร้างความมุ่งมั่นเพื่อพัฒนานวัตกรรมอย่างเป็นแบบอย่างในหอผู้ป่วย	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก
4.2 สามารถอุทิศตนเพื่อสร้างนวัตกรรมอย่างมีความรับผิดชอบในหอผู้ป่วย	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก
4.3 มุ่งมั่นในการมีส่วนร่วมการกำหนดแผนสร้างนวัตกรรมในหอผู้ป่วย	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก
4.4 มุ่งมั่นในการสนับสนุนและอำนวยความสะดวกเพื่อส่งเสริมความ	5	1	มากที่สุด	5	0.00	มากที่สุด
4.5 มุ่งมั่นในการโน้มน้าวให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในการสร้างนวัตกรรมในหอผู้ป่วย	4	1	มาก	4	0.00	มาก
4.6 เป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างความมุ่งมั่นเสียสละการสร้างนวัตกรรมในหอผู้ป่วย	5	1	มากที่สุด	5	0.00	มากที่สุด
4.7 เคารพในการแสดงออกถึงความเป็นเจ้าของนวัตกรรมของสมาชิกในหอผู้ป่วย	5	1	มากที่สุด	5	0.00	มากที่สุด

ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านการมีวิสัยทัศน์และพันธกิจด้านนวัตกรรม

สมรรถนะด้านการมีวิสัยทัศน์และพันธกิจด้าน นวัตกรรม (5 ข้อ)	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ	Md	IR	ระดับ
5.1 สามารถเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ด้านการพัฒนา นวัตกรรมในหอผู้ป่วย	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
5.2 สามารถกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจด้านนวัตกรรม ของหอผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิก	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
5.3 สามารถในการสื่อสารและถ่ายทอดเพื่อนำวิสัยทัศน์ และพันธกิจที่เป็นการพัฒนาด้านนวัตกรรมสู่บุคลากร และทีมได้อย่างบรรลุเป้าหมาย	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
5.4 สามารถนำวิสัยทัศน์ พันธกิจมาต่อยอดพัฒนา นวัตกรรมใหม่ๆ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ในหอผู้ป่วย	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
5.5 สามารถปรับเปลี่ยนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ที่เป็นการ พัฒนานวัตกรรมให้เป็นปัจจุบันและทันสมัย	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด

ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านการสื่อสาร การสร้างสัมพันธ์ภาพ และมีความฉลาดทางอารมณ์

สมรรถนะด้านการสื่อสาร การสร้างสัมพันธ์ภาพ และมีความฉลาดทางอารมณ์ (4 ข้อ)	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ	Md	IR	ระดับ
6.1 ทักษะการเจรจา การต่อรองระหว่างบุคคล เพื่อให้สมาชิกมีความคิดสร้างสรรค์นวัตกรรม ในหอผู้ป่วย	5.00	0.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
6.2 ทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบวกเพื่อให้ เกิดการพัฒนานวัตกรรมในหอผู้ป่วย	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
6.3 ทักษะการแลกเปลี่ยน การติดต่อประสานงาน ระหว่างสมาชิกและหน่วยงานอื่นๆ ในการพัฒนา นวัตกรรมที่มีประโยชน์ในหอผู้ป่วย	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
6.4 ทักษะการอธิบายและการสื่อสารที่เป็นรูปธรรม ในการสร้างและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพและ การบริหาร	5.00	0.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด

ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านการนำกลุ่มและทีมด้านนวัตกรรม

สมรรถนะด้านการนำกลุ่มและทีม ด้านนวัตกรรม (7 ข้อ)	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ	Md	IR	ระดับ
7.1 คุณลักษณะเป็นผู้นำทีมในการพัฒนานวัตกรรมหรือสร้างสิ่งใหม่ๆ ในหอผู้ป่วย	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
7.2 สามารถในการทำงานเป็นทีมเพื่อพัฒนานวัตกรรมในหอผู้ป่วย	5.00	0.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
7.3 สามารถขึ้นกลุ่มที่เป็นปัญหาหน้างานด้วยการใช้นวัตกรรมในการแก้ไขในหอผู้ป่วย	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
7.4 คุณลักษณะเป็นผู้นำตามสถานการณ์เพื่อพัฒนานวัตกรรมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
7.5 สามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมในการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพและการบริหาร	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
7.6 สามารถจัดการและบริหารทีมนวัตกรรมให้สร้างสรรค์งานตามเป้าหมายของหอผู้ป่วย	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
7.7 เป็นผู้นำที่มีความยืดหยุ่น มีความคิดเชิงบวกในการสร้างนวัตกรรมร่วมกับผู้อื่น	5.00	0.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด

ตารางที่ 8 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านความเข้าใจแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม

สมรรถนะความเข้าใจแนวโน้ม การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม (6 ข้อ)	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ	Md	IR	ระดับ
8.1 สามารถในการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการพัฒนานวัตกรรมให้องค์กรในระดับชาติ	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก
8.2 สามารถสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในหอผู้ป่วยให้เอื้อต่อสมาชิก ในการสร้างนวัตกรรม	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
8.3 ทักษะในการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ รอบรู้ รอบด้านเท่าทันสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการสร้างนวัตกรรมในหอผู้ป่วย	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
8.4 เข้าใจในการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง ปัจจัยภายนอกองค์กรเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนการสร้างนวัตกรรม	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก

ตารางที่ 8 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านความเข้าใจแนวโน้มนการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม (ต่อ)

สมรรถนะความเข้าใจแนวโน้มนการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม (6 ข้อ)	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ	Md	IR	ระดับ
8.5 สามารถสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหอผู้ป่วยและภายนอกหอผู้ป่วยให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก
8.6 สามารถในการวิเคราะห์ทรัพยากรและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าในการสร้างและพัฒนานวัตกรรมในหอผู้ป่วย	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด

ตารางที่ 9 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านบทบาทการกำหนดนโยบายด้านนวัตกรรม

สมรรถนะด้านบทบาทที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายด้านนวัตกรรม (6 ข้อ)	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ	Md	IR	ระดับ
9.1 สามารถในการโน้มน้าวสมาชิกในหอผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก
9.2 สามารถแสดงบทบาทส่งเสริมสมาชิกในทีมมีประสบการณ์ในการสร้างนวัตกรรมเพื่อพัฒนา นวัตกรรมทางสุขภาพและการบริหาร	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
9.3 สามารถในการขับเคลื่อนนโยบายในการแก้ปัญหาในหอผู้ป่วยด้วยการใช้นวัตกรรม	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
9.4 สามารถในการแสดงออกซึ่งอำนาจในการสั่งการให้เกิดการสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก
9.5 สามารถแสดงบทบาทผู้นำอย่างชัดเจนเพื่อนำนโยบายและสร้างนวัตกรรม	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก
9.6 สามารถแสดงบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงเพื่อนำมาซึ่งพฤติกรรมกรรมการสร้างนวัตกรรมให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด

ตารางที่ 10 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้านการจัดการและมอบหมายงาน

สมรรถนะด้านการจัดการ และมอบหมายงาน (6 ข้อ)	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ	Md	IR	ระดับ
10.1 สามารถวางแผนและดำเนินตามกลยุทธ์ในการสร้างนวัตกรรมในหอผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
10.2 สามารถจัดการกำลังคนให้เพียงพอกับการสร้างนวัตกรรมในหอผู้ป่วย	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก
10.3 สามารถมอบหมายงาน ในการพัฒนาสร้างนวัตกรรมให้ตรงกับความสามารถของสมาชิกในหอผู้ป่วย	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
10.4 สามารถนำประโยชน์จากนวัตกรรมทางการแพทย์และการบริหารให้กับองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
10.5 สามารถจัดแผนระยะเวลาให้สมาชิกพัฒนานวัตกรรมลักษณะงานที่พิเศษ	4.00	1.00	มาก	4.00	0.00	มาก
10.6 สามารถจัดการทรัพยากรในการสร้างนวัตกรรมอย่างคุ้มค่า	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า สมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีสมรรถนะหลัก 10 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการเรียนรู้

ด้านการเรียนรู้ พบว่า ฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความสำคัญมากที่สุด 3 ด้าน ได้แก่ 1.1) สามารถแสวงหาการเรียนรู้สิ่งใหม่ด้านนวัตกรรมที่เกี่ยวกับทางสุขภาพ 1.5) สามารถเรียนรู้การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้พัฒนานวัตกรรมในระบบงานและกระบวนการบริหารในด้านการพยาบาล 1.7) สามารถเรียนรู้โดยใช้ปัญหาหน้างานมาประเมินความเสี่ยงและนำมาแก้ไขให้เกิดสิ่งใหม่ในด้านบวก อภิปรายได้ว่า การเรียนรู้คือการเพิ่มความรู้ ทักษะใหม่ๆ หรือพฤติกรรมโดยผ่านการแสวงหา แสดงให้เห็นว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันกับการเรียนรู้ตามแนวคิดของ (Bassi, 1997; Gliddon, 2006) ที่ให้ความคิดเห็นตรงกันมากที่สุด และยังสอดคล้องกับสุรางค์ โค้วตระกูล (2553) การเรียนรู้ คือการเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องมีผลต่อการปฏิบัติงานสูงทำให้มีประสบการณ์ใหม่ ทักษะใหม่และความสามารถใหม่

2. ด้านความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ

ด้านความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ พบว่า ฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความสำคัญมากที่สุด 3 ด้าน ได้แก่ 2.1) ทักษะการกระตุ้นให้สมาชิกสร้างผลงานด้านนวัตกรรมและนำมาใช้ประโยชน์ในระบบงานได้จริงทางสุขภาพ 2.2) สามารถมีอิทธิพลโน้มน้าว จูงใจให้สมาชิกในหอผู้ป่วยสร้างจินตนาการในการพัฒนางานให้เกิดสิ่งใหม่ 2.3) สามารถมองเห็นงานประจำที่เป็นงานสร้างสรรค์เครื่องมือบริหารสำหรับการจัดการในหอผู้ป่วยใหม่ๆ อภิปรายได้ว่า ความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ เป็นทักษะ ความคิด และเครื่องมือในการสร้างนวัตกรรม แสดงให้เห็นว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันตามแนวคิดของ (Rushton et al., 1990; Gliddon, 2006) ที่ให้ความสำคัญเห็นตรงกันมากที่สุด และยังสอดคล้องกับ Adair (2009) ผู้นำด้านนวัตกรรมยังสร้างแรงบันดาลใจ ช่วยให้ทีมเกิดความคิดสร้างสรรค์ และความความคิดสร้างสรรค์ คือ ความสามารถทางความคิดอันจะนำไปสู่การสร้างและประดิษฐ์ หรือคิดปรับปรุงดัดแปลงให้เป็นรูปแบบใหม่ (Guilford, 1971 อ้างใน ชามาศ ดิษฐเจริญ, 2557)

3. ด้านการสร้างพลังและแรงจูงใจ

ด้านการสร้างพลังและแรงจูงใจ พบว่า ฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความสำคัญมากที่สุด 2 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะในการเสริมพลังบวกเพื่อให้สมาชิกสนุกกับการทำงานใหม่ๆ 2) ทักษะในการโน้มน้าวสมาชิกให้มีความกระตือรือร้นในการสร้างและพัฒนานวัตกรรมในหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อภิปรายได้ว่า การสร้างพลังและแรงจูงใจ คือการสร้างพลังทางใจ ทางกาย ใช้เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นความกระตือรือร้นโน้มน้าวให้ทีมเพิ่มระดับความเพียร แสดงให้เห็นว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันตามแนวคิดของ (George & Jones, 2005; Gliddon, 2006) ที่ให้ความสำคัญเห็นตรงกันมากที่สุด และยังสอดคล้องกับจตุพร สังขวรรณ (2557) ระบุว่ากลยุทธ์การบริหารนวัตกรรมให้ยั่งยืนเริ่มต้นจากการปรับทัศนคติ พฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นจะต้องมีแรงจูงใจ ถูกกระตุ้นให้คิดหรือทำในสิ่งที่แตกต่างออกไปอย่างสร้างสรรค์

4. ด้านการสร้างความมุ่งมั่นและความเป็นเจ้าของ

ด้านการสร้างความมุ่งมั่นและความเป็นเจ้าของ พบว่า ฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความสำคัญมากที่สุด 3 ด้าน ได้แก่ 1) มุ่งมั่นในการสนับสนุนและอำนวยความสะดวกเพื่อส่งเสริมความความเป็นเจ้าของนวัตกรรมของสมาชิกในองค์กร 2) เป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างความมุ่งมั่น เสียสละการสร้างนวัตกรรมในหอผู้ป่วย 3) เคารพในการแสดงออกถึงความเป็นเจ้าของนวัตกรรมของสมาชิกในหอผู้ป่วย อภิปรายได้ว่า การมีส่วนร่วมและภาคีองค์กรคือความมีปฏิสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นภาวะผูกพันหรือไม่ผูกพัน (Gautam et al., 2004; Gliddon, 2006) คนในองค์กรมุ่งมั่น ผูกพัน และทุ่มเทอย่างเต็มกำลังความสามารถในทุกสิ่งที่ทำ ความมุ่งมั่นและพลังขับเคลื่อนมากก็จะทิ้งห่างคู่แข่งได้มาก แสดงให้เห็นว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่เป็นสากลตามแนวคิดของ (Integro Leadership Institute, 2010) และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีม รู้สึกว่าตนมีคุณค่าจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้สมาชิกอยากมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ (วาสิตา บุญสาธ, 2556) และผู้นำที่ทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ การยอมรับ การอุทิศตัวช่วยเพิ่มพลังอำนาจผู้อื่นเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (รัตติกรณ์ จงวิศาล, 2556)

5. ด้านการมีวิสัยทัศน์และพันธกิจด้านนวัตกรรม

ด้านการมีวิสัยทัศน์และพันธกิจด้านนวัตกรรม พบว่าฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ ได้ให้ความสำคัญมากที่สุด ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) สามารถเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ด้านการพัฒนานวัตกรรมในหอผู้ป่วย 2) สามารถกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจด้านนวัตกรรมของหอผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิก 3) สามารถในการสื่อสารและถ่ายทอดเพื่อนำวิสัยทัศน์และพันธกิจที่เป็นการพัฒนาด้านนวัตกรรมสู่บุคลากรและทีมได้อย่างบรรลุเป้าหมาย 4) สามารถนำวิสัยทัศน์ พันธกิจมาต่อยอดพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันในหอผู้ป่วย 5) สามารถปรับเปลี่ยนวิสัยทัศน์ พันธกิจที่เป็นการพัฒนานวัตกรรมให้เป็นปัจจุบันและทันสมัย อภิปรายได้ว่าด้านการมีวิสัยทัศน์และพันธกิจ คือการถ่ายทอดกรอบแนวคิดวิสัยทัศน์และพันธกิจที่สร้างแบบแผนระยะยาว เป็นสิ่งที่เข้าใจและสื่อสารง่าย (Niven, 2003; Gliddon, 2006) ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญเห็นสอดคล้องกันมากที่สุดซึ่งตรงกับแนวคิดของ (Slowinski et al., 2002; Gliddon, 2006) ผู้นำด้านนวัตกรรมควรส่งเสริมการคิดอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์คุณค่าในวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์การเพื่อวางแผนกลยุทธ์ในระยะยาว เพื่อให้บรรลุความสำเร็จ และสภาการพยาบาล (2556) ระบุว่า ผู้บริหารระดับต้น สามารถบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ การปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์การ ถ่ายทอด และส่งเสริมร่วมสร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจ

6. ด้านการสื่อสาร การสร้างสัมพันธ์ภาพ และมีความฉลาดทางอารมณ์

ด้านการสื่อสาร การสร้างสัมพันธ์ภาพ และมีความฉลาดทางอารมณ์พบว่า ฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความสำคัญมากที่สุด ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเจรจา การต่อรองระหว่างบุคคลเพื่อให้สมาชิกมีความคิดสร้างสรรค์นวัตกรรมในหอผู้ป่วย 2) ทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบวกเพื่อให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมในหอผู้ป่วย 3) ทักษะการแลกเปลี่ยน การติดต่อประสานงานระหว่างสมาชิกและหน่วยงานอื่นๆ ในการพัฒนานวัตกรรมที่มีประโยชน์ในหอผู้ป่วย 4) ทักษะการอธิบายและการสื่อสารที่เป็นรูปธรรมในการสร้างและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพและการบริหาร อภิปรายได้ว่า การสื่อสารและสัมพันธ์ภาพและมีความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง การแบ่งปันข้อมูลระหว่างบุคคล เพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน มีทักษะการเจรจา การต่อรอง การรับรู้ การเข้าถึงจิตใจผู้อื่นด้านอารมณ์ของบุคคล แสดงให้เห็นว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันตามแนวคิดของ (George & Jones, 2005; Gliddon, 2006) ผกาวัลย์ อินทวิชัย (2558) ระบุ การสื่อสารทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันทั้งผู้รับสารและผู้ส่งสาร สามารถบริหารจัดการกับอารมณ์ของตนเพื่อเป็นแรงจูงใจในการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี (Goleman, 2000 อ่างใน เกษณี เทศนา, 2552) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สร้างสัมพันธ์ภาพกับทีม พัฒนาร่วมมือยกระดับความรู้ของทีมช่วยสร้างนวัตกรรมในองค์การ (American Organization of Nurse Executives, 2005)

7. ด้านการนำกลุ่มและทีมด้านนวัตกรรม

การนำกลุ่มและทีมด้านนวัตกรรม พบว่า ฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความสำคัญมากที่สุด ทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ 1) คุณลักษณะเป็นผู้นำทีมในการพัฒนานวัตกรรมหรือสร้างสิ่งใหม่ๆ ในหอผู้ป่วย 2) สามารถในการทำงานเป็นทีมเพื่อพัฒนานวัตกรรมในหอผู้ป่วย 3) สามารถชี้นำกลุ่มที่เป็นปัญหาหน้างานด้วยการใช้นวัตกรรมในการแก้ไขในหอผู้ป่วย 4) คุณลักษณะเป็นผู้นำตามสถานการณ์เพื่อพัฒนานวัตกรรมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง 5) สามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมในการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพและการบริหาร

6) สามารถจัดการและบริหารที่มึนวัตรกรรมให้สร้างสรรค์งานตามเป้าหมายของหอผู้ป่วย 7) เป็นผู้นำที่มีความยืดหยุ่น มีความคิดเชิงบวกในการสร้างนวัตกรรมร่วมกับผู้อื่น อภิปรายได้ว่า การนำกลุ่มและทีมเป็นความสามารถของคนหรือกระบวนการที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่สมาชิกคนหนึ่งมีอิทธิพลและควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกในทีม นำไปสู่เป้าหมาย แสดงให้เห็นว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่เป็นสากลตามแนวคิดของ (Michener et al., 1986; Gliddon, 2006) และ (สุทธิชัย ปัญญาโรจน์, 2555 อ้างใน คุณาธิป จำปานิล, 2560) ระบุว่า หลักในการทำงานเป็นทีมที่ดี ดังต่อไปนี้ (1) มีเป้าหมาย กล่าวคือ การทำงานเป็นทีม ผู้นำจะต้องมีเป้าหมายส่วนตัว และเป้าหมายของทีมสอดคล้องกัน (2) บทบาทของผู้นำทีมและผู้ตามต้อง เหมาะสมสอดคล้องและเอื้อต่อกัน (3) กระบวนการทำงานต้องเป็นระบบเป็นขั้นตอน (4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสถานที่ทำงานต้องดี มีความขัดแย้งน้อย และ (5) การเสริมสร้างกำลังใจของผู้บริหารต้องทั่วถึงทั้งองค์กร

8. ด้านความเข้าใจแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม

ด้านความเข้าใจแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม พบว่าฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความสำคัญมากที่สุด 3 ด้าน ได้แก่ 1) สามารถสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในหอผู้ป่วยให้เอื้อต่อสมาชิกในการสร้างนวัตกรรม 2) ทักษะในการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ รอบรู้ รอบด้านเท่าทันสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการสร้างนวัตกรรมในหอผู้ป่วย 3) สามารถในการวิเคราะห์ทรัพยากรและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าในการสร้างและพัฒนานวัตกรรมในหอผู้ป่วย อภิปรายได้ว่า ความเข้าใจแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม คือมีความรู้รอบด้านเท่าทันสถานการณ์สิ่งแวดล้อม วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในภายนอกองค์กรและสามารถวิเคราะห์ทรัพยากรและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า แสดงให้เห็นว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตามแนวคิดของ (Pagano & Verdin, 1997; Gliddon, 2006) และ Adair (2009) ระบุว่า การสร้างบรรยากาศที่เป็นนวัตกรรมที่สนับสนุนการพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการใหม่เป็นสมรรถนะอย่างหนึ่งของผู้นำด้านนวัตกรรม และในส่วนของ อรอนงค์ โรจน์วิวัฒนบุลย์ (2554) ระบุว่า ผู้นำมุ่งเน้นการพัฒนา นวัตกรรมมากขึ้นเพื่อสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันและการเจริญเติบโตอย่างยั่งยืนขององค์กร

9. ด้านบทบาทการกำหนดนโยบายด้านนวัตกรรม

ด้านบทบาทการกำหนดนโยบายด้านนวัตกรรม พบว่า ฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความสำคัญมากที่สุด 3 ด้าน ได้แก่ 1) สามารถแสดงบทบาทส่งเสริมสมาชิกในทีมมีประสบการณ์ในการสร้างนวัตกรรม เพื่อพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพและการบริหาร 2) สามารถในการขับเคลื่อนนโยบายในการแก้ปัญหาในหอผู้ป่วยด้วยการใช้นวัตกรรม 3) สามารถแสดงบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงเพื่อนำมาซึ่งพฤติกรรม การสร้างนวัตกรรมให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร อภิปรายได้ว่า บทบาทผู้นำ คือความสามารถซึ่งดำเนินการ โดยผู้บริหารเพื่อให้บรรลุตามความคาดหวังขององค์กร รวมถึงการใช้อิทธิพลในการสร้าง รักษา และแก้ไข นโยบายที่อยู่ในความควบคุมขององค์กร แสดงให้เห็นว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันที่เป็นสากลตามแนวคิดของ (Collier, 2001; Gliddon, 2006) ที่ให้ความคิดเห็นสอดคล้องกันมากที่สุด

10. ด้านการจัดการและมอบหมายงาน

ด้านการจัดการและมอบหมายงาน พบว่าฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความสำคัญมากที่สุด 4 ด้าน ได้แก่ 1) สามารถวางแผนและดำเนินตามกลยุทธ์ในการสร้างนวัตกรรมในหอผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ 2) สามารถมอบหมายงาน ในการพัฒนาสร้างนวัตกรรมให้ตรงกับความสามารถของสมาชิกในหอผู้ป่วย

3) สามารถนำประโยชน์จากนวัตกรรมทางการพยาบาล และการบริหารให้กับองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) สามารถจัดการทรัพยากรในการสร้างนวัตกรรมอย่างคุ้มค่าอภิปรายได้ว่า การจัดการมอบหมายงาน คือ การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การกำหนดวัตถุประสงค์ การจัดการทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และตัวชี้วัด แสดงให้เห็นว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันตามแนวคิดของ (Mumford & Gold, 2004; Gliddon, 2006) ผู้นำนวัตกรรมต้องมีความสามารถ มุ่งมั่นสร้างความสัมพันธ์ให้เกิดความสามัคคีในที่ทำงาน และแบ่งปันงานที่ชัดเจนเพื่อให้งานบรรลุตามเป้าหมายองค์การ (Jones et al., 2000; Gliddon, 2006) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ดารินทร์ ลิ้มตระกูล (2557) พบว่า องค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ได้แก่ ด้านการจัดการทรัพยากรมนุษย์ด้านการจัดการเชิงกลยุทธ์และพัฒนาคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำผลการวิจัยสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ไปพัฒนาองค์ประกอบด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis)
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่ละระดับของโรงพยาบาล
3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อพัฒนาความสามารถด้านสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- เกษณี เทศนา. (2552). *อิทธิพลของการอบรมเลี้ยงดู ความฉลาดทางอารมณ์ และลักษณะนิสัยทางการเรียน ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง (รายงานการวิจัย)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- คุณาธิป จำปานิลา. (2560). *ปัจจัยพหุระดับด้านนวัตกรรมที่ส่งผลต่อสมรรถนะของครูในการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างทักษะศตวรรษที่ 21*. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 11(3) : 25-35.
- จตุพร สังขวรรณ. (2557). *ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์*. กรุงเทพมหานคร:ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- จุฑารัตน์ บันดาลสิน. (2557). *การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์สู่นวัตกรรมการบริการพยาบาล*. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 9-17.
- ชามาศ ดิษฐเจริญ. (2557). *การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โดยการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานตามแนวคอนสตรัคชันนิซึม ในรายวิชาการเขียนโปรแกรมพัฒนาหุ่นยนต์ประยุกต์*. วารสารปัญญาภิวัตน์, 5(2), 205-216.
- ดารินทร์ ลิ้มตระกูล. (2557). *องค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์*. วารสารพยาบาล, 63(2), 29-35.

- ทินกร บัวชู. (2560). *ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ทินกร บัวชู และสุวิณี วิวัฒน์วานิช .(2560). *ภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ*. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29(1), 141 – 153.
- ผกาวัลย์ อินทวิชัย. (2558). *อิทธิพลของปัจจัยทางการสื่อสารและความเพลิดเพลินในการทำงานต่อความผูกพัน ของพนักงานและพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร*. วารสารนิเทศศาสตร์ปริทัศน์, 21(2) : 380-392.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย.(2562). *ภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมสำหรับการบริหารการพยาบาล*. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้, 6(1), 260-267.
- แพรวา พานทอง. (2559). *คุณลักษณะผู้นำนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป*. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 28(2), 15-24.
- รัตติกรณ์ จงวิศาล.(2556). *ภาวะผู้นำ: ทฤษฎี การวิจัยและแนวทางสู่การพัฒนา (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสิตา บุญสาธิต.(2556). *การสร้างความมุ่งมั่นและพลังขับเคลื่อน เพื่อนำประเทศไทยไปสู่เศรษฐกิจสร้างสรรค์*.วารสารเศรษฐศาสตร์ปริทรรศน์ สถาบันพัฒนศาสตร์, 7(1), 307-355.
- สภาการพยาบาล. (2556). *สมรรถนะผู้บริหารการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: จุดทอง.
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สื่อตะวันออก.
- สุรางค์ ไคว์ตระกูล. (2553). *จิตวิทยาการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 9)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง
- อรอนงค์ โรจนวิวัฒน์บุลย์. (2554). *การพัฒนาตัวแบบผู้นำเชิงนวัตกรรม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิต)*. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- Adair, J. (2009). *Effective Leadership: How to Be a Successful Leader*. Basingstoke & Hampshire: Pan Books.
- American Organization of Nurse Executives. (2005). *AONE Nurse Executive Competencies*. Chicago, IL: Author.
- Bennis, W. (1998). *Leadership assessment instrument*. Retrieved from <http://www.nrcs.usda.gov/>
- Collier, P. (2001). *Differentiated model of role identity acquisition*. Symbolic Interaction, 24(2), 217-235.
- Gliddon, D.G. (2006). *Forecasting A Competency Model For Innovation Leaders Using A Modified Delphi Technique (Doctor dissertation of Philosophy)*. The Pennsylvania State University, Pennsylvania State.
- Gautam, T., Van Dick, R. & Wagner, U. (2004). *Organizational identification and organizational commitment: Distinct aspects of two related concepts*. Asian Journal of Social Psychology, 7(3), 301-310.

- Integro Leadership Institute. (2010). *Employee Passion Survey*. Retrieved from <http://www.integroleadership.com>
- Jones, M. E., Simonetti, J. L., & Vielhaber-Hermon. M. (2000). *Building a stronger organization through leadership development at Parke-Davis Research*. *Industrial and Commercial Training*, 32(2), 44-49.
- Macmillan, T. T. (1971). *The Delphi Technique*. Paper Presented at the annual meeting of the California Junior Colleges Associations Committee on Research and Development, Monterey, California. (May 1971), 3-5.
- Michener, H. A., DeLamater, J. D. & Schwartz, S. H. (1986). *Social psychology*. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich, Publishers.
- Mumford, A., & Gold, J. (2004). *Management development*. London: CIPD.
- Niven, P. R. (2003). *The importance of terminology to your balanced scorecard*. Retrieved from <http://www.https://www.researchgate.net/publication>
- Slowinski, G., Rafii, Z. F., Tao, J. C., & Gollob, L. (2002). *After the acquisition: Managing paranoid people in schizophrenic organizations*. *Research Technology Management*, 45(3), 21-33.
- World Health Organization. (2016). *Nurse educator core competencies*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258713>

บทความวิจัย

การพัฒนาและผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่
ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียม
ชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR)

Development and Effect of Implementing Nursing Guideline for Endovascular
Aortic Aneurysm Repair (EVAR) Patient

กิตติญาภรณ์ พันวิไล* อรนุช อุทัยกุล** ธมลวรรณ ยอดกมลกิจ*** วุฒิชัย แสงประกาย****

Kittiyaphorn Panvilai* Oranuch Uthaijul** Thamonwan Yodkolkij*** Wuttichai Saengprakaj****

Received: October 1, 2020

Revised: September 15, 2020

Accepted: December 24, 2020

บทคัดย่อ

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR) ถูกพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา ด้านกระบวนการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้เท่ากับ 4.23 ± 0.81 ความเหมาะสมของระยะเวลาในการ monitor เท่ากับ 4.26 ± 0.72 ความเหมาะสมของวิธีการดูแลผู้ป่วย pre-operation เท่ากับ 4.44 ± 0.75 ความเหมาะสมของวิธีการดูแลผู้ป่วย post-operation เท่ากับ 4.41 ± 0.85 และความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้ เท่ากับ 4.44 ± 0.75 พยาบาลวิชาชีพมีความเห็นด้วยในระดับมาก ขณะที่ส่วนของผลลัพธ์ทางการพยาบาลพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนในประเด็นผู้ป่วยได้รับการประเมิน pre-operation อย่างครอบคลุมเท่ากับ 4.36 ± 0.74 ซึ่งช่วยในการ early detection complication post-operation ด้าน cardiovascular events (MI) เท่ากับ 4.44 ± 0.75 ช่วยในการ early detection complication post-operation ด้าน intraabdominal bleeding, acute limb ischemia, spinal cord ischemia, stroke, ischemic bowel และ renal failure เท่ากับ 4.49 ± 0.76 รวมถึงเป็นแนวทางในการบันทึกการพยาบาลได้ครอบคลุมเท่ากับ 4.46 ± 0.79 พยาบาลวิชาชีพมีความเห็นด้วยในระดับมาก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยเพชรรัตน์10B คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยเพชรรัตน์10B คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

***corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

E-mail thamonwan.yo@nmu.ac.th

****อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาวิจัยแบบ randomized controlled trial (RCT) ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ เพื่อวัดผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด EVAR

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, การดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง, การผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน

Abstract

Nursing practice guideline for endovascular aortic aneurysm repair (EVAR) patient was developed from the evidence base practice. This study aimed to develop and evaluate the effect of implementing the nursing practice guideline in 40 nurses, which are sample group. The methods used in this study comprised of nursing practice guideline, questionnaire for implementation of nursing practice guideline, and data analysis using descriptive statistics.

Results: In case of the implementation of nursing practice guideline found that the mean values of appropriate language equal to 4.23 ± 0.81 , appropriate time for monitoring equal to 4.26 ± 0.72 , appropriate approach for pre-operation care equal to 4.44 ± 0.75 , appropriate approach for post-operation care equal to 4.41 ± 0.85 , and the ideal in the implementation of nursing practice guideline equal to 4.44 ± 0.75 . The registered nurses have agreed with high level score. While the outcome of nursing found that the mean value of completely assessed pre-operation equal to 4.36 ± 0.74 which aided in early detection complication post-operation, cardiovascular event (MI) equal to 4.44 ± 0.75 which aided in early detection complication post-operation. In term of intraabdominal bleeding, acute limb ischemia, spinal cord ischemia, stroke, ischemic bowel, and renal failure, the mean value equal to 4.49 ± 0.76 , as well as the mean value of the guideline in comprehensive recording of nursing equal to 4.46 ± 0.79 . The registered nurses have agreed with high level score.

Suggestion: The randomized controlled trial (RCT) of the nursing practice guideline should be conducted to evaluate the clinical outcomes regarding the reduction of EVAR surgical complications.

Keywords : clinical nursing practice guideline: CNPG, patient care, abdominal aortic aneurysm (AAA), endovascular aortic aneurysm repair: EVAR

บทนำ

Abdominal aortic aneurysm (AAA) เป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งวิธีการรักษา aneurysm ชนิดนี้ได้พัฒนาเรื่อยมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จุดประสงค์หลักของการรักษาคือการรักษา aneurysm ในช่วงเวลาที่เหมาะสมก่อนที่จะเกิดการแตกของ aneurysm โดยเริ่มมีการผ่าตัดรักษา (open repair) โดยใช้ homograft ในปี ค.ศ. 1953 (Bahnson, 1954) และรักษาโดยการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน (endovascular aortic aneurysm repair: EVAR) ในปี ค.ศ. 1994 (Yusuf et al., 1994)

ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดคือภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองในช่องท้องแตก (ruptured abdominal aortic aneurysm: rAAA) ปัจจุบันอัตราการเสียชีวิตยังคงสูงอยู่ในผู้ป่วยที่มี rAAA มีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่รอดชีวิตจนมาถึงโรงพยาบาล (Cronenwett & Johnston, 2014) จึงถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์หลอดเลือด ปัจจัยที่ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น เริ่มจากการวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็ว การส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลก่อนผ่าตัดที่เหมาะสม การเลือกวิธีการผ่าตัดอย่างเหมาะสมอย่างทันท่วงที และการดูแลหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด ทั้งหมดนั้นส่งผลให้ผู้ป่วย AAA มีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (เต็มพงศ์ เรียงแพง, 2561)

การผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน ทำโดยการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดหุ้มด้วยขดลวดผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบทั้ง 2 ข้าง เข้าไปจนถึงหลอดเลือดแดงใหญ่ที่โป่งพองและปล่อยขดลวดให้ถ่างขยายในช่องท้อง ข้อดีคือ บาดแผลเล็ก เจ็บตัวน้อยฟื้นตัวเร็ว ที่สำคัญ มีความปลอดภัยสูง ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนน้อยลง (ชุมพล ว่องวานิช, 2549) อัตราการเสียชีวิตลดลงอยู่ที่ร้อยละ 1.2 - 1.7 (ศุภพงษ์ อารรณ์, 2560) อย่างไรก็ตามแม้การผ่าตัดจะเป็นวิธีการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด แต่ระยะหลังผ่าตัดทั้งในระยะสั้นและระยะยาวมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการผิดปกติหรือการกลับเป็นซ้ำได้ พยาบาลจึงจำเป็นต้องประเมินและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในเรื่องความสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานของอวัยวะระบบต่างๆ การติดตามการรักษาด้วยอัลตราซาวด์หรือเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการยืนยันประสิทธิภาพของการรักษา (ศิริภรณ์ สว่างพงษ์, 2555) จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ปีพ.ศ. 2560 – 2562 มีจำนวน 12 คน และจำนวนวันนอนเฉลี่ย 19.67 วัน ซึ่งสูงกว่าเมื่อเทียบกับต่างประเทศที่จำนวนวันนอนเฉลี่ยเพียง 3 วัน (Guta et al, 2019) จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยยังพบว่าการให้การพยาบาลยังไม่ครอบคลุมประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่าการพยาบาลในศึกษาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน พบว่า มีแนวทางปฏิบัติของ Society for Vascular Surgery (Chaikof et al., 2018) ที่เน้นบริบทของแพทย์อย่างชัดเจน แต่สำหรับในส่วนของการพยาบาลยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนและครอบคลุม ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เฉพาะเจาะจงและขาดความต่อเนื่อง แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มี rAAA จะมีแนวทางการจัดการดูแลที่เป็นขั้นตอนและชัดเจนเนื่องจากเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ไม่มีการแตกของหลอดเลือด (Unruptured Abdominal Aortic Aneurysm) เนื่องจากยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน ครอบคลุม และมีความต่อเนื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (clinical nursing practice guidelines: CNPG) หมายถึงแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาใช้ตัดสินใจของพยาบาลในการดูแลสุขภาพได้

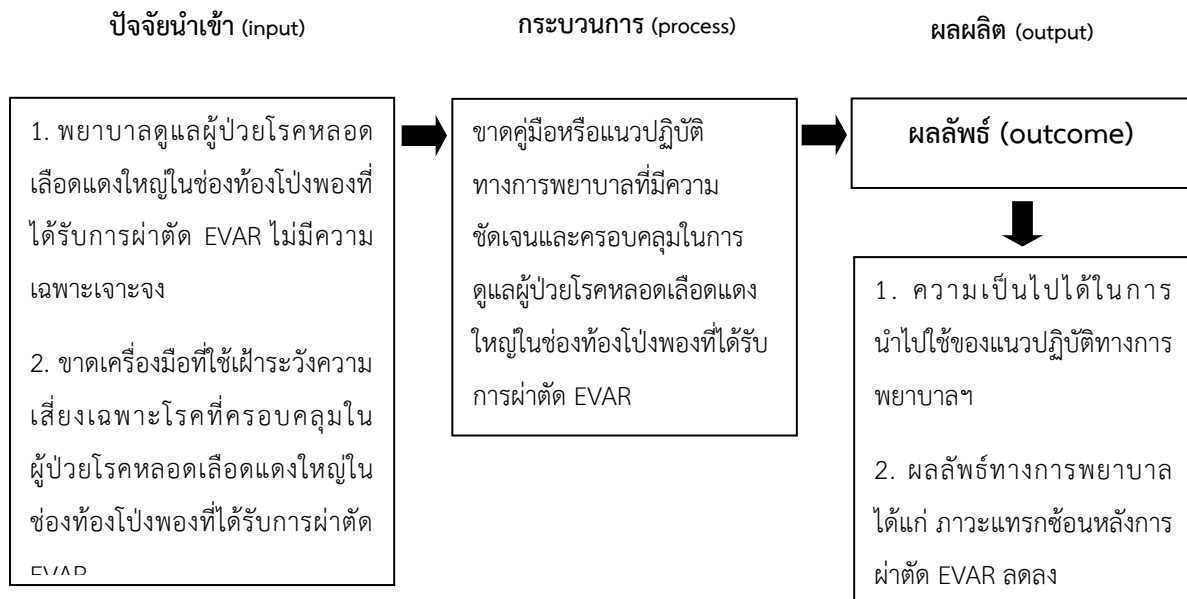
อย่างเหมาะสมเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย (จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ศุภชุติกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์, 2543) โดยต้องผ่านการบูรณาการตัดสินใจโดยผู้เชี่ยวชาญ มีความยืดหยุ่น เนื่องจากเป็นหลักการที่ชี้แนวทางเพื่อช่วยการตัดสินใจแก่บุคลากรสุขภาพในประเด็นที่เฉพาะเจาะจง ข้อดีของ CNPG คือ ทำให้รูปแบบการดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย (variation) เนื่องจากมีตัวชี้แนวทางการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติใช้วิจารณ์ญาณร่วมกับความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับประโยชน์สูงสุดและผลลัพธ์ที่ผู้บริการและผู้รับบริการคาดหวังคือ ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการจะดีขึ้น เช่น อัตราตาย ความพิการ ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายลดลง ในขณะที่คุณภาพชีวิตดีขึ้น และเมื่อมี CNPG ที่มีคุณภาพแล้วนั้น ปัจจัยที่จะทำให้ CNPG ประสบความสำเร็จคือ ต้องมีการนำไปใช้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยผู้ปฏิบัติและมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ส่วนข้อเสียของ CNPG คือ บอกได้เพียงแค่ว่าควรทำอะไร แต่ไม่ได้บอกว่าเมื่อนำไปใช้จริงจะมีคุณภาพทางการพยาบาลจริงและหาก CNPG ไม่สอดคล้องกับ CPG ก็อาจทำให้การดูแลของแพทย์และพยาบาลมีความแตกต่างได้ (Chaweewan, 2005)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน ส่วนมากมักเป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความเสี่ยงและต้องประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม รวมถึงยังมีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับอายุรแพทย์เฉพาะทาง ให้ร่วมดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การประเมินและเตรียมผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในเรื่องโรคหัวใจ (cardiac evaluation) การทำงานของไต (renal evaluation) การทำงานของระบบการหายใจ (pulmonary evaluation) จะสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ (ศิริภรณ์ สว่างพงษ์, 2555) ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์มาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines) ที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-base practice) จากผู้เชี่ยวชาญ และสหสาขาวิชาชีพมาใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย (พองคำ ติลกสกุลชัย, 2554) เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีคือผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้นำกรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการของโดนาเบดีเยน Donabedian model (Donabedian, 2003) เพื่อนำไปสู่การให้การดูแลที่มีคุณภาพหรือเกิดผลลัพธ์ที่ดี แนวคิดนี้ประเมินจาก 3 องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้าง (input or structure) เป็นปัจจัยนำเข้า สำหรับการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัด EVAR ไม่มีความเฉพาะเจาะจงและขาดเครื่องมือที่ใช้เฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรคที่ครอบคลุมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัด EVAR 2) กระบวนการ (process) คือ กระบวนการหรือกิจกรรมของผู้ให้บริการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ คือ การที่พยาบาลขาดคู่มือหรือแนวปฏิบัติทางการแพทย์ที่มีความชัดเจนและครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัด EVAR และ 3) ผลลัพธ์ (outcome) คือ

ผลของการจัดบริการต่อสุขภาพของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้ และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด EVAR ลดลง (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน
2. เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน ประกอบด้วย
 - 2.1 ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ
 - 2.2 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10 - 11B และหออภิบาลศัลยกรรม 4A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 40 คน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน

ในขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบการพยาบาล ปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้และสรุปผลการดำเนินการ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนารูปแบบขึ้นโดยใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง รัฐเนบราสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup, 2000) ประกอบด้วยขั้นตอนดำเนินการดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ประกอบด้วยระยะที่ 1 - 3 ได้แก่

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence-triggered phase) ได้มาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ

1.1 จากการปฏิบัติงาน (practice triggers) พบว่าหน่วยงานยังไม่มีมาตรฐานในการจัดการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน การปฏิบัติงานของพยาบาลแตกต่างกันไปตามความรู้และประสบการณ์ของแต่ละคน ทำให้การประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดไม่ครอบคลุม

1.2 จากแหล่งความรู้ที่เกี่ยวกับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (knowledge triggers) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในการเตรียมผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองก่อนผ่าตัด หากมีการซักประวัติและเตรียมผู้ป่วยไม่ครอบคลุมในเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) พบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนใน 30 วันแรกสูงถึงร้อยละ 5.4 (Hertzer et al., 2002) นอกจากนี้ยังพบจำนวนวันของการใส่ท่อช่วยหายใจที่นานขึ้นโดยมีปัจจัยเสี่ยงคือ ภาวะ poor functional status จากการสูบบุหรี่และโรคถุงลมโป่งพอง (Phyllis & Boulos, 2017) การพยาบาลผู้ป่วยจึงควรครอบคลุมทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด

ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (evidence supported phase) เป็นการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอนเริ่มจากการคัดเลือกและเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการสืบค้นตามกรอบของ PICO (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) ดังนี้

P (Population): Abdominal aortic aneurysm

I (Intervention): clinical practice guideline, EVAR

C (Comparisons): non

O (Outcome): complication, length of stay

ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008-2018 ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ กำหนดแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลที่ให้งานวิจัยเดี่ยว ได้แก่ Blackwell Synergy, OVID, Science direct, Pub Med จากฐานข้อมูลที่ให้ Guidelines จากเอกสารอ้างอิงจากงานวิจัยและการสืบค้นด้วยมือจากวารสารทั้งในประเทศ ต่างประเทศและวิทยานิพนธ์ นำสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ระยะที่ 3 การนำไปทดลองใช้ (evidence observed phase) เป็นระยะของการนำเสนอแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ผู้วิจัยวางแผนนำงานไปทดลองใช้โดยเริ่มจากการนิเทศและสื่อสารในหน่วยงาน หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10-11B และหออภิบาลศัลยกรรม 4A นำเสนอในที่ประชุมของหน่วยงาน และให้ร่วมทำประชาพิจารณ์ เพื่อลดแรงต้านในการเปลี่ยนแปลง จากนั้นนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลลงปฏิบัติ หากพบประเด็นปัญหาความไม่สะดวกในการปฏิบัติระยะแรก ผู้วิจัยจะนำปัญหาอุปสรรคมาปรับแก้ไข ในที่ประชุมให้ผู้ปฏิบัติ ได้มีส่วนร่วมในการเสนอแนะ เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานมากที่สุด

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (evidence - based phase) เป็นระยะที่มีการผสมผสานแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับการปรับปรุงอย่างเหมาะสมแล้ว เข้าสู่การทำงานที่เป็นอยู่ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร การวัดผลลัพธ์การวิจัยจะทำการวัดในระยนี้ นำผลที่ได้มาปรับปรุงการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องโดยมีแผนการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้วัดความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ 5 ความหมาย ตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) ในรูปแบบวัดความคิดเห็น (agreement) (McLeod, 2008) โดย 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามจะวัดทั้งหมด 2 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการ นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้ มีทั้งหมด 5 ข้อ ประกอบด้วย ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของระยะเวลาในการ monitor ความเหมาะสมของวิธีการดูแลผู้ป่วย pre-operation ความเหมาะสมของวิธีการดูแลผู้ป่วย post-operation และความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้ และด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล ทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการประเมิน pre-operation อย่างครอบคลุม ช่วยในการ early detection complication post-operation ด้าน cardiovascular events (MI) ช่วยในการ early detection complication post-operation ด้าน Intraabdominal bleeding, Acute limb ischemia, spinal cord ischemia และ stroke, ischemic bowel, Renal failure และเป็นแนวทางในการบันทึกการพยาบาลได้ครอบคลุม รวมข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยการ early detection complication post-operation นับจากหลังการผ่าตัดไปจนถึง 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด (Trigob et al, 2020)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2 สื่อการสอน ได้แก่ การสอนแนวปฏิบัติการพยาบาลโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR) และการใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวังภาวะ acute lower limb ischemia (6'P) สำหรับเฝ้าระวังผู้ป่วยหลังการผ่าตัด EVAR โดยโปรแกรม Microsoft PowerPoint

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity Index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์ศาสตร์หลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้เชี่ยวชาญระบบหลอดเลือด 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ดำเนินการประชุมทีมพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ โดยขอความร่วมมือในการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างถึงการมีสิทธิปฏิเสธหรือตอบรับการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับ และเปิดเผยเฉพาะข้อมูลผลการวิจัยโดยรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในลักษณะของศึกษานำร่องตามขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลฯ โดยกลุ่มตัวอย่างนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน

การพิทักษ์สิทธิ์

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (COA 079/2562) วันที่รับรอง 28 พฤษภาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ครบถ้วน นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

การพัฒนาและผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR) ในส่วนของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผู้วิจัยได้พัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และได้ผ่านการตรวจสอบโดยแพทย์ศัลยศาสตร์หลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมผู้เชี่ยวชาญระบบหลอดเลือด 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ 1 ท่าน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10B 11B และหออภิบาลศัลยกรรม 4A จำนวน 40 คน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพเพศหญิงจำนวน 40 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 37 คน ระดับปริญญาโท 3 คน และแบ่งระดับตามแนวคิดบันไดวิชาชีพของ Benner (1984) เป็น 5 ระดับ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพประสบการณ์

ทำงานไม่เกิน 1 ปี (novice) 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ประสบการณ์ทำงาน 1-2 ปี (advance beginner) 9 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 ประสบการณ์ทำงาน 2-3 ปี (competent) 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 ประสบการณ์ทำงาน 3-5 ปี (proficient) 9 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 และประสบการณ์ทำงาน 5 ปี (expert) 15 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 การแปลความหมายของระดับคะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ยของผลคะแนน ประยุกต์ตามเกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) โดยคะแนน 4.50-5.00 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 3.50-4.49 หมายถึง เห็นด้วยมาก คะแนน 2.50-3.49 หมายถึง ไม่แน่ใจ คะแนน 1.50 - 2.49 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผลการศึกษาในประเด็นความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้เท่ากับ 4.23 ± 0.8 ความเหมาะสมของระยะเวลาในการ monitor เท่ากับ 4.26 ± 0.72 ความเหมาะสมของวิธีการดูแลผู้ป่วย pre-operation เท่ากับ 4.44 ± 0.75 ความเหมาะสมของวิธีการดูแลผู้ป่วย post-operation เท่ากับ 4.41 ± 0.85 และความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้ เท่ากับ 4.44 ± 0.75 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR) ด้านกระบวนการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้

ประเด็น/ด้าน	ระดับความเหมาะสมด้านกระบวนการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้		
	Mean	SD	ระดับ
1. ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้	4.23	0.81	เห็นด้วยมาก
2. ความเหมาะสมของระยะเวลาในการ monitor	4.26	0.72	เห็นด้วยมาก
3. ความเหมาะสมของวิธีการดูแลผู้ป่วย pre-operation	4.44	0.75	เห็นด้วยมาก
4. ความเหมาะสมของวิธีการดูแลผู้ป่วย post-operation	4.41	0.85	เห็นด้วยมาก
5. ความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้	4.44	0.75	เห็นด้วยมาก

ด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล ค่าเฉลี่ยคะแนนในประเด็นผู้ป่วยได้รับการประเมิน pre - operation อย่างครอบคลุมเท่ากับ 4.36 ± 0.74 ช่วยในการ early detection complication post-operation ด้าน cardiovascular events (MI) เท่ากับ 4.44 ± 0.75 ช่วยในการ early detection complication post-operation ด้าน Intraabdominal bleeding, acute limb ischemia, spinal cord ischemia และ stroke, ischemic bowel, Renal failure เท่ากับ 4.49 ± 0.76 และเป็นแนวทางในการบันทึกการพยาบาลได้ครอบคลุมเท่ากับ 4.46 ± 0.79 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR) ด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ประเด็น/ด้าน	ระดับความเหมาะสมด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล		
	Mean	SD	ระดับ
1. ผู้ป่วยได้รับการประเมิน pre-operation อย่างครอบคลุม	4.36	0.74	เห็นด้วยมาก
2. ช่วยในการ early detection complication post-operation ด้าน cardiovascular events (MI)	4.44	0.75	เห็นด้วยมาก
3. ช่วยในการ early detection complication post-operation ด้าน Intraabdominal bleeding, acute limb ischemia, spinal cord ischemia และ stroke, ischemic bowel, Renal failure	4.49	0.76	เห็นด้วยมาก
4. เป็นแนวทางในการบันทึกการพยาบาลได้ครอบคลุม	4.46	0.79	เห็นด้วยมาก

จากการที่กลุ่มตัวอย่างได้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 7 ราย พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ดังนี้ bleeding ร้อยละ 14.28 และ Acute kidney injury ร้อยละ 14.18 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวนที่เกิด (N=7)	ร้อยละ
cardiovascular events (MI)	0	0
Intraabdominal bleeding	1	14.28
acute limb ischemia	0	0
spinal cord ischemia	0	0
stroke	0	0
ischemic bowel	0	0
Renal failure	1	14.28

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR) ส่วนมากมักเป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม พยาบาลจึงต้องประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมรวมถึงมีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับอายุรแพทย์เฉพาะทางร่วมดูแลผู้ป่วยเพื่อลดลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ เพื่อให้พยาบาลมีรูปแบบการดูแลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลายในการให้การพยาบาลและเป็นแนวทางในการตัดสินใจให้กับพยาบาล (Chaweewan, 2005) ผลการวิจัยพบว่า ด้านกระบวนการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยในระดับมาก และด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลลัพธ์ของการใช้แผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือด: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ของ รัตนภรณ์ ประยูรเต็ม, มนูญ หมวดเอียด, และนงลักษณ์ ว่องวิษณุพงศ์ (2561) ซึ่งพบว่าหลังการใช้แผนการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือดผู้ป่วยเกิดความเสี่งเฉพาะโรคลดลงมากกว่าก่อนการใช้แผนการพยาบาล

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ฯ ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR) ในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10-11B และหออภิบาลศัลยกรรม 4A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ช่วยให้พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดไปจนกระทั่งถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยสะท้อนได้จากการความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อแนวปฏิบัติ ทางการพยาบาลฯ ที่อยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตามงานวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัด คือในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีเพียงพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญหนึ่งแห่ง ที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยสามัญอีกหนึ่งแห่งได้ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ เฉพาะในระยะก่อนการผ่าตัดเท่านั้นเนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยถูกย้ายเข้าไปสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดในแผนกไอซียู คิดเป็นร้อยละ 32.5 เช่นเดียวกับในแผนกไอซียู ได้ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ เฉพาะในระยะหลังการผ่าตัดเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 32.5 อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงที่ความดันโลหิตสูงกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท มีประวัติการสูบบุหรี่และยังไม่ได้เลิกบุหรี่ ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดระบบอื่นๆ โรคไตเรื้อรัง เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า (Trigob et al, 2020) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ นี้ไม่สามารถใช้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองแตก โรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากไม่สามารถแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ในการเฝ้าระวังและประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ฯ ไปใช้ และติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว เพื่อเป็นการติดตามการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ฯ อย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับแผนกไอซียู เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมและเหมาะสมตามบริบทของแผนกไอซียู
3. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบ randomized controlled trial (RCT) ของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เพื่อวัดผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด EVAR
4. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เพื่อนำไปใช้ในการบริหารกิจกรรมการพยาบาลให้คุ้มค่าคุ้มทุนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราชินราธิราช

เอกสารอ้างอิง

- จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ และ เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. (2543). *Clinical Practice Guidelines: การจัดทำและการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(พรพ.).
- ชุมพล ว่องวานิช. (2549). *Endovascular Surgery* ใน ประยุทธ์ ศิริวงษ์, เพชร เกษตรสุวรรณ, ชาญชัย นิमितวานิช (บ.ก.), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์* 34. น 325-35. กรุงเทพมหานคร: โฆสิตการพิมพ์.
- เต็มพงศ์ เรียงแพง. (2561). *ศัลยศาสตร์หลอดเลือดประยุกต์ เล่ม 5*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- พองคำ ทิลกสกุลชัย. (2554). *การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่6). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดพี-วัน.
- รัตนภรณ์ ประยูรเต็ม, มนูญ หมวดเอียด และ นงลักษณ์ ว่องวิชญพงศ์. (2561). *ผลลัพธ์ของการใช้แผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือด: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์*.วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 10(3), 81-93.
- ศิริภรณ์ สว่างพงษ์.(2555). *Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนช่องท้องโป่งพอง*. ใน สุภาพ จันทรสมบุรณ์ (บ.ก.), *Critical Nursing Trigger in Surgical Patient*. น115-23. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- ศุภพงษ์ อารณ. (2560). *Asymptomatic Abdominal Aortic Aneurysm*. ใน คามิน ชินศักดิ์ชัย, กฤตยา กฤตยาภิรม, ฉะนั้น เรื่องเศรษฐกิจ, ประมุข มุทิตาภิรม (บ.ก.), *ศัลยศาสตร์หลอดเลือดประยุกต์ เล่ม 4*. น 227-35. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- Bahnon, H. T. (1954). *Treatment of abdominal aortic aneurysm by excision and replacement by homograft*. *Circulation*, 9, 494-503.

- Best, J.W. (1977). *Research in Education*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Benner, P. (1984). *Form novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Chaikof, E. L., Dalman, R. L., Eskandari, M. K., Jackson, B. M., M., W. A. L., Ashraf Mansour, T. M., . . . Starnes, B. W. (2018). *The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm*. *Journal of Vascular Surgery*, 67(1), 2-27.
- Chaweewan Thongchai. (2005). *Clinical practice guidelines development*. *The Thai Journal of Nursing Council*, 20(2), 63-76.
- Cronenwett J.L., Johnston K.W. (2014). *Rutherford's Vascular Surgery* (8th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Gupta, A. K., Alshaikh, H. N., Dakour-Aridi, H., King, R. W., Brothers, T. E., & Malas, M. B. (2018). *Real-world cost analysis of endovascular repair versus open repair in patients with nonruptured abdominal aortic aneurysms*. *Journal of Vascular Surgery*, 71(2), 432-443.
- Kohlman-Trigoboff, D., Rich, K., Foley, A., AGACNP, Fitzgerald, K., Arizmendi, D., . . . Treat-Jacobson, D. (2020). *Society for Vascular Nursing endovascular repair of abdominal aortic aneurysm updated nursing clinical practice guideline*. *Journal of Vascular Surgery*, 38(2), 36-65.
- McLeod, S. (2018). *Likert Scale*. Retrieved from <https://www.simplypsychology.org/simplypsychology.org-Likert-Scale.pdf>.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidencebase practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 6-10.
- PHYLLIS, A. G. & BOULOS, T. (2017). *Treatment of Abdominal Aortic Aneurysms: The Role of Endovascular Repair*. *AORN Journal*, 100, 241-259.
- Hertzer, N.R, Mascha, E.J., Karafa, M.T., O'Hara, P.J, Krajewski, L.P, & Beven, E.G. (2002). *Open infrarenal abdominal aortic aneurysm repair: the Cleveland Clinic experience from 1989 to 1998*. *J Vasc Surg*, 35, 1145-1154.
- Soukup, M. (2000). *The center of advanced nursing practice evidence-based practice model*. *Nursing Clinic of North America* 2000, 35, 301-309.
- Yusuf, S.W., Whitaker, S.C., Chuter, T.A., Wenham, P.W., & Hopkinson, B.R. (1994). *Emergency endovascular repair of leaking aortic aneurysm*. *Lancet*, 344-1645.

บทความวิจัย

ประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม : การวิจัยแบบผสมวิธี*

Intensive Care Experiences of Patients in Medical ICU: a Mixed-Method Study*

มลธิรา อุดชุมพิสัย * นภาพร พีรภักดิ์ **

Monthira Udchumpisai* Napaporn Peerakavee**

Received: September 9, 2020

Revised: September 11, 2020

Accepted: December 24, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับและลักษณะประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม โดยใช้กรอบแนวคิด Timing It Right (TIR) กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์จำนวน 70 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยแบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต (มี 4 ด้านประกอบด้วย ด้านการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ด้านการรับรู้ประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก ด้านประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำ และด้านความพึงพอใจต่อการดูแล) และการสัมภาษณ์ด้วยแนวคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยาย และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา นำผลที่ได้มาตีความปรากฏการณ์ของประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรมร่วมกัน

ผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.1 รับรู้ประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตด้านการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง (Mean 37.4; SD 4.3) โดยกลุ่มตัวอย่างรู้สึกตัวอยู่เสมอขณะอยู่ในห้องไอซียู และรู้สึกว่าไอซียูเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยเป็นข้อคิดเห็นที่มากที่สุด ด้านประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก กลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 61.4 มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ (Mean 12.5; SD 4.6) โดยระบุว่ารู้สึกอยู่ตลอดเวลาว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือ และรู้สึกว่าตนเองกำลังจะตายเป็นข้อคิดเห็นที่มีจำนวนมากที่สุด ด้านประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.6 รับรู้อยู่ในระดับสูง (Mean 15.8; SD 4.7) โดยระบุข้อคิดเห็นว่าจะจำเรื่องราวขณะเข้ารับการรักษาในไอซียูได้ตลอดเวลา และจำได้ว่าเป็นช่วงเวลากลางวันหรือกลางคืนเป็นจำนวนมากที่สุด และด้านความพึงพอใจต่อการดูแล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.7 รับรู้อยู่ในระดับสูง (Mean 16.1; SD 2.9) โดยข้อคิดเห็นที่มีจำนวนมากที่สุดคือรู้สึกว่าได้รับการบริการดีอยู่แล้ว และไม่มีเสียงดังรบกวนเลย

ผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสุขภาพในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูทางอายุรกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มความพึงพอใจต่อการดูแลรักษา

คำสำคัญ : ประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต, ผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม, การวิจัยแบบผสมวิธี

* อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร

**corresponding author อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร E-mail: napaporn.p@stin.ac.th

Abstract

This mixed-method study aimed to study the level and characteristics of intensive care experiences of patients in the medical ICU. Timing It Right (TIR) was employed as a conceptual framework. Seventy participants, who met the inclusion criteria, were enrolled in the study. Data collection involved questionnaires inquiring about the patients' personal information and intensive care experiences (four dimensions—awareness of surroundings, frightening experiences, experience recall, and satisfaction with care) as well as interviews with open-ended questions. Descriptive statistics were used to analyse the quantitative data and content analyses were used to scrutinize qualitative information. Then, interpretation together both the data with the aim of describing the phenomena related to the experiences of medical ICU patients.

The findings revealed that 97.1% of the participants perceived intensive care experiences having a high awareness level of their surroundings (mean 37.4; SD 4.3), they always knew what was happening and felt safe with being in ICU were the most mentioned. Meanwhile, the intensive care experiences regarding the frightening experiences dimension were found to be of a low level (mean 12.5; SD 4.6), the patients tended to feel helpless and think they would die were the largest number. Concerning recall of experience, a high-level perception score was found among 58.6% of the participants (mean 15.8; SD 4.7), most patients remembered a lot of their ICU experiences and knew whether it was day or night. Finally, a high satisfaction level with care was reported by 85.7% of the participants (mean 16.1; SD 2.9), the most they perceived the care in ICU was as good as it could have been, and that it was not noisy.

The results of this study could guide the healthcare team in improving the clinical practice guidelines related to caring for critically-ill patients with the aims of ensuring the provision of holistic care, supporting family engagement, and improving the satisfaction with care of medical ICU patients.

Keywords : intensive care experiences, patients in medical ICU, mixed-method study

บทนำ

การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมในไอซียู มีเป้าหมายเพื่อรักษาชีวิตและการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายเมื่อเจ็บป่วยอย่างรุนแรงเพื่อให้ร่างกายผู้ป่วยสามารถฟื้นหายกลับสู่ภาวะปกติ (Kaukonen et al., 2014; Kluge et al., 2015) ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการดูแลรักษาและการใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ไม่ว่าจะเป็นการใช้เครื่องช่วยหายใจจากภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว การใช้เครื่องบำบัดทดแทนไตจากภาวะไตวายเฉียบพลัน การใส่สายสวนในหลอดเลือดต่างๆ เพื่อรักษาและเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อมีอย่างรุนแรง และการให้ยากระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจ ตลอดจนยาสงบประจบบต่างๆ

(Brinkman et al., 2013; Molina et al., 2014) ผลจากระดับความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย และการรักษาโดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานานๆ ขณะเข้ารับการรักษา เมื่อภายหลังที่รอดชีวิตและสามารถย้ายออกจากไอซียูได้ ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีภาวะแทรกซ้อน หรือผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Hashem et al., 2016) ซึ่งเรียกว่ากลุ่มอาการป่วยหลังภาวะวิกฤต (post intensive care syndrome) (Davidson et al., 2016) ปัจจุบันพบผู้ป่วยเหล่านี้มีจำนวนมากขึ้นและแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต จะเห็นได้จากสถิติของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตสหรัฐอเมริกา ที่พบอุบัติการณ์การเกิดกลุ่มอาการป่วยหลังภาวะวิกฤตประมาณร้อยละ 50-70 ของจำนวนผู้ป่วยวิกฤตในประเทศทั้งหมด (Society of Critical Care Medicine, 2018)

การเกิดกลุ่มอาการป่วยหลังภาวะวิกฤตจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional) ได้แก่การทำหน้าที่ของระบบทางเดินหายใจลดลง, มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง และความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (Davidson & Harvey, 2016) ผลกระทบด้านจิตใจ (psychological) ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียดและความกดดันของจิตใจจากเหตุการณ์ที่รุนแรง (Jackson et al., 2014) และการรู้คิดเปลี่ยนแปลง (cognitive disorder) ได้แก่ ความจำและสมาธิลดลง (Desai, Law, & Needham, 2011) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพลดลง (Davidson et al., 2016; Svenningsen et al., 2017) และมีอัตราการตายที่สูงขึ้นเมื่อย้ายออกจากไอซียูไปแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Dexheimer Neto et al. (2016) และการศึกษาของ Linder et al. (2014) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากภาวะวิกฤตมักพบอัตราการตายที่สูงในช่วงระยะกลาง และระยะยาวภายหลังการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคร่วมทางร่างกาย (Rydingsward et al., 2016, Hashem et al., 2016) ระดับการรู้คิดเปลี่ยนแปลง (Wolters et al., 2013) และมีภาวะซึมเศร้า (Huang et al., 2016) นอกจากนั้นแล้วยังพบผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสสูงที่จะกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Prescott, Langa, & Iwashyna, 2015) มีการใช้ทรัพยากรเกี่ยวกับการดูแลรักษาจำนวนมาก และตามมาด้วยเรื่องค่าใช้จ่ายของการรักษาที่เพิ่มขึ้น (Ruhl et al., 2017) ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศชาติเป็นอย่างมาก (Cuthbertson et al., 2010)

ทั้งนี้ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดกลุ่มอาการป่วยหลังภาวะวิกฤต รวมทั้งการที่ผู้ป่วยจะฟื้นหายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังภาวะวิกฤตได้นั้น นอกจากผลกระทบจากความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแล้ว (Mehlhorn et al., 2014) ประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เนื่องจากประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในไอซียู สามารถสร้างผลลัพธ์ด้านบวกหรือด้านลบให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ จากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของ Rovatti, Teodoro, and Kern de Castro (2012) พบว่าประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตระหว่างเข้ารับการรักษาอยู่ในไอซียู เป็นช่วงเวลาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากเป็นสาเหตุทำให้เกิดเงื่อนไขที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยและเป็นประสบการณ์ที่ห่างไกลกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นเป็นสถานที่ที่แปลก ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย และรู้สึกตื่นตระหนก อีกทั้งเป็นการเกิดขึ้นอย่างกระทันหัน ผู้ป่วยอาจไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน และเป็นสิ่งที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น ซึ่งประสบการณ์นี้จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ ขึ้นอยู่กับว่า

ผู้ป่วยนั้นมีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์อย่างไร (Rattray, Johnston, & Wildsmith, 2004) โดยประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียู ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ด้านการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ด้านประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก ด้านประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำและด้านความพึงพอใจต่อการดูแล (Rattray, Johnston, & Wildsmith, 2004) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้รับการสื่อสารที่ดี รู้สึกมั่นใจในความปลอดภัย และการแสดงท่าทีที่เป็นมิตรของบุคลากรทางสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายได้มากขึ้น (Fredriksen & Ringsberg, 2007) ในขณะเดียวกันประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ในด้านลบตามมาได้แก่ ภาวะกดดันของจิตใจ (Jones, Humphris, & Griffiths, 2000) กลุ่มอาการหลังภาวะวิกฤต และความเครียดเฉียบพลัน (Davidson et al., 2016) ดังนั้นการเข้าใจประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในไอซียูทางอายุรกรรม จึงมีความสำคัญสำหรับบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในไอซียูเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษายาบาล ให้สอดคล้องกับความต้องการและสถานการณ์ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

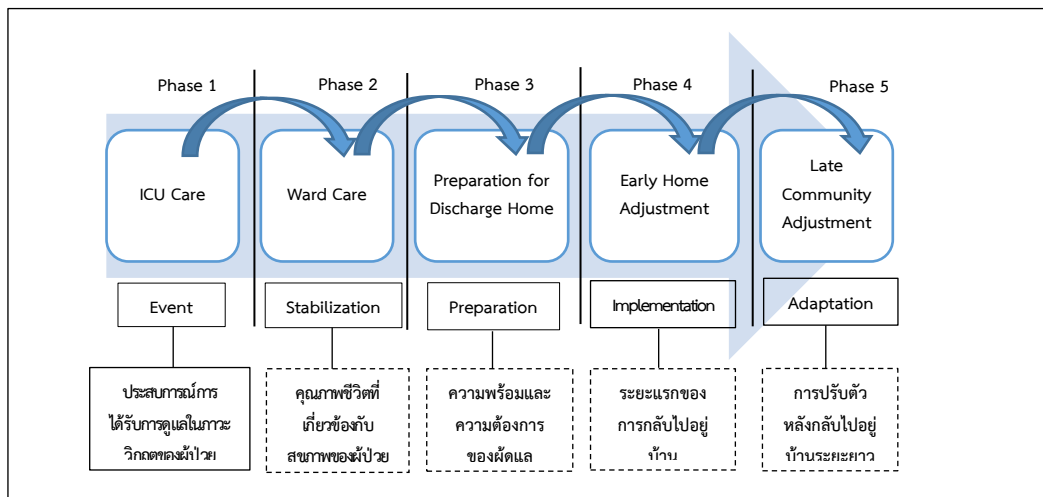
อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันพบว่าการศึกษาประสบการณ์ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวสำหรับประเทศไทยยังพบน้อย โดยพบ 1 งานวิจัยที่เป็นการศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤต (Luangasanatip et al., 2013) และการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต (Chaiweeradet, Ua-Kit, & Oumtanee, 2013; Hatprakob & Surit, 2013) ข้อมูลส่วนใหญ่เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยภาวะวิกฤตในไอซียูเป็นการศึกษาในต่างประเทศที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรมการดูแล และระบบสุขภาพที่มีความแตกต่างจากประเทศไทย นอกจากนี้การศึกษางานบางส่วนจะมุ่งเน้นเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา (Ruhl et al., 2017) และผลกระทบของผู้ดูแล (Czerwonka et al., 2015; Jezierska, 2014)

ดังนั้นเพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลสามารถเข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วยในไอซียูจากสถานการณ์ที่แท้จริงตามบริบทและรูปแบบการดูแลรักษา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรมโดยใช้กรอบแนวคิด Timing It Right ซึ่งจะอธิบายการฟื้นหายจากโรคของผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูว่าเป็นไปตามระยะ (phase) ของการได้รับการดูแลแต่ละช่วงเวลา และสอดคล้องกับความต้องการการดูแลที่เฉพาะกับระยะนั้นๆ (Cameron & Gignac, 2008) ซึ่งเป็นการทำความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้แล้วการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed method study) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผสมกันระหว่างการตอบแบบสอบถามกับการสัมภาษณ์เชิงลึก (Creswell & Clark, 2018) โดยผสมผสานข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้ ซึ่งเป็นตัวเลขและแบ่งระดับประสบการณ์การได้รับการรักษาในภาวะวิกฤต กับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่สามารถอธิบายลักษณะประสบการณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยในไอซียู เพื่อให้ได้คำตอบที่มีความหลากหลาย และนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในไอซียู และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤตในประเทศไทยได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิด Timing It Right (TIR) ซึ่งอธิบายว่าผู้ป่วยวิกฤตที่รอดชีวิตออกจากไอซียู จะเข้าสู่การฟื้นฟูของโรคซึ่งเป็นไปตามระยะ (phase) ของการดูแลแต่ละช่วงเวลา และเกี่ยวข้องกับความต้องการ การดูแลที่เฉพาะกับระยะนั้นๆ (Cameron & Gignac, 2008) ถือว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเหล่านี้มีความต้องการที่เฉพาะในแต่ละระยะการฟื้นฟูอยู่ตลอดเวลา ตั้งแต่การได้รับการดูแลในไอซียู จนถึงขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพ กรอบแนวคิด TIR ประกอบไปด้วย 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต และเป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (event/ diagnosis) 2) ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ (stabilization) 3) ระยะการเตรียมตัวกลับบ้าน (Preparation for discharge home) 4) ระยะแรกของการกลับไปอยู่ที่บ้าน (Early home adjustment) ซึ่งเป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในช่วง 3 เดือนแรก และ 5) การปรับตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านในระยะยาว (Late community adjustment) ซึ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยอีกครั้งเมื่อเข้าสู่ระยะการใช้ชีวิตอย่างปกติ โดยระยะที่ 1 และ 2 จะเกิดขึ้นในช่วงการดูแล ในโรงพยาบาล ระยะที่ 3 อาจเกิดขึ้นทั้งระยะในไอซียูและระยะฟื้นฟูสภาพ ส่วนระยะที่ 4 และ 5 เป็นช่วงเวลา หลังออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ที่บ้าน

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลระยะที่ 1 คือศึกษาระยะที่ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์การเจ็บป่วยช่วงวิกฤต ในไอซียู (event/ diagnosis) โดยการประเมินประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตร่วมกับการสัมภาษณ์ ด้วยแนวคำถามปลายเปิด กรอบแนวคิด Timing It Right ของผู้ป่วยภาวะวิกฤตในไอซียู แสดงดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิด Timing It Right ของผู้ป่วยภาวะวิกฤตในไอซียูทางอายุรกรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม
2. เพื่อศึกษาลักษณะประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม

คำถามการวิจัย

1. ระดับประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรมเป็นอย่างไร
2. ลักษณะประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรมเป็นอย่างไร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีชนิดคู่ขนานเข้าหากัน (Convergent parallel mixed method study) เป็นการวิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปพร้อมๆ กันในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน และนำผลที่ได้มาพิจารณาตีความร่วมกันเพื่อให้งานวิจัยสมบูรณ์สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้หลายมิติมากขึ้น (Creswell, & Plano Clark, 2018) การศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรมครั้งนี้ มีการศึกษาเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) ร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) เกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม เพื่อตอบคำถามการวิจัยที่ชัดเจนและครอบคลุมขึ้น ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2562 – เดือนพฤษภาคม 2563

ประชากร ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยวิกฤตทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในไอซียูอายุรกรรม 1 และ 2 และไอซียูโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งได้รับการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งทั้งชนิด invasive ได้แก่การใช้เครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilation) ผ่านทางท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) หรือท่อหลอดลมคอ (tracheostomy tube) การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis machine) การใส่สายสวนหัวใจและหลอดเลือดเป็นต้น และการรักษาชนิด non-invasive เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (non-invasive mechanical ventilation) และผู้ป่วยที่มีการให้ยาเพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนในร่างกาย (inotropic drug) เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยวิกฤตทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤติ และเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยไอซียูทางอายุรกรรมได้แก่ หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 และ 2 และหอผู้ป่วยไอซียูระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการเลือกจากกลุ่มประชากร โดยการเลือกตามเกณฑ์ (Convenience Sampling) ซึ่งกำหนดคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. อายุมากกว่า 18 ปี
2. มีอาการคงที่เป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมงที่หอผู้ป่วยทั่วไปภายหลังย้ายออกจากไอซียูแล้ว
3. รู้สึกตัวดี สื่อสารได้เข้าใจ Glasgow Coma Scale ในวันสัมภาษณ์ > 8 คะแนน
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า แต่ไม่ประสงค์ที่จะเปิดเผยหรือเล่าประสบการณ์จากการได้รับการดูแลในช่วงภาวะวิกฤต
2. ผู้ให้ข้อมูลมีอาการทางคลินิกแย่งระหว่างการสัมภาษณ์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1987 cited in Prescott, 1987) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณคือ $n \geq 10k + 50$ (n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา)

ดังนั้น $n \geq (10 \times 2) + 50$ จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ 70 คน

สถานที่ศึกษา

สถานที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เป็นหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 และ 2 และหอผู้ป่วยไอซียูโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากภาวะวิกฤตทางอายุรกรรมทั่วไป อายุรกรรมโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด และเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ มีความเชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยวิกฤต ทั้งด้านบุคลากรและเครื่องมือที่ทันสมัย และจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในไอซียูดังกล่าวมีอัตราการรอดชีวิตสูง

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 3 ส่วนดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา สาเหตุของการเข้ารับการรักษา การวินิจฉัยโรค การเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับขณะอยู่ในไอซียู ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียู ระดับการรู้สึกตัว ประวัติการได้รับยานอนหลับหรือยาแก้ปวดที่เป็นอนุพันธ์จากฝิ่น และการใช้เครื่องช่วยหายใจขณะเข้ารับการรักษาในไอซียู

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต ผู้วิจัยแปลจาก intensive care experience questionnaire (Rattray, Johnston, & Wildsmith, 2004) โดยได้รับอนุญาตอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรจากเจ้าของเครื่องมือ Janice Rattray ผู้พัฒนาแบบสอบถาม ให้แปลแบบสอบถามจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการแปลแบบสอบถามตามกระบวนการแปลแบบสอบถาม (Brislin, Lonner, & Thorndike, 1973) โดยเริ่มต้นจากผู้วิจัย 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน แปลแบบสอบถามจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (forward translation) จากนั้นวิเคราะห์ผลการแปลจากผู้แปลทั้งสองคน เขียนรายงานการแปลในรูปแบบการแปลที่สังเคราะห์จากการแปลของผู้แปลสองคนเป็นฉบับภาษาไทย จากนั้นแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) โดยอาจารย์พยาบาลที่มีทักษะการใช้ภาษาอังกฤษในระดับดี จบการศึกษาระดับปริญญาเอกจากมหาวิทยาลัยในประเทศสหรัฐอเมริกา และไม่เคยอ่านแบบสอบถามต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษมาก่อน จากนั้นตรวจสอบฉบับแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ สรุปความเห็นเบื้องต้น และตรวจทานการแปลฉบับภาษาไทยให้ถูกต้อง

แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต (Intensive Care Experience Questionnaire, ICEQ) สำหรับผู้ป่วย มีข้อความสั้นๆ เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต จำนวน 24 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้านที่เกี่ยวข้องได้แก่ ด้านการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อม (awareness of Surroundings: 9 ข้อ) ด้านประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก (frightening experiences: 6 ข้อ) ด้านประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำ (recall of experiences: 5 ข้อ) และ ด้านความพึงพอใจต่อการดูแล (satisfaction with care: 4 ข้อ) โดยแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ผลรวมคะแนนแต่ละด้านที่สูงบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์ในด้านนั้นๆ สูง

ส่วนที่ 3 แนวคำถามปลายเปิด เป็นแนวคำถามในการเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของกระบวนการสนทนา และปฏิสัมพันธ์ของผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลตามสถานการณ์ เช่น ประสบการณ์ของท่านขณะได้รับการรักษาในไอซียูเป็นอย่างไรบ้าง ท่านคิดว่าอะไรคือสิ่งที่ดีที่สุดและแย่ที่สุดระหว่างที่เข้ารับการรักษาในไอซียู เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนของการใช้ภาษาและความสอดคล้องของข้อความจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมจำนวน 2 คน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ที่มีประสบการณ์และสอนการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 1 คน หลังจากได้รับคำแนะนำและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงด้านภาษาให้มีความชัดเจน และครอบคลุมมากขึ้น โดยมีดัชนีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) 0.8 และภายหลังโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในข้อความ ระยะเวลาการตอบแบบสอบถาม และการศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา จากแบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตในแต่ละด้านได้แก่ด้านการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ด้านประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก ด้านประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำ และด้านความพึงพอใจต่อการดูแล ได้เท่ากับ 0.7, 0.7, 0.8, และ 0.7 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (IRB No. 178/62) ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการดำเนินการ ตลอดจนระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยซักถามข้อสงสัย และตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ ในการปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย โดยสามารถกระทำได้ตลอดเวลาและไม่มีผลกระทบกับการรักษาพยาบาล และเมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยยินยอมเข้าร่วม ชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 และ 2 และหอผู้ป่วยไอซียูโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ในการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีแผนการรักษาจากแพทย์ให้ย้ายไปหอผู้ป่วยทั่วไป

2. เมื่อพยาบาลในหอผู้ป่วยดังกล่าว แจ้งผู้วิจัยว่ามีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย **เมื่อผู้ป่วยย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไปและมีอาการคงที่แล้วไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง** หากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่เวลา 7.00 – 15.00 น. ทุกวันจันทร์ – วันศุกร์

3.2 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

3.3 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวคำถามปลายเปิด ร่วมกับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตขณะเข้ารับการรักษาในไอซียู โดยผู้วิจัยจดบันทึกคำตอบ และบันทึกเสียงสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีในผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

4. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลเกี่ยวกับระดับประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับลักษณะประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรมที่ได้จากคำถามปลายเปิด และบทสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยใช้เกณฑ์ของ Schreier (2012) คือนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคล (individual interview) ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ จัดกลุ่มประเด็น จำแนกอย่างเป็นระบบ คัดเลือกข้อมูลของผู้ป่วยที่มีความชัดเจนลึกซึ้ง และประเด็นที่น่าสนใจจากผู้ป่วยจำนวน 1-3 ราย อ่านบทวนซ้ำหลายรอบ และทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอีกครั้งกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์

3. นำผลการวิเคราะห์ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ได้มาพิจารณาและตีความร่วมกันเพื่ออธิบายประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม

ผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม แบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วนคือส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ระดับ และลักษณะประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในไอซียูทางอายุรกรรม ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 60.0 มีอายุตั้งแต่ 18-87 ปี อายุเฉลี่ย 54.4 ปี (SD 17.5) มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 61.4

และเรียนจบชั้นปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 31.4 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 90.0 อาชีพก่อนการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเกษียณอายุการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 41.4 และส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตร 30 บาท) คิดเป็นร้อยละ 50.0 นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เข้ามารับการรักษาในไอซียูถูกส่งตัวมาจากห้องฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 44.3 โดยพบว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตทางอายุรกรรมมาจากโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.6 รองลงมาคือการติดเชื้อในร่างกายคิดเป็นร้อยละ 28.6 นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 40.0 ได้รับการใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจชนิด invasive ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 2.9 ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด non-invasive และกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวนร้อยละ 8.6 ได้รับการช่วยหายใจด้วยออกซิเจนชนิด high flow สำหรับระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในไอซียูพบตั้งแต่ 2-20 วัน เฉลี่ย 4.9 (SD 3.4) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวนร้อยละ 68.6 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในไอซียูมาก่อน สำหรับข้อมูลระดับการรู้สึกตัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่ารู้สึกตัวตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาในไอซียู คิดเป็นร้อยละ 35.8 รองลงมาคือรู้สึกตัวดีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 37.1 และประมาณร้อยละ 27.2 รู้สึกตัวดีเป็นส่วนน้อย นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 52.4 เคยได้รับยานอนหลับหรือยาแก้ปวดที่เป็นอนุพันธ์จากฝิ่น (opioid) ระหว่างเข้ารับการรักษาในไอซียู เช่น มอร์ฟีน (morphine) เฟนทานิล (fentanyl) หรือโดมิกุม (dormicum)

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ระดับ และลักษณะประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต

ตารางที่ 1 แสดงระดับประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม ทั้ง 4 ด้าน จำแนกเป็นระดับสูงและระดับต่ำโดยแบ่งตามอันตรภาคชั้น (class interval) ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม **ด้านการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อม** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 97.1 โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 9 - 45 และมีคะแนนเฉลี่ย 37.4 (SD 4.3) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่ารู้สึกตัวดีอยู่เสมอขณะอยู่ในห้องไอซียู คิดเป็นร้อยละ 82.9 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สามารถจำญาติที่มาเยี่ยมได้ คิดเป็นร้อยละ 88.6 รู้สึกว่าไอซียูเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 61.4 ผู้ป่วยสามารถบอกความต้องการของตนเองได้ คิดเป็นร้อยละ 52.9 และรู้สึกตัวเมื่อมีใครเข้ามาใกล้คิดเป็นร้อยละ 47.1 ดังตัวอย่าง

มีพยาบาลมาตลอด สามารถเรียกได้ตลอด คือมันจะมีอยู่ช่วงหนึ่งที่หนูอ๊วก (อาเจียน) เป็นเลือด มันเป็นเลือด หนูไม่รู้ พยาบาลบอกเป็นเลือด แล้วตามหมอมาดู ทำให้เรารู้สึกปลอดภัย (P68)

ห้องที่อยู่ (ไอซียู) มันเงียบ และมีอุปกรณ์ครบสมบูรณ์ เวลาช่วยชีวิตสามารถมีอุปกรณ์หยิบฉวยได้เลย ของใช้รอบตัว เติียงปรับได้ ชั่งน้ำหนักได้ ...เป็นห้องที่นอนเดี่ยวๆ ไม่มีใครมารบกวน รู้สึกปลอดภัย ใกล้เคียง ใกล้เคียง พยาบาลดี ช่วยดูแลให้เราฟื้นมา เหมือนพ้นความตาย รู้สึกขอบคุณที่พยาบาลอยู่ข้างหน้า มองไปก็เห็นพยาบาล อุ่นใจดี (P56)

กำลังใจจากครอบครัว ญาติพี่น้อง แฟน คนรอบตัวเวลาเขามาเยี่ยม มันทำให้เรามีกำลังใจสู้ต่อ คิดว่าอยู่กับหมอแล้วยังไง ก็คงจะหาย (P69)

ด้านประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 61.4 มีการรับรู้ประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนกอยู่ในระดับต่ำ โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 6-30 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 12.6 (SD 4.7) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกเป็นส่วนใหญ่ว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือมีเป็นจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 24.3 และรู้สึกเป็นส่วนใหญ่ว่ากำลังจะตายคิดเป็นร้อยละ 17.1

ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนกในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 38.6 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกตลอดเวลาว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือ และรู้สึกตลอดเวลาว่าตนเองกำลังจะตายมีจำนวนที่เท่ากันคือร้อยละ 21.4 นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกกลัวและรู้สึกเจ็บปวดตลอดเวลาจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 5.7 กลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกไม่เห็นสิ่งแปลกๆ ตลอดเวลา และรู้สึกฝันร้ายตลอดเวลาคิดเป็นร้อยละ 4.3 และ 1.4 ตามลำดับ ดังตัวอย่าง

ช่วยตัวเองไม่ได้ บอกใครไม่ได้ เหมือนคนนอนแล้วโดนตริอยู่...บางทีตัวเราเองคิดว่าเค้าจะมาทำร้าย มันเกิดตอนที่มีคนเข้ามา (P15)

เสียงร้องดื้อๆ มันเหมือนเราไม่หายสักที ไม่พ้นไปจากตรงนี้ มันเหมือนบอกว่าจะตายๆ เสียงนี้...เครื่องช่วยหายใจ สายอยู่ในปาก ดันเพดานปากจนเป็นแผลเลย ผมพูดไม่ได้ ผมอยากจิบน้ำบ้าง คอแห้งมาก มันทรมานมาก (P70)

ไม่ชอบให้ผูกมือ ผูกเท้า เสียงดังโครมครามๆ คิดว่าถ้าเกิดอะไรขึ้น แล้วใครจะช่วยเรา เราถูกผูกมือ ช่วยตัวเองไม่ได้ เราไม่ชอบเหมือนจิตหลอน (P38)

ด้านประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 58.6 โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 5-25 คะแนนเฉลี่ย 15.8 (SD 4.8) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จดจำเรื่องราวขณะเข้ารับการรักษาในไอซียูได้ตลอดเวลา คิดเป็นร้อยละ 41.4 และจำได้ว่าเป็นช่วงเวลากลางวันหรือกลางคืนคิดเป็นร้อยละ 37.1 ในขณะที่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวนร้อยละ 41.4 ที่มีประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำอยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่าร้อยละ 21.4 ไม่รู้เลยว่าเป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกว่าตนเองนอนหลับมากเกินไปคิดเป็นร้อยละ 31.4 ดังตัวอย่าง

กลางวัน กลางคืน อันนี้ไม่รู้เลย ไม่เห็นแสงของพระอาทิตย์ในวันใหม่ แล้วพวกนี้ (แสงพระอาทิตย์ของวันใหม่) ทำให้คนไข้ดีขึ้น เพราะทำให้รู้ว่า จะมีวันพรุ่งนี้ ตลอดห้าวันที่อยู่ในไอซียู เรารู้สึกตัว แต่ไม่เคยรู้เลยว่า วันอะไรเวลาอะไร (P23)

อยู่ตรงนั้น (ไอซียู) ไม่ได้รับรู้อะไรมาก รู้สึกเหมือนได้ยานอนหลับ (P14)

ด้านความพึงพอใจต่อการดูแล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดูแลอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 85.7 โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 4-19 คะแนนเฉลี่ย 16.13 (SD 2.9) โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีความเห็นว่าการบริการดีอยู่แล้วร้อยละ 42.9 และรับรู้ว่ามีเสียงดังรบกวนเลยร้อยละ 35.7 ดังตัวอย่าง

การรักษาของหมอที่นี่ดี ปลอดภัยในชีวิต...ทุกอย่าง สถานที่ดี แบบไม่มีอะไรรบกวน เจ็บ คุณหมอ พยาบาล เอาใจใส่ดี...ดูแลอย่างดีแล้ว นอนสบาย หลับสบายดี ไม่อยากย้ายออกมาเลย อยากอยู่ห้องนั้นต่ออีก (P16)

พยาบาลบางคนดูแลคน ห่วง ดูแลให้กำลังใจ คอยบอกว่าไม่เป็นไรนะ เดียวก็ดีขึ้น คอยแนะนำ เวลาถามก็บอก... เค้าวจะเข้ามาปลอบ นอนนะ เค้า (พยาบาล) รู้สึกถึงสภาวะของเรา เวลาจะมาถอดเครื่อง ยังถามว่าไหวไหม เค้าวเอาใจใส่เรา รู้สึกสิ่งที่เกิดขึ้น ขอขอบคุณห้องไอซียูช่วยชีวิตคนๆ หนึ่งให้ฟื้นคืนกลับมา (P38)

ในขณะที่มีกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวนร้อยละ 42.9 ระบุว่ามีความเสี่ยงดังรบกวนเล็กน้อย และกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 50 ระบุว่าระหว่างอยู่ในไอซียูมีการถูกรบกวนอย่างต่อเนื่องเพียงเล็กน้อย ดังตัวอย่าง

การดูแลดีอยู่แล้วไม่ต้องเข้ามาบ่อยเกินไป กำลังหลับอยู่แล้วมาปลุก เช่นมาให้ยา เพิ่งหลับแล้วมาปลุก ให้ยาไม่ต้องบอกก็ได้ให้เลย (P14)

ห้องผู้ป่วยห้องข้างๆ ได้ยินเสียงร้องไห้บ่อย อยากให้แยก ไม่ให้ผู้ป่วยป่วยคนอื่นรับรู้ รับทราบ (P8)

ตารางที่ 1 แสดงช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างขณะเข้ารับการรักษาในไอซียูทางอายุรกรรม (N=70)

ประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตรายด้าน	ระดับสูง [n (%)]	ระดับต่ำ [n (%)]
ด้านการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อม (คำถามจำนวน 9 ข้อ) (Mean 37.4, SD 4.32, Range 9-45)	68 (97.1)	2 (2.9)
ด้านประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก (คำถามจำนวน 6 ข้อ) (Mean 12.57, SD 4.66, Range 6-30)	27 (38.6)	43 (61.4)
ด้านประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำ (คำถามจำนวน 5 ข้อ) (Mean 15.84, SD 4.76, Range 5-25)	41 (58.6)	29 (41.4)
ด้านความพึงพอใจต่อการดูแล (คำถามจำนวน 4 ข้อ) (Mean 16.13, SD 2.90, Range 4-19)	60 (85.7)	10 (14.3)

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในไอซียูทางอายุรกรรมจำนวน 70 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 54.4 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Atramont et al. (2019) ที่พบว่าผู้ป่วยรอดชีวิตหลังภาวะวิกฤตเป็นวัยผู้ใหญ่มากกว่าวัยสูงอายุ และอัตราการรอดชีวิตยังมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคที่เจ็บป่วยและสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในไอซียู นอกจากนั้นผลการศึกษารังนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถูกส่งตัวมาจากห้องฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 44.3 อธิบายได้ว่าการเข้ารับการรักษาในไอซียูเป็นภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน กระทันหัน และไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้ามาก่อน (Torheim & Kvangarsnes, 2014) เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยดังกล่าว ผู้ป่วยจึงถูกนำส่งที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล นอกจากนั้นแล้วกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารังนี้ ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในไอซียูมาก่อน ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเครียดและความกดดันสูงกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไป (Brame & Singer, 2010)

ผลการศึกษานี้ยังระบุอีกว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจชนิด invasive สอดคล้องกับการศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยในไอซียู ที่ระบุว่า ขณะอยู่ในไอซียูผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิด invasive ของ (Atrament et al., 2019) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ ระบุว่ารู้สึกตัวดี จดจำเรื่องราวในไอซียูได้ คิดเป็นร้อยละ 41.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ Pattison, Gara, and Rattray (2015) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในไอซียูระบบหัวใจและพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่งสามารถจดจำเรื่องราวขณะอยู่ในไอซียูได้ดี อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของ Ariffin, Pinyokham, and Tachaudomdach (2018) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยวิกฤตขณะเข้ารับการรักษาในไอซียูโรงพยาบาลรัฐบาลและพบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากถึงร้อยละ 82.4 ไม่สามารถจดจำเรื่องราวระหว่างเข้ารับการรักษาได้ อธิบายได้ว่าระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วยในไอซียูที่แตกต่างกัน อาจเป็นผลจากการได้รับยาแก้ปวดหรือยาที่ช่วยให้ร่างกายหลับในปริมาณที่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นระบุว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับยานอนหลับจำนวนถึงร้อยละ 74.6 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (Ariffin, Pinyokham, & Tachaudomdach, 2018) ในขณะที่ผลการศึกษานี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยานอนหลับระหว่างเข้ารับการรักษาในไอซียูเพียงร้อยละ 52.4

ผลการศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม ครั้งนี้ สนับสนุนแนวคิด Timing It Right ซึ่งอธิบายว่าการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่การเจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤตและเข้ารับการรักษาในไอซียู จนกระทั่งเข้าสู่การฟื้นฟูสภาพและย้ายออกจากไอซียูไปนั้น ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่เฉพาะกับระยะของการเจ็บป่วย (Cameron & Gignac, 2008) ดังนั้นประสบการณ์ของผู้ป่วยระหว่างการเข้ารับการรักษาในไอซียูซึ่งเป็นระยะที่ 1 ของแนวคิดนี้ คือระยะการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยพบว่ามีทั้งประสบการณ์ด้านบวกและประสบการณ์ด้านลบ การมีประสบการณ์ด้านบวกจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้เร็วขึ้น (Fredriksen & Ringsberg, 2007) ในขณะที่การมีประสบการณ์ด้านลบจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะกดดันของจิตใจ เกิดความเครียดเฉียบพลัน (Jones, Humphris, & Griffiths, 2000) ส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการหลังภาวะวิกฤต และการฟื้นหายช้าลง (Davidson et al., 2016) ดังนั้นการส่งเสริมประสบการณ์ด้านบวกสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในไอซียูทางอายุรกรรม จึงเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในไอซียูควรให้ความสนใจ

ประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทั้ง 4 ด้านประกอบด้วย **ด้านการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อม** ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้อยู่ในระดับสูง และส่วนใหญ่ระบุว่ารู้สึกตัวดีอยู่เสมอ ขณะอยู่ในห้องไอซียู จดจำญาติที่มาเยี่ยมได้ รู้สึกว่าไอซียูเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Ariffin et al. (2018) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในไอซียูรวมของโรงพยาบาลรัฐบาลพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยร้อยละ 50 มีความตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อมในระดับสูง และความตระหนักรู้เกี่ยวกับญาติหรือบุคคลในครอบครัวมากที่สุดถึงร้อยละ 83 นอกจากนั้นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการรักษาระบุว่า ผู้ป่วยรู้สึกดีที่ญาติมาเยี่ยม โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่พวกเขาไม่รู้สึกตัว การมีญาติอยู่ด้วยจะรู้สึกปลอดภัย (Olsen et al., 2017) อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาอื่นที่ผลการศึกษาระบุว่า ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำ โดยระบุว่าไม่มีความตระหนักรู้ต่อบุคคล สถานที่และเวลา และผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองนอนหลับเป็นส่วนมาก (Alasad, Abu Tabar, & Ahmad, 2015) นอกจากนั้นแล้วยังพบว่า

ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 35 ที่จดจำเรื่องราวขณะเข้ารับการรักษาในไอซียูไม่ได้เลย (Soh et al., 2014) ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยช่วงภาวะวิกฤตในไอซียู จึงควรส่งเสริมให้ญาติได้เข้ามาเยี่ยม และมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกปลอดภัย และเพิ่มการฟื้นหายจากโรคได้เร็วขึ้น (Kleinpell et al., 2019) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตจึงมีความสำคัญทั้งในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤต และภายหลังที่ย้ายออกไปแล้ว อีกทั้งความมั่นใจดูแลของพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ ที่ให้การดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยโดยเฉพาะระหว่างช่วงเวลาที่ไม่รู้สึกตัว (Olsen et al., 2017)

ด้านประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก

ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้อยู่ในระดับต่ำ โดยผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนใหญ่ และรู้สึกเพียงบางครั้งว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือ เป็นข้อคิดเห็นที่มีจำนวนมากที่สุด นอกจากนั้นผู้ป่วยบางส่วนที่รู้สึกเป็นส่วนใหญ่ว่าตนเองกำลังจะตาย ในขณะที่เดียวกันผลการศึกษาคั้งนี้ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่รับรู้ประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนกในระดับสูง โดยผู้ป่วยรู้สึกตลอดเวลาว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือ รู้สึกตลอดเวลาว่าตนเองกำลังจะตาย รู้สึกกลัว เจ็บปวดและ ผื่นร้ายตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiweeradet et al. (2013) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วย วิกฤตที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในไอซียู ผลการวิจัยระบุว่าผู้ป่วยรู้สึกเหมือนคนกำลังจะตาย รู้สึกทรมานกับ อาการเจ็บปวด และนอนไม่ได้เพราะใจมีแต่ความกลัว นอกจากนั้นผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูระบุว่าประสบการณ์ ที่มีผลกระทบต่อจิตใจของพวกเขามากที่สุดคือความเจ็บปวด (Soh et al., 2014) ดังนั้น การประเมินความปวด และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในไอซียู ไม่ว่าจะเป็นการประเมินด้วยเครื่อง polysomnography หรือ การประเมินด้วยแบบสอบถาม (Medrzycka-Dabrowska et al., 2018) รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา แก้วปวด หรือยานอนหลับโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากร ที่ปฏิบัติงานในไอซียูควรให้ความสำคัญ นอกจากนั้น การหาวิธีที่จะพูดคุยและสื่อสารกับผู้ป่วยระหว่างการดูแล รักษา (Foa et al., 2016) ตลอดจนการพูดคุยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึก ปลอดภัยและมั่นใจการดูแลรักษามากขึ้น นอกจากนั้น การดูแลรักษาแบบอื่นที่ไม่ต้องใช้ยา (non-pharmacotherapy) และไม่ขัดกับแผนการรักษาของแพทย์ เช่นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ หรือการใช้กลิ่นหรือ ดนตรีบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายมากขึ้น (Erdogan & Atik, 2017) รวมทั้งการดูแล ให้ได้รับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อและต้องการของผู้ป่วยอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ เป็นการตอบสนองทางจิตจิตวิญญาณ (Alasad et al., 2015) เพื่อให้ผู้ป่วยลดอาการตื่นตระหนกของจิตใจ ในช่วงภาวะวิกฤตของชีวิตลงได้

ด้านประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้อยู่ในระดับสูง โดยจดจำเรื่องราวขณะเข้ารับการรักษาในไอซียู ได้ตลอดเวลา และจำได้ว่าเป็นช่วงเวลากลางวันหรือกลางคืน เป็นข้อคิดเห็นที่ระบุมากที่สุด ในขณะที่เดียวกัน ผลการศึกษายังพบว่ามีผู้ป่วยเกือบครึ่งของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ที่มีประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำอยู่ในระดับต่ำ โดยผู้ป่วยเหล่านี้จดจำเรื่องราวระหว่างเข้ารับการรักษาในไอซียูได้เพียงบางส่วน และเกือบตลอดเวลาไม่รู้เลย ว่าเป็นช่วงเวลากลางวันหรือกลางคืน นอกจากนั้นผู้ป่วยยังรู้สึกว่าตนเองนอนหลับมากเกินไปอีกด้วย ซึ่ง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Pattison et al. (2015) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยวิกฤตระบบหัวใจพบว่า ระหว่างที่เข้ารับการรักษาในไอซียูระบบหัวใจพวกเขาไม่รู้เลยว่าเป็นกลางวันหรือ

กลางคืนถึงร้อยละ 42.9 และผู้ป่วยที่รู้สึกว่าการทรงจำช่วงเวลานั้นมันเลือนลางมีจำนวนมากถึงร้อยละ 35.1 นอกจากนั้นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในไอซียู ผู้ป่วยระบุว่า รู้สึกเหมือนล่องลอยอยู่ระหว่างความจริงกับความฝัน และไม่แน่ใจว่าเรื่องราวที่จำได้นั้นอันไหนคือความจริง และอันไหนคือความรู้สึกหลอน (Olsen et al., 2017) ผลการศึกษาดังกล่าวยังระบุอีกว่าความทรงจำไม่ได้มีเพียงแค่การฝันร้ายเท่านั้น แต่ยังคงฝันเห็นนักดนตรีที่มีชื่อเสียง ซึ่งถือว่าเป็นความรู้สึกด้านบวกที่เกิดขึ้น

ประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำของผู้ป่วยในไอซียูพบว่ามีหลากหลาย โดยพบผลการศึกษาที่ผ่านมาที่มีการระบุว่า มีทั้งผู้ป่วยที่จดจำเรื่องราวได้ดีเป็นส่วนใหญ่ (Alasad et al., 2015) และผู้ป่วยที่จำเรื่องราวและเหตุการณ์ในระหว่างภาวะวิกฤตได้น้อยหรือไม่ได้เลย (Ariffin et al., 2018; Pattison et al., 2015) ซึ่งความแตกต่างนี้เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลผู้ซึ่งให้การดูแลอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลาต้องใช้ความสามารถในการประเมินและเข้าใจความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยแต่ละคน และเน้นการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยจะต้องมีการประเมินบริบทหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วย (Esmaeili, Cheraghi, & Salsali, 2017) นอกจากนั้น ควรมีการตระหนักและให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (advocacy) (Peerakavee & Udchumpisai, 2020) เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง อีกทั้งการดูแลทางด้านจิตใจให้กับผู้ป่วย เพื่อลดความเครียด และส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูและเพื่อให้ผู้ป่วยมีช่วงเวลาของความทรงจำที่ดี ลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อร่างกายและจิตใจ ระหว่างที่เข้ารับการรักษาในไอซียู ไม่ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัว หรือไม่ก็ตาม (Wade et al., 2018)

ด้านความพึงพอใจต่อการดูแล

การศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดูแลระหว่างอยู่ในไอซียูทางอายุรกรรมอยู่ในระดับสูง โดยความเห็นส่วนใหญ่ระบุว่าได้รับการบริการดีอยู่แล้ว และไม่มีเสียงดังรบกวน อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.9) ระบุว่าขณะเข้ารับการรักษาในไอซียูมีเสียงดังรบกวนเล็กน้อย และจำนวนร้อยละ 50.0 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดรู้สึกว่าการถูกรบกวนอย่างต่อเนื่องเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษา ของ Ariffin et al. (2018) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในไอซียูโรงพยาบาลของรัฐบาลและพบว่า ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 43.0 มีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการดูแลที่ได้รับและระบุว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในไอซียูใจดี ให้การดูแลที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจในการดูแลของพยาบาล และรู้สึกขอบคุณที่ได้ช่วยให้มีชีวิตรอดออกมาได้ (Olsen et al., 2017) นอกจากนั้นการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยวิกฤตระบบหัวใจและวิกฤตทั่วไปพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกมีประสบการณ์ด้านบวกกับการเข้ารับการรักษาในไอซียู (Pattison et al., 2015) และการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในไอซียู พบว่า ผู้ป่วยจะรู้สึกปลอดภัยเมื่อมีเจ้าหน้าที่อยู่ด้วยจำนวนมากถึง ร้อยละ 70 แม้ว่าเป็นเป็นช่วงเวลาเจ็บป่วยวิกฤตอยู่ในไอซียูก็ตาม (Rattray et al., 2004) การศึกษาของ Chaiweeradet et al. (2013) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยระหว่างที่ใส่เครื่องช่วยหายใจพบว่า แม้จะรู้สึกกลัวการเข้ารับการรักษาในไอซียู แต่ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจต่อการดูแลของพยาบาลตั้งแต่การทักไข้ประจำวัน การพูดคุย หยอกล้อ และทักทายผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายความเครียดและความกลัว นอกจากนั้นยังรู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ท่ามกลางพยาบาลที่ดูแลเอาใจใส่เขาเป็นอย่างดี (Chaiweeradet et al., 2013) ดังนั้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการพยาบาลด้วยความ

เข้าใจ เอื้ออาหาร และใส่ใจความรู้สึกของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่พยาบาลควรทำควบคู่ไปกับการดูแลช่วงภาวะวิกฤตของชีวิตผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมประสบการณ์ด้านบวกระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในไอซียู

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาสามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูทางอายุรกรรม เพื่อให้พยาบาลให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม
2. ผลการศึกษาที่ระบุลักษณะประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก สามารถนำไปพัฒนากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูอายุรกรรม เพื่อลดประสบการณ์ด้านลบ เช่นการผูกมัด และส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจต่อการพยาบาลมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Alasad, J. A., Abu Tabar, N., & Ahmad, M.M. (2015). *Patients' experience of being in intensive care units*. *Journal of Critical Care*, 30(4), 859.e7-859.e11.
- Ariffin, S. M., Pinyokham, N., & Tachaudomdach, C. (2018). *Intensive care experience among intensive care unit survivors*. *Nursing Journal*, 45(4), 181-191.
- Atramont, A., et al. (2019). "Association of Age With Short-term and Long-term Mortality Among patients discharged from intensive care units in France." *JAMA Network Open*, 2(5), e193215-e193215.
- Brame, A. L., & Singer, M. (2010). *Stressing the obvious? An allostatic look at critical illness*. *Critical care medicine*, 38(10 Suppl), S600-S607. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181f23e92>
- Brinkman, S., Abu-Hanna, A., de Jonge, E., & de Keizer, N. F. (2013). *Prediction of long-term mortality in ICU patients: model validation and assessing the effect of using in-hospital versus long-term mortality on benchmarking*. *Intensive Care Medicine*, 39(11), 1925-1931. doi:10.1007/s00134-013-3042-5
- Brislin, R. W., Lonner, W. J., & Thorndike, R. M. (1973). *Cross-cultural research methods*. New York: John Wiley & Sons.
- Cameron, J. I., & Gignac, M. A. (2008). "Timing It Right": a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 305-314. doi:10.1016/j.pec.2007.10.020
- Chaiweeradet, M., Ua-Kit, N., & Oumtanee, A. (2013). *Experiences of being an adult patient receiving mechanical ventilator*. *Boromrajonani College of Nursing Songkhla Journal*, 33(2), 31-46.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed-methods research* (3rd ed.). California: Sage.

- Cuthbertson, B. H, Roughton S, Jenkinson D, & MacLennan G, Vale G. (2010). *Quality of life in the five years after intensive care: A cohort study*. Critical Care, 14, 1-12.
- Czerwonka, A. I., Herridge, M. S., Chan, L., Chu, L. M., Matte, A., & Cameron, J. I. (2015). *Changing support needs of survivors of complex critical illness and their family caregivers across the care continuum: a qualitative pilot study of towards recover*. Journal of Critical Care, 30(2), 242-249. doi:10.1016/j.jcrc.2014.10.017
- Davidson, J. E., & Harvey, M. A. (2016). *Patient and family post-Intensive care syndrome*. American Advanced Critical Care Nursing, 27(2), 184-186. doi:10.4037/aacnacc2016132
- Desai, S. V., Law, T. J., & Needham, D. M. (2011). *Long-term complications of critical care*. Critical Care Medicine, 39(2), 371-379. doi:10.1097/CCM.0b013e3181fd66e5
- Dexheimer Neto, F. L., Rosa, R. G., Duso, B. A., Haas, J. S., Savi, A., Cabral, C., . . . Teixeira, C. (2016). *Public versus private healthcare systems following discharge from the ICU: A propensity score-Matched comparison of outcomes*. BioMed Research International, 2016 Mar 30. 1-8. doi: 10.1155/2016/6568531
- Erdogan, Z., & Atik, D. (2017). *Complementary health approaches used in the intensive care unit*. Holistic Nursing Practice, 31, 325-342. doi: 10.1097/HNP.0000000000000227
- Esmaili, M., Cheraghi, M.A., & Salsali, M. (2017). *Explaining the context of patient-center care in critical care unit*. Journal of Holistic Nursing and Midwifery, 27(3), 17-26.
- Foa, C., Cavalli, L., Maltoni, A., Tosello, N., Sangilles, C., Maron, I., . . . Artioli, G. (2016). *Communications and relationships between patient and nurse in Intensive Care Unit: Knowledge, knowledge of the work, knowledge of the emotional state*. ACTA BIOMEDICA for Health Professions, 87(suppl), 71-82.
- Fredriksen, S.T.D., & Ringsberg, K.C. (2007). *Living the situation stress experience among intensive care patients*. Intensive and Critical Care Nursing, 23(3), 124 – 131.
- Hashem, M. D., Nallagangula, A., Nalamalapu, S., Nunna, K., Nausran, U., Robinson, K. A., . . . Eakin, M. N. (2016). *Patient outcomes after critical illness: a systematic review of qualitative studies following hospital discharge*. Critical Care, 20(1), 345. doi:10.1186/s13054-016-1516-x
- Hatprakob, P, & Surit, P. (2013). *Experience of elderly who depend on mechanical ventilation in surgical ICU, tertiary care hospital*. (2013). Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division, 31(4), 70-79.

- Huang, M., Parker, A. M., Bienvenu, O. J., Dinglas, V. D., Colantuoni, E., Hopkins, R. O., & Needham, D. M. (2016). *Psychiatric symptoms in acute respiratory distress syndrome survivors: A 1-Year national multicenter study*. *Critical Care Medicine*, 44(5), 954-965. doi:10.1097/ccm.0000000000001621
- Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Brummel, N. E., Thompson, J. L., Hughes, C. G., . . . Ely, E. W. (2014). *Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: A longitudinal cohort study*. *Lancet Respiratory Medicine*, 2(5), 369-379. doi:10.1016/s2213-2600(14)70051-7
- Jeziarska, N. (2014). *Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units*. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 46(1), 42-45. doi:10.5603/ait.2014.0009
- Jones, C., Humphris, G., & Griffiths, R. D. (2000). *Preliminary validation of the ICUM tool: A tool for assessing memory of the intensive care experience*. *Clinical Intensive Care*, 11(5), 251-255.
- Kaukonen, K. M., Bailey, M., Suzuki, S., Pilcher, D., & Bellomo, R. (2014). *Mortality related to severe sepsis and septic shock among critically ill patients in Australia and New Zealand, 2000-2012*. *Journal of the American Medical Association*, 311(13), 1308-1316. doi:10.1001/jama.2014.2637
- Kleinpell, R., Zimmerman, J., Vermoch, K. L., Harmon, L. A., Vondracek, H., Hamilton, R., . . . Hwang, D. Y. (2019). *Promoting family engagement in the ICU: Experience from a national collaborative of 63 ICUs*. *Critical Care Medicine*, 47(12), 1692-1698.
- Kluge, G. H., Brinkman, S., van Berkel, G., van der Hoeven, J., Jacobs, C., Snel, Y. E., . . . Boon, E. S. (2015). *The association between ICU level of care and mortality in the Netherlands*. *Intensive Care Medicine*, 41(2), 304-311. doi:10.1007/s00134-014-3620-1
- Linder, A., Guh, D., Boyd, J. H., Walley, K. R., Anis, A. H., & Russell, J. A. (2014). *Long-term (10 -year) mortality of younger previously healthy patients with severe sepsis/septic shock is worse than that of patients with nonseptic critical illness and of the general population*. *Critical Care Medicine*, 42(10), 2211-2218. doi:10.1097/ccm.0000000000000503
- Luangasanatip, N., Hongsuwan, M., Lubell, Y., Limmathurotsakul, D., Teparrukkul, P., Chaowarat, S., . . . Cooper, B. S. (2013). *Long-term survival after intensive care unit discharge in Thailand: A retrospective study*. *Critical Care*, 17(5), R219. doi:10.1186/cc13036
- Medrzycka-Dabrowska, W., Lewandowska, K., Kwicien-Jagus, K., & Czyz-Szypenbajl, K. (2018). *Sleep deprivation in intensive care unit - systematic review*. *Open Medicine (Warsaw, Poland)*, 13, 384–393. Retrived August 2 2020, from <https://doi.org/10.1515/med-2018-0057>

- Mehlhorn, J., Freytag, A., Schmidt, K., Brunkhorst, F. M., Graf, J., Troitzsch, U., . . . Gensichen, J. (2014). *Rehabilitation interventions for postintensive care syndrome: A systematic review*. *Critical Care Medicine*, 42(5), 1263-1271. doi:10.1097/ccm.000000000000148
- Molina, J. A., Seow, E., Heng, B. H., Chong, W. F., & Ho, B. (2014). *Outcomes of direct and indirect medical intensive care unit admissions from the emergency department of an acute care hospital: a retrospective cohort study*. *British Medical Journal Open*, 4(11), e005553. doi:10.1136/bmjopen-2014-005553
- Olsen, K. D., Nester, M., & Hansen, B. S. (2017). *Evaluating the past to improve the future - A qualitative study of ICU patients' experiences*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 43, 61-67. doi:10.1016/j.iccn.2017.06.008
- Pattison, N, Gara, O. G, & Rattray, J. (2015). *After critical care: Patient support after critical care*. A mixed method longitudinal study using email interviews and questionnaires. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, 213-222.
- Peerakavee, N., & Udchumpisai, M. (2020). *Decision making experiences of critical care nurses during transition from advanced life support to end-of-life care: Hermeneutic phenomenology*. *Journal of Nursing Science & Health*, 43(2), 13-24.
- Prescott, H. C., Langa, K. M., & Iwashyna, T. J. (2015). *Readmission diagnoses after hospitalization for severe sepsis and other acute medical conditions*. *Journal of the American Medical Association*, 313(10), 1055-1057. doi:10.1001/jama.2015.1410
- Prescott, P. A. (1987). *Multiple regression analysis with small samples: Cautions and suggestions*. *Nursing Research*, 36(2), 130-133. <https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00015>
- Rattray, J. E., Johnston, M., & Wildsmith, J. A. W. (2004). *The intensive care experience: Development of the ICE questionnaire*. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 64-73. Retrieved January, 9 2019, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15186469>
- Rovatti, K. B., Teodoro, M., & Kern de Castro, E. (2012). *Memories and prevalence of posttraumatic stress disorder in intensive care units*. *Psicologia: Reflexao e Critica*, 25(3), 499-505. doi:10.1590/S0102-79722012000300009
- Ruhl, A. P., Huang, M., Colantuoni, E., Karmarkar, T., Dinglas, V. D., Hopkins, R. O., & Needham, D. M. (2017). *Healthcare utilization and costs in ARDS survivors: a 1-year longitudinal national US multicenter study*. *Intensive Care Medicine*, 43(7), 980-991. doi:10.1007/s00134-017-4827-8

- Rydingsward, J. E., Horkan, C. M., Mogensen, K. M., Quraishi, S. A., Amrein, K., & Christopher, K. B. (2016). *Functional status in ICU survivors and out of hospital outcomes: A cohort study*. *Critical Care Medicine*, 44(5), 869-879. doi:10.1097/ccm.0000000000001627
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. London: Sage.
- Society of Critical Care Medicine. (2018). *Critical care statistics*. Retrieved October, 18 2018, from <http://sccm.org/Communications/Pages/CriticalCareStats.aspx>
- Soh, K.L, Soh, K.G., Noor Aini, I., & Nor Zehan, A., Salimah, J., Rosna, A.R. (2014). *Recalling ICU experiences: Patients' perspectives*. *Middle-East Journal of Scientific Research* 19 (Innovation Challenges in Multidisciplinary Research and Practice), 106-111.
- Svenningsen, H., Langhorn, L., Agard, A. S., & Dreyer, P. (2017). *Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: An integrative review*. *Nursing in Critical Care*, 22(4), 212-220. doi:10.1111/nicc.12165
- Torheim, H., & Kvangarsnes, M. (2014). *How do patients with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease experience care in the intensive care unit?*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 741–748. Retrieved August 6 2020, from <https://doi.org/10.1111/scs.12106>
- Wade, D., Als, N., Bell, V., Brewin, C., D'Antoni, D., Harrison, D. A., . . . Rowan, K. M. (2018). *Providing psychological support to people in intensive care: Development and feasibility study of a nurse-led intervention to prevent acute stress and long-term morbidity*. *British Medical Journal Open*, 8(7), 1-12. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021083
- Wolters, A. E., Slooter, A. J., van der Kooi, A. W., & van Dijk, D. (2013). *Cognitive impairment after intensive care unit admission: A systematic review*. *Intensive Care Medicine*, 39(3), 376-386. doi:10.1007/s00134-012-2784-9

บทความวิจัย

การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม
Development and evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline
of Breast Cancer Patients

หนึ่งฤทัย อุตเถิน* ธนพร โตสงวนรุ่งเรือง** ลัดดาวัลย์ ศรีแสนต่อ***

ชีพาคม ภาภัทราดล**** ธมลวรรณ ยอดคกกิจ*****

Nuengruethai Udthoen* Tanaporn Tosanguanrungruang** Laddawan Srisantaw***

Cheepakhom Papattaradol**** Thamonwan Yodkolkij*****

Received: October 9, 2020

Revised: October 30, 2020

Accepted: December 24, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ต่อผลลัพธ์ด้านบุคลากรและผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน แผนกศัลยกรรมทั้งผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน จำนวน 30 คน และผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 บุคลากรพยาบาล ได้แก่ แบบสอบถามการประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล ส่วนที่ 2 ผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม แบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แบบประเมินประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวของแขน และแบบวัดรอบแขนเพื่อประเมินภาวะแขนบวม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาค้นคว้าความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้ พยาบาลวิชาชีพมีความเห็นด้วยในระดับมาก ($\bar{X}=3.93$, S.D.= 0.52) ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.06$, S.D.=0.41) คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมากร้อยละ 83.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ($\bar{X}=3.82$, S.D.=0.34) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ($\bar{X}=4.15$, S.D.=0.37) ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดพบภาวะน้ำเหลืองคั่ง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์

*****corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

E-mail thamonwan.yo@nmu.ac.th

ข้อเสนอแนะ ควรเพิ่มแนวปฏิบัติในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสายระบายในกรณีผู้ป่วยต้องคาสายระบายกลับบ้าน

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม, การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

Abstract

Nursing guideline for of breast cancer patient was developed base on analysis and synthesis of the evidence base practice. This study aimed to develop and evaluate the results of the use of the Nursing Practice Guidelines. The sample consisted of 30 nurses and 30 patients. Nurse guidance questionnaire on the application of Nurse Practitioner Guidelines for data analysis using descriptive statistics.

These finding of the study on the process of applying the nursing guideline were measured from the suitability of the language used. Time to monitor suitability of patient care pre-operation and post-operation found that nurses agreed to a high level. It can also be used as a guideline for nursing records comprehensively. It was found that registered nurses agreed at a high level. The result indicated that all patients had relatively good basic knowledge and an undecided attitude about breast cancer. The complications post operative has seroma in one case (3.33%)

This study suggests that a clinical nursing practice guidelines for self-care when returning to home should be added regarding drainage care in the event that the patient has to return home.

Keywords : Clinical nursing practice guidelines: CNPG, Nursing Care of breast cancer patients, Breast Cancer Patients

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เป็นสาเหตุการตาย โดยการจัดลำดับ สาเหตุการตายตามกลุ่มโรคต่อแสนประชากรในประเทศไทยระหว่างปี 2554-2558 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 คิดเป็นอัตรา 112.8 ต่อแสนประชากร โดยมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมคิดเป็นอัตรา 11.3 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และจากข้อมูลทะเบียนโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปีพ.ศ.2560 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560) พบว่า ในปัจจุบันสถิติผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมคิดเป็นร้อยละ 23.3 ซึ่งจัดเป็นอันดับ 1 จาก 15 อันดับของโรคมะเร็งในสตรีไทย และสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B ระหว่างปี 2558-2560 กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจัดอยู่ในลำดับที่ 1 ของจำนวนผู้ป่วยโรคอื่นๆ โดยมีจำนวนผู้ป่วย 652, 468 และ 422 รายตามลำดับ จากสถิติจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B

มีจำนวนลดลงเนื่องมาจากมีการกระจายของผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอื่นๆ ดังนั้นทีมบุคลากรพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โรคมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายลำดับต้นๆของผู้หญิง จึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ เพราะการตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น จะเพิ่มโอกาสในการรักษาให้ผู้ป่วยหายขาดได้มากขึ้น

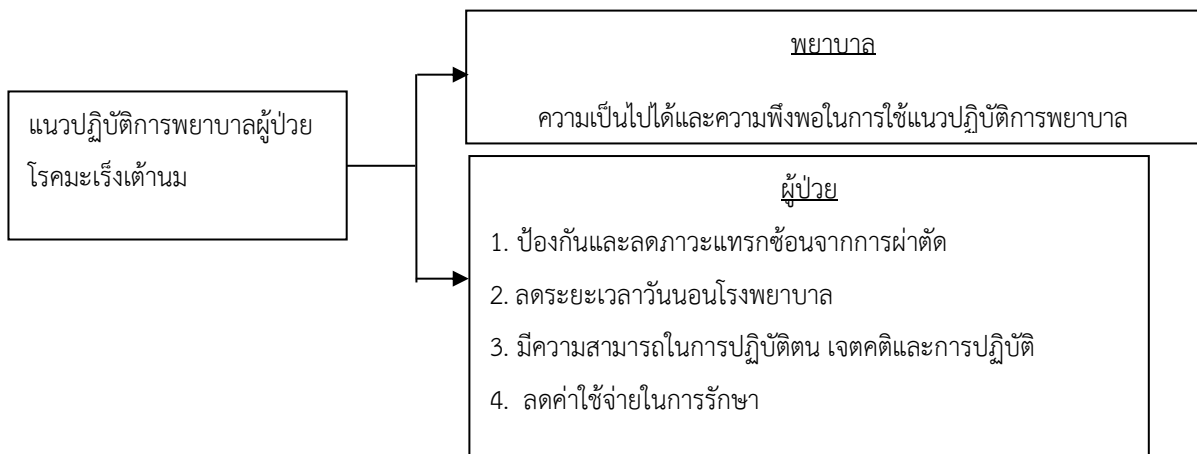
การรักษา มะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันมีอยู่ 5 วิธี คือ การรักษาโดยการผ่าตัด การรักษาโดยการฉายแสง(รังสีรักษา) การรักษาโดยยาต้านฮอร์โมน การรักษาโดยยาเคมีบำบัด การรักษาโดยยาที่มีการออกฤทธิ์จำเพาะ เป็นต้น การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก ซึ่งมีประโยชน์ในการควบคุมโรคและสามารถนำชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดไปตรวจทางพยาธิวิทยา ทำให้ทราบระยะของโรค ทำให้การวางแผนการรักษาเหมาะสมและสามารถพยากรณ์โรคได้แม่นยำมากขึ้น ขั้นตอนการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การผ่าตัดที่เต้านมและการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ นอกจากนี้ยังมีส่วนเพิ่มเติมซึ่งไม่ใช่การรักษาโดยตรงเช่นการเสริมสร้างเต้านมใหม่ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยมีวิธีการผ่าตัดมะเร็งเต้านม 2 วิธี คือ การผ่าตัดแบบสงวนเนื้อเต้านม (conservative breast surgery) เป็นการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็ง และเนื้อที่หุ้มรอบๆ ก้อนมะเร็งออกเพียงเล็กน้อย พร้อมทั้งตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก และการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้าร่วมกับการตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก (modified radical mastectomy) ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย เช่น ภาวะมีน้ำเหลืองคั่งบริเวณแผลผ่าตัด บาดแผลติดเชื้อ บาดแผลขาดเลือด แผลหายช้า ผู้ป่วยมีความปวด และเกิดข้อไหล่ยึดติดหลังผ่าตัด เป็นต้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะหลังผ่าตัด ส่งผลทำให้ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลตามระยะเวลาที่กำหนดของแผนการรักษา และยังส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเป็นผลลัพธ์ที่ใช้ประเมินการจัดบริการสุขภาพและมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายในการรักษา(จิราภรณ์ มากคำ, สุรีพร ธนศิลป์, นพมาศ พัดทอง, 2560)

การพัฒนาการปฏิบัติการทางพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เกิดจากแรงผลักดันจากการจัดบริการสุขภาพภายใต้ระบบประโยชน์ของ CPGs (Clinical Practice Guidelines) ทำให้รูปแบบการดูแลไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย (variation) เนื่องจาก CPGs เป็นตัวชี้แนวทางการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติใช้วิจารณญาณร่วมกับความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย การพัฒนาและใช้ CPGs เป็นการส่งเสริมการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับประโยชน์สูงสุด ค่าใช้จ่ายต่ำ และปรับปรุงคุณภาพการบริการสม่ำเสมอ และผลลัพธ์ที่ทั้งผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการดีขึ้น เช่น อัตราตาย ความพิการ ภาวะแทรกซ้อนจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายลดลง (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548)

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นหน่วยงานระดับตติยภูมิชั้นสูง ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสภาพตลอดจนการสนับสนุนบริการและวิชาการแก่ประชาชน ให้สอดคล้องกับบริบทของกรุงเทพมหานคร พยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในดำเนินกิจกรรมทำหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาผ่าตัดมะเร็งเต้านม ซึ่งการเตรียมผ่าตัดไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและไม่เป็นไปในทางเดียวกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การทำงานของ

พยาบาลแต่ละบุคคล จากปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและจำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ให้เป็นไปในทางเดียวกันเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระบบที่ชัดเจน จัดลำดับขั้นตอนในการบริหารจัดการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล สร้างความพึงพอใจในการบริการให้กับผู้ป่วยและญาติ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลผู้ทดลองใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมประกอบด้วยความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความพึงพอใจในการนำไปใช้ของพยาบาลผู้ทดลองใช้
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม
3. เพื่อติดตามดูภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและระยะเวลาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีทิศทางและเป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. หน่วยงานมีมาตรฐานในการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง
3. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีความพร้อมก่อนผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและสามารถฟื้นตัวได้เร็ว รวมทั้งมีความพึงพอใจในคุณภาพการบริการพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ผู้ศึกษา เลือกรูปแบบการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ เป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากเป็นรูปแบบ ที่มีกระบวนการชัดเจน เน้นการพัฒนาให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงใน ระดับองค์กรตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลมี 4 ระยะดังนี้

1. ระยะค้นหาปัญหา (Evidence-trigger phase) ซึ่งได้ข้อมูลปัญหาจากหลักฐาน 2 แหล่งคือ

1.1 ปัญหาที่พบในระหว่างปฏิบัติงาน (practice triggers) จากประสบการณ์ของการปฏิบัติงาน กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ร่วมกับการสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในด่านศัลยกรรมทำหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ซึ่งการเตรียม ผ่าตัดไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและไม่เป็นไปในทางเดียวกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การทำงานของพยาบาล แต่ละบุคคล

1.2 จากแหล่งความรู้ (knowledge triggers) จากการทบทวนวรรณกรรมการผ่าตัดเต้านม ออกทั้งเต้านมร่วมกับการตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก (modified radical mastectomy) ภาวะแทรกซ้อน ที่พบได้บ่อย เช่น ภาวะมีน้ำเหลืองคั่งบริเวณแผลผ่าตัด บาดแผลติดเชื้อ บาดแผลขาดเลือด แผลหายช้า ผู้ป่วยมีความปวด และเกิดข้อไหล่ยึดติดหลังผ่าตัด เป็นต้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะหลังผ่าตัด ส่งผลทำให้ ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลตามระยะเวลาที่กำหนดของแผนการรักษา และทำให้จำนวน วันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเป็นผลลัพธ์ที่ใช้ประเมินการจัดบริการสุขภาพและ มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายในการรักษา (จิราภรณ์ มากดำ, สุรีพร ธนศิลป์ และ นพมาศ พัดทอง, 2560)

2. ระยะการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-supported phase) ผู้ศึกษาได้ กำหนดแนวทางในการสืบค้นวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้หลักฐานที่ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษา มากที่สุดทั้งด้านกลุ่มประชากร เป้าหมายแหล่งที่ทำการศึกษาและวิธีการปฏิบัติโดย กำหนดขอบเขตในการเลือก หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

2.1 ศึกษาวิธีการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้านมออกทั้งเต้านมร่วมกับการ ตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก (modified radical mastectomy) ประกอบด้วยการพยาบาล ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และระยะจำหน่ายที่อยู่ในขอบเขตที่พยาบาลสามารถทำได้

2.2 ศึกษาจากงานวิจัยในรูปแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) การวิจัย เชิงทดลอง (experimental study) และการวิจัยที่ไม่ใช่ การทดลอง เช่น การศึกษาติดตามไปข้างหน้า (prospective study) การวิจัยเชิงสำรวจ (survey study) และ แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline)

2.3 ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี 2013-2018 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แหล่งสืบค้นหลักฐาน เชิงประจักษ์ โดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database) ฐานข้อมูลที่ใช้ได้แก่ PubMed, CINAHL, Blackwell, Cochran, Science Direct ซึ่งกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นดังนี้ Breast Cancer Patients, Breast cancer and surgery, CNPG/Nursing Care of breast cancer patients, Breast cancer

and modified radical mastectomy, complication post breast cancer surgery เป็นต้น รวมทั้งการสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงจากการวิจัยและการสืบค้นด้วยมือ จากวารสารทั้งในประเทศ ต่างประเทศและวิทยานิพนธ์

3. ระยะเวลาพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Evidence-observed phase) ผู้ศึกษานำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้งหมดมา สังเคราะห์และสร้างเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจาก ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

4. ขั้นการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในการปฏิบัติงาน เป็นระยะของการนำเสนอแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

4.1 ขออนุญาตดำเนินการวิจัย/ขอใช้ข้อมูลจากฝ่ายการพยาบาลและ คณบดี/ผู้อำนวยการตามลำดับ

4.2 เสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามระเบียบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

4.3 เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ ขออนุญาตใช้ข้อมูลจากฝ่ายการพยาบาล โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ ประชาสัมพันธ์เรื่องการทำโครงการและนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมไปใช้ในหน่วยงานกลุ่มเป้าหมาย จัดอบรมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลชี้แจงขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ และวิธีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล โดยดำเนินการนัดหมายล่วงหน้าใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที ต่อ 1 หน่วยงานเพื่อเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหากมีการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ทั้งนี้การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจปราศจากการบังคับรวมทั้งจัดอบรมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไป ใช้กับผู้ป่วยที่โรคมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในใช้ในหน่วยงานกลุ่มเป้าหมายในช่วงที่ทำการศึกษาประกอบด้วย กิจกรรมใน 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะจำหน่าย

4.4 ทำการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ (Outcomes research) เพื่อดูประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ ได้แก่ การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมประกอบด้วยความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความพึงพอใจในการนำไปใช้ของพยาบาลผู้ทดลองใช้ ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ความสามารถในการปฏิบัติตน เจตคติและการปฏิบัติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 สื่อการสอน ได้แก่ สื่อการสอนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและการใช้แบบบันทึกต่างๆ โดยโปรแกรม Microsoft PowerPoint

1.3 เอกสารประกอบการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด มะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

2.1. บุคลากรพยาบาล

2.1.1 แบบสอบถามการประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แบบสอบถามจะวัดทั้งหมด 2 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการพยาบาล จะวัดความยาก-ง่ายและความสามารถในการปฏิบัติ นำในหัวข้อการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัด การปฏิบัติตนหลังการผ่าตัดและการจำหน่าย ส่วนด้านการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้ มีทั้งหมด 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) การนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในประเด็นของความง่าย ความสะดวก ความชัดเจน ประหยัดเวลา ความเหมาะสมในสถานการณ์ของหน่วยงาน 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้โดยมีประสิทธิภาพ 3) ความพึงพอใจในการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล

2.1.2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้วัดความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ 5 ความหมาย ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) ในรูปแบบวัดความคิดเห็น (Agreement) (McLeod, 2008) โดย 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย และ 1 หมายถึง น้อยที่สุด รวมข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ

2.2. ผู้ป่วย

2.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัด เช่น ภาวะน้ำเหลืองคั่งภายหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม การเกิดข้อหัวไหล่ยึดติดภายหลังผ่าตัด เป็นต้น

2.2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

2.2.3 แบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

2.2.4 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

2.2.5 แบบประเมินประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวของแขน

2.2.6 แบบวัดรอบแขนเพื่อประเมินภาวะแขนบวม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity Index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI 0.91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (COA No.109/2562) รับรองวันที่ 14/08/2562

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการขอความร่วมมือจากฝ่ายการพยาบาล ตรวจสอบรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และขอความยินยอมจากผู้ป่วย ได้รับการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งหมด 12 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหรือ ผู้วิจัยอ่านให้ เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยและตรวจสอบข้อมูล ส่วนข้อมูล ประวัติการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น จำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยศึกษาจากเวชระเบียน เมื่อปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ครบ 6 สัปดาห์ (รอบที่1) ผู้วิจัยนัดประชุมทีมพยาบาล เพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล จากนั้นดำเนินการต่ออีก 6 สัปดาห์ ตามแนวปฏิบัติฯ ที่ปรับปรุงจากรอบที่ 1 แล้วประเมินความร่วมมือในการใช้แนวปฏิบัติของบุคลากร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยร้อยละใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมดทุกขั้นตอน เพื่อประเมินความสามารถนำไปใช้ได้จริง
3. การประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยการแจกแจงจำนวน ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม แบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แบบประเมินประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวของแขนและแบบวัดรอบแขน ใช้การวิเคราะห์โดยการแจกแจงจำนวน ความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้พัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และได้ผ่านการตรวจสอบตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ต่อผลลัพธ์ด้านบุคลากรและผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน แผนกศัลยกรรมทั้งผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน จำนวน 30 คน และผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 30 คน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 30 คน และแบ่งระดับตามแนวคิดบันไดวิชาชีพของ Benner (1984) เป็น 5 ระดับ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพประสบการณ์ทำงานไม่เกิน 1 ปี (novice) 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ประสบการณ์ทำงาน 1-2 ปี (advance beginner) 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.6 ประสบการณ์ทำงาน 2-3 ปี (competent) 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.6 ประสบการณ์ทำงาน 3-5 ปี (proficient) 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และประสบการณ์ทำงาน 5 ปี (expert) 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3

ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี และ 51-60 ปี ร้อยละ 40 โดยได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม Rt.MRM ร้อยละ 65 และ Lt.MRM ร้อยละ 35

ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไปใช้ในด้านการพยาบาลเรื่อง การปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัด การปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด การจำหน่าย พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไปใช้มีความง่ายร้อยละ 100 และสามารถนำไปปฏิบัติได้ร้อยละ 100

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมากร้อยละ 83.3 (N=30) โดยผู้ป่วยตอบคำถามได้ถูกต้องร้อยละ 90 และตอบคำถามไม่ถูกต้องร้อยละ 10 ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการแขนบวม และไม่พบภาวะข้อไหล่ยึดติด แต่มีภาวะน้ำเหลืองคั่ง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 ผลการศึกษาระยะเวลานานอนพักรักษาตัวโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเฉลี่ย 11.8 วัน

ตารางที่ 1 ระดับความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไปใช้

หัวข้อที่ประเมิน	ระดับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้		
	Mean	S.D.	ระดับ
1. การนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในประเด็นของ			
-ความง่าย	3.93	0.52	ปานกลาง
-ความสะดวก	3.90	0.40	ปานกลาง
-ความชัดเจน	3.93	0.52	ปานกลาง
-ประหยัดเวลา	4.13	0.57	มาก
-ความเหมาะสมในสถานการณ์ของหน่วยงาน	4.30	0.53	มาก
2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.16	0.46	มาก
3. ความพึงพอใจในการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล	4.16	0.46	มาก

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

หัวข้อที่ประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		
	Mean	S.D.	การแปลผล
1. แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลมีความชัดเจน เข้าใจได้ง่าย	4.03	0.55	มาก
2. ขั้นตอนแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลมีความสะดวก ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	3.97	0.61	ปานกลาง
3. ขั้นตอนแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลทำให้ประหยัดเวลา	3.97	0.61	ปานกลาง
4. ท่านสามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลได้	4.06	0.45	มาก
5. แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานของท่าน	4.00	0.45	มาก
6. แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเหมาะสมกับการนำไปใช้จริง	4.13	0.57	มาก
7. แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลทำให้ท่านมีความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วย	4.16	0.59	มาก
8. แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลทำให้คุณภาพการทำงานดีขึ้น	4.10	0.54	มาก
9. ความพึงพอใจในภาพรวมของการใช้แนวทางปฏิบัติ ทางการพยาบาล	4.16	0.59	มาก
รวม	4.06	0.41	มาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

หัวข้อที่ประเมิน	Mean	S.D.	การแปลผล
เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	3.82	0.34	ปานกลาง
ความสามารถในปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	4.15	0.37	มาก

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ (N=) ระดับปานกลาง ร้อยละ (N=) ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการแขนบวม และไม่พบภาวะข้อไหล่ยึดติด แต่มีภาวะน้ำเหลืองคั่ง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 ผลการศึกษาระยะเวลาอนพักรักษาตัวโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเฉลี่ย 11.8 วัน

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ติดตามดูภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและระยะเวลาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลมีรูปแบบการดูแลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นแนวทางในการตัดสินใจให้กับพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็น

ของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไปใช้ในประเด็นของความง่าย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.93$, S.D.= 0.52) ความสะดวกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.90$, S.D.=0.40) และความชัดเจนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.93$, S.D.=0.52) ความประหยัดเวลาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.16$, S.D.= 4.16) ความเหมาะสมในสถานการณ์ของหน่วยงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.30$, S.D.= 0.53) ส่วนประเด็นเรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.16$, S.D.=0.46) และความพึงพอใจในการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.16$, S.D.= 0.46) พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.06$, S.D.=0.41) สอดคล้องกับการศึกษาของ หร์อภิษะ บุญโສ๊ะ, สุมาลี ฉันทวิลาส และ มาริสรา สุวรรณราช (2557) ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้นพบว่า การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พยาบาลวิสัญญีเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในระดับสูง และพบระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากมีแผนภูมิขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้ ขั้นตอนชัดเจน และเป็นบทบาทอิสระในการประเมินความปวดหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมร้อยละ 83.3 และค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.82$, S.D.=0.34) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมภูษุช พบประเสริฐ, เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ และ ปณชารีย์ หิรัณย์สิริกุล (2560) ศึกษาความเสี่งมะเร็งเต้านม ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี : กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรีพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมถูกต้องค่อนข้างดี (แต่ละข้อตอบถูกมากกว่าร้อยละ 80) แต่มีบางคำที่ตอบไม่ถูกต้องหรือไม่แน่ใจ (น้อยกว่าร้อยละ 50) ได้แก่ 1) ความเสี่งต่อการเป็นมะเร็งเต้านมจะสูงเมื่ออายุที่เป็นประจำเดือนครั้งแรกน้อย 2) การมีบุตรเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี มีโอกาสมากขึ้นต่อการเป็นมะเร็งเต้านม และมีเจตคติที่ดีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่เห็นด้วยอย่างไรก็ตามมีบางคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่แน่ใจ คือ 1) การตรวจเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมจะทำให้มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมจากรังสี 2) ผู้หญิงที่พบก้อนที่นมจากการตรวจด้วยเครื่อง แมมโมแกรมถือว่าเป็นมะเร็งเต้านมทุกราย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 4.15$, S.D.= 0.37) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบลดอนรากชนิดตัดแปลงพร้อมขจัดระยะบายสุญญากาศต่อความสามารถในการดูแลตนเองภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสงขลาของ พาศนา บุญยะมาน (2560) ซึ่งพบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนสูงกว่าก่อนการวางแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$)

ผลการศึกษาระยะเวลานานอนพักรักษาตัวโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเฉลี่ย 11.8 วัน ซึ่งถือว่ายังไม่บรรลุเป้าหมาย เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ระยะเวลานานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของ (THIP) เป้าหมายน้อยกว่า 5 วัน อย่างไรก็ตามการศึกษาของ สุภารัตน์ หมั่นไธสง และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช (2556) ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วย

ศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร่ พบว่า จำนวนวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มเรื่องบทบาทการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและมุ่งหวังลดระยะเวลาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11B และหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดไปจนกระทั่งถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อการนำแนวปฏิบัติ ทางการพยาบาลฯ ไปใช้และความพึงพอใจในการใช้แนวทางปฏิบัติอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตามงานวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัด คือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 85 และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษร้อยละ 15 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ได้รับการคาสายระบายสิ่งคัดหลั่งกลับบ้าน ซึ่งส่งผลให้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้ และติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว เพื่อเป็นการติดตามการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ฯ อย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการพัฒนาและออกแบบแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในเรื่องการดูแลสายระบายสิ่งคัดหลั่งกลับบ้าน การติดตามผล เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะและสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้
3. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ เพื่อนำไปใช้ในการบริหารกิจกรรมการพยาบาลให้คุ้มค่าคุ้มทุนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เอกสารอ้างอิง

- จินตนา กิ่งแก้ว. (2560). มะเร็งเต้านมกับการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดมะเร็งเต้านม.วารสารโรคมะเร็ง, 37(4)163-170.
- จิราภรณ์ มากดำ, สุรีพร ธนศิลป์, นพมาศ พัดทอง. (2560). ผลของโปรแกรมการบริหารข้อไหล่ร่วมกับการบริหารกายจิตด้วยชิ่งต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อไหล่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์,37(1), 38-52.

- ชมภูนุช พบประเสริฐ, เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ และปิ่นทारीย์ หิรัญย์สิริกุล. (2560). ความเสี่ยงมะเร็งเต้านม ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี : กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี. วารสาร Mahidol R2R e-Journal,4(2),123-135.
- นงนุช ทากันหา, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2553). ผลของโปรแกรมการบริหารแขนและไหล่ ต่อความสามารถในการบริหารและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัด. ราชวิทยาลัยพยาบาลวารสาร,16(1),143-144.
- ปุนรดา พวงสมัย. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธิติมา กนกปราน, ผ่องศรี ศรีมรกต, ศิริอร สินธุ และ สืบวงศ์ จุฑาทิสิทธิ์. (2557). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองในการบริหารข้อไหล่ที่บ้านต่อองค์การเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่ของข้อไหล่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยมหิดล,32(1),78-80.
- พาสนา บุญยะมาน. (2560). ผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบถอนรากชนิดตัดแปลงพร้อมขอตรวจสุขภาพก่อนการดูแลตนเองภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลสงขลา.วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย,7(1)95-103.
- ภรณ์ เหล่าอิทธิ และ นภา ปริญญานิติกุล. (2559). มะเร็งเต้านม: ระบาดวิทยา การป้องกันและแนวทางการตรวจคัดกรอง.จุฬาลงกรณ์เวชสาร,60(5),497-507.
- มลฤดี เกษเพชร และ นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2558). การป้องกันและการจัดการภาวะแขนบวมจากน้ำเหลืองคั่งในผู้เป็นมะเร็งเต้านม:บทบาทพยาบาล. ราชวิทยาลัยพยาบาลวารสาร, 23(1), 1-10.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2555). แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ:โฆสิตการพิมพ์ จำกัด.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry). กรุงเทพฯ:กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2559). สถิติสาธารณสุขพ.ศ.2558:Public Health StatisticA.D. 2015.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์สามเจริญพานิช.
- สุชา ปาน้อยนนท์, อุษาวดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และ พรชัย โอเจริญรัตน์. (2553). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อการดูแลในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านม.J Nurs Sci, 28(4), 28-36.
- สุภารัตน์ หมิ่นไธ้ และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2556). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลแพร์.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ.29(3),71-79.

หรรอ์กึบ๊ะ บัญโส้ะ, สุมาลี ฉันทวิลาส และ มาริสา สุวรรณราช. (2557). การพัฒนาและประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรักษาตัว. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 1(1), 43-64.

อนุชา ไทวงษ์และคณะ. (2560). ชุดนวัตกรรมการส่งเสริมการบริหารแขนและไหล่หลังการผ่าตัดเต้านม : จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การสร้างนวัตกรรม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 14(3), 114-124.

American cancer society. *Exercises After Breast Cancer Surgery*. (อินเทอร์เน็ต). 2561.

(เข้าถึงเมื่อ 25 เม.ย.2561). สืบค้นจาก <http://www.cancer.org>.

National cancer institute. *Breast cancer*. (อินเทอร์เน็ต). 2561. (เข้าถึงเมื่อ 25เม.ย.2561). สืบค้นจาก <http://www.cancer.gov>.

บทความวิชาการ

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยยึดหลักพุทธจริยศาสตร์ A Role of Psychiatric Nurses in Mental Health Promotion for Elderly based on the Buddhist Ethics

ปาริชาติ แวนไวศาสตร์

*Parichart Wanwaisart

Received: July 23, 2020

Revised: July 30, 2020

Accepted: December 24, 2020

บทคัดย่อ

การเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งทำให้เกิดปัญหาทางด้านสังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง และความภาคภูมิใจในชีวิตของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ อาจทำให้มีปัญหสุขภาพจิตหลายอย่างตามมา พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรที่มีความเข้าใจในศาสตร์การดูแลสุขภาพบุคคลทุกช่วงวัย ตามกระบวนการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี การส่งเสริมสุขภาพจิตต้องอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ซึ่งต้องอาศัยทักษะในการสื่อสาร การใช้หลักพุทธจริยศาสตร์เป็นหลักการหนึ่งที่น่ามาใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นจากภายในจิตใจ และสามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ด้วยศักยภาพของตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยยึดหลักพุทธจริยศาสตร์ 4 ด้าน ดังนี้ 1) การดูแลด้านร่างกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต เนื่องจากสุขภาพกายและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กัน 2) การดูแลด้านจิตใจเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต โดยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาจิตใจให้มีความสงบและเป็นปกติสุข 3) การดูแลด้านสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นทั้งในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ และ 4) การดูแลด้านจิตวิญญาณเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการให้ผู้สูงอายุมีการคิดที่ดีงาม มีความเข้าใจในชีวิตโดยยึดหลักพุทธจริยศาสตร์

คำสำคัญ : บทบาท, พยาบาลจิตเวช, การส่งเสริมสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ, หลักพุทธจริยศาสตร์

Abstract

Becoming the elderly is a significant role in changing physio-psychological changes and socio-economic problems of the elderly. These factors affect on self-image, self-esteem, self-confidence, and pride in living in the elderly. If the elderly are unchangeable in current

*corresponding author อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี E-mail parichartwan@gmail.com

situations, these will lead them to several problems. Psychiatric nurses play a crucial role in understanding health care sciences for all ages depending on the nursing process to promote well-being on the mental health of older people. Mental health promotion has to depend on the relationships between nurses and clients that have to use communication skills based on Buddhist ethics to promote the mental health of older people emerged by the mind and to be able to manage these problems by older people's potentials. A role of psychiatric nurses in mental health promotion for older people based on the Buddhist ethics was classified into 4 categories: 1) Physical care to promote mental health due to physio-psycho correlation, 2) Psychological care to promote mental health by developing calm and mind, 3) Social care to promote the mental health of older people to be able to live together with family, community, and society, and 4) Spiritual care to promote mental health using the intellectual development to understand life-based on the Buddhist Ethics.

Keywords: role, psychiatric nurses, mental health promotion, elderly, Buddhist Ethics

บทนำ

การคาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติ ระบุว่าจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกอาจเพิ่มขึ้นเป็น 1,963 ล้านคน หรือร้อยละ 22 ในปี 2593 สอดคล้องกับข้อมูลของประเทศไทยในปัจจุบันที่มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 14.7 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยจะต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต (นันทวัช สิริธีรภัทร์, 2558) ผลกระทบจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอาจทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ในหลากหลายมิติ ได้แก่ มิติทางด้านทางร่างกาย เนื่องจากผู้สูงอายุมักพบปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคข้ออักเสบ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคต่อกระฉก มิติทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมักมีแนวโน้มป่วยด้วยโรคทางจิตเวชสูง โดยเฉพาะ โรคสมองเสื่อม โรคแพ้อาหาร โรคซึมเศร้า และโรคในกลุ่มกำเริบ (สุดา วงศ์สวัสดิ์, ดุษฎี โยเหลา, และนริศรา พิงโพธิ์สภ, 2562) มิติด้านสังคม ผู้สูงอายุ มีบทบาททางสังคมลดลงเนื่องมาจากการทำงาน รายได้ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จะพบปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง การที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานจะต้องทำงานมากขึ้นและต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น บางครั้งอาจทำให้ผู้สูงอายุขาดความอบอุ่นหรืออาจถูกทอดทิ้งได้ (ชัยพัฒน์ พุฒซ้อน และกัณฑ์พัฒน์ พรศิริวัชรสิน, 2561) และมิติจิตวิญญาณ ซึ่งผู้สูงอายุจะขาดความมั่นคงทางจิตใจ ปรับจิตใจให้สอดคล้องกับอารมณ์ของตนเองไม่ได้ เกิดเป็นความทุกข์ และเกิดผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ชุมชน สำหรับการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณนั้นจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต มีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและอารมณ์ รวมถึงการสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Serious illness) และรู้สึกขัดแย้งกับสิ่งที่ตนไม่ต้องการให้เกิดขึ้น (วิลาวรรณ คริสต์รักษา และทิพย์ภา เชษฐชูชาวลิต, 2561)

จากมิติทางด้านจิตใจ พบว่าความเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสากลทั่วโลก เมื่อนำเสนอเป็นดัชนีปีสุขภาวะ (Disability – Adjusted Life Year: DALYs) พบว่า โรคที่เกิดจากปัญหาทางสุขภาพจิตและพฤติกรรมคิดเป็นร้อยละ 11 ของภาระโรคทั้งหมดในปี ค.ศ.1990 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้น

ในปี ค.ศ. 2020 (องค์การอนามัยโลก, 2560) จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ด้วยแบบคัดกรองความสุขฉบับ 15 ข้อในปี พ.ศ.2554 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุของประเทศไทย ต่ำกว่าคนทั่วไป และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ โดยมีสาเหตุมาจาก ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง และค่านิยมต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยเปลี่ยนแปลง (กรมสุขภาพจิต, 2559) นอกจากนี้ยังมีปัญหาปลีกย่อยของผู้สูงอายุแต่ละคนที่แตกต่างกันออกไป ผลของ ปัญหาเหล่านี้จะกระทบจิตใจของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ย่อมส่งผลต่อการเกิดปัญหา สุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นโรคทางจิตเวชในผู้สูงอายุได้ โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรกคือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ (คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2558)

จากปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุดังกล่าว พยาบาลจิตเวช (Psychiatric nurses) เป็นบุคคลหนึ่งที่มีความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตที่มีความสลับซับซ้อนและทวีความรุนแรงมากขึ้นของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถแก้ไขได้ง่ายโดยพยาบาลวิชาชีพทั่วไป จึงจำเป็นต้องมีพยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญด้านการพยาบาล ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีศักยภาพและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านสุขภาพจิต (พจนานา เปลี่ยนเกิด และสมพิศ เกิดศิริ, 2557) รวมทั้งพยาบาลจิตเวชมีความเข้าใจเรื่องนโยบายการดูแล สุขภาพจิตในระดับต่างๆ มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพจิตและมีทักษะในการประสานงาน ทั้งภายนอกและภายในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (วริยา จันทร์ขำ, 2559) พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพดีขึ้น มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ปรับตัวได้ดีในสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจึงต้องทราบความหมายและแนวทาง ในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมปัจจุบันได้อย่างมีคุณภาพ

ความหมายของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จากเกณฑ์ที่ใช้ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่กำหนดความเป็นผู้สูงอายุด้วยวัยซึ่งไม่สำคัญเท่ากับความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย แต่อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลก (2020) กำหนดว่า ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60 หรือ 65 ปี ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นผลมาจากความเสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาด้านต่างๆตามมา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ประกอบกับวัยสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายแล้ว ปัญหาทางด้านจิตใจเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญของผู้สูงอายุ เช่น การขาด รายได้ทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง การสูญเสียคู่สมรส เพื่อนฝูงที่ใกล้ชิดจึงส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมจะส่งผลกระทบต่อถึงกันและเป็นวงจรไม่รู้จบ (กรรณธัช ปัญญาไส จุฑามาส กิตศิริ และพิชชานาถ เงินดี, 2560) นอกจากนี้ลักษณะการแสดงออกขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆร่วมด้วย ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ โดยมีสาเหตุมาจากปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงและค่านิยมต่อผู้สูงอายุ ในสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป (กรมสุขภาพจิต, 2558) ผลกระทบของปัญหาเหล่านี้จะกระทบกับภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีปัญหาทางด้านสังคมและจิตใจ ซึ่งเป็นการปรับตัวเชิงลบและการเปลี่ยนแปลงที่เห็น

ได้ชัดเจนแบ่งได้ 3 ด้านได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทางด้านสังคม และทางด้านจิตใจ (สุจริต สุวรรณชีพ, 2558) แต่อย่างไรก็ตาม สุขภาพจิตของผู้สูงอายุจะมีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาองค์ประกอบจิตใจในระดับต่างๆกันไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยทั่วไปจะมีการปรับระดับจิตใจในทางที่ตึงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดี จึงพบว่าเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีความสุขมากขึ้นด้วย ผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีลักษณะของโครงสร้างทางจิตใจเฉพาะเป็นของตนเอง ซึ่งจะเป็นรากฐานของการแสดงออกของคน

สุขภาพจิตเป็นสภาพสุขภาวะที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์ สร้างสรรค์ และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนได้ (องค์การอนามัยโลก, 2560) ตามความหมายนี้ สุขภาพจิตจึงเป็นรากฐานของสุขภาวะ และการทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพสำหรับบุคคลและสังคมซึ่งมากกว่าการปราศจากการเจ็บป่วยทางจิตเท่านั้น จากสภาพและความสามารถดังกล่าว คำจำกัดความของสุขภาพจิตจึงมีคุณค่าในตนเอง ไม่มีสุขภาพจิตและสุขภาพกายใดสามารถคงอยู่ได้ด้วยตัวเองเพียงลำพัง สุขภาพจิต สุขภาพกาย และการทำหน้าที่ทางสังคม มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออก (องค์การอนามัยโลก, 2560) สุขภาพจิตคือ ภาวะทางร่างกาย อารมณ์และสังคมที่เป็นสุข แสดงให้เห็นจากการมีความพึงพอใจในสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประสบความสำเร็จในการแสดงพฤติกรรม และการแก้ปัญหา มีอัตมโนทัศน์ในด้านบวก และมีอารมณ์มั่นคง (ยาใจ สิริธิมงคล, 2561) โดยปกติทั่วไปแล้วพฤติกรรมจะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงสุขภาพจิตของแต่ละบุคคล เพราะแต่ละคนต่างมีมุมมองหรือการแสดงออกของพฤติกรรมแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล จึงทำให้การสรุปชี้ขาดความหมายคำว่าสุขภาพจิตของบุคคลเป็นเรื่องยาก อย่างไรก็ตามจากความหมายของสุขภาพจิตตามที่กล่าวมาโดยรวมแล้วสรุปได้ว่า สุขภาพจิต คือ สภาพจิตใจที่เป็นสุขของบุคคล สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ โดยปราศจากความคับข้องใจ โดยบุคคลนั้นจะแสดงออกมาให้เห็นทางความคิดที่มีเหตุผล แสดงอารมณ์พฤติกรรมได้เหมาะสมสอดคล้องตามสังคม วัฒนธรรม มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นและสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้

จากการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้ผลสรุปที่สอดคล้องกันว่า ผู้สูงอายุจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงของสถานภาพ บทบาททางสังคม เศรษฐกิจ การจากไปของคนใกล้ชิด สภาวะโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อความทุกข์ทรมานจากสภาวะโรค สภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความภาคภูมิใจในชีวิต ถ้าผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิตได้มักจะมีปัญหาสุขภาพจิตหลายอย่างตามมาเช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (ปีนเรศ และมณฑนา, 2555) การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุการทำงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิด หรือ เพื่อน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และสิ้นหวัง จนอาจกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด (วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสงวงดี และ สุพาพร อรุณรักษ์สมบัติ, 2557)

การส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ (Mental health promotion for elderly)

การบริการส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นการจัดกิจกรรมแก่ผู้รับบริการที่มีสุขภาพจิตดี ผู้ที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรม ครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชน ให้มีสุขภาวะที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ปลอดภัยจากการเจ็บป่วยทางจิต ตลอดจนป้องกันการเกิดความเจ็บป่วยทางจิตซ้ำ การบริการส่งเสริมสุขภาพจิต จำเป็นต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ (Wilkes, Jackson, Miranda, & Watson, 2012)

การส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เป็นแนวทางที่มีคุณค่ามากที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสังคม และเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลง อีกทั้งยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลเป็นจำนวนมากหากเทียบกับค่าใช้จ่ายของวัยอื่นๆ การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีอายุที่ยืนยาวและมีสุขภาพดีในบั้นปลายของชีวิต ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั่วโลกกำลังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน และโรคสมองเสื่อม การคัดกรองโรคในระยะเริ่มต้นจะช่วยให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค แต่สิ่งที่สำคัญมากกว่าการคัดกรองคือ การส่งเสริมสุขภาพจิตซึ่งสามารถทำได้ในระดับบุคคลและระดับกลุ่มคน การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นเรื่องสำคัญที่ถูกบรรจุไว้ในหลักสูตรการอบรมบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตทั่วโลก การส่งเสริมสุขภาพจิตมีความจำเป็นสำหรับทุกช่วงวัยโดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุคคลที่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมได้มากกว่าวัยอื่น การทำกลุ่มกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help group) ซึ่งเป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวกันของบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันมารวมกันใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาช่วยกันแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกัน เกิดเครือข่ายและความเข้มแข็ง ความสำเร็จต่างๆจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยกลยุทธ์ การวางแผนที่ดี มีการลงมือปฏิบัติ ประเมินผล และปรับปรุงพัฒนารูปแบบอยู่เสมอ (Kalasić & Pfeiffer, 2017) การส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้น ได้แก่การปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายที่เสื่อมลง การสูญเสียบทบาททางสังคม การเกษียณจากการทำงาน รายได้ลดลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุข แม้ความสุขของแต่ละคนจะแตกต่างกันไป แต่ความสุขเชิงจิตวิทยามักวัดเฉพาะความอยู่ดีทางอารมณ์ ซึ่งคำว่า อยู่ดี (Well-being) เป็นการวัดรวมเอามิติสุขภาพกาย สุขภาพใจเข้ามาเป็นบริบทของการอยู่ดี มีสุข ในการศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุพบความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องกันระหว่างสุขภาพกายและสุขภาพจิตชัดเจน (Othaganont, Sinthuvorakarn & Jensupakarn, 2002, อ้างถึงใน องค์การอนามัยโลก, 2560)

เพื่อพัฒนาให้เกิดความสุขเชิงจิตวิทยาในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องนิยามความสุขที่พร้อมจะปฏิบัติและสามารถวัดผลในเชิงสัมพันธ์ได้ กรมสุขภาพจิตได้เสนอแนวคิดเรื่องสุข 5 มิติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีแก่บุคลากรสาธารณสุขโดยใช้กิจกรรมเสริมสร้างความสุข 5 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 สุขสบาย (Health) เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง มีผลกำลังในการทำกิจกรรมต่างๆ มิติที่ 2 สุขสนุก (Recreation) เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์และสนุกสนาน มิติที่ 3 สุขสง่า (Integrity) เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต มิติที่ 4 สุขสว่าง (Cognition) เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถด้านความจำ และคิดอย่างมีเหตุผล และมิติที่ 5 สุขสงบ (Peacefulness) เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ ความรู้สึกของตนเองรู้จักควบคุมอารมณ์ และสามารถปรับตัวและยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2559)

จากการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนต้นแบบในจังหวัดเชียงใหม่สรุปได้ว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตต้นแบบสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1.กิจกรรมด้านร่างกาย คือ การรับประทาน

อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ มีการออกกำลังกายที่ปลอดภัยและเหมาะสม 2.กิจกรรมด้านจิตใจ คือ กิจกรรมการพัฒนาจิตใจ เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ และการส่งเสริมกิจกรรมที่สนับสนุนการอยู่ร่วมกับบุคคลวัยอื่นในสังคมอย่างมีความสุข 3. กิจกรรมด้านสังคม คือ การพัฒนาชมรมและเครือข่ายผู้สูงอายุ ให้มีความยั่งยืน รวมทั้งการสร้างเครือข่ายสังคมดูแลกันและกัน และ การส่งเสริมครอบครัวให้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามความเหมาะสม (เมธี วงศ์วีระพันธุ์, 2559)

จากสถานการณ์ที่ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุดังกล่าว เมื่อคนมีอายุมากขึ้นร่างกายจะมีกระบวนการเสื่อมตามธรรมชาติ กระบวนการเหล่านี้จะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปโดยเกิดขึ้นทุกระบบของร่างกาย ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆของร่างกายลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และทางด้านสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ลูกหลานแต่งงานจะแยกครอบครัวของตนเองออกไป ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ทำให้มีปัญหาทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลจิตเวชควรมุ่งเน้นในมิติด้านการส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุให้มากขึ้น (ทศฯ ชัยวรรณวรรต, 2560)

พยาบาลจิตเวช (Psychiatric nurse)

สมาคมพยาบาลอเมริกัน (The American Nurses Association: ANA) ได้กล่าวถึง การพยาบาลจิตเวชไว้ว่า เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางมีบทบาทในการให้การพยาบาลแก่ บุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยประเมินความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ (APNA, 2020) ใช้ทักษะเฉพาะในการประเมินและวินิจฉัยทางการพยาบาลด้วยศิลปะของ “การใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด(Therapeutic use of self)” มีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดโดยใช้หลักพื้นฐานของการเอาใจใส่ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิตเป็นพื้นฐานสำคัญในการปฏิบัติงานพยาบาลจิตเวชและทำให้เกิดการเยียวยา “การให้การพยาบาลขณะผู้ป่วยมีอาการทางจิตของพยาบาลจิตเวชเปรียบเสมือนการนำความสงบเข้าไปหยุดพายุ (brings calm to the storm)” การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเป็นความท้าทายเพราะมีความซับซ้อน และมีความแตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละคน พยาบาลจิตเวชจึงต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์และเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทของการสนับสนุนการรักษาให้เกิดประสิทธิภาพ ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจการเจ็บป่วยและสามารถดูแลตนเองได้ พยาบาลจิตเวชมีบทบาทในการทำงานทุกหน่วยงานทั้งในหอผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอก คลินิกสุขภาพจิต หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน รวมทั้งการเยี่ยมบ้าน (Lynch, 2016)

นอกจากนี้สมาคมพยาบาลอเมริกัน (The American Nurses Association: ANA) ได้กำหนดมาตรฐานในการพยาบาลของพยาบาลจิตเวชโดยมีการปรับปรุงครั้งล่าสุดในปี ค.ศ. 2014 เพื่อให้พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปปฏิบัติงานได้ในทุกบริบทของการทำงาน โดยได้กำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลจิตเวชปฏิบัติการขั้นสูง (Psychiatric Mental health Advance Practice Register nurse: PMH-APSns) โดยมีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย ประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจทางคลินิกในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวชทุกราย มาตรฐานการพยาบาลจิตเวช ประกอบด้วย มาตรฐานที่1: ประเมินภาวะสุขภาพ มาตรฐานที่2:

วินิจฉัยทางการพยาบาล มาตรฐานที่3: กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล มาตรฐานที่4:วางแผนการพยาบาล มาตรฐานที่5: ปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประสานการดูแล การสอนและการส่งเสริมสุขภาพ การเป็นที่ปรึกษา ให้การบำบัดรักษาตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด ดูแลให้ได้รับยาและการรักษาอื่นๆ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและให้คำปรึกษา และทำจิตบำบัด มาตรฐานที่6: ประเมินความก้าวหน้าและคงไว้ซึ่งผลลัพธ์ให้เป็นไปตามที่คาดหวัง (Lynch, 2016) จากลักษณะงานและมาตรฐานในการพยาบาลจิตเวชดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าพยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรที่ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการปฏิบัติงานกล่าวคือต้องมีองค์ความรู้ทางการพยาบาลจิตเวชโดยใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด มีพื้นฐานของการเอาใจใส่ เข้าใจและเห็นใจผู้รับบริการ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพื่อให้เกิดการเยียวยา และใช้ความกล้าหาญในการเผชิญกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงและหลากหลาย พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เป็นสาขาเฉพาะทางการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินวินิจฉัยโรค การดูแลช่วยเหลือ การบำบัดรักษาทางจิต การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพจิต (สภาการพยาบาล, 2556 อ้างถึงใน พงนา เปลี่ยนเกิด และ สมพิศ เกิดศิริ, 2557)

แนวทางของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลว่า เป็นการทำงานที่ผสมผสานทั้งรูปแบบอิสระและร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลบุคคลทุกช่วงวัย ครอบครัวและชุมชน ดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยและผู้ที่มีสุขภาพดีในทุกชุมชน รวมไปถึงการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย ดูแลบุคคลที่กำลังเจ็บป่วย มีความพิการ และบุคคลที่กำลังก้าวเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (WHO, 2015 อ้างถึงใน Daly, 2017) พยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 ปฏิบัติงานอยู่ในระบบสุขภาพ พยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ ฉะนั้นงานที่ทำจะครอบคลุมทุกด้านของงานสาธารณสุขรวมทั้งงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิต สภาการพยาบาลสากล (The international Council of Nurses: ICN) กล่าวว่า พยาบาลเป็นกลุ่มบุคคลที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในทีมสุขภาพ ฉะนั้นสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพอย่างมากที่สุดเช่นกันซึ่งรวมถึงงานการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต การสนับสนุนให้กำลังใจแก่บุคคล ครอบครัว และลดการตีตรา วิธีที่ดีที่สุดในการให้การพยาบาลจิตเวชคือ การตระหนักรู้ เน้นย้ำการสร้างเสริมและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต การส่งเสริมสุขภาพจิตต้องอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและสังคม รมรงค์ให้ประชาชนเข้าใจว่าสุขภาพจิตที่ดีนั้นจะต้องเกิดขึ้นจากภายใน ต้องมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพิ่มความสามารถในการจัดการกับความทุกข์ การให้ความรู้กับพยาบาลให้มีทักษะในการสื่อสารเพื่อแก้ปัญหาเป็นหลักการสำคัญที่จะช่วยแก้ปัญหาตามความเป็นจริงได้ การสื่อสารเพื่อการแก้ปัญหาเป็นทักษะที่สามารถเรียนรู้ได้ผ่านการพูดคุยของพยาบาลกับผู้ป่วย โดยเน้นย้ำการสื่อสารทางบวก ให้ความสำคัญกับการพูดถึงสิ่งที่เป็นไปได้มากกว่าสิ่งที่เป็นไปได้ เทคนิคการสื่อสารเพื่อการแก้ปัญหาสามารถช่วยให้มองเห็นเป้าหมายและความเข้มแข็งนำไปสู่การตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติ การสื่อสารเพื่อการแก้ปัญหาสามารถทำได้ง่าย สามารถสร้างความเชื่อว่าผลลัพธ์ในทางบวกจะมา การส่งเสริมสุขภาพจิตต้องอาศัยการปฏิบัติของพยาบาล มีการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และการตระหนักรู้ถึงโอกาสในการสร้างเสริมสุขภาพจิต (Daly, 2017) นอกจากนี้ พยาบาลจิตเวชต้องมีทักษะพื้นฐานที่จำเป็นของพยาบาลจิตเวช เพื่อ

การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) ใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด (Therapeutic use of self) และทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด จากแนวคิดของ จีรวรรณ โปรตบำรุง, จรัส ลีกา และสุวิน ทองปั้น (2559)

พุทธจริยศาสตร์ (Buddhist Ethics)

“พุทธจริยศาสตร์” เป็นคำสอนในทางพระพุทธศาสนา ซึ่งเป็นหลักความประพฤติที่ดีงาม อันว่าด้วยความประพฤติของมนุษย์ โดยมีปลายทางอยู่กับคำว่า สมควร เหมาะสม โดยไม่มีการตัดสินชัดเจนลงไปว่า ถูกหรือผิด เป็นการกระทำที่จะก่อให้เกิดผลดีเพื่อการปฏิบัติดี พร้อมทั้งส่งเสริมการอยู่ร่วมกันในสังคม และเพื่อเป็นฐานของการยกระดับจิตใจให้สูงขึ้น ซึ่งเป็นจริยศาสตร์และจริยธรรมที่สอนการดำรงชีวิตอยู่ด้วยปัญญา ไม่ให้ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความประมาท จึงสอนให้ตื่นรู้อยู่เสมอและให้เป็นอยู่ด้วยความเบิกบานกาย เบิกบานใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตในสังคม เพื่อให้ชีวิตเป็นปกติสุข ไม่เบียดเบียน ไม่เอาัดเอาเปรียบกัน มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่เกื้อกูลกันและกัน คือ มีกาย วาจา ใจ ที่สุภาพและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข พุทธจริยศาสตร์ เห็นว่าสาเหตุของการบริโภคปัจจัย สามารถแบ่งสาเหตุ ได้ดังนี้ คือ 1) ความต้องการทางกายหรือความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ 2) ความต้องการทางใจ 3) การแสดงบทบาททางสังคม 4) การรู้จักคิดเห็นคุณค่าเป็นการใช้ความคิดที่จะต้องใช้วิจยญาณของมนุษย์ ซึ่งหลักพุทธจริยศาสตร์ในแง่การกระทำทางกายวาจาและใจเป็นพื้นฐานเพื่อให้เกิดคุณธรรมขั้นสูงที่จะเป็นทางนำไปสู่การปฏิบัติถึงเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (อุทัย รตนบุญ, 2556) หลักพุทธจริยศาสตร์เป็นแนวคิดในการนำหลักธรรมทางพุทธศาสนามาใช้เป็นแนวทางในการประพฤติปฏิบัติ ในหนทางที่ถูกต้องดีงาม ช่วยส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านภาวะจิตและปัญญา ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี หลักพุทธจริยศาสตร์ที่นำมาใช้เป็นแนวคิดของการพัฒนาทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย(กายภาวนา) ด้านจิตใจ (จิตภาวนา) ด้านสังคม (ศีลภาวนา) และด้านปัญญา (ปัญญาภาวนา) รวมเรียกว่าภาวนา 4 นำมาปฏิบัติ ให้สมดุลครบองค์รวมในการดูแลสุขภาพตนเอง มีจิตสำนึกว่าตนเองเป็นผู้กำหนดสุขภาพของตนเองร่วมกับคนในครอบครัว สังคม และชุมชนซึ่งจะช่วยให้มีสุขภาพดี (จีรวรรณ โปรตบำรุง,จรัส ลีกา และสุวิน ทองปั้น, 2559) ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้เขียนจึงสรุปและสังเคราะห์การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยอิงหลักทางพุทธจริยศาสตร์มาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมทุกมิติดังนี้

1. การดูแลด้านร่างกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต

การดูแลด้านร่างกายเป็นการดูแลเรื่องพฤติกรรมทางกายที่ดี เป็นการกระทำที่ไม่เบียดเบียนตนเอง ไม่เบียดเบียนผู้อื่นจนทำให้ตนเองและผู้อื่นเดือดร้อน ร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน จิตใจที่แจ่มใส ย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์ แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของร่างกายตามธรรมชาติแต่ผู้สูงอายุก็สามารถดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมทางร่างกายอันจะส่งผลต่อสุขภาพทางจิตใจ พยาบาลจิตเวชควรแนะนำผู้สูงอายุ ในการดูแลร่างกายให้สะอาดและสดชื่นอยู่เสมอ เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ เป็นอาหารที่สะอาด ปรุงสุกใหม่ ย่อยง่ายและรสไม่จัด รับประทานในปริมาณที่พอเหมาะไม่มากหรือน้อยจนเกินไป เน้นผักและผลไม้จะช่วยให้การขับถ่าย ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยไม่หักโหม เหมาะสมตามกำลังที่สามารถทำได้ เช่นการเดิน การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การว่ายน้ำ โยคะ การเต้นรำ เป็นต้น การออกกำลังกาย

ควรทำเป็นประจำอย่างน้อยใช้ร่างกายในชีวิตประจำวัน และทำงานอดิเรกที่ชอบ รมั้ดระวังการพลัดตกหกล้ม พึงมีสติในการทำกิจกรรมต่างๆ พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ ไม่ควรนอนกลางวันมากเกินไป ไม่ดื่มชา กาแฟ เพราะจะทำให้หอนไม่หลับและ ฝึการขับถ่ายให้เป็นเวลา

2. การดูแลด้านจิตใจเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต

การดูแลทางด้านจิตใจเป็นเรื่องของการดูแลด้านความคิด เป็นพฤติกรรมทางใจที่แสดงออกแล้วทำให้ตนเองหรือผู้อื่นไม่เดือดร้อน การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อันเนื่องมาจากความเสื่อมไปของร่างกาย พลละกำลังถดถอยบทบาทความสำคัญในครอบครัวและสังคมลดลงทำให้การดำเนินชีวิตไม่เหมือนเดิม ขาดความเชื่อมั่น มีความวิตกกังวล มีปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ พยาบาลจิตเวชต้องแนะนำผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระจ่างเปร่า และสนุกสนาน ค้นหาความบันเทิงรูปแบบต่างๆทางสื่อออนไลน์ โดยแนะนำการพบปะพูดคุยกับเพื่อน ลูกหลานและบุคคลในครอบครัว โดยพูดคุยเรื่องที่ผ่อนคลายสนุกสนานไม่ตำหนิ เปรียบเทียบ สั่งสอนหรือจู้จี้ขุ่น หางานหรือกิจกรรมที่ชอบทำเพื่อความเพลิดเพลิน และเกิดประโยชน์ แนะนำเรื่องการฝึกคิดให้ยืดหยุ่นมากขึ้น ไม่เข้มงวด ตัดสินผิดถูกตนเองและผู้อื่นตลอดเวลา รู้จักผ่อนหนักผ่อนเบา ลดทิวี่มานะ รู้จักให้อภัยและปล่อยวาง ชีวิตจะมีความสุขมากขึ้น

3. การดูแลด้านสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต

การรับบทบาทตัวเองในสังคมตามหลักพุทธจริยศาสตร์เป็นสิ่งสำคัญของผู้สูงอายุเนื่องจากบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุที่ลดลงทำให้เกิดปัญหาการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง การพัฒนาทางสังคมจะถดถอย ส่งผลต่อการพัฒนาทางกาย อารมณ์และสติปัญญา การแก้ไขต้องให้ผู้สูงอายุปรับตัวและยอมรับต่อสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม พยาบาลจิตเวชควรส่งเสริมการอยู่ร่วมกับคนอื่นทั้งในครอบครัวและชุมชน อย่างมีความสุขโดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกสังคม หรือทำกิจกรรมนอกบ้านร่วมกับผู้อื่นในชุมชน เช่น เป็นอาสาสมัครของชุมชน ร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การทำงานจิตอาสา เป็นต้น พยาบาลจิตเวชควรแนะนำให้ผู้สูงอายุเรียนรู้และปรับตัวให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของโลกและสังคม เรียนรู้และสามารถใช้เทคโนโลยีได้ ติดตามข่าวสาร เหตุการณ์ ความเป็นไปของสังคมรอบตัวและสังคมโลกปัจจุบัน แนะนำให้ผู้สูงอายุรู้จักการเป็นผู้ฟังที่ดีเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์ รู้จักเริ่มการสนทนากับผู้อื่นโดยใช้คำถามในการเปิดประเด็นการสนทนาที่เหมาะสมเป็นผู้ฟังที่ดีไม่พูดแทรก และฟังด้วยใจเป็นกลาง พร้อมเป็นที่ปรึกษาและให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์จากประสบการณ์ชีวิตที่เคยปฏิบัติมา หลีกเลี้ยงคำพูดเชิงตำหนิ คำพูดรุนแรง ถากถาง ดุถูก เหยียดหยาม เปรียบเทียบอันจะทำให้คู่สนทนาไม่อยากคุยด้วยซึ่งนำไปสู่ความขัดแย้งและชิงชัง แนะนำเรื่องการฝึกคิดถึงบุคคลอื่นบ้าง อย่าคิดหมกมุ่นกับตนเองเท่านั้น เปิดใจให้กว้าง รับรู้ความเป็นไปของคนอื่น เริ่มต้นง่ายๆจากคนใกล้ชิดด้วยการใส่ใจช่วยเหลือ สนใจเอาใจใส่คนใกล้ชิดมากขึ้นและควรพบปะพูดคุยกับกลุ่มเพื่อนในโอกาสต่างๆ

4. การดูแลด้านวิญญาณเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต

การใช้วิจรรย์ญาณของมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งหลักพุทธจริยศาสตร์สอนให้เข้าใจในชีวิตและสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง มีการมองโลกในแง่ดี มีสติและให้อภัยผู้อื่น การไม่มีความโลภ และเป็นผู้ให้แก่ผู้อื่น การมีจุดมุ่งหมายของชีวิต การยินดีกับผู้ที่ประสบความสำเร็จ การเป็นผู้มีเหตุมีผล

ในการตัดสินใจสถานการณ์ต่างๆ และเป็นผู้รู้เท่าทันเหตุการณ์ พยาบาลจิตเวชควรส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้สูงอายุ มีความสุขทางด้านจิตวิญญาณ มีความหวัง มีสิ่งยึดเหนี่ยว เข้าใจตนเองและธรรมชาติ และมีความสุข ในการดำเนินชีวิต โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลังที่ดีงาม บุญกุศลที่เคยทำ ประโยชน์ต่างๆ ที่เคยทำ ให้กับบุคคลหรือสังคม ตลอดจนความภาคภูมิใจต่างๆในชีวิต เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทบทวนความทรงจำ และประสบการณ์ในอดีตที่มีคุณค่าของตนเอง โดยให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวในอดีตเพื่อกระตุ้นความจำและ อารมณ์ มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจคุณค่าที่สำคัญและมีความหมายในชีวิต เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง ลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความพอใจในชีวิตได้ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นการส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีสติ ตระหนักรู้ถึงสิ่งที่กำลังกระทำ มีความไม่ประมาท ละเอียดรอบคอบในการกระทำ สิ่งต่างๆ สำหรับพุทธศาสนิกชนสามารถกระทำกิจกรรมทางศาสนาได้หลายอย่าง เช่น การทำบุญ ให้ทาน รักษาศีล การเจริญสติภาวนา การแผ่เมตตา การอธิษฐานจิต สวดมนต์ นั่งสมาธิ เดินจงกรม ฟังธรรม ซึ่งจะทำให้ ผู้สูงอายุมีจิตใจผ่องใส เกิดความเมตตาต่อผู้อื่น เห็นอกเห็นใจผู้อื่น สามารถพิจารณาไตร่ตรองปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างถ่องแท้เป็นผลทำให้สามารถพัฒนาตนเอง ให้มีความเข้มแข็ง มีพลังใจในการมีชีวิตอยู่อย่างมี ความหมาย และมีความสุขสงบได้ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพัฒนาทางจิตใจ วางจิตวางใจให้ถูกต้อง สงบเย็น ตระหนักและระวังความรู้สึกของตนเอง ระวังระวังภาวะอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว น้อยใจที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุย่อมส่งผลต่อสุขภาพทางจิตวิญญาณเมื่อการพัฒนาจิตใจดีขึ้นจะทำให้มี การพัฒนาทางด้านปัญญาตามมา ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้เข้าใจสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง รู้เท่าทันโลกและ ชีวิต รับประทานอาหารในสิ่งที่จำเป็นประโยชน์และใช้ความคิดพิจารณาอย่างถ่วงถ่วง มีความเห็นที่ถูกต้อง เข้าใจ หลักของไตรลักษณ์ที่ไม่มีสิ่งใดเที่ยงแท้ เกิด แก่ เจ็บ และตายเป็นเรื่องธรรมชาติ เมื่อมีความทุกข์ต้องเข้าใจ และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เรียนรู้และทำความเข้าใจหลักอนัตตา ว่าทุกอย่างคือความว่างเปล่า ไม่มีสิ่งใด จีรัง ยั่งยืน ร่วมกับใช้หลักโยนิโสมนสิการคือ การพิจารณาเรื่องราวอย่างรอบคอบ คิดอย่างถูกวิธี ทราบถึง ต้นเหตุของปัญหาตามสภาวะและตามความสัมพันธ์แห่งเหตุปัจจัยและหาทางแก้ไข ปรับตัวกับทุกอย่าง ที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสม พยาบาลจิตเวชมีบทบาทในการให้การปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้มีการตระหนักรู้จิตใจของตน มีแนวทางในการสำรวจปัญหา และผลกระทบต่อภาวะอารมณ์ จนเกิดความเข้าใจ ปัญหาและสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ สามารถที่จะเผชิญปัญหาและสถานการณ์ที่ทำให้เกิด ความทุกข์ได้ และเกิดการผ่อนคลายในที่สุด จากการศึกษาพบว่า การให้การปรึกษาแนวพุทธ สำหรับผู้ที่เกิด โรคทางจิตวิญญาณ (Spiritual ailment) โดยการเน้นให้รู้เท่าทันปัจจุบัน การละบาปทำความดี การฝึกสังเกต ตนเอง การดับอารมณ์โกรธ การฝึกสติ จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการผ่อนคลายได้ (วิลาวรรณ คริสต์รักษา และ ทิพย์ภา เชนฐ์เชาวลิต, 2561) พยาบาลจิตเวชสามารถร่วมปรึกษานหาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุกับทีมสหวิชาชีพ เป็นการเชื่อมโยงศาสตร์ ความรู้ และความคิดเห็นต่างๆของทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางการดูแลที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุต่อไป

สรุป

พยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยอาศัยทักษะพื้นฐานที่สำคัญ ของพยาบาลจิตเวชคือ การตระหนักรู้และสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ หากพยาบาลจิตเวช ทำหน้าที่ได้ดี จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และ

สังคม ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ควรได้รับการเอาใจใส่เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่มีคุณภาพการต่อสังคม เป็นผู้วางรากฐาน โดยใช้หลักพุทธจริยศาสตร์เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เนื่องจากแนวโน้มของประชากรในวัยนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อีกทั้งบุคคลในวัยนี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงของสถานภาพทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นหากผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จะทำให้ผู้สูงอายุ มีความพร้อมสามารถปรับตัวไปตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ ในทางกลับกันหากผู้สูงอายุขาดการเตรียมตัวที่ดี หรือมีปัญหาสุขภาพร่างกายประกอบกับไม่มีหลักธรรมะในการดำเนินชีวิต อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ และเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ปัญหาสุขภาพจิตในวัยสูงอายุเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ โดยการได้รับการดูแลหรือคำแนะนำจากพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญตามมาตรฐานวิชาชีพเป็นผู้มีความรู้และรับผิดชอบในวิชาชีพของตน โดยมีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามหลักพุทธจริยศาสตร์ที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีพฤติกรรมและวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีและมีความผาสุกในการดำเนินชีวิตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์*.

กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.2554-2559).

(พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ละม่อม.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *รอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์*.

กรมสุขภาพจิต 2558. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559*.

กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อ*

ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุงครั้งที่1). (พิมพ์ครั้งที่4). นนทบุรี: ชุมชุมสหกรณ์

การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรธมนธช ปัญญาใส, จุฑามาส กิตติศรี และพิชชานาถ เงินดี. (2560). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้าง*

เสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ.วารสารสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยบูรพา, 12(2), 65-74.

กาญจนา จันทร์ไทย, ธีรพร สติธังกูร, ประหยัด ประภาพรหม, และราณี พรมานะจรัสกุล. (2556).

มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. เชียงใหม่: เชียงใหม่.

เกษร มัยจัน. (2558). *ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี,

23(2), 306-318.

- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). *ประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ.2533-2573*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- คณะเภสัชศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2558). *ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก http://www.pham.chula.ac.th/physiopharm/content/activity_%20lh/6.2.9.html.
- จิรวรรณ โปรดบำรุง, จรัส ลีกา และสุวิน ทองปั้น. (2559). *การดูแลผู้สูงอายุตามหลักพุทธจริยศาสตร์*. วารสารพุทธชินราชเวชสาร, 33(2), 233-240.
- ชัยพัฒน์ พุดซ้อน และกัณฑ์พัฒน์ พรศิริวัชรสิน. (2561). *แนวทางการแก้ปัญหาสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย*. วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 1(1), 25-35.
- ทศา ชัยวรรณวรรต. (2560). *บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต*. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31(2), 16-31.
- นันทวิช ลิทธิรักษ์ (บรรณาธิการ). (2558). *จิตเวชศิริราช DSM-5 (พิมพ์ครั้งที่1)*. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสารไทยการพิมพ์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม, และมณฑนา เหมชะญาต. (2554). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาล ตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี*. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า, 22(2), 61-70.
- พจนา เปลี้นเกิด และสมพิศ เกิดศิริ. (2557). *สมรรถนะของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล*. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2), 160-165.
- พจ พระภูษิสสะ ปญญาปโชโต.(2562). *การเสริมสร้างสุขภาวะตามหลักภาวนา 4 ของผู้สูงอายุในตำบลยางอ่อม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย*.วารสาร มจร การพัฒนาสังคม, 4(1), 49-63.
- เมธี วงศ์วีระพันธุ์.(2559). *การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของชุมชนต้นแบบในจังหวัดเชียงใหม่*. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 47(1), 45-47.
- ยาใจ สิทธิมงคล(บรรณาธิการ). (2561). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ Psychiatric Nursing*. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ:สแกนอาร์ต.
- วรรณวิสาข์ ไชโย. (2552). *ทัศนเรื่องความสุขในผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาบ้านวัยทองนิเวศน์*. รายงานวิจัย. สาขาวิชาปรัชญาและศาสนา ภาควิชามนุษยศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วริยา จันท์ขำ.(2559). *การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวช*. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.3(3),1-9.
- วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสงวงศ์ และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย*.วารสารประชากรไทย.3(2),87-92.
- วิลาวรรณ คริสต์รักษา และทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต.(2561). *บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ : มิติจิตวิญญาณ*.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.36(2),6-14.

- สุจริต สุวรรณชีพ (บรรณาธิการ). (2558). *แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)*. พิมพ์ครั้งที่ 4.นนทบุรี:ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุดา วงศ์สวัสดิ์, ดุษฎี โยเหลา และนริศรา พึ่งโพธิ์สภ, *การพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน*. (2562). วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.6(2),229-243.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน(ฉบับปรับปรุง)*. นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข. สำนักยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต.(2557).ยุทธศาสตร์และนโยบายการดำเนินงาน กรมสุขภาพจิต 2558-2559. นนทบุรี:กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- องค์การอนามัยโลกแผนกสุขภาพจิตและสารเสพติด ร่วมกับกองทุนส่งเสริมสุขภาพแห่งวิคตอเรียและมหาวิทยาลัยเมลเบิร์น. (2560). *การส่งเสริมสุขภาพจิต แนวคิด หลักฐาน และแนวทางปฏิบัติ (รายงานสรุป)*.เชียงใหม่:วนิดาการพิมพ์.
- อุทัย รตนปญญา.(2556). *ศิษยาภิบาลวิชาชีพพุทธจริยศาสตร์ตามที่ปรากฏในธรรมบท*. (ดุษฎีนิพนธ์). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, กรุงเทพฯ ประเทศไทย.
- American psychiatric Nurse Association. (2020). *What do Psychiatric-mental health nurse do?*. Retrieved from apa.org/i4a/Pages/index.efm.pageid=3292#1
- Cleary,M.and Cross.W. (2017). *Mental health promotion In Daly, J., Speedy,S.and Jackson,D.* (Ed.), *Contexts of Nursing* (pp. 303-320). Elsevier Australia.
- Elder,R,Evans., K., Nizette,D., &Trenoweth,S. (2014). *Mental health nursing: A manual for practice*. London:Churchill Livingstone Elsevier.
- Lynch,E.(2016). *Introduction to psychiatric nursing*. In Gersch,Carolyn J.,Heimgartner,Nicole M.,Rebar,Cherie R.,Willis,Laura.and V.Title.(Ed.), *Psychiatric nursing made incredibly easy!*. (pp. 1-44) Philadelphia,PA:Wolters Kluwer.
- Shives LR. (2012). *Basic concepts of Psychiatric-mental health Nursing.8th ed*. Philadelphia:Wolters Kluwer.
- Wilkes,L.,Jackson,D.,Miranda,C.,&Watson,R. (2012). *The role of clinical trial nurses: An Australian perspective*.Collegian.19 (14), 239-246.
- World Health Organization.(2013).Mental health action plan2012-2020 printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. Retrieved February 2,2016,from http://www.who.int/mental_health_publications/action_plan/en/
- World Health Organization.(2020).Defining old. Retrieved from <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefolder/en/>

บทความวิชาการ**บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉิน****Roles of psychiatric nurses promote access to psychiatric emergency care**

ศิริยุพา นันสุนานนท์*

Siriyupa Nunsunanon*

Received: July 23, 2020

Revised: October 10, 2020

Accepted: December 24, 2020

บทคัดย่อ

การเข้าถึงบริการฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่ระบบการให้บริการยังมีข้อจำกัด เนื่องจาก การให้บริการไม่เอื้อต่อการปฏิบัติกรนำส่งและดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน บุคลากรด้านสุขภาพที่ให้บริการจิตเวชฉุกเฉินขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวช และประเมินระดับความรุนแรงยังไม่ครอบคลุมอาการบกร่องทางจิตด้านการรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดปกติ พยาบาลจิตเวชควรส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉินกับประชาชนและบุคลากรด้านสุขภาพ โดยการให้ความรู้ คัดกรองความเสี่ยงและให้การรักษาทันที และการทำวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการจิตเวชฉุกเฉินเพื่อปรับปรุงการดูแลทางจิตเวช

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาลจิตเวช, บริการจิตเวชฉุกเฉิน

Abstract

The accessibility of psychiatric patients to emergency service has increased rapidly while the service system is limit. The unfavorable of the emergency healthcare professionals lack knowledge and skill to deal with psychiatric patients, negative attitude towards the psychiatric patients and assess the symptoms not cover impaired perception and bizarre behavior. The psychiatric nurses should promote accessibility of psychiatric emergency care for people and healthcare professionals by giving information screening risk and prompt treatment and doing research about accessibility of psychiatric emergency care to improve psychiatric services.

Keywords : Roles of psychiatric nurses, Psychiatric emergency care

* corresponding author อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

Email: siriyupa.n@stin.ac.th

บทนำ

โรคจิตเวชเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ และ/หรือจากการใช้สุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ส่งผลให้ผู้ป่วยบกพร่องด้านการเรียน การงาน และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง หรือการเข้าสังคม มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2546 ประชากรทั่วโลก 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคน มีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากรายงานวิจัยทางระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ปี พ.ศ.2556 พบอัตราการความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเท่ากับร้อยละ 12.2 โดยในกลุ่มอายุ 15-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.7 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 6.6 และมากกว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ไม่เคยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมาก่อน (เบญจมาศ พลฤกษ์กานนท์, อีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา และ กนกวรรณ สุดศรีวิไล, 2556) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า โรคซึมเศร้า เป็นสาเหตุ 1 ใน 5 ที่ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้พิการ และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเยาวชนทั่วโลก จำนวน 800,000 รายต่อปี และคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ.2030 ระบบหลักประกันสุขภาพด้านบริการสุขภาพจิต จะครอบคลุมประชากรจำนวนมากกว่า 100 ล้านคน ใน 12 ประเทศ จะสามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2019) การคาดการณ์แนวโน้มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยพบว่า มีระดับสูงขึ้น ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ.2557 รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า ภาวะออทิสติก และโรคสมาธิสั้น เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.75 ร้อยละ 36.76 ร้อยละ 6.75 และร้อยละ 1.44 เป็นร้อยละ 70.21 ร้อยละ 48.50 ร้อยละ 8.51 และร้อยละ 3.97 ตามลำดับในปี พ.ศ.2559 ถือว่าอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์ เช่นเดียวกับผลการศึกษารายงานการเข้าถึงบริการจิตเวชในพื้นที่ระดับอำเภอนำร่องพบว่า มีเพียงร้อยละ 11 ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยชุมชน ร้อยละ 21 ที่ได้รับยารักษาแล้วอาการทางจิตดีขึ้น การติดตามการดูแลต่อเนื่องมีเพียงร้อยละ 39 และขาดการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการโรคทางจิตเวชต่ำกว่าโรคทางกาย เช่นเดียวกับสถานการณ์ทั่วโลก (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการจิตเวชฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ยุ่งยากและซับซ้อนเป็นไปได้ยากนั้น สามารถสรุปปัญหา/อุปสรรคเช่น การให้บริการรักษาผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไม่เอื้อต่อการปฏิบัติ ผลการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 พบว่า ระบบการนำส่งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินทั้งบุคลากรนำส่ง ยารักษาอาการทางจิตฉุกเฉิน ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ให้บริการ ขาดการทำงานบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งด้านกำลังคนและงบประมาณมีข้อจำกัด (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่า การให้บริการจิตเวชฉุกเฉินไม่มีความแตกต่างจากการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป การจัดบริการแบบต้นแบบ มีการติดตามประเมินผลน้อยและขาดประสิทธิภาพ ทำให้การให้บริการไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉินพบว่า มีปัญหาด้านการจัดสิ่งแวดล้อม (Milieu Management) ที่ไม่เอื้อต่อการให้บริการ ขาดความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับผู้ป่วย บุคลากรสุขภาพในแผนกฉุกเฉิน ขาดความรู้และทักษะในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ทำให้ไม่สามารถประเมินและแยกแยะอาการของผู้ป่วยได้ รวมถึงความกังวลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ประวัติการเข้ารับการรักษาลักษณะผู้ป่วยจิตเวชทำให้ปฏิเสธ

และหลีกเลี่ยงการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ส่งผลต่อระยะเวลาในการรักษานานเกินไป (Peltzer-Jones. et al, 2019; Dombagolla, et al, 2019) การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชทำได้ยากเนื่องจากต้องแยกอาการเจ็บป่วยทางกายก่อน ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาทางจิตเวชล่าช้าทั้งที่การให้บริการฉุกเฉินจะต้องดำเนินการอย่างรวดเร็ว (อุรา สุวรรณรักษ์, สุนิสา สุวรรณรักษ์, พรธิดา แยมพยนต์, รังสรรค์ คูหากาญจน์, โสรังจะ ชูแสง และ อนุรัตน์ สมตน, 2559) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว และชุมชนยังขาดความตระหนักเกี่ยวกับโรค ไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตนหรือวิธีการจัดการอาการฉุกเฉิน โดยเฉพาะทัศนคติเชิงลบ และถูกตีตราจากสังคม (เบ็ญจมาศ พลฤกษ์กานนท์ และคณะ, 2556: Rosenheck, Leslie, Keefe, McEvoy, Swartz, Perkins, et al, 2006; Prince, Patel, Saxena, Maj, Masekko, Phillip, et al, 2007) ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถกลับคืนสู่สังคมได้เนื่องจากญาติ/ผู้ดูแลยังมีความหวาดกลัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติอาการรุนแรงและมีแนวโน้มทอดทิ้งผู้ป่วย ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากกลัวถูกทำร้าย และไม่มีกรเตรียมสถานที่รองรับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีผู้ดูแล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ยิ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การดำเนินชีวิตในสังคมและประกอบอาชีพตามศักยภาพลดลง

แนวทางการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ กำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการอย่างเป็นระบบได้แก่ การบูรณาการการดำเนินการระดับนโยบายในการบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินระหว่างหน่วยงานเพื่อลดความซ้ำซ้อน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561; เสาวลักษณ์ สุวรรณโมเดรี, นพพร ตันติรังสี, วลลิ ธรรมโกสิทธิ์, ราณี ฉายินทุ, เลิศศิริ ราชเดิม, เจริญพร กิจชนะพาณิชย์,...กฤตเมธ ตุ่มฉาย, 2561) เช่น การจัดทำข้อตกลงพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตและพัฒนาเครือข่ายงานป้องกันและรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพจิตระหว่างกรมสุขภาพจิตและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 แนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการจิตเวชฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุดิยภูมิ และตติยภูมิ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินควรได้รับดูแลรักษาทางจิตเวชในช่องทางที่รวดเร็ว (fast track) และเป็นการให้บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) (พรทิพย์ วชิรติลก, อีระ ศิริสมุด และ อนุรัตน์ สมตน, 2561) ส่วนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีอาการซับซ้อนยุ่งยากอาจมีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์ได้ตามความเหมาะสม การจัดทำมาตรฐานและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พบบ่อยตามช่วงวัย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความจำเป็นเร่งด่วนอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามหลักวิชาการที่ตรงกับบริบทสังคมไทย การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตเวชฉุกเฉิน วิธีการประเมินและให้การดูแลแก่บุคลากรด้านสุขภาพในแผนกฉุกเฉินหรือแผนกที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยจิตเวช การให้ความรู้ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช อาการและพฤติกรรมที่เป็นสัญญาณของโรค และการดูแลเบื้องต้นแก่ประชาชนทั่วไป (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ตั้งแต่ผู้ป่วยจิตเวชที่ยังไม่มีอาการเพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและลดการตีตราในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตได้ดำเนินการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินฉบับทดลองใช้ แต่ยังคงขาดการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินมากขึ้น แต่การให้บริการจิตเวชายังอยู่ในระดับน้อย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพจิตไม่เพียงพอ ไม่สามารถเข้าถึง

บริการด้านสุขภาพจิตและระบบหลักประกันสุขภาพ ยังมีประเด็นหรือช่องว่างการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่น่าสนใจ ทำการศึกษาวิจัยในหลายเรื่อง ในต่างประเทศมีการจัดตั้งคณะทำงานระดับวิชาชีพที่มีแพทย์และนักวิจัยด้านอายุรศาสตร์ฉุกเฉิน จิตเวชและจิตวิทยาจากหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาประชุมหารือเพื่อกำหนดหัวข้องานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชฉุกเฉินใน 4 เรื่องที่สำคัญได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันและการฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด และอาการทางจิตเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการดำเนินงานวิจัยในปัญหาที่พบบ่อย (Wilson, Shenvi, Rives, Nordstrom, Schneider & Gerardi, 2019)

การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีพฤติกรรมต่อต้านและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น มีอาการรุนแรง หงุดหงิด อยู่ไม่นิ่ง อารมณ์คลุ้มคลั่ง แสดงท่าทางหรือพฤติกรรมแปลกๆ สูญเสียความสามารถในการรับรู้ตามความเป็นจริง มีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ อาจทำร้ายผู้อื่นโดยไม่ทราบสาเหตุที่ตนเองก่อให้เกิดอันตราย ทำให้ครอบครัว ชุมชนหรือสังคมรู้สึกหวาดกลัวโกรธ เสียใจ มีความคิดเชิงลบต่อผู้ป่วย จนต้องมีการให้นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน (Peltzer-Jones, Nordstrom, Currier, Berlin, Singh & Schneider, 2019) ลักษณะอาการจิตเวชฉุกเฉินมีดังนี้

1. พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicide Behavior) เป็นอาการที่ผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาลจากการทำร้ายตนเอง อย่างรุนแรง เช่น มีรอยขีด บาดแผล มีการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือหมดสติ เป็นต้น

2. พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior) มีอาการขาดสติ ขาดการควบคุมตนเอง ไม่สามารถสื่อถึงความต้องการของตนเองได้ ทำลายข้าวของ ถูสิ่งของที่ใช้ทำเป็นอาวุธได้เพื่อทำร้ายผู้อื่น ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่มุ่งร้ายต่อผู้อื่น

3. ภาวะสับสน (Delirium) เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย ชนิดเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการสับสน (Confusion) และการรับรู้สภาพแวดล้อมผิดปกติ (การรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคลผิดปกติ) และมักจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีอาการประสาทหลอน หรือภาพผิด (Illusion) และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ขาดความยับยั้งชั่งใจ หงุดหงิด หรือทำอันตรายต่อบุคคล

4. การติดสุราและการใช้สารเสพติด (Alcohol & Substance Withdrawal and Intoxication) เป็นภาวะมีนเมาจากการใช้สารเสพติดปริมาณมากและ/หรือมีภาวะถอนพิษยา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่เหมาะสมเช่น พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ มีความบกพร่องในอาชีพการงานและสังคม ในกรณีที่มีการเสพยาในปริมาณที่สูงมากอาจทำให้เกิดอาการโคม่า ชัก และเสียชีวิตได้

ภาวะจิตเวชฉุกเฉินที่พบบ่อยจะเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองประมาณร้อยละ 30 และผู้ป่วยก้าวร้าวร้อยละ 20 (Dombagolla, Kant, Lai, Hendarton & Taylor, 2019) ทั้งนี้เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินคือ เพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิตของผู้ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและลดความรู้สึกในระดับความรุนแรงของผู้ป่วย

หลักการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

1. ปฏิบัติการเพื่อช่วยเหลืออย่างใดอย่างหนึ่งตามขั้นตอนในแต่ละช่วงเวลา เพื่อลดความกดดันจากสถานการณ์ฉุกเฉินโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์
2. ปฏิบัติการเพื่อช่วยเหลือตามความต้องการที่จำเป็นและเฉพาะหน้าเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น
3. เป็นการช่วยเหลือโดยให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ โดยคำนึงถึงผลการปฏิบัติที่ตามมาและสามารถยอมรับได้ (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

1. การประเมินและการคัดกรองสุขภาพจิตผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Mental Health Triage and Assessment) พยาบาลจะต้องคัดกรองอาการ ภาวะจิตสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาลตามลักษณะปัญหาที่พบในผู้ป่วย การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน มีการใช้มิติสภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วยดังนี้ (สมจิตต ลุประสงค, มยุรี กลับวงษ์, สมหมาย หิรัญนุช, อัมภา ศรารัต และ พรทิพย์ คงสัตย์, 2557)

1) การประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) เป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ช่วยบ่งบอกการมีชีวิต ประกอบด้วย การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ และตรวจความดันโลหิต

2) การประเมินอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท (Neurological signs) เพื่อบ่งชี้สภาพการทำงานของระบบประสาท ความสามารถในการควบคุมการปฏิบัติงานของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ประกอบด้วย การลืมตา การเคลื่อนไหว และการพูด ทั้งนี้อาจจะใช้แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว (Glasgow Coma Scale: CGS)

3) การรักษาด้วยหัตถการพิเศษที่สำคัญต่อการมีชีวิต เป็นการวินิจฉัยหรือรักษาผู้ป่วยด้วยการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เข้าสู่ร่างกายโดยเน้นในหัตถการพิเศษชนิดไม่รุกราน (Non-invasive) การรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มที่มีดัชนีการรักษาแคบ (Narrow Therapeutic Index) หรือกลุ่มยาต้านอาการทางจิตที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug) ซึ่งจะต้องเฝ้าระวังผลหรืออาการข้างเคียงเป็นพิเศษ ได้แก่ Lithium, Carbamazepine, Sodium valproate, Phenytoin, Clozapine เป็นต้น

4) การประเมินพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตราย (Violence Behavior) ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชจะมีการใช้คำพูดหรือใช้กำลังอย่างรุนแรง ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งอาจใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) มีการแปลผลคะแนนระดับความรุนแรงดังนี้

- คะแนน OAS 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเช่น พูดเสียงดังแต่ยังสามารถรับฟัง เตือนแล้วอาการสงบลง เป็นต้น จัดว่ากึ่งเร่งด่วน (Semi-Urgency) อยู่ในกลุ่มปานกลางที่ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

- คะแนน OAS 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน จัดว่าเร่งด่วน (Urgency) อยู่ในกลุ่มหนักที่ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง

- คะแนน OAS 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองไม่ได้ เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน จัดว่าฉุกเฉิน (Emergency) อยู่ในกลุ่มหนักมากที่ต้องจัดการทันที

การประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นด้วยการประเมินสภาวะทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว จะต้องมีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยที่ต้องมาโรงพยาบาลโดยเฉพาะอาการที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สิน เพื่อพิจารณาการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยทันที ร่วมกับการตรวจสอบวัตถุหรืออาวุธมีคมที่เป็นอันตราย นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์และจัดระดับความรุนแรงของปัญหาในผู้ป่วย การตั้งข้อวินิจฉัย การพยาบาลและวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ และรายงานอาการให้แพทย์รับทราบตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงานเพื่อประโยชน์ในการกำหนดวิธีการรักษา ที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ป่วย รวมทั้งบันทึกข้อมูลอาการและการคัดกรองอาการทางจิตเบื้องต้นที่สำคัญ ได้แก่ อาการและอาการสำคัญเมื่อแรกเริ่ม การประเมินสภาวะทางอารมณ์และพฤติกรรม ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การใช้ยา การใช้สุราและสารเสพติด โรคประจำตัวและการแพ้ยา สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณทางระบบประสาท และผลตรวจเบื้องต้นทางห้องปฏิบัติการ

2. การประเมินทบทวนอาการจิตเวชอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (Systematic review and Ongoing Psychiatric Assessment) พยาบาลจะต้องทบทวน รวบรวมข้อมูลปัญหาอื่นของผู้ป่วยเพิ่มเติมด้านการตรวจร่างกาย การประเมินจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ให้ครอบคลุมอย่างรอบด้าน เพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งบันทึกผลในแฟ้มประวัติผู้ป่วยและรายงานความผิดปกติ/การเปลี่ยนแปลงให้แพทย์รับทราบเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Implementation) การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหาและอาการเจ็บป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน โดยการวินิจฉัย วางแผน กำหนดเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลตามระดับความรุนแรงและเร่งด่วน ให้การพยาบาลตามอาการทันทีเมื่อตรวจพบ และตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วยขณะอยู่สถานพยาบาล รายงานอาการความผิดปกติ/การเปลี่ยนแปลงให้แพทย์รับทราบ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแฟ้มผู้ป่วยตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน มีการให้ข้อมูลกับครอบครัวเกี่ยวกับอาการและแนวทางในการรักษา และเฝ้าระวังอาการทางจิตที่สำคัญ ในกรณีส่งต่อหรือจำหน่ายผู้ป่วย

4. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Evaluation) เป็นการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาลและผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล โดยประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่สอดคล้องกับสภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้การประเมินผลและผลลัพธ์ที่คาดหวัง ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแฟ้มประวัติ รายงานอาการผิดปกติ/

การเปลี่ยนแปลงให้แพทย์รับทราบตามขั้นตอนของหน่วยงาน นอกจากนี้บุคลากรด้านสุขภาพจะต้องร่วมกัน ประเมินผลการรักษา ปัจจัยเอื้ออำนวย ปัญหา อุปสรรค ตามผลลัพธ์ที่คาดหวังในผู้ป่วย ขณะที่รับการรักษา ในสถานพยาบาล (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

บทบาทพยาบาลจิตเวช

โดยทั่วไปลักษณะงานบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (กาญจนา จันทร์ไทย, อีรพร สติธอังกูร, ประหยัด ประภาพรม และ ราณี พรมานะจิรังกุล, 2557) แบ่งบทบาทพยาบาลออกเป็น 2 ลักษณะคือ บทบาทที่มีปฏิสัมพันธ์ภายในและภายนอกหน่วยงาน ซึ่งจะต้องมีการสื่อสารและปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Collaborative role) อีกด้านหนึ่งเป็นบทบาทตามลักษณะงานพื้นฐาน ซึ่งเป็นบทบาท อิสระ (Independent role) ให้การดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลตามสภาพปัญหาด้านพยาธิสภาพของ ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการข้อมูล และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการดูแลด้านจิตสังคม ซึ่งสะท้อนให้เห็นการปฏิบัติการพยาบาล อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ ระยะวิกฤต/เฉียบพลันที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน และ ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพพร้อมกลับคืนสู่สังคม เป็นการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) มีดังนี้

1. การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีอาการหรือลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็น อันตรายต่อชีวิตของตนเองและผู้อื่นอย่างทันที่ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายเพื่อ ป้องกันอันตรายต่อชีวิตของผู้ที่ตกอยู่ในภาวะจิตเวชฉุกเฉิน และบรรเทาความรู้สึกแปรปรวนในระดับรุนแรง การประเมินคัดแยกอาการและการตรวจร่างกายมีความสำคัญมากที่สุดในการวินิจฉัยขั้นต้น ค้นหาปัจจัย กระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความจำเป็นเร่งด่วนอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา และปลอดภัยภายใน 24 ชั่วโมง (พรทิพย์ วชิรดิถก, อีระ ศิริสมุด, สนิษฐ ชัยสิทธิ์ และ อนุชา เศรษฐเสถียร, 2559) ผู้ป่วยจิตเวชบางรายไม่รู้สึกว่าตนเองต้องการความช่วยเหลือหรือไม่รู้ตัวจากภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเวช พยาบาลจิตเวชควรใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การสัมภาษณ์ในประเด็นที่สำคัญ การตรวจสุขภาพจิต มีความไวต่อการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย อาจมีการใช้แบบประเมินทางจิตเวช ร่วมกับการสอบถามข้อมูลจาก ญาติหรือคนในครอบครัวผู้ป่วย (ประภา ยุทธไตร, 2557; เตชา ลิลิตอนันต์พงศ์, 2561) เมื่อผู้ป่วยมีอาการ สงบลง ปลอดภัยจึงให้การดูแลตามระบบการให้บริการของสถานพยาบาลต่อไป

2. การส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉินให้กับประชาชนและบุคลากรด้านสุขภาพ โดยให้ ความรู้เรื่องอาการหรือพฤติกรรมทางจิตเวชฉุกเฉินที่พบบ่อยได้แก่ พฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการเสพยา ภาวะเพื่อสับสน เป็นต้น การเฝ้าระวัง คัดกรอง การประเมินอาการหรือสัญญาณเตือน และวิธีการจัดการอาการทางจิตทันทีในเบื้องต้น เพื่อให้สร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ และลดการตีตราผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้ควรพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริม การเข้าถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉินอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับบริบททางสังคม

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีอาการรุนแรงหรือมีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิตตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน จำเป็นจะต้องได้รับความช่วยเหลือหรือการแก้ไขอย่างเร่งด่วนภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉินและข้อจำกัดในเรื่องเวลา การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิตและลดระดับความรุนแรงของผู้ป่วย พยาบาลจิตเวชจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ได้แก่ การประเมิน คัดกรองอาการทางจิต รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างรอบด้าน เพื่อให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อที่ปลอดภัย ช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย รวมถึงการส่งต่อและการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ส่วนการส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉินจะเน้นการประสานงานกับบุคลากรด้านสุขภาพและประชาชน โดยการให้ความรู้อาการหรือพฤติกรรมทางจิตเวชฉุกเฉิน ร่วมกับการเฝ้าระวัง คัดกรอง ประเมินอาการหรือสัญญาณเตือน และวิธีการจัดการอาการทางจิต รวมทั้งพัฒนางานวิจัยเพื่อปรับปรุงระบบบริการจิตเวชฉุกเฉินให้มีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์พัลลิสซิ่ง จำกัด.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สรุปผลการดำเนินงาน “หนึ่งทศวรรษการขับเคลื่อน พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551” วันอังคารที่ 10 กรกฎาคม 2560 ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา จันทร์ไทย, อีรพร สติธอังกฤษ, ประหยัด ประภาพรม และ ราณี พรมานะจิรังกุล (บรรณาธิการ) (2557). *มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เดชา ลิลิตอนันต์พงศ์. (2561). *ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบ็ญจมาศ พงษ์กานนท์, อีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา และ กนกวรรณ สุตศรีวิไล. (2556). *การสำรวจระดับวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร) (รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ประภา ยุทธไตร. (2557). *จิตเวชฉุกเฉินและการจัดการ*. ใน ประภา ยุทธไตร, อัจฉราภรณ์ สี่หิรัญวงศ์, พวงเพชร เกษรสมุท และ วาริรัตน์ ถาน้อย (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พัลลิสซิ่ง.

- พรทิพย์ วชิรติลก, ธีระ ศิริสมุด, สีนินุช ชัยสิทธิ์ และ อนุชา เศรษฐเสถียร. (2559). *การคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย*. วารสารการพยาบาล, 31(2), 96-108.
- พรทิพย์ วชิรติลก, ธีระ ศิริสมุด และ อนุรัตน์ สมตน. (2561). *ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย*. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32(2), 69-83.
- มาโนช หล่อตระกูล. (บรรณาธิการ). (2544). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยมีปัญหาดสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์ (ฉบับปรับปรุง 2544)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิตต ลุประสงค, มยุรี กลั้ววงษ์, สมหมาย หิรัญนุช, อัมภา ศรารัชต์ และ พรทิพย์ คงสตัย. (2557). *คู่มือประกอบการใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช*. ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นครราชสีมา: เดชพรการพิมพ์.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, นพพร ตันติรังสี, วัลลี ธรรมโกสิทธิ์, ราณี ฉายินทุ, เลิศศิริ ราชเดิม, เจริญพร กิจชนะพานิชย์,...กฤตเมธ ตุ่มฉาย. (2561). *คู่มือปฏิบัติงานที่ช่วยเหลือทีมช่วยเหลือเยียวาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต ฉบับทดลองใช้*. นนทบุรี: กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- อุรา สุวรรณรักษ์, สุนิสา สุวรรณรักษ์, พรธิดา แยมพยนต์, รังสรรค์ คุณากาญจน์, โสรจจะ ชูแสง และ อนุรัตน์ สมตน. (2559). *ช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉินไทย รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2558*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- Dombagolla, M.H.K., Kant, J.A., Lai, F.W.Y., Hendarto, A. & Taylor, D.M. (2019). *Barriers to providing optimal management of psychiatric patients in the emergency department (psychiatric patient management)*. *Australasian Emergency Care*, 22, 8-12.
- Peltzer-Jones, J., Nordstrom, K., Currier, G., Berlin, J.S., Singh, C. & Schneider, S. (2019). *A research agenda for assessment and management of psychosis in emergency department patients*. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(2), 403-408.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillip, M.R., et al. (2007). *No health without mental health*. *The Lancet*, (9590)370, -8598.77
- Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., et al. (2006). *Barriers to employment for people with schizophrenia*. *American Journal of Psychiatry*, (3)163, -41141.9
- Wilson, M.P., Shenvi, C., Rives, L., Nordstrom, K., Schneider, S. & Gerardi, M. (2019). *Opportunities for research in mental health emergency: executive summary and methodology*. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(2), 380-385.
- World Health Organization. (2019). *The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health*. Geneva: World Health Organization.

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย กับการดูแลผู้ป่วย
ที่มีปัญหาภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้Nurse's role Enterostomal Therapy Nurse for patients with dermatitis
problems due to incontinence associated dermatitis (IAD)

จิรวรรณ ผาแก้ว* ฐิตินันท์ เชื้อพราหมณ์** นันทิดา ทองฮวด***

ปิยะนุช จันทร์สำโรง**** อภิญญา รอดชมภู***** คู่ขวัญ มาลีวงษ์*****

Jeerawan Phakaew* Thitinun Choupram** Nanthida Thonghyuat***

Pitanut Chansamrong**** Apinya Rodchomphu***** Kukwan Maleewong*****

Received: August 18, 2020

Revised: September 15, 2020

Accepted: December 24, 2020

บทคัดย่อ

การเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากอุจจาระ หรือปัสสาวะกักเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis: IAD) ในผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมการขับถ่ายไม่ได้นั้น สามารถเกิดได้ร้อยละ 30 โดยภาวะดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องจากทำให้เกิดความปวด ความทุกข์ทรมาน และถ้าภาวะผิวหนังอักเสบนั้นรุนแรงมากขึ้น จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดแผลกดทับระดับ 2 ได้ ส่งผลให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว การเสริมสร้างความรู้ให้กับผู้ดูแล/ผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากอุจจาระ หรือปัสสาวะกักเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จึงเป็นเรื่องสำคัญ ในฐานะพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้าน การดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ บทบาทหนึ่งในการให้การดูแลคือ การเสริมสร้างความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้ด้านการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ แก่ผู้ดูแล/ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล, พยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย, ภาวะผิวหนังอักเสบ, ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

* พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช E-mail jeerawan.ph@nmu.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

*** พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

**** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี

***** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี

***** corresponding author พยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช E-mail : kukwan@nmu.ac.th

Abstract

Incontinence Associated Dermatitis (IAD) occurred in 30% of patients with can't control bowel movements. By such condition, it affects both the body and mind. Because it causes pain suffering and if the skin condition is more severe will cause level 2 pressure injury resulting in increased cost of treatment more nurses. In addition, the patient has to stay in the hospital for longer. From the aforementioned problems and importance, the knowledge-building of caregivers/patients to prevent the development of Incontinence Associated Dermatitis (IAD) so it is important. As an Enterostomal Therapy Nurse, one role in providing care is Enhancing knowledge of patient care. Therefore, knowledge enhancement on the prevention of dermatitis due to the inability to control the excretion properly and appropriately administering caregivers/patients is therefore essential to promote the quality of life of the patient.

Keywords : Nurse's role, Enterostomal Therapy Nurse, dermatitis/ incontinence associated dermatitis

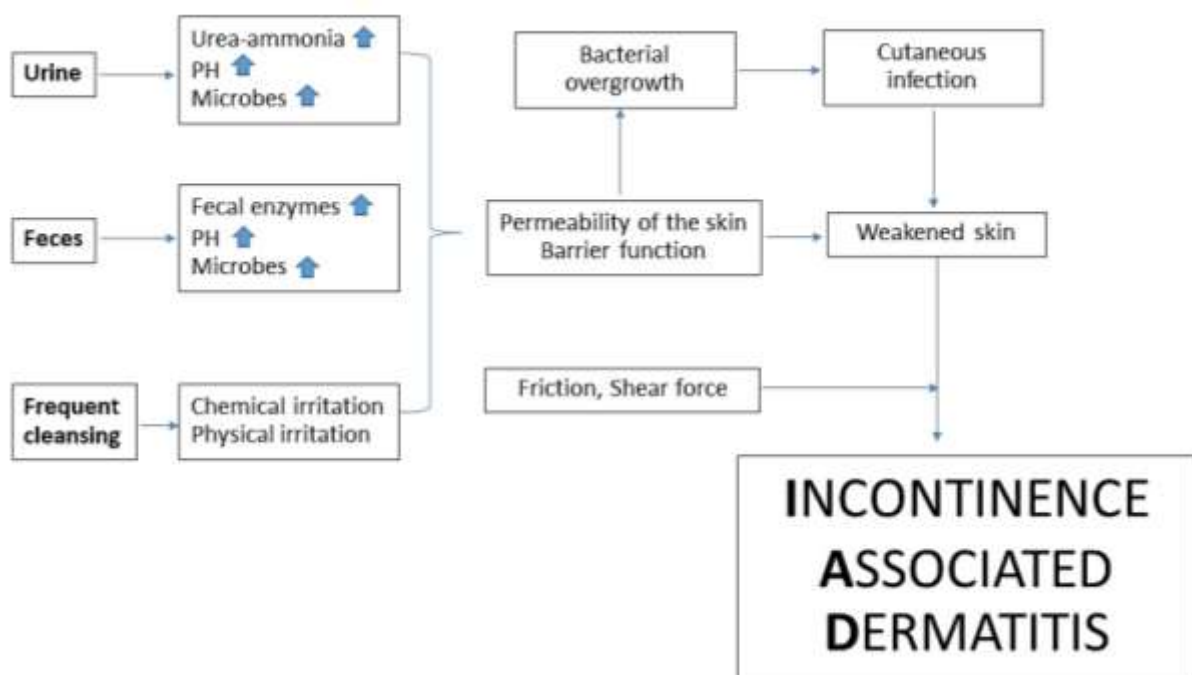
บทนำ

ภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis: IAD) คือ ภาวะอักเสบของผิวหนัง เนื่องจากการสัมผัสกับปัสสาวะ อุจจาระ อย่างต่อเนื่อง หรือซ้ำๆ จนทำให้เกิดผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเกิดการแดง ซึ่งอาจมีหรือไม่มีอาการคันหรือเปิดออกเป็นแผลของผิวหนังร่วมด้วย ภาวะนี้จะเกิดจากการทำลายของชั้นผิวหนังกำพร้าถึงชั้นหนังแท้เท่านั้น กรณีที่มีการติดเชื้อ Staphylococcus aureus หรือ candida albicans ในบริเวณนั้นร่วมด้วย อาจทำให้แผลลึกและรุนแรงมากขึ้นได้ (วิภาวี หมายพิมาย และพัสมณฑิ คุ่มทวีพร, 2557)

จากสถิติการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ของโลกในปีค.ศ. 2008, 2013 และ 2018 พบว่าอุบัติการณ์การเกิด 346, 383 และ 420 คน ตามลำดับ (I. Milson & M. Gyhagen, 2018) และจากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วย/ผู้ดูแล มีความรู้ความสามารถในการป้องกัน รักษาภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ในระดับน้อยถึงปานกลาง ตามทฤษฎีของโอเรียม ได้กล่าวถึงความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) เป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่ต้องเรียนรู้และจดจำจากสังคม สิ่งแวดล้อม และ เป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษา สุขภาพชีวิตการ พัฒนาการ รวมถึงทฤษฎีกล่าวว่า บุคคลต้องมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน โดยมีความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะปฏิบัติ (doing) จากรายงานวิจัยหลายฉบับ พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

พยาธิสภาพของการเกิด IAD

ภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis: IAD) เกิดขึ้นเมื่อผิวหนังสัมผัสปัสสาวะ ซึ่งประกอบด้วยยูเรียและแอมโมเนีย หรืออุจจาระที่มี เอนไซม์ สารเคมี และเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้มีภาวะเป็นด่าง (ค่า pH สูงขึ้น) หรือสัมผัสทั้งอุจจาระและปัสสาวะ ประกอบกับการทำความสะอาดผิวหนังภายหลังการขับถ่ายบ่อยครั้ง โดยใช้สบู่หรือสารทำความสะอาดที่ทำให้เกิดการระคายเคืองของสารเคมี และจากการขัดถู ทำให้ความสามารถในการยอมให้สารซึมผ่านเซลล์เพิ่มขึ้น การทำหน้าที่ป้องกันของผิวหนังลดลง แบคทีเรียเจริญเติบโต ทำให้ผิวหนังอ่อนแอร่วมกับการเกิดแรงเสียดทาน จากวัสดุที่ห่อหุ้มผิวหนัง เสื้อผ้า ที่นอน หรือเก้าอี้ ทำให้เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการกลั่นปัสสาวะหรืออุจจาระ ไม่ได้ หรือ IAD ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ภาวะผิวหนังอักเสบจากการกลั่นปัสสาวะหรืออุจจาระ ไม่ได้ หรือ IAD

กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะกลั่นอุจจาระไม่ได้

1. กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการและความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร
2. ผู้ป่วยสูงอายุ
3. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวข้องกับลำไส้

ระดับความรุนแรงของภาวะ IAD

1. High risk คือ ผิวหนังปกติ ไม่มีรอยแดง แต่อาจมีรอยแผลเป็นจาก IAD หรือแผลกดทับมาก่อน มี ภาวะถ่ายอุจจาระเหลวอย่างน้อย 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง

2. Mild IAD คือ ผิวหนังมีรอยแดง ขอบเขตไม่ชัดเจน แต่ไม่มีแผลเปิด ผิวอ่อนกว่าบริเวณใกล้เคียง ผู้ป่วยรู้สึกแสบหรือเจ็บปวดขณะถูกสัมผัส



รูปภาพที่ 1 ภาวะ Mild IAD

3. Moderate IAD ผิวหนังมีสีแดงสด หรือแดงจัดในคนผิวเข้ม ผิวมักจะเป็นมันเงาขึ้น ร่วมกับการหรือจุดเลือดออก มักพบตุ่มพองหรือตุ่มน้ำเล็กๆ อาจมีผิวเปิดออกเป็นบริเวณเล็กๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บแสบ



รูปภาพที่ 2 ภาวะ Moderate IAD

4. Severe IAD แผลเปิดระดับตื้นสีแดง มีสิ่งขับหลังหรือเลือดซึม และผิวหนังส่วนบนหลุดลอก อาจ มีการติดเชื้อของผิวหนัง



รูปภาพที่3 ภาวะ Severe IAD

แนวทางการป้องกัน ผิวน้ำอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ได้แก่

1. ประเมินสภาพผิว (Skin assessment)
2. ทำความสะอาดผิวหนัง ล้างผิวหนังที่สัมผัสผิ้อุจจาระและปัสสาวะทันที โดยใช้สาลีชุบน้ำเช็ดผิวหนังเบาๆ ใช้สบู่ที่มี pH 5.5 ทำความสะอาดซับให้แห้ง
3. ปกป้องผิวหนัง (Skin protection) ตามระดับ IAD
 - 3.1 High risk ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น ด้วยการทาโลชั่น ครีมหรือ skin barrier cream
 - 3.2 Mild IAD ทาผิวหนังที่มีรอยแดงด้วยผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของซิงค์ออกไซด์ (Zinc Oxide) เนื่องจากซิงค์ออกไซด์เป็นยาบรรเทาอาการระคายเคืองของผิวหนัง ออกฤทธิ์ช่วยปกป้องผิวจากสารก่อความระคายเคืองและความชื้น โดยมีหลายรูปแบบ ทั้งครีม ขี้ผึ้ง โลชั่นทาผิว แป้ง
 - 3.3 Moderate IAD พ่น Skin sealant ชนิดไม่มี alcohol หรือทา Zinc past : Petroleum Jelly (1:1) เช้า-เย็นและหลังการขับถ่าย
 - 3.4 Severe IAD โรย Hydrocollid ชนิด powder และเคลือบด้วย Skin sealant เช้า-เย็นและหลังการขับถ่าย
 - 3.5 กรณีเกิดผื่นเชื้อราหรือ Fungal-appearing rash ควรทาครีมรักษาเชื้อรา เช่น Cotrimazole cream เป็นต้น
4. การใช้วัสดุรองรับ ควรเลือกใช้วัสดุรองรับอุจจาระ ปัสสาวะที่เหมาะสมกับลักษณะและปริมาณสิ่งขับถ่าย
 - 4.1 การใช้แผ่นรองซับ: หลีกเลี่ยงการใช้แผ่นรองซับเพราะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผิวหนังถูกทำลาย แต่ ในกรณีที่มีปริมาณอุจจาระ ปัสสาวะมากให้พิจารณาใช้แผ่นรองซับที่มีคุณสมบัติการดูดซับที่ดี

บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย (Enterostomal Therapy Nurse) ต่อการดูแลภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

พยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย (E.T.nurse) เป็นพยาบาลเฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยด้านบาดแผล ผ่าตัดออสโตมี (ทวารใหม่/ทวารเทียม) และผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (เอนโปลา ปรีชาธิรศาสตร์, 2560) บทบาทหลักนอกจากจะเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ให้การดูแลอย่างผู้เชี่ยวชาญแล้วนั้น ยังเป็นผู้ให้คำปรึกษา(counselor) เป็นผู้สอน (educator) การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย (case manager) การประสานงาน (coordinator) กับสหสาขาวิชาชีพในทีมสุขภาพ รวมไปถึงการดูแลต่อเนื่อง และการส่งต่อสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice)

การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ดังนี้

1. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เกิดจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ คำจำกัดความของการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ คือไม่สามารถควบคุมจังหวะการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระได้ โดยแสดงออกเป็นปัสสาวะรดหรือถ่ายอุจจาระ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ขับถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้ง/วัน เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอุจจาระปกติ

2. การดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการเกิดแผลและดูแลแผลที่เกิดจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ดังนี้

2.1 แนวคิดการดูแลผิวหนัง ประกอบด้วย

2.1.1 การทำความสะอาด (perineal cleansing) ทำความสะอาดโดยใช้สบู่ที่มีค่าพีเอช 5.4-5.9 เท่ากับผิวหนังแต่มีข้อจำกัดในขณะที่ใช้สบู่อาจมีการขัดถูในขณะที่ทำความสะอาด ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผิวหนังถูกทำลาย ทางเลือกที่ดีกว่าสบู่คือการใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดสำเร็จรูปชนิดไม่ต้องใช้น้ำล้างออก (no-rinse skin cleansers) เมื่อสัมผัสกับอุจจาระ ปัสสาวะมีคุณสมบัติในการชะล้างโดยไม่ต้องขัดถู ทำให้ผิวหนังไม่ถูกทำลายจากการทำความสะอาด

2.1.2 การบำรุงผิวเพิ่มความชุ่มชื้น (moisturize) ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของไขมันทั้งไขมันที่สกัดจากสัตว์และพืช เช่น สารลาโนลิน (lanolin) ปีโตรลาตัม (petrolatum) ไดเมททิโคน (dimethicone) ซึ่งมีคุณสมบัติช่วยป้องกันผิวหนังเสียน้ำ (occlusive) ส่วนสารกลีเซอรีน (glycerine) มีคุณสมบัติในการดึงน้ำมาไว้ที่ผิวชั้นบน (humectant)

2.1.3 การปกป้องผิวหนัง (protection) ป้องกันการระคายจากอุจจาระ ปัสสาวะ ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของปีโตรลาตัม (petrolatum) ซิงค์ออกไซด์ (zinc oxide) ไดเมททิโคน (dimethicone) อะคริลิกโพลีเมอร์ (acrylic polymer) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายรวมถึงความคุ้มค่าของเวลาในการดูแลผิวร่วมด้วย พบว่าผลิตภัณฑ์ที่สร้างฟิล์มเคลือบผิวซึ่งมีส่วนประกอบของอะคริลิกโพลีเมอร์ดีที่สุด

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์บางชนิดที่มีคุณสมบัติในการดูแลทั้งการทำความสะอาด การบำรุงผิวเพิ่มความชุ่มชื้นและปกป้องผิวหนังได้ ซึ่งมีข้อดีในการช่วยลดเวลาในการดูแลผิวเพิ่มความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล

2.2 การดูแลแผล ในกรณีที่เกิดแผลต้องมีการดูแลผิวหนังที่มากกว่าการใช้แนวคิดการดูแลผิวทั่วไป นอกจากนี้ต้องพิจารณาความจำเป็นในการใช้ยาต้านเชื้อรา (antifungal) ยาสเตียรอยด์ (steroidal) ยาต้านการอักเสบ (anti-inflammatory) ยาปฏิชีวนะ (antibiotic) ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพแผลเฉพาะราย

2.3 การใช้แผ่นรองซับ หลีกเลี่ยงการใช้แผ่นรองซับเพราะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผิวหนังถูกทำลาย แต่ในกรณีที่มีปริมาณอุจจาระ ปัสสาวะมากให้พิจารณาใช้แผ่นรองซับที่มีคุณสมบัติการดูดซับที่ดี (high absorbance)

บทสรุป

การป้องกันการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบที่เกิดจากภาวะการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ โดยทำให้เกิดความปวด ความทุกข์ทรมาน ถ้าแผลนั้นรุนแรงจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดแผลกดทับระดับ 2 ได้ จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวการเสริมสร้างความรู้ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จึงเป็นเรื่องสำคัญ ในฐานะพยาบาลเฉพาะทางการดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลสามารถมีบทบาทในการเสริมสร้างความรู้ด้านการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเสริมสร้างความรู้ด้าน 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เกิดจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และ 2) การดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการเกิดแผลและดูแลแผลที่เกิดจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

เอกสารอ้างอิง

- วิภาวี หมายพิมาย และ พัฒมณต์ คุ่มทวีพร. (2557). การดูแลภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. สืบค้น 5 สิงหาคม 2563. สืบค้นจาก https://ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/FN/th/km/57/km_180657.html
- สุพัตรา อุปนิสากร, ทิพย์พิมล สมหมาย, ปิยะนัยต์ วัฒนประสาน และ จารุวรรณ บุญรัตน์. (2558). การป้องกันและการดูแลแผลที่เกิดจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้ป่วยวิกฤตที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม.วารสารสภาการพยาบาล, 0(2),86-99.สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/39663>
- ปาณิสดา บุญยรัตกลิน. (2017). บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนกับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน.วารสารดยบาลสภาวิชาชีพ, 3(1),63-75. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/243811/165727>
- เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์. (2560). บทบาทพยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้:กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ,10(1),22-34. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/96889/75667>
- ilsom and Gyhagen.(2019). *The prevalence of urinary incontinence*. Climacteric, 22(3),217-222, DOI: 10.1080/13697137.2018.1543263

Pusey K,O Connor L,Doughty D,Hill R and Woo K.(2017). *Incontinence-associated dermatitis Made Easy*.London:Wounds International,8(2),1-6. สืบค้นจาก www.woundsinternational.com