



VAJIRA NURSING JOURNAL

www.vajira.ac.th/vnjo

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

Volume 24 No.2 July - December 2022

ISSN 1513-2498 (print)

ISSN 2651-0871 (online)

Research article

- ❖ Selected Factors Related to the CD4 Counts in Persons Firstly Diagnosed with HIV Infection
Jittakarn Pakdee Wantana Maneesriwongul Wanna Sanongdej
- ❖ Effect of an Integrated Program for Disaster Management and Mass Casualty Incident on Capacity of Enlisted Soldiers: A Case Study of the 21st Military Circle in Nakhon Ratchasima
Weerayut Muenboonme Pachanut Nunthaitaweekul Patiporn Bunyaphatkun
- ❖ Development of the Clinical Nursing Practice Guideline for the Patients under Investigation and/or infected with COVID-19 (Acute Respiratory Infection Room: ARI)
Jariya Chuensirimongkol Lertsilapa Iemphong
- ❖ Factors Predicting Self-Management Behavior of Suspected Coronavirus Patients After discharge from symptom monitoring in an isolation ward
Khwanjai Jamsoi
- ❖ Quality of life for elderly patients with colorectal cancer undergoing colostomy surgery in urban society
Charasporn Wilaisai Thamonwan Yodkolkij Rangsimma Thiengthiantham
- ❖ Relationship Between Health Literacy and COVID-19 Prevention Behaviors of COVID-19 Infected People During the Pandemic in 2021 and the First Trimester of 2022
Prapaiwan Danpradit Kunnika Jermtienchai

Review article

- ❖ Article for Nursing Care of Coronavirus Patients with Severe Acute Respiratory Distress Syndrome
Rattanaorn Saelim Supattra Yodpanya Chidabha Anchalitam Decha Chompooin
- ❖ Nurse's Role of Complementary Therapies in Palliative Care
Nunthida Chuamanochan Nisa Wongchan
- ❖ A Systematic Literature Review of Factors affecting Online Learning Among Nursing Students
Theerachol Satsin Watsatree Diteeyont Sunchai Pattanasith

เจ้าของ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะที่ปรึกษาภายใน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จักรวธ มณีฤทธิ์
รองศาสตราจารย์ร้อยเอกหญิงปนัดดา สุวรรณ
นางปาริชาติ จันทร์สุนทรพร
ดร.ปฏิพร บุญพัฒนกุล

คณะที่ปรึกษาภายนอก

พันตำรวจตรีหญิง ดร.ปิยรัตน์ สมันตรัฐ
ดร.อรเพ็ญ สุขะวัลลี
ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์
พ.ต.ต.หญิง ดร.คิตยา อิวาโนวิช

บรรณาธิการ

นางสาวอมลวรรณ ยอดกลกิจ

รองบรรณาธิการ

นางสาวพัชรี ประไพพิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวพรศิริ กนกกาญจนะ
นางกิตติญาภรณ์ พันวิไล

กองบรรณาธิการ

นางจินตนา แสงรุ่ง
นางสาวกชกร ไพรัตน์
นางสาวจันทนา จินาวงค์
นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์
นางสาวจันทรา ว่องวัฒนกุล
นางสาวณัฐภัสสร เดิมขุนทด
นางสาวเสาวนีย์ บำรุงวงศ์
นางสาวเบญจมาภรณ์ มฤตสุสาร
นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อมรรัตน์ เสตสุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรุณี เฮงยศมาก
ดร.ชจี พงศธรวิบูลย์
ดร.จริยา ชื่นศิริมงคล
ดร.ยุพา วงศ์สรไตร
นางนพัตพร พลกษานันตกุล
รองศาสตราจารย์ ดร.เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา ตั้งสุขสันต์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัญจริยา พ่วงแก้ว
ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์
ดร.เสาวรส มีกุล
ดร. เกศศิริ วงษ์คงคำ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา
ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์
พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ อุ่นเต๊ะ
พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เฉลยภิตติ
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล
รองศาสตราจารย์เสาว นรสาร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐฐา เจียรนิลกุลชัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุศิลป์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

สำนักวิทยบาลศาสตร์ 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

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร.ทัศนีย์ สุนทร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ

นายธีระชล สาดสิน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์

ดร. เสาวนีย์ ทรงประโคน

นางสาวฤทัยรัตน์ ไชยรินทร์

ฝ่ายจัดการ

นางสาวเมลิน คนที

นางสาวธวัลรัตน์ เพิ่มสุขทวี

นายฉลอง สุขอร่าม

นางสาวสร้อยอรุณ สองนวน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

คณะพยาบาลศาสตร์การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



วารสารการพยาบาล
ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2565

Vajira Nursing Journal

Volume 24 No.2 July - December 2022

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) มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาถ่วงน้ำหนักบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จำนวน 3 ท่านต่อบทความ

วัตถุประสงค์

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

ขอบเขต

สาระในวารสารการพยาบาล บทความวิจัย บทความวิชาการและบทความพิเศษ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาต่างกล่าวหลากหลายแตกต่างกันไป

กำหนดการวารสารการพยาบาล

ออกเผยแพร่ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

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

สถานที่พิมพ์ พลก๊อปปี้ 285/3 ซอยสวนอ้อย ถนนราชวิถี แขวงดุสิต เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีสมาชิกวารสารการพยาบาลและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ปีที่ 24 ประกอบด้วยบทความวิจัย และบทความวิชาการเกี่ยวกับ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ต่อสมรรถนะ ของทหารกองประจำการ: กรณีศึกษา มณฑลทหารบกที่ 21 จังหวัดนครราชสีมา การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนาภายหลังจำหน่ายจาก การเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด เปิดทวารใหม่ที่อาศัยในสังคมเขตเมือง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกัน โรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 บทความวิชาการ พยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน บทบาทพยาบาลกับการดูแล แบบผสมผสานในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัย ที่เกี่ยวข้องต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

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

นางสาวธมลวรรณ ยอดกลกิจ
บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี Selected Factors Related to the CD4 Counts in Persons Firstly Diagnosed with HIV Infection Jittakarn Pakdee Wantana Maneesriwongul Wanna Sanongdej	1
ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ต่อสมรรถนะ ของทหารกองประจำการ: กรณีศึกษา มณฑลทหารบกที่ 21 จังหวัดนครราชสีมา Effect of an Integrated Program for Disaster Management and Mass Casualty Incident on Capacity of Enlisted Soldiers: A Case Study of the 21 st Military Circle in Nakhon Ratchasima Weerayut Muenboonme Pachanut Nunthaitaweekul Patiporn Bunyaphatkun	16
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) Development of the Clinical Nursing Practice Guideline for the Patients under Investigation and/or infected with COVID-19 (Acute Respiratory Infection Room: ARI) Jariya Chuensirimongkol Lertsilapa Iemphong	27
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนาภายหลังจำหน่าย จากการเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค Factors Predicting Self-Management Behavior of Suspected Coronavirus Patients After discharge from symptom monitoring in an isolation ward Khwanjai Jamsai	39
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ที่อาศัยในสังคมเขตเมือง Quality of life for elderly patients with colorectal cancer undergoing colostomy surgery in urban society Charasorn Wilaisai Thamonwan Yodkolkij Rangsimma Thienthiantham	54
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 Relationship Between Health Literacy and COVID-19 Prevention Behaviors of COVID-19 Infected People During the Pandemic in 2021 and the First Trimester of 2022 Prapaiwan Danpradit Kunnika Jermtienchai	70

สารบัญ

	หน้า
บทความวิชาการ	
บทความวิชาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน Article for Nursing Care of Coronavirus Patients with Severe Acute Respiratory Distress Syndrome Rattanaporn Saelim Supattra Yodpanya Chidabha Anchalitam Decha Chompoooin	85
บทบาทพยาบาลกับการดูแลแบบผสมผสานในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Nurse's Role of Complementary Therapies in Palliative Care Nunthida Chuamanochan Nisa Wongchan	103
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ A Systematic Literature Review of Factors affecting Online Learning Among Nursing Students Theerachol Satsin Watsatree Diteeyont Sunchai Pattanasith	115

บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ ของผู้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

จิตรกานต์ ภัคดี¹วันทนา มณีศรีวงศ์กุล²วรรณนา สอนองเดช³

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็น Descriptive correlational study เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับซีดีโฟร์ของผู้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 189 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากประชากรที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่วินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีซีดีโฟร์ 2-1,200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร มีอายุฐาน 180 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ อุปสรรคส่วนบุคคลในประเด็นเรื่องกลัวการเจาะเลือด อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจเลือด และสถานบริการในประเด็นเรื่องไม่ทราบสิทธิการรักษา/การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และไม่มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผู้ให้บริการสุขภาพควรเพิ่มช่องทางและรูปแบบการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส สิทธิการรักษา ตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนที่รับรู้ความเสี่ยงของตนเองเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้เร็วขึ้นและลดการแพร่เชื้อเอชไอวี

คำสำคัญ: ระดับซีดีโฟร์/ การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี/ การรับรู้ภาวะสุขภาพ/ การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี/ อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี Corresponding Author, e-mail: wantana.lim@mahidol.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

Research article

Selected Factors Related to the CD4 Counts in Persons Firstly Diagnosed with HIV Infection

*Jittakarn Pakdee*¹*Wantana Maneesriwongul*²*Wanna Sanongdej*³

Abstract

This descriptive correlational study was conducted to describe selected factors that related to CD4 counts and examined relationships between selected factors and CD4 counts among persons who were firstly diagnosed with HIV infection. A sample of 189 people. Data were collected using a set of questionnaires. Responding to a questionnaire recalling their own experiences from the time when they were firstly diagnosed with HIV infection. The data were analyzed using descriptive statistics and the Chi-square test. The results demonstrated that the CD4 count in persons firstly diagnosed with HIV infection ranged from 2-1,200 cells/mm³ and a median of 180 cells/mm³. This study revealed that age, perceived health status, barriers to access to HIV testing in terms of fear to have blood drawn, not knowing their health service coverage of treatment and HIV testing, and not having telephone counseling for HIV testing were significantly related to the CD4 counts in persons firstly diagnosed with HIV infection. Therefore, health care providers should have multiple communication channels and provide information to the public about HIV testing and diagnosis, antiretroviral therapy (ART) and healthcare schemes and encouraging the people who perceived HIV risk to have an early access to HIV testing service and know the HIV status. These will help people living with HIV increasing their access to ART and reduce the spread of HIV transmission.

Keywords: CD4 counts/ HIV testing/ perceived health status/ perceived risk of HIV/ barriers to access to HIV testing

¹ Master's student, Master of Nursing Science Program (Community Nurse Practitioner Program), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

² Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Community Nurse Practitioner, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Corresponding author, e-mail: wantana.lim@mahidol.ac.th

³ Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Community Nurse Practitioner, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University Bangkok

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขระดับโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2524 จนถึงปัจจุบันมีการแพร่กระจายอย่างกว้างขวางในทุกๆประเทศ จากรายงานของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS: UNAIDS) รายงานประมาณจำนวนผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกยังคงเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ.2561 จำนวน 36.2 ล้านคน เป็น 37.9 ล้านคน ในปีพ.ศ.2562 ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่จากปีพ.ศ.2561 ประมาณ 1.7 ล้านคน¹ มียอดรวมเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้ว 24.5 ล้านคน ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญอย่างมากต่อสถานการณ์โรคเอดส์เช่นเดียวกันกับทั่วโลก นับตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกในประเทศไทยเมื่อปีพ.ศ.2527 จนถึงปัจจุบัน สถิติจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพในปีพ.ศ.2562 รายงานว่าผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ 547,861 คน เข้ารับการรักษารักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้ว 363,190 คนเป็นผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เข้าสู่อารมณ์รักษาด้วยยาต้านไวรัสกว่า 68,437 คน² ซึ่งอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ต้องรับการรักษามากขึ้น และมีการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นได้ ประเทศไทยมีการตั้งเป้าหมายของการดำเนินงานตามนโยบาย 90: 90: 90 ที่สอดคล้องกับโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ ที่ 90 แรก คือ 90% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ได้รับการวินิจฉัย 90 ที่สอง คือ 90% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และ 90 สุดท้าย คือ 90% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสกดไวรัสสำเร็จ ในปีพ.ศ.2562 ประเทศไทยได้ดำเนินงานมาแล้วอยู่ที่ 98% 75% และ 84% ตามลำดับ² ถึงแม้การดำเนินงานในบางส่วนจะสามารถบรรลุเป้าหมายแล้ว แต่สิ่งที่สำคัญในการดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์คือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี จึงจะสามารถดำเนินสู่ 90 ที่สองและสาม

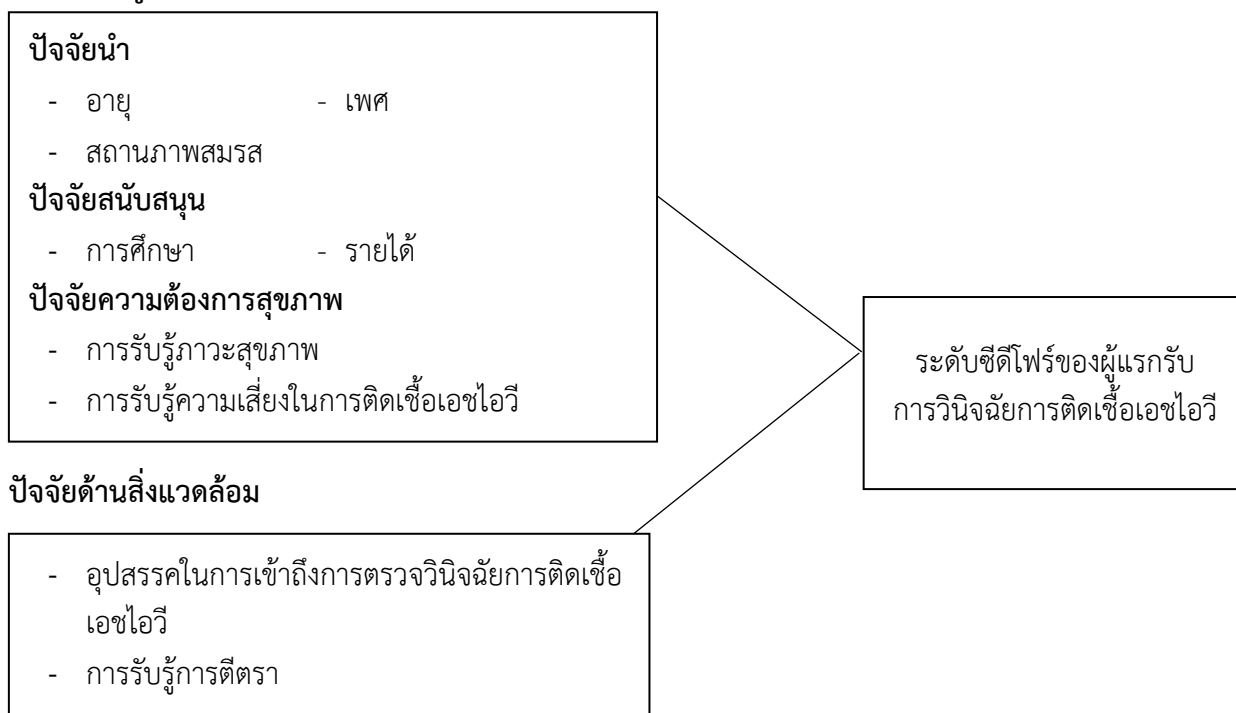
ได้สำเร็จ และเข้าตรวจวินิจฉัยหาการติดเชื้อเอชไอวีให้เร็วที่สุดเพราะจากรายงานจำนวนผู้ที่เข้ามารับการตรวจเลือดนั้น พบว่า เข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเมื่อระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ต่ำมากจากรายงานในปีพ.ศ.2555-2557 มีค่ามัธยฐานของเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ต่ำ เท่ากับ 98, 109 และ 121 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ตามลำดับ และปีพ.ศ.2560 เท่ากับ 174 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร สอดคล้องกับสถานการณ์ของการเริ่มต้นรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งพบว่า ผู้เข้ารับการรักษามากกว่าครึ่งมีระดับซีดีโฟร์ต่ำหรือน้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และมีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแล้ว³

ดังนั้นการรับรู้ความเสี่ยงและการตัดสินใจเข้าใช้บริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเร็วตั้งแต่เมื่อร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันสูง และเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้เร็ว จะช่วยลดปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายและลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อได้ช่วยลดโอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส อัตราการนอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต ซึ่งจะส่งผลต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติต่อไป² บทบาทสำคัญประการหนึ่งของพยาบาล คือ การกระตุ้นให้ประชาชนสมัครใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น และมาตรวจในช่วงที่ยังมีสุขภาพดี/ระดับซีดีโฟร์ยังสูงอยู่

กรอบแนวคิด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีตามแนวคิดแบบจำลองพฤติกรรมในการใช้บริการด้านสุขภาพ Andersen's behavioral model of health services use ของแอนเดอร์เซน⁴ กรอบแนวคิดการวิจัยที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมในการใช้บริการสุขภาพว่าบุคคลจะตัดสินใจใช้บริการสุขภาพหรือไม่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ (ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ) และ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่คัดสรรด้านผู้ใช้บริการ (อายุ เพศ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้การตีตรา) กับระดับซีดีโฟร์ของผู้มารับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับระดับซีดีโฟร์ของผู้มารับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี โดยการออกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเมื่อครั้งแรกที่พบการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง

กลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษา ณ สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี คัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้เกณฑ์ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี นับตั้งแต่วันที่เก็บข้อมูล ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่สามารถจำ/ระลึกประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเมื่อครั้งแรกที่พบการติดเชื้อเอชไอวีของตนได้⁵⁻⁶ เข้าเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 188 คน โดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis⁷⁻⁸ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha=.05$) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มากที่สุดคือ 157 คน และปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายหรือไม่ครบถ้วนของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ อาชีพ วิธีชำระค่ารักษา สาเหตุการมาตรวจวินิจฉัย การติดเชื้อเอชไอวี การตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี เป็นครั้งแรก (เดือน-ปี)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกระดับซีดีโฟร์ใช้ในการจดบันทึกจากระบบคอมพิวเตอร์ที่เก็บบันทึกการรักษา โดยใช้ค่าตัวเลขระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์เมื่อครั้งแรกเมื่อได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี มีหน่วยเป็น เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ก่อนเข้ารับ การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่

1. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ก่อนการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้วิจัยใช้ การประเมินภาวะสุขภาพของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ⁹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ถามย้อน เกี่ยวกับอาการผิดปกติก่อนการมาเจาะเลือด โดยประเมินภาวะสุขภาพเป็น แข็งแรงดี/ไม่มีอาการ ผิดปกติมีค่าคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน มีอาการผิดปกติ มีค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส มีค่าคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน และมีอาการผิดปกติ ร่วมกับมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส มีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนมาก หมายถึงรับรู้ว่ามีสุขภาพดีกว่า

2. แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง โดยผู้วิจัยใช้ แบบประเมินของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ⁹ มีข้อคำถาม 1 ข้อ ประเมินการรับรู้ความเสี่ยง ในการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองก่อนการตรวจพบ การติดเชื้อเอชไอวี ใช้มาตรวัดด้วยสายตา (Visual Analog Scale : VAS) แนวตั้งมีความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านล่างที่ไม่มีความเสี่ยงเลย เท่ากับ 0 คะแนน ปลายของเส้นด้านบนสุด เท่ากับ 100 คะแนน โดยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงการรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง ด้วยการทำเครื่องหมาย “/” ลงบนเส้นตรงให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

คะแนนมากกว่า แสดงว่า มีการรับรู้ความเสี่ยง ในการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า

3. แบบประเมินอุปสรรคในการเข้าถึง การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยใช้ เครื่องมือของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ⁹ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ดังนี้ อุปสรรคส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ และ อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจเลือด และ สถานบริการ จำนวน 6 ข้อ ตอบคำถามโดย เลือก 1 คำตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .890 ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษานาน 30 รายได้ค่า Kuder Richardson 20 ของเครื่องมือนี้เท่ากับ .825

4. แบบประเมินการรับรู้การตีตรา ผู้วิจัย ใช้เครื่องมือของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ⁹ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ดังนี้

4.1 การรับรู้การตีตราในการเข้าใช้ บริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (perceived stigma to HIV testing) จำนวน 9 ข้อ

4.2 การรับรู้การตีตราเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ เอชไอวี (perceived HIV stigma) แบบฉบับสั้น 8 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.2.1 ความกังวลที่จะเปิดเผย สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง (disclosure concerns) จำนวน 2 ข้อ

4.2.2 ความรู้สึกกังวลต่อทัศนคติ ของสังคมเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (concern with public attitudes toward people with HIV) จำนวน 2 ข้อ

4.2.3 ความรู้สึกถูกกีดกันจากสังคม (personalized/enacted stigma) จำนวน 2 ข้อ

4.2.4 ความรู้สึกด้านลบต่อภาพลักษณ์ ของตนเอง (negative self image) จำนวน 2 ข้อ

การตอบแบบสอบถามโดยการเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด คือ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “เห็นด้วย” “ไม่เห็นด้วย” และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .847 ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ของเครื่องมือนี้เท่ากับ .923

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย การศึกษาการเข้าถึงบริการตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ภายใต้นโยบายการรักษาทันที)⁹ ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (เลขที่โครงการ/รหัส ID-02-61-26ย) ภายหลังจากได้รับการอนุมัติและอนุญาตในการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจากสถาบันบำราศนราดูรพิจารณาการวิจัยในคนด้วย (รหัสโครงการ N009q/61) ผู้วิจัยได้ลงทำการเก็บข้อมูลโดยขอความร่วมมือโดยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างทุกคน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดให้ทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล รวมถึงการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาและบริการที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และหากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกลำบากใจหรือต้องการถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกได้โดยการปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่ระบุชื่อ สกุล ใช้รหัสแทนการใช้ชื่อนามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง และมีการเก็บข้อมูลเป็นความลับใช้เฉพาะการวิจัยนี้เท่านั้น และทำลายเอกสารเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น และผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่โครงการวิจัยได้รับการรับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันบำราศนราดูรเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกอายุรกรรมสถาบันบำราศนราดูร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าพบผู้วิจัยในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ ซึ่งเป็นห้องที่มีลักษณะเป็นส่วนตัวแยกเป็นสัดส่วน มีประตูปิดมิดชิด และป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอกได้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย รายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ ทั้งนี้หลังจากผู้ที่เข้ามาใช้บริการตอบตกลงเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมในการตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเมื่อครั้งแรกที่พบการติดเชื้อเอชไอวี ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS version 18.0 for Windows) ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-square) เนื่องจากทำการทดสอบการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ จำแนกตัวแปรเป็นนามบัญญัติ (nominal scale) และอันดับมาตรา (ordinal scale) หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้การตีตรา และระดับชีดีพีร์ เมื่อพบการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 78.30 อายุระหว่าง 18-66 ปี อายุเฉลี่ย 34.66 ปี (SD=10.41) ประมาณครึ่งหนึ่งสถานภาพโสด ร้อยละ 58.20 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 49.73 ส่วนใหญ่อาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 22.22 รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 0-300,000 บาท/เดือน มัธยฐาน 17,000 บาท/เดือน (IQR=20,000) มากกว่า 1 ใน 4 เข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกที่สถาบันบำราศนราดูร ร้อยละ 29.10 รองลงมาเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อที่โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 23.81 และคลินิกนิรนาม/สถานกักกัน ร้อยละ 16.93 ตามลำดับ ระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์อยู่ระหว่าง 2-1,200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร มัธยฐาน 180 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (IQR=339) ส่วนใหญ่มีระดับซีดีโฟร์น้อยกว่า 100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ร้อยละ 36.51

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่ร้อยละ 49.74 พบว่า มีอาการผิดปกติมาก่อนรับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ได้แก่ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ไข้เรื้อรัง ตามลำดับ รองลงมาสุขภาพแข็งแรง/ไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 37.04

การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี คะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน เฉลี่ย 46.26 คะแนน (SD= 31.89) อยู่ในระดับต่ำ โดยเหตุผลในการเข้ารับการตรวจเพื่อวินิจฉัยหาการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่มาเพราะตนเองมีความเสี่ยงมากถึง ร้อยละ 81.48

อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

1. อุปสรรคส่วนบุคคล คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน เฉลี่ย 1.39 คะแนน (SD=1.35) อยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ พบว่า ไม่เคยได้รับคำแนะนำ ควรจะไปตรวจเลือด ร้อยละ 37.57 รองลงมาคือ ไม่กล้าซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ร้อยละ 35.45 และกลัวการเจาะเลือด ร้อยละ 25.93

2. อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจเลือด และ สถานบริการ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-6 คะแนน เฉลี่ย 1.92 คะแนน (SD=1.74) อยู่ในระดับต่ำส่วนใหญ่ ไม่ทราบสิทธิการรักษาและการมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 47.09 รองลงมา คือ สถานที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ไกลจากบ้าน ร้อยละ 40.74 และสถานที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ร้อยละ 31.75

การรับรู้การตีตราภาพรวม คะแนนอยู่ระหว่าง 20-66 คะแนน เฉลี่ย 46.64 คะแนน (SD=9.53) อยู่ในระดับปานกลาง

1. การรับรู้การตีตราในการเข้าใช้บริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี คะแนนอยู่ระหว่าง 9-36 คะแนน เฉลี่ย 22.88 คะแนน (SD=5.70) อยู่ในระดับปานกลาง

2. ด้านการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี คะแนนอยู่ระหว่าง 9-32 คะแนน เฉลี่ย 23.75 คะแนน (SD=4.97) อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อกังวลด้านความกังวลที่จะเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองมากที่สุด คะแนนระหว่าง 2-8 คะแนน เฉลี่ย 6.72 คะแนน (SD=1.34)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยผู้ใช้บริการ พบว่า อายุและการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=6.020$ $p<.05$; $\chi^2=30.167$ $p<.001$ ตามลำดับ) ส่วนเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และการรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ปัจจัยสิ่งแวดล้อม พบว่า อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีภาพรวม ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี รายด้าน ได้แก่ อุปสรรคส่วนบุคคลและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจเลือดและสถานบริการไม่มีความสัมพันธ์

ทางสถิติกับระดับซีดีพีของผู้ประกอบการวินิจฉัย
การติดเชื้อเอชไอวีเช่นกัน และการรับรู้การตีตรา

ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระดับซีดีพีของผู้แรก
 รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับระดับชีวิตีพรของผู้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (n=189)

[illegible]

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของอุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีกับระดับซีดีโฟร์
ของผู้มารับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (n=189) (ต่อ)

อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจ วินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี	ระดับซีดีโฟร์ (เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)				รวม		X ²	p- value
	<100		≥100		จำนวน	ร้อยละ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
4. กลัวการเจาะเลือด							6.010	.014*
ไม่ใช่	44	31.43	96	68.57	140	100		
ใช่	25	51.02	24	48.98	49	100		
5. กลัวว่าตนเองจะยอมรับผลการ ติดเชื้อไม่ได้หากตรวจพบว่าติด เชื้อเอชไอวี							2.056	.152
ไม่ใช่	40	32.79	82	67.21	122	100		
ใช่	29	43.28	38	56.72	67	100		
อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับองค์กรที่ให้บริการ								
1. ไม่ทราบว่าจะตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวีได้ที่ไหน							3.105	.078
ไม่ใช่	46	32.86	94	67.14	140	100		
ใช่	23	46.94	26	53.06	49	100		
2. ไม่ทราบสิทธิการรักษาและการมา ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี							3.880	.049*
ไม่ใช่	30	30.00	70	70.00	100	100		
ใช่	39	43.82	50	56.18	89	100		
3. สถานที่ให้บริการตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวีไม่ส่วนตัว/ ไม่เป็นสัดส่วน							.154	.695
ไม่ใช่	47	35.60	85	64.40	132	100		
ใช่	22	38.60	35	61.40	57	100		
4. สถานที่ให้บริการตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวีอยู่ไกลจากบ้าน							2.260	.133
ไม่ใช่	36	32.14	76	67.86	112	100		
ใช่	33	42.86	44	57.14	77	100		
5. สถานที่ให้บริการตรวจหา การติดเชื้อเอชไอวีไม่มีบริการ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์							5.303	.021*
ไม่ใช่	40	31.01	89	68.99	129	100		
ใช่	29	48.33	31	51.67	60	100		
6. การใช้บริการตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวีมีขั้นตอนยุ่งยาก/ซับซ้อน							.894	.344
ไม่ใช่	60	37.97	98	62.03	158	100		
ใช่	9	29.03	22	70.97	31	100		

*p<.05

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าระดับซีดีโฟร์ของผู้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีมีฐาน 180 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร โดยส่วนใหญ่มีระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ น้อยกว่า 100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งเป็นระดับซีดีโฟร์ที่อยู่ในระยะที่มีอาการผิดปกติและเป็นระยะที่ปรากฏอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สอดคล้องกับรายงานปี พ.ศ.2556-2558 ของกลุ่มติดตามและประเมินผลระดับชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รายงานค่ามัธยฐานระดับซีดีโฟร์ของผู้เข้ามาเริ่มรับยาต้านไวรัสสายใหม่ยังต่ำ (98, 109 และ 121 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)³ เนื่องมาจากการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีล่าช้า¹⁰⁻¹¹

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-66 ปี เฉลี่ย 34.66 ปี ผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกันกับการศึกษาในต่างประเทศ¹²⁻¹⁷ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี มีมากกว่าครึ่งเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีล่าช้าและมีระดับซีดีโฟร์น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร^{11,18} แต่จากรายงานสถานการณ์เอชไอวีในประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 15-45 ปี¹⁹ แสดงให้เห็นว่าบางช่วงอายุของกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวียังเข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้น้อยถึงแม้นโยบายประเทศไทยปีพ.ศ. 2557 มีปรับการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มอายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถเข้ารับการตรวจเลือดได้โดยไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง²⁰ และกลุ่มที่สามารถเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีได้ก็ยังมีระดับซีดีโฟร์ที่ต่ำอยู่ ส่วนปัจจัยด้านผู้ให้บริการ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงการใช้บริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างเท่าเทียมกัน

ไม่มีข้อจำกัด สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย รายงานว่ามีสัดส่วนของเพศชายและเพศหญิงในการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีใกล้เคียงกัน^{14-15,21-23} และประเทศไทยมีการปรับนโยบายที่เอื้อต่อการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีที่มากขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีรายได้เฉลี่ย 26,987.72 บาท ซึ่งเป็นระดับที่ค่อนข้างสูงมาก จึงทำให้ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ กับระดับซีดีโฟร์ของผู้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ²⁴ พบว่า ปัจจัยทำนายที่ทำให้ตัดสินใจเข้าใช้บริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี คือ ภาวะสุขภาพ ผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนแย่ จะเข้าใช้บริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น^{5,11,25} ผู้ที่รู้สึกสุขภาพดีไม่รู้สึกว่าเป็นตนเองป่วยหรือมีอาการผิดปกติจะไม่มาตรวจ²⁴ การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดีหรือมีอาการผิดปกติ ได้แก่ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย และ ไข้เรื้อรัง หรือมีการติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ วัณโรค ปอดบวม และการติดเชื้อราในหลอดอาหาร หลอดลมหรือปอด มีเพียงร้อยละ 37.04 เท่านั้นที่มีสุขภาพดีหรือไม่มีอาการผิดปกติ แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีหรือมีอาการผิดปกติจะเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมีระดับซีดีโฟร์เริ่มต่ำลงแล้ว

การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาก่อนนี้^{17,25} อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีการรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ และคิดว่าตนเองไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งอาจไม่ได้คำนึงถึงพฤติกรรมเสี่ยงของคู่ จึงทำให้การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริงได้ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีล่าช้าคือ การไม่ทราบว่าตนเอง

มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี^{5,13,15,23-24,26} และจากรายงานสถานการณ์เอชไอวีในประเทศไทย พ.ศ.2560 พบว่า ผู้ที่พบการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ร้อยละ 90 มาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน และร้อยละ 50 จากการมีเพศสัมพันธ์ระหว่าง ชายกับชาย²⁷ ทำให้การศึกษานี้ พบว่า การรับรู้ ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความสัมพันธ์ กับระดับชีดีโพรของผู้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อ เอชไอวี

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อุปสรรค ในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี คณะณด้านอุปสรรคส่วนบุคคลในการเข้าถึงบริการ ตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่า ไม่เคยได้รับคำแนะนำ ว่าควรไปตรวจเลือด รองลงมาคือไม่กล้าซักถาม ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี จากบุคลากรสุขภาพ กลัวการเจาะเลือด ไม่มีเวลา ที่จะไปตรวจเลือด เช่น หยุตงานไม่ได้ และไม่มีเงิน ในการเดินทางไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนนี้^{5,12,15,25} และ คณะณด้านอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจเลือด และสถานบริการอยู่ในระดับต่ำ แต่ พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบสิทธิการรักษา และการมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี รองลงมาสถานที่ ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ไกลจากบ้าน สถานที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สถานที่ให้บริการ ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีไม่ส่วนตัว /ไม่เป็นสัดส่วน สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนนี้^{5,21,24-25} วิเคราะห์ ความสัมพันธ์อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัย การติดเชื้อเอชไอวีภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กับ ระดับชีดีโพรของผู้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อุปสรรคใน การเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจวินิจฉัย การติดเชื้อเอชไอวี¹⁵ แต่เมื่อแยกวิเคราะห์อุปสรรค ส่วนบุคคลรายข้อ พบว่า ความกลัวการเจาะเลือดมี ความสัมพันธ์กับระดับชีดีโพรของผู้รับการวินิจฉัย การติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเพราะผู้ที่เข้ารับการตรวจเลือดจะถูกเจาะเลือด

โดยทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกาย และมีผลต่อ ด้านจิตใจ เกิดความกลัว และกังวล ซึ่งมีผลอย่างมาก ต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการเจาะตรวจเลือด และ อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจเลือดและสถาน บริการ ได้แก่ การไม่ทราบสิทธิการรักษา/การมา ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และสถานที่ให้บริการ ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีบริการให้คำปรึกษา ทางโทรศัพท์มีความสัมพันธ์กับระดับชีดีโพร ของผู้รับการการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความสอดคล้องกับ การศึกษาในประเทศไทย^{15,23} และมีความสอดคล้อง กับการศึกษาในต่างประเทศ^{5,26,28-29} โดยสาเหตุ ที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีล่าช้า ได้แก่ กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเข้าตรวจ วินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี²⁵ เนื่องมาจาก การไม่ทราบสิทธิในการเข้ารับการตรวจเลือด¹²

การรับรู้การตีตรา แบ่งเป็น 2 ด้านใหญ่ ได้แก่ ด้านการรับรู้การตีตราในการเข้าใช้บริการ ตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี และการรับรู้การตีตรา เกี่ยวกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า การรับรู้การตีตรา ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับ ด้านการรับรู้การตีตราในการเข้าใช้บริการตรวจวินิจฉัย การติดเชื้อเอชไอวี และด้านการรับรู้การตีตรา เกี่ยวกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยส่วนใหญ่กลัวเรื่องที่จะได้รับผลกระทบหาก ผลการตรวจเลือดออกมาเป็นผลบวก เช่น โดนรังเกียจ รองลงมากลัวเรื่องผู้อื่นเห็นและคิดว่าตนเอง มีพฤติกรรมไม่ดี/เสี่ยง ด้านการรับรู้การตีตรา เกี่ยวกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่รับรู้การตีตรา ด้านความกังวลที่จะเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ของตนเอง รองลงมาด้านความรู้สึกกังวลต่อทัศนคติ ของสังคมเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้สีกว่า ถูกกีดกันจากสังคม และด้านความรู้สึกด้านลบ ต่อภาพลักษณ์ของตนเอง คล้ายคลึงกับการศึกษา ในประเทศไทย^{1,5,26,30} เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ การรับรู้การตีตราไม่มีความสัมพันธ์กับระดับชีดีโพร ของผู้รับการการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาใน กลุ่มตัวอย่างที่มีการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี และเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้ว ทำให้

มีการปรับตัวยอมรับสภาพและรับรู้การตีตราลดลงกว่าเมื่อได้รับการวินิจฉัยแรก ๆ เป็นผลให้การรับรู้การตีตราไม่มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีได้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนนี้ พบว่า การรับรู้การตีตราเกี่ยวกับผู้ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ของผู้ที่ติดเชื้อแล้วไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁹ แต่จากหลาย ๆ การศึกษา ยังพบว่า การรับรู้การตีตราของผู้ที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีล่าช้า^{5,13,15-17} การศึกษาการรับรู้การตีตรายังคงเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทยยังเป็นเรื่องที่เปราะบาง ด้วยเหตุผลจากวัฒนธรรม จารีตที่ยังคงมีการตีตราในกลุ่มคนเหล่านี้อยู่

ข้อเสนอแนะ

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มที่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีไม่เกิน 1 ปี จะทำให้ความคลาดเคลื่อนในการย้อนคิดเพื่อตอบคำถามลดลง
2. ควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระดับซีดีโฟร์ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกในสถานพยาบาลระดับต่างกัน

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรพัฒนาช่องทางการสื่อสารเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีให้มากขึ้น โดยมีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เกี่ยวกับข้อมูลในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่ครอบคลุมถึงเรื่องโรค การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี และสิทธิรักษา เป็นต้น การส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงการขอคำปรึกษาและเข้ามารับการตรวจเลือดได้อย่างสะดวก ช่วยให้ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง และสามารถเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเร็วขึ้น ตลอดจนลดการแพร่กระจายเชื้อได้

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการที่ได้ทุนสนับสนุนการวิจัยจากโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณบุคลากรแผนกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลงานวิจัยนี้จนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. UNAIDS DATA 2019. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. [Internet]. 2019 [cited 20 Jun 19]; Available from https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf
2. National health security office. HIV Prevention service follow-up workshop 2019. [Internet]. 2019 [cited 2019 May 12]; Available from <https://www.hfocus.org/content/2019/05/17198>
3. Bureau of AIDS Tuberculosis and STDs Department of disease control. Report on progress of Thailand in ending the AIDS problem 2018. Nonthaburi: NC Concept Co., Ltd; 2018. (in Thai)
4. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. Journal of health and social behavior. 1995 Mar 1:1-0.
5. Carrizosa CM, Blumberg EJ, Hovell MF, Martinez-Donate AP, Garcia-Gonzalez G, Lozada R, Kelley NJ, Hofstetter CR, Sipan CL. Determinants and prevalence of late HIV testing in Tijuana, Mexico. AIDS patient care and STDs. 2010 May 1;24(5):333-40.

6. Shen ZW, Dai SY, Ye DQ. Intention to undergo HIV testing and associated factors among women in one high-HIV prevalence city. *International journal of nursing practice*. 2017 Jun;23(3):e12533.
7. Buchner A, Erdfelder E, Faul F. GPOWER: A general power analysis program. *Behavior research methods, instruments, & computers*. 1996 Mar;28(1):1-1.
8. Orathai P, Phumonsakun S. Power analysis and sample size estimation using G*power program. [thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2013. (in Thai)
9. Maneesriwongul W, Sa-nongdej W, Ponboobpha A, Pakdee J. A study of access to HIV-testing and access to antiretroviral therapy (under new policy providing treatment regardless of CD4 count) [dissertation]. N.p.; 2020
10. AIDSinfo. Epidemiological Status. U. N. A. I. D. S. [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 15]; Available from <http://aidsinfo.unaids.org/>.
11. Girardi E, Aloisi MS, Arici C, Pezzotti P, Serraino D, Balzano R, Vigevani G, Alberici F, Ursitti M, D'Alessandro M, Monforte AD. Delayed presentation and late testing for HIV: demographic and behavioral risk factors in a multicenter study in Italy. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2004 Aug 1;36(4):951-9.
12. Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *European journal of public health*. 2010 Aug 1;20(4):422-32.
13. Leta TH, Sandøy IF, Fylkesnes K. Factors affecting voluntary HIV counselling and testing among men in Ethiopia: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2012 Dec;12(1):1-2.
14. Musumari PM, Chamchan C. Correlates of HIV testing experience among migrant workers from Myanmar residing in Thailand: a secondary data analysis. *PloS one*. 2016 May 3;11(5):e0154669.
15. Thepthien B, Srivanichakorn S, Apipomchaikul K, Subhaluksuksakorn P. Factors contributing to the voluntary counseling and HIV testing for persons at risk of HIV infection in Thailand [thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2015. (in Thai)
16. Wimonsate W, Naorat S, Varangrat A, Phanuphak P, Kangarnruea K, McNicholl J, Akarasewi P, van Griensven F. Factors associated with HIV testing history and returning for HIV test results among men who have sex with men in Thailand. *AIDS and Behavior*. 2011 May;15(4):693-701.
17. Wright PB, Borders TF, Booth BM, Han X, Stewart KE. Perceived need for HIV testing among rural and urban African American cocaine users. *Addiction Science & Clinical Practice* 2015 Dec (Vol. 10, No. 1, pp. 1-2). BioMed Central.
18. Thanawuth N, Chongsuvivatwong V. Late HIV diagnosis and delay in CD4 count measurement among HIV-infected patients in Southern Thailand. *AIDS care*. 2008 Jan 1;20(1):43-50.

19. Bureau of AIDS Tuberculosis and STDs Department of disease control. Report on the results of the Bureau of AIDS and Tuberculosis and sexually transmitted diseases 2017. Nonthaburi:J.S.printing; 2017. (in Thai)
20. Bureau of AIDS Tuberculosis and STDs Department of disease control. Guidelines for the treatment and prevention of HIV infection in Thailand 2017. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Society of Thailand printing house 2017; 33-137. (in Thai)
21. Chaichan M, Maneesriwongul W, Visudtibhan PJ. Relationships of personal characteristics, barriers to access to care, and perceived stigma to medication adherence among people living with HIV [thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2013. (in Thai)
22. Khaokaew P. Selected factors associated with metabolic syndrome in persons living with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy [thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2017. (in Thai)
23. Wiwattanacheewin K, Sindhu S, Teitelman A, Maneesriwongul W, Viwatwongkasem C. Predictors of intention to use HIV testing service among sexually experienced youth in Thailand. *AIDS Education and Prevention*. 2015 Apr;27(2):139-52.
24. Ma W, Detels R, Feng Y, Wu Z, Shen L, Li Y, Li Z, Chen F, Wang A, Liu T. Acceptance of and barriers to voluntary HIV counselling and testing among adults in Guizhou province, China. *AIDS (London, England)*. 2007 Dec;21(Suppl 8):S129.
25. Shrestha R. Determinants of voluntary HIV counseling and testing (VCT) uptake among men who have sex with men (MSM) in Nepal (Master's thesis, The University of Bergen).
26. Salt J, Davidson KM, Harvey J. Factors affecting GUM clinic attenders decisions and intentions to seek HIV testing. *Irish journal of psychological medicine*. 2001 Jun;18(2):54-60.
27. Bureau of Epidemiology. Situation of AIDS in Thailand 2014.[Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 10]; Available from https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=13373
28. Gyarmathy VA, Rácz J, Neaigus A, Ujhelyi E. The urgent need for HIV and hepatitis prevention in drug treatment programs in Hungary. *AIDS education and prevention*. 2004 Jun 1;16(3):276-87.
29. Reif S, Golin CE, Smith SR. Barriers to accessing HIV/AIDS care in North Carolina: rural and urban differences. *AIDS care*. 2005 Jul 1;17(5):558-65.
30. Mikolajczak J, Hospers HJ, Kok G. Reasons for not taking an HIV-test among untested men who have sex with men: an Internet study. *AIDS and Behavior*. 2006 Jul;10(4):431-5.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติ และอุบัติภัยหมู่ต่อสมรรถนะ ของทหารกองประจำการ: กรณีศึกษา มณฑลทหารบกที่ 21 จังหวัดนครราชสีมา

วิรัช หมื่นบุญมี¹

ปชาณัฐ นันทไทยวิกุล²

ปฏิพร บุญยพัฒนกุล³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาสมรรถนะของทหารกองประจำการ หลังการได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ และเพื่อเปรียบเทียบ สมรรถนะของทหารกองประจำการก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติ และ อุบัติภัยหมู่ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ทหารกองประจำการ มณฑลทหารบกที่ 21 จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 40 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินสมรรถนะ ของทหารกองประจำการ 3) โปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติ และอุบัติภัยหมู่ ต่อสมรรถนะของทหารกองประจำการ 4) แบบทดสอบความรู้ก่อนเรียนและหลังเรียน (pre-test and post-test) ผลการวิจัยสรุปว่า 1) สมรรถนะของทหารกองประจำการหลังการได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า คะแนนสมรรถนะของทหารกองประจำการ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับสูง 2) สมรรถนะของทหารกองประจำการก่อนได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 25.15 ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับต่ำ และหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 45.08 ซึ่งพบว่า อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของทหารกองประจำการหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ สามารถ เพิ่มสมรรถนะของทหารกองประจำการได้มากขึ้น จึงส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของ ทหารกองประจำการสูงขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ

คำสำคัญ: ภัยพิบัติ/ อุบัติภัยหมู่/ สมรรถนะทหารกองประจำการ

¹ นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการความเสี่ยงและภัยพิบัติ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Corresponding author, E- mail:Pachanut.T@chula.ac.th

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าศูนย์ฝึกอบรมสถานการณ์จำลองทางคลินิกวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Research article

Effect of an Integrated Program for Disaster Management and Mass Casualty Incident on Capacity of Enlisted Soldiers: A Case Study of the 21st Military Circle in Nakhon Ratchasima

*Weerayut Muenboonme*¹*Pachanut Nunthaitaweekul*²*Patiporn Bunyaphatkun*³

Abstract

This study used a quasi-experimental research design through One-group Pretest-Posttest Design. The objectives of this study were to investigate capacity of enlisted soldiers after implementing an integrated program for disaster management and mass causality incident and to compare their capacity between pre-implementation and post-implementation of an integrated program for disaster management and mass causality incident. The sample was 40 enlisted soldiers of the 21st Military Circle in Nakhon Ratchasima Province. The research tools consisted of 1) Questionnaire on personal information, 2) Assessment form for capacity of enlisted soldiers, 3) The integrated program for disaster management and mass causality incident, and 4) Pre-test and Post-test. The results of the research could be concluded as follows: 1) A mean score of capacity of enlisted soldiers after implementing an integrated program was higher than a mean score at pre-implementation with a statistical significance level of .05. Capacity score of enlisted soldiers at post-implementation was at a high level. 2) A mean score of capacity of enlisted soldiers before implementing an integrated program was 25.15, which was at a low level. A mean score at post-implementation was 45.08, which was at a high level. When mean score of capacity at post-implementation was higher than that at pre-implementation with a statistical significance level of .05. The findings implied that the developed integrated program could enhance capacity of enlisted soldiers as reflected by a mean score of capacity at post-implementation was higher than before.

Keywords: Disaster/ Mass causality incident/ Capacity of enlisted soldiers

¹ Master student of science Program in Risk and Disaster Management, Graduate School, Chulalongkorn University

² Assistant Professor, Faculty Nursing, Chulalongkorn University, Corresponding author, E- mail:Pachanut.T@chula.ac.th

³ Registered Nurse, Senior Professional Level, Vajira Clinical Simulation Training Center Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

บทนำ

ปัจจุบันภัยพิบัติเกิดขึ้นบ่อยทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์ภัยพิบัติทางธรรมชาติ (Natural disaster) หรือภัยพิบัติที่มนุษย์สร้างขึ้น (Human-made disaster) (UNDRR, 2019) สถิติการเกิดภัยพิบัติทั่วโลก 10 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551-2560 เฉลี่ยจำนวน 343 ครั้งต่อปี มีผู้เสียชีวิต จำนวน 11,755 คนต่อปี และมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจคิดเป็น 130,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยเกิดขึ้นในทวีปเอเชีย สูงสุดถึงร้อยละ 40 หรือคิดเป็นจำนวน 160 ครั้ง¹ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นภูมิภาคที่มีความเปราะบางสูงต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ที่อาจทำให้ระดับน้ำทะเลทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นถึง 1.1 เมตร ภายในปี พ.ศ. 2643 มีแนวโน้มทำให้เกิดภัยพิบัติต่อเมืองใหญ่ทั่วโลกที่อยู่ตามแนวชายฝั่งทะเล รวมถึงกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย มีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูงจากน้ำท่วมพื้นที่ตามแนวชายฝั่งและการทรุดตัวของพื้นดิน² นอกจากนี้ยังเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปี พ.ศ. 2562³

ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติและอุบัติภัยมาอย่างต่อเนื่อง เช่น สึนามิเข้าถล่มชายฝั่งตะวันตกของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2547 เหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมืองในปี พ.ศ. 2553 มหาอุทกภัยใน 65 จังหวัดของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2554⁴ เรือล่มกลางทะเลที่จังหวัดภูเก็ตในปี พ.ศ. 2561⁵ เหตุการณ์กราดยิงที่จังหวัดนครราชสีมาในปี พ.ศ. 2563 การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁶ สถานการณ์ภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่เหล่านี้ทำให้มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจำนวนมาก จากเหตุการณ์ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นบุคลากรที่จะเข้าไปให้ความช่วยเหลือกลุ่มหลัก คือ ทหารกองประจำการ เนื่องจากมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ในทุกกระยะ โดยเริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อม (Preparedness) การตอบสนองเมื่อเกิดภัยพิบัติ (Response) การป้องกันและการบรรเทา (Mitigation) และการฟื้นฟู (Recovery)⁷ เพื่อลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติและการสูญเสียชีวิตวิถีชีวิต และสุขภาพ ตลอดจนความสูญเสียต่อทรัพย์สิน

ทางเศรษฐกิจ กายภาพ สังคม สภาพแวดล้อมของบุคคล ตลอดจนความสูญเสียในด้านต่าง ๆ แต่ทหารกองประจำการยังขาดองค์ความรู้และประสบการณ์ด้านการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่อย่างเป็นระบบ

จากการศึกษา พบว่า ยังไม่ปรากฏว่ามี การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ต่อสมรรถนะของทหารกองประจำการที่ชัดเจน การเสริมสร้างองค์ความรู้ด้านการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ให้กับทหารกองประจำการ ซึ่งไม่เพียงสอดคล้องกับคุณลักษณะความเป็นทหารมืออาชีพที่กองทัพบกต้องการแต่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับทหารกองประจำการในการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และทักษะเฉพาะด้าน นอกจากนี้ความรู้เมื่อทหารกองประจำการปลดประจำการสามารถนำไปต่อยอดในการศึกษาเรียนรู้ได้ และยังเป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติ สามารถนำพาประชาชน ชุมชน และสังคมให้พร้อมรับมือภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ และผ่านพ้นสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ต่อสมรรถนะของทหารกองประจำการ โดยประยุกต์ใช้ “แนวคิดการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย” (Disaster risk management: DRM)⁷ เพื่อเพิ่มศักยภาพของทหารกองประจำการทั้งความรู้ ทักษะความชำนาญเฉพาะด้านให้มากขึ้น เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ รวมทั้งเพื่อใช้เป็นแนวทางในการฝึกทักษะการจัดการภัยพิบัติและการจัดการอุบัติภัยหมู่แบบบูรณาการให้กับทหารกองประจำการ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อทหารกองประจำการและลดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนจากเหตุการณ์ภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะของทหารกองประจำการหลังการได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่

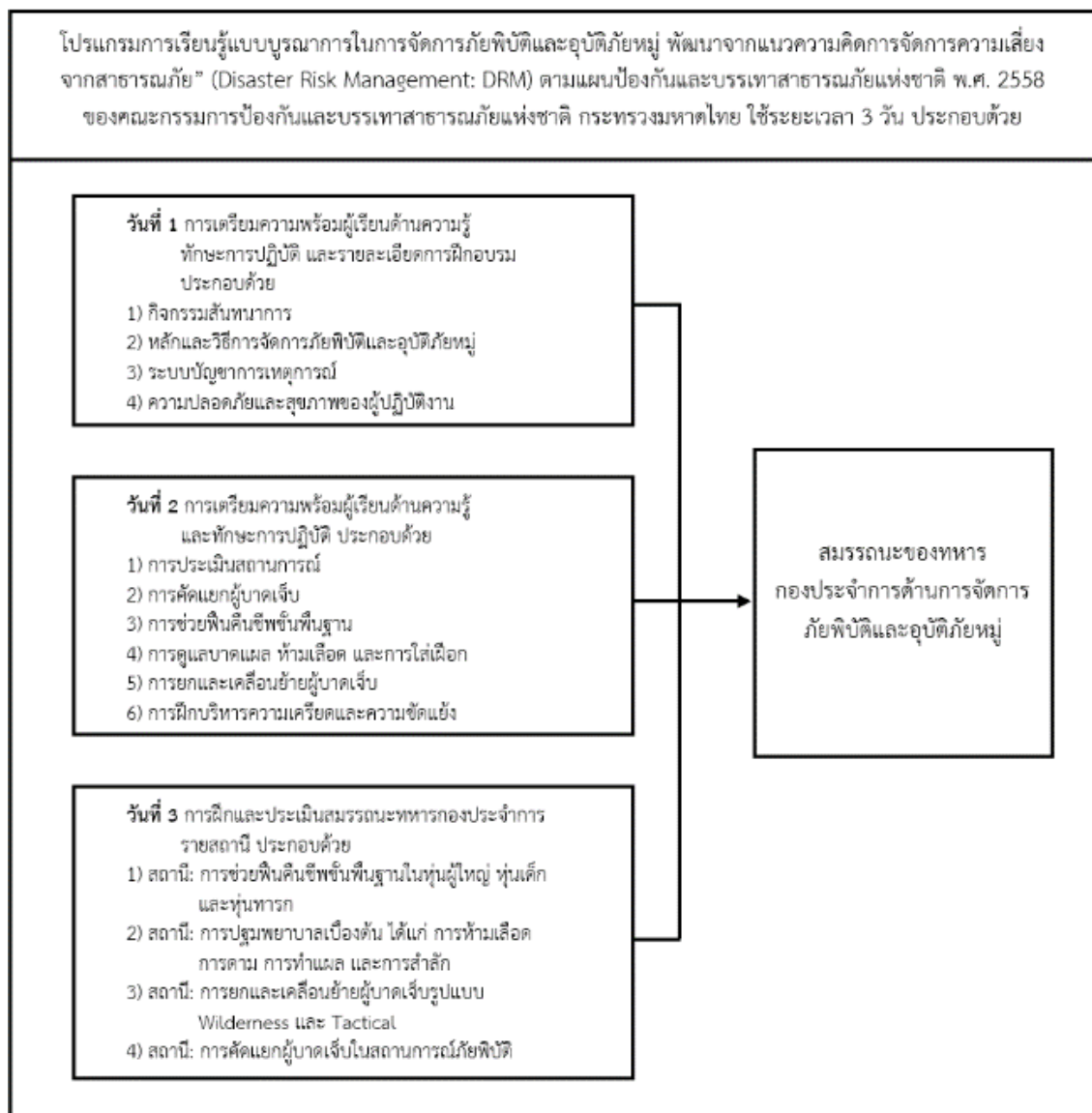
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะของทหารกองประจำการก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่

สมมติฐานการวิจัย

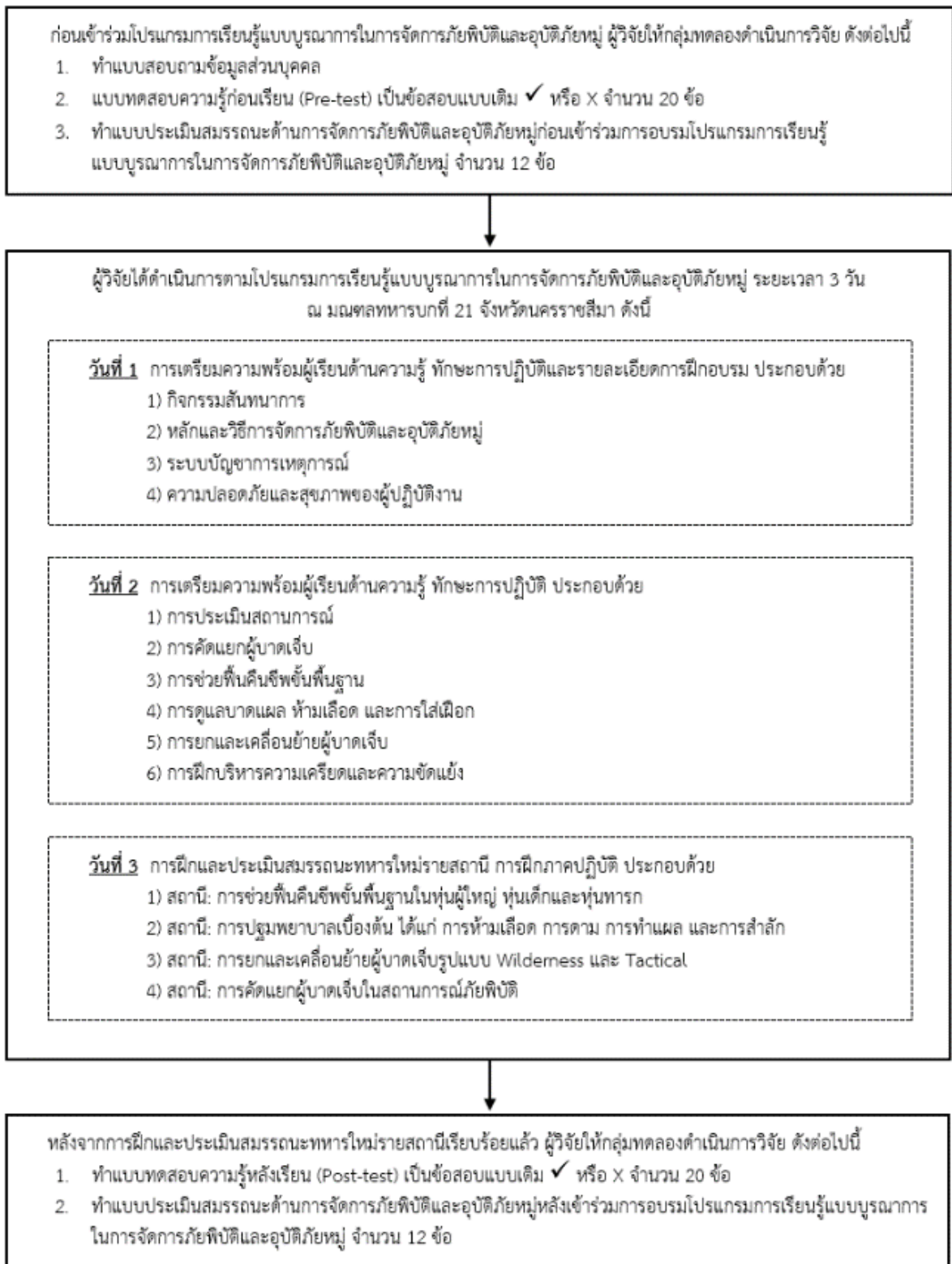
1. คะแนนสมรรถนะของทหารกองประจำการด้านการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่อยู่ในระดับสูง

2. คะแนนสมรรถนะของทหารกองประจำการหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย ข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ก่อนเป็นทหารใหม่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และ โรคประจำตัว ลักษณะของคำถามเป็นแบบ ให้เลือกตอบและเติมคำ
2. แบบประเมินสมรรถนะของทหารกองประจำการ จำนวน 12 ข้อ เกณฑ์ในการประเมิน 1-5 คะแนน
3. โปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ต่อสมรรถนะของทหารกองประจำการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัสโครงการวิจัย 033/2564 ลงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2564

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามลำดับต่อไปนี้

พบครั้งที่ 1: วันที่ 1 ณ มณฑลทหารบกที่ 21 จังหวัดนครราชสีมา

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาการทำงานวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากนั้นให้ทหารกองประจำการตอบแบบสอบถามเพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบทดสอบความรู้ด้านการจัดการภัยพิบัติ และอุบัติภัยหมู่ จำนวน 20 ข้อในรูปแบบ (Pre-test)
2. ผู้วิจัยให้ทหารกองประจำการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ต่อสมรรถนะของทหารกองประจำการ โดยให้ความรู้ จำนวน 3 รายวิชา

ประกอบด้วย หลักและวิธีการจัดการภัยพิบัติ และอุบัติภัยหมู่ ระบบบัญชาการเหตุการณ์ และความปลอดภัยและสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน

พบครั้งที่ 2: วันที่ 2 ณ มณฑลทหารบกที่ 21 จังหวัดนครราชสีมา

ผู้วิจัยให้ทหารกองประจำการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ต่อสมรรถนะของทหารกองประจำการ โดยให้ความรู้ ประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์ การคัดแยกผู้บาดเจ็บ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การดูแลบาดแผล ห้ามเลือด และการใส่เฝือก การยกและเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ และการฝึกบริหารความเครียดและความขัดแย้ง

พบครั้งที่ 3: วันที่ 3 ณ มณฑลทหารบกที่ 21 จังหวัดนครราชสีมา

1. ผู้วิจัยให้ทหารกองประจำการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ต่อสมรรถนะของทหารกองประจำการ โดยให้ฝึกภาคปฏิบัติ จำนวน 4 สถานี ประกอบด้วย สถานีที่ 1 การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic life support) ในหุ่นผู้ใหญ่ หุ่นเด็กและหุ่นทารก สถานีที่ 2 การปฐมพยาบาลเบื้องต้น (Basic first aid) ได้แก่ การห้ามเลือด การตาม การทำแผล และการสำลัก สถานีที่ 3 การยกและเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ รูปแบบ Wilderness และ Tactical และสถานีที่ 4 การคัดแยกผู้บาดเจ็บในสถานการณ์ภัยพิบัติ

2. ประชุมผู้มีส่วนร่วมในการฝึกเพื่อให้ข้อเสนอแนะภายหลังการฝึก “โปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ต่อสมรรถนะของทหารกองประจำการ”

3. ประเมินผล “โปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ต่อสมรรถนะของทหารกองประจำการ” โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะทหารกองประจำการ

4. ผู้วิจัยให้ทหารกองประจำการทำแบบทดสอบความรู้ด้านการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ จำนวน 20 ข้อ ในรูปแบบ (Post-test)

และมอบเนื้อหาการเรียนการสอนในโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ต่อสมรรถนะของทหารกองประจำการให้กับทหารกองประจำการที่เข้าร่วมโครงการทุกนาย หลังจากนั้นผู้วิจัยแสดงความขอบคุณและยติความสัมพันธ

5. เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้ในวงกว้างและเป็นการพิทักษ์สิทธิของทหารกองประจำการในหน่วยงาน ผู้วิจัยได้จัดเตรียมเอกสาร เนื้อหาที่สอดคล้องกับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ต่อสมรรถนะของทหารกองประจำการ เพื่อมอบให้หน่วยงานได้แจกให้ทหารกองประจำการทุกนายจำนวน 50 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยรายละเอียด คือ การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของทหารกองประจำการหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ต่อสมรรถนะของทหารกองประจำการ กรณีข้อมูลมีการกระจายเป็นแบบปกติ (Normal distribution) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Dependent t-test ถ้าหากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Nonparametric test

ผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ต่อสมรรถนะของทหารกองประจำการ: กรณีศึกษามณฑลทหารบกที่ 21 จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ดังนี้

1. สมรรถนะของทหารกองประจำการหลังการได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า คะแนนสมรรถนะของทหารกองประจำการหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่อยู่ในระดับสูง แสดงดังตารางที่ 1

2. สมรรถนะของทหารกองประจำการก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 25.15 ซึ่ง พบว่า อยู่ในระดับต่ำ และหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 45.08 ซึ่ง พบว่า อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของทหารกองประจำการหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะของทหารกองประจำการก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่

คะแนน สมรรถนะ	n	คะแนนเต็ม	คะแนนรวม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
สมรรถนะก่อนเรียน	40	60	1,006	25.15	3.676	ต่ำ	39	26.918	.000*
สมรรถนะหลังเรียน	40	60	1,803	45.08	7.058	สูง			

*p < .05

จากตารางเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของทหารกองประจำการก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่มาเปรียบเทียบกับกันด้วยวิธีทางสถิติ โดยใช้สถิติ Dependent t-test พบว่าสมรรถนะของทหารกองประจำการหลังได้รับ

โปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียน (Pre-test and Post-test) โปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่

คะแนน ผลการทดสอบ	n	คะแนนเต็ม	คะแนนรวม	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ทดสอบก่อนเรียน	40	20	511	12.78	1.510	29.117	39	.000*
ทดสอบหลังเรียน	40	20	711	17.77	1.291			

*p < .05

จากตารางเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียน (Pre-test and Post-test) โปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ของทหารกองประจำการมาเปรียบเทียบกับกันด้วยวิธีทางสถิติ โดยใช้สถิติ Dependent t-test พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้

แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ ทหารกองประจำการมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสมรรถนะของทหารกองประจำการก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่รายข้อ

ลำดับ	รายการสมรรถนะ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1	มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่	2.35	0.66	4.08	0.81
2	มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่	2.05	0.50	3.85	0.81
3	มีความรู้ความเข้าใจกฎหมายพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง	1.90	0.63	3.33	0.77
4	มีความรู้ความเข้าใจหลักการของระบบบัญชาการเหตุการณ์	2.00	0.45	3.62	0.78
5	มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และแนวทางปฏิบัติตามระบบบัญชาการเหตุการณ์และการบริหารจัดการ	2.08	0.57	3.82	0.91
6	มีความรู้ความสามารถพร้อมที่จะรับบทบาทหน้าที่ผู้บัญชาการเหตุการณ์	2.05	0.55	3.62	0.77
7	มีความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ เช่น การคัดกรอง การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ การดูแลผู้บาดเจ็บประเภทต่าง ๆ	2.15	0.58	3.97	0.80
8	มีความรู้ความสามารถจัดการทรัพยากรและการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามข้อจำกัดที่เกิดขึ้น	2.08	0.53	3.72	0.90
9	มีความรู้และทักษะในการยก เคลื่อนย้าย และส่งต่อผู้บาดเจ็บจากภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ ประเภทต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม	2.20	0.56	3.87	0.84
10	สามารถสื่อสารในภาวะวิกฤตตามขั้นตอนของ Incident command system ได้อย่างถูกต้อง	2.15	0.62	3.64	0.86
11	สามารถสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา	2.10	0.55	3.67	0.76
12	มีความรู้และทักษะการดูแลด้านจิตใจ และการเสริมสร้างแรงจูงใจ	2.05	0.68	3.85	0.83

จากตารางเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะรายข้อของทหารกองประจำการก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่มาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ โดยใช้สถิติ Dependent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทุกข้อหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่สูงขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยรายข้อของทหารกองประจำการก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ โดย พบว่า

รายข้อที่ 1 เรื่อง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ รายข้อที่ 7 เรื่อง มีความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ เช่น การคัดกรอง การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ การดูแลผู้บาดเจ็บประเภทต่าง ๆ และรายข้อที่ 9 เรื่องความรู้และทักษะในการยก เคลื่อนย้าย และส่งต่อผู้บาดเจ็บจากภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ ประเภทต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.08 3.97 และ 3.87 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาเป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัยในข้อที่ 1 และ 2 และเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยในข้อที่ 1 และ 2 สามารถอธิบายได้ว่าสมรรถนะของทหารกองประจำการหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่อยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยตามรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังเรียน (Post-test) สูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน (Pre-test) โดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิด “การจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย” ครอบคลุมแนวทางการจัดการภัยพิบัติและการจัดการอุบัติภัยหมู่เน้นการเรียนการสอนในรูปแบบการบรรยายโดยให้มีการถามตอบและการปฏิบัติในแต่ละรายวิชาในห้องเรียน รวมทั้งมีการฝึกภาคปฏิบัติรายสัปดาห์ ซึ่งจะช่วยให้ทหารกองประจำการเกิดการเรียนรู้แบบบูรณาการด้านการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่อย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอนทั้งด้านสติปัญญา (Cognitive) ทักษะ (Skill) และจิตใจ (Affective) จะทำให้ทหารกองประจำการเกิดความมั่นใจในการทำหน้าที่ด้านการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ในสมรรถนะของตนเอง จากการใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับจากโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ในรูปแบบการบรรยายและการฝึกภาคปฏิบัติ

กิจกรรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ ระยะเวลา 3 วัน จะเป็นการเพิ่มพูนสมรรถนะด้านการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ให้กับทหารกองประจำการที่มีแบบแผน ขั้นตอน และเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพชัย ทิพยุทธ์ ที่ พบว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในการจัดการภัยพิบัติของกระทรวงกลาโหม ควรมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะด้วยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการจัดการภัยพิบัติจะส่งเสริมให้การจัดการภัยพิบัติของกระทรวงกลาโหมมีประสิทธิภาพสูงขึ้น^๖ จากการพัฒนา

โปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ เป็นการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่มาบูรณาาร่วมกันตามแนวคิดการเรียนรู้แบบบูรณาการว่ากระบวนการจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียนตามความสามารถโดยการเชื่อมโยงสาระการเรียนรู้ในศาสตร์สาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงพฤติกรรมของผู้เรียน เช่น การที่ผู้เรียนจะมีสมรรถนะที่เพิ่มจะต้องมีความรู้และทักษะ

ผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะของทหารกองประจำการก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 25.15 และหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 45.08 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของทหารกองประจำการหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ โดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด “การจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย” สามารถส่งผลทำให้ทหารกองประจำการเกิดความมั่นใจในสมรรถนะด้านการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ของตนเอง จากการใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับ การฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งจากการวิเคราะห์ตัวกำกับการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยการทดสอบความรู้ก่อนเรียนและหลังเรียน พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการทดสอบความรู้หลังเรียนสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการทดสอบความรู้ก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอยู่ในระดับสูง หมายความว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่

ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้น สามารถทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะของทหารกองประจำการหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่

ข้อเสนอแนะ

1. กระทรวงกลาโหมควรให้ความสำคัญและสนับสนุนแนวคิดการบรรจุโปรแกรมการเรียนรู้แบบบูรณาการในการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่เข้าเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกทหารกองประจำการทุกเหล่าทัพ เพื่อให้ทหารกองประจำการมีสมรรถนะที่เพียงพอและเกิดการเตรียมความพร้อม มีความมั่นใจในการทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
2. หน่วยงานวิชาชีพอื่น ๆ ควรนำรูปแบบของโปรแกรมไปใช้ในการฝึกอบรมให้ความรู้ในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการจัดการภัยพิบัติและการจัดการอุบัติภัยหมู่

กิตติกรรมประกาศ

ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. CRED & UNDRR. The human cost of natural disasters 2015: A Global Perspective; Centre for Research on the Epidemiology of Disaster (CRED): Brussels, Belgium, 2015.
2. คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ. แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย; 2564.

3. WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020. World Health Organization. 11 March 2020.
4. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย. การลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน. กรุงเทพฯ: กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. 2557.
5. แอน ไทยอุดม, อมราภรณ์ หมีปาน, พชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ, อริสรา อยู่รุ่ง, สุวีณา เบาะเปลี่ยน, อุษณีย์ อังคะนาวัน และเนตรดาว ชัชวาลย์. (2561). การฝึกทักษะการพยาบาลแบบบูรณาการเพื่อการจัดการภัยพิบัติและอุบัติภัยหมู่. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19(3):77-88.
6. สาคร อินทโธ, ศศินีย์ สีหาบุญนาค และ ญัฐพร สายแสงจันทร์. (2564). พยาบาลควบคุมการติดเชื้อกับบทบาทการจัดการควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ในหน่วยบริการสุขภาพ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(1):14-21.
7. คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ. แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย; 2558.
8. ทิพย์ ทิพย์ทอ. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในการจัดการภัยพิบัติแห่งชาติของกระทรวงกลาโหม. ในการจัดการภัยพิบัติแห่งชาติของกระทรวงกลาโหม. 2560.

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI)

จริยา ชื่นศิริมงคล¹เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 เดือน ก่อนที่ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และขึ้นปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 20 เวรต่อเดือน จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ (1) แบบสนทนากลุ่มปัญหาและแนวปฏิบัติการพยาบาล (2) แนวปฏิบัติการพยาบาล และ (3) แบบประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 1.00 ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ประกอบด้วย พยาบาลรับผิดชอบ 3 จุด คือ (1) จุดคัดกรอง (2) จุดลงทะเบียน และ (3) จุดช่วยแพทย์/เตรียม swab โดยแบ่งหน้าที่ดูแลใน 6 ประเด็น คือ (1) การคัดกรอง (2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (3) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากร (4) การจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ (5) การลงทะเบียน และ (6) จุดช่วยตรวจ ผลการนำไปใช้ พบว่า (1) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.48$, $SD = 0.25$) และ (2) ไม่พบอุบัติการณ์พยาบาลวิชาชีพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากการปฏิบัติงาน ดังนั้น แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ที่ได้รับการพัฒนาฉบับนี้ สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ได้

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล/ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)/ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก/ การติดเชื้อทางเดินหายใจ

¹ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช Corresponding Author, E-mail: Jariya_ch@nmu.ac.th

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

Research article

Development of the Clinical Nursing Practice Guideline for the Patients under Investigation and/or infected with COVID-19 (Acute Respiratory Infection Room: ARI)

*Jariya Chuensirimongkol¹**Lertsilapa Iemphong²*

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate a clinical nursing practice guideline for the patients under investigation and/or Infected with Coronavirus 2019 in acute respiratory infection outpatient department (OPD ARI) at the Faculty of Medicine Vajira Hospital Navamindradhiraj University. The samples were ten registered nurses who worked in the acute respiratory infection outpatient department for at least two months and worked at least twenty shifts per month. The research tools were comprised of 1) a focus group questionnaire on the current situation and problem, 2) a developed clinical nursing practice guideline in OPD ARI and 3) a feasibility assessment form of the developed clinical nursing practice guideline in OPD ARI. The index of item objective congruence was 1.00. The results showed that clinical nursing practice guideline for the patients under investigation and/or infected with Coronavirus 2019 in acute respiratory infection outpatient department at the Faculty of Medicine Vajira Hospital Navamindradhiraj University consisted of three nurse responsibilities stations: 1) screening, 2) registration and 3) preparing a nasal swab. The role was divided into six areas as follows: 1) screening, 2) prevention of the spread of infections, 3) role assignments for staff members/healthcare providers, 4) preparation of location, environment, and equipment 5) registration and 6) supporting for COVID 19 testing. The results of implementing a clinical nursing practice guideline in OPD ARI reveal that 1) the possibility of using a clinical nursing practice guideline in OPD ARI was high ($\bar{x} = 2.48$, $SD = 0.25$), 2) the incidence of respiratory tract infections in nursing staff was not found. The conclusion: It can be further used as a clinical nursing practice guideline in OPD ARI to prevent COVID-19 infection.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guideline/ Coronavirus 2019 (COVID-19)/ outpatient department/ acute respiratory infection

¹ Doctoral, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University Corresponding Author, E-mail: Jariya_ch@nmu.ac.th

² Registered Nurse, Senior Professional Level Department of Nursing, Faculty of Medicine, Vajira Hospital

บทนำ

เชื้อโรคไวรัส SARS-CoV-2 เป็นสาเหตุของการเกิดโรคระบาดจากไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มต้นแพร่ระบาดในเดือนธันวาคม 2562 ในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ไวรัสแพร่กระจายผ่านละอองทางเดินหายใจเป็นหลัก เช่น การไอ และจาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้คนอยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อหรือรวมตัวกันในที่ที่มีผู้คนพลุกพล่านหรือมีอากาศถ่ายเทไม่สะดวก อาการทางคลินิกของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีตั้งแต่ไม่มีอาการ ร้อยละ 30–40 ไปจนถึงสูญเสียรสชาติ และอาการทั่วไปของระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 57–67 รวมถึงมีไข้ ไอแห้ง หายใจลำบาก และกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน ร้อยละ 3 ซึ่งอันตรายถึงชีวิต¹⁻² องค์การอนามัยโลกได้ประเมินสถานการณ์ และเห็นว่าการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แพร่กระจายอย่างรวดเร็วจนน่ากังวล ดังนั้นในวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ข้อมูล ณ วันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2563 พบผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลกจำนวน 39,760,039 ราย เสียชีวิต 1,177,849 ราย³ สำหรับประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 1,812,110 ราย และเสียชีวิตสะสมจำนวน 18,605 ราย โดยกรุงเทพมหานครมีผู้ติดเชื้อสะสมมากที่สุดของประเทศไทยคือ จำนวน 7,155 ราย รองลงมาคือจังหวัดสงขลา จำนวน 4,230 ราย⁴ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นวงกว้างในสังคม ก่อให้เกิดความสูญเสียขึ้นหลายด้าน ทั้งด้านชีวิตและสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านความมั่นคง ดังนั้น การระบุดูแลผู้ติดเชื้ออย่างรวดเร็ว โดยการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัย

หรือผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อนำมารักษา หรือแยกกักตัว จึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ⁵

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Infection Clinic: OPD ARI) เป็นหน่วยงานที่ดำเนินการตรวจคัดกรองโรคหวัดหรือโรคระบบทางเดินหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูกหรือหายใจหอบเหนื่อย จัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยแยกผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ออกจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติเบื้องต้น ตรวจวัดไข้ และคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ความเสี่ยงจะทำการแยกตรวจ ไม่ปะปนกับผู้ป่วยทั่วไป ทำการ Swab เพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และเอกซเรย์ปอด (Chest x-ray) หากผลตรวจพบการติดเชื้อ จะดำเนินการตามระบบของกรมควบคุมโรคติดต่อ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมในเรื่องมาตรการป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยให้การดูแล แต่เนื่องจากผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่จะไม่มีอาการหรือมีอาการคล้ายเป็นไข้หวัดใหญ่ทั่วไป ดังนั้น พยาบาลประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) จึงจำเป็นต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง

แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยนักปฏิบัติทางคลินิกด้วยการรวบรวม ประเมิน และประยุกต์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่และความเห็นในการปฏิบัติที่ดีที่สุดขณะนั้น โดยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกของนักปฏิบัติทางคลินิกสามารถใช้เพื่อส่งเสริมให้การบริการที่มีคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย⁶ การสร้างแนวปฏิบัติต้องสอดคล้องกับสถานการณ์ความต้องการจำเป็นของสังคม

นอกจากนี้ยังต้องสอดคล้องกับบริบทของผู้ใช้ แนวปฏิบัติที่ด้วยเช่นกัน ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยนี้จะเป็นตัวกำหนดว่า ในการสร้างแนวปฏิบัติหนึ่ง ๆ นั้น ต้องใช้ระเบียบวิธีการใดในการสร้างแนวปฏิบัติ เพื่อให้มีความเที่ยงตรง ต้องใช้ทรัพยากรใดบ้าง

เพื่อให้บรรลุผลตามที่ตั้งไว้ และควรใช้ระยะเวลานานเท่าใดในการพัฒนาและนำไปเผยแพร่⁷

แม้ว่าไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มมีการแพร่ระบาดมาตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่า มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัยหรือติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้ทางเดินหายใจ (OPD ARI) โดยเฉพาะในบริบทแนวปฏิบัติการดูแลทางการพยาบาลของประเทศไทย ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ความต้องการจำเป็นของสังคม และสอดคล้องกับบริบทของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ร่วมกับพยาบาลห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้ทางเดินหายใจ (OPD ARI) ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ research and development ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาความรู้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ที่ให้ความสำคัญกับความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้ทางเดินหายใจ (OPD ARI) ร่วมกับความรูที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอากาศตามมาตรฐานการดูแล

ระดับชาติและนานาชาติ ซึ่งจะทำให้บริการพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยและพยาบาล นอกจากนี้ผลการวิจัยที่ได้ก็นำไปใช้สำหรับเป็นแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ที่อาจเกิดการระบาดขึ้นอีกได้ในอนาคต

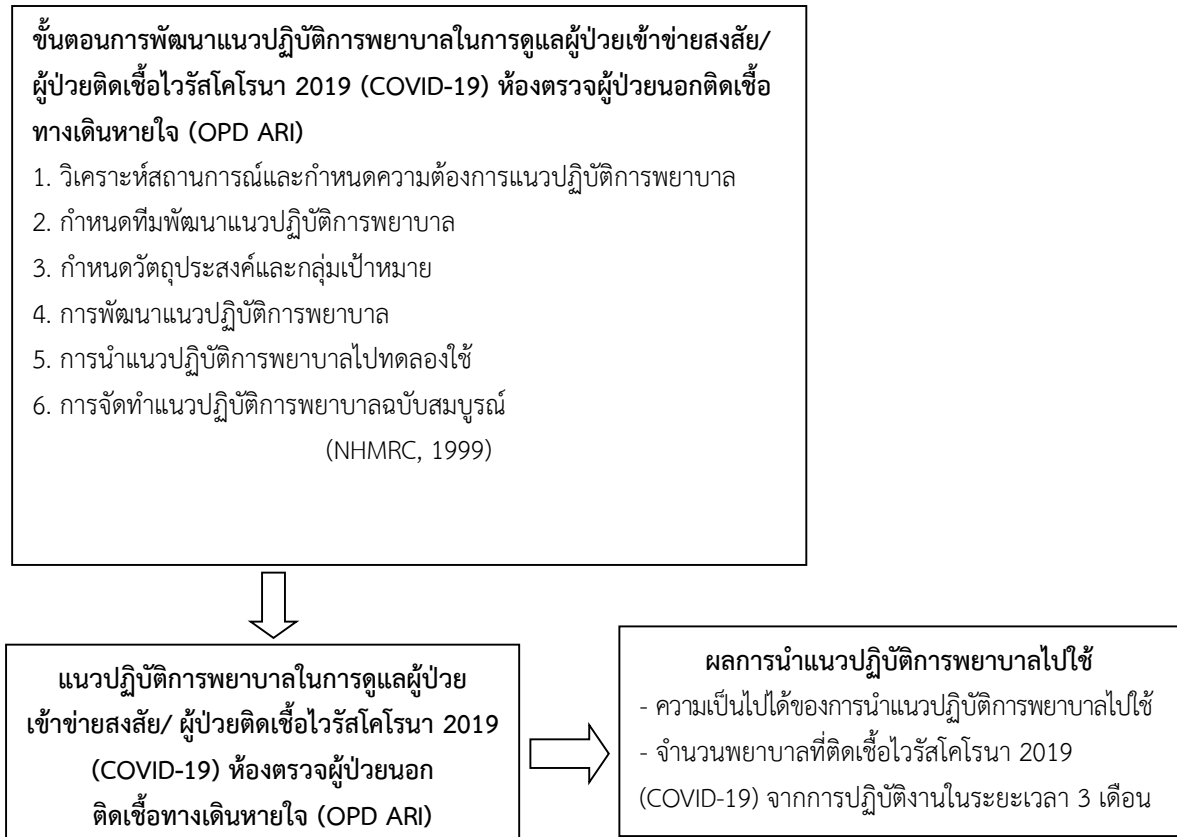
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้ทางเดินหายใจ (OPD ARI)

2. ศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้ทางเดินหายใจ (OPD ARI) ไปใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (research and development) เพื่อพัฒนา และศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้ทางเดินหายใจ (OPD ARI) โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย⁸ (National Health and Medical Research Council: NHMRC) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์



ขอบเขตการวิจัย

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ออสเตรเลีย NHMRC (1999) และศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ 2 ประเด็น คือ 1) ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และ 2) จำนวนพยาบาลที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2564

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดความต้องการของพยาบาล ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ขั้นตอนที่ 5 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ และขั้นตอนที่ 6 จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับสมบูรณ์ ระยะที่ 2 ศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชไปใช้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) โรงพยาบาลศิริพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) โรงพยาบาลศิริพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ที่ขึ้นปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 20 เวรต่อเดือน ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเกี่ยวกับปัญหาและแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) โรงพยาบาลศิริพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช คำดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 1

3. แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการประเมินประสิทธิภาพในการนำไปใช้ทางคลินิก ซึ่งพัฒนาโดย พิกุล นันทชัยพันธ์⁹ เป็นแบบ rating scale 3 ระดับ คือ 1 = มาก 2 = ปานกลาง 3 = น้อย เกณฑ์การแปลผล ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.32-3.00, 1.66-2.31 และ 1.00-1.65 แสดงถึงความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ไปใช้ อยู่ในระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย ตามลำดับ คำดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2563 เลขที่ KFN 13/2020 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้คำถามที่ไม่กระทบต่อความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล และการรวบรวมข้อมูลนั้นที่ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ ไม่มีการทำการทดลองใด ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย อาสาสมัครสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลแก่ทีมผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ทำการป้องกันผลกระทบในการระบุถึงตัวผู้ให้ข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล การวิเคราะห์ และนำเสนอผลในภาพรวม เมื่องานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ข้อมูลจะถูกทำลายภายในระยะเวลา 3 ปี

วิธีการดำเนินการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ และกำหนดความต้องการของแนวปฏิบัติการพยาบาล

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์ โดยการสนทนากลุ่มตามแบบสนทนากลุ่มกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ซึ่งมีพยาบาลประจำเพียง 2 คน และผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลที่เป็นหัวหน้าสาขาที่ดูแลห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) จำนวน 1 คน เกี่ยวกับปัญหาและแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

1.2 กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1.1 โดยแยกสัมภาษณ์รายบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย พยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) จำนวน 2 คน พยาบาลประจำงานควบคุมโรคติดเชื้อ จำนวน 2 คน แพทย์ผู้รับผิดชอบห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) จำนวน 1 คน ร่วมประชุมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

3.1 วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI)

3.2 กลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ทั้งหมด

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

4.1 ศึกษาบททวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ที่อยู่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 โดยใช้คำสำคัญ Outpatient management, Clinical nursing guideline, Acute respiratory infection, COVID-19, Mask, PPE, Distancing ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 7 เรื่อง แบ่งเป็น ระดับ 1 จำนวน 4¹⁰⁻¹³ ระดับ 2 จำนวน 1¹⁴ ระดับ 6 จำนวน 1¹⁵ รวมถึงแนวปฏิบัติในสถานการณ์แพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ WHO¹⁶ กำหนดการปฏิบัติในส่วน (1) การคัดกรอง (2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (3) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากร (4) การจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ (5) การลงทะเบียน และ (6) จุดช่วยตรวจ

4.2 ประชุมร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อรับฟังความคิดเห็นโดยพิจารณาเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติการพยาบาล (ร่าง)

4.3 ส่งแนวปฏิบัติการพยาบาล (ร่าง) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความตรงทางเนื้อหา (Content validity) และความเป็นไปได้ของการใช้

แนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วยพยาบาลประจำงานควบคุมโรคติดเชื้อ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ไม่น้อยกว่า 2 เดือน รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล วชิรพยาบาลผู้รับผิดชอบห้องตรวจผู้ป่วยนอก ตรวจสอบความสอดคล้องของแนวปฏิบัติการพยาบาล กับวัตถุประสงค์การวิจัย ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า แนวปฏิบัติมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

ขั้นตอนที่ 5 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้

5.1 ประชุมพยาบาลผู้ปฏิบัติงานห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) เพื่อให้รับทราบและเข้าใจการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ร่าง) ไปในทิศทางเดียวกัน โดยอธิบายวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ รายละเอียด เนื้อหาสาระสำคัญ มีการนิเทศการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ร่าง) ระยะเวลาในการนำไปทดลองใช้ 1 เดือน

5.2 วิเคราะห์ปัญหาหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ร่าง) ร่วมกับทีมพัฒนาปฏิบัติการพยาบาล รับฟังความเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

ขั้นตอนที่ 6 ปรับแก้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ร่าง) ตามผลการรับฟังความคิดเห็นทั้งหมด และจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล (ฉบับสมบูรณ์)

ระยะที่ 2 ศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ประชุมพยาบาลผู้ปฏิบัติงานห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) เพื่อให้รับทราบและเข้าใจการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ฉบับสมบูรณ์) ไปในทิศทางเดียวกัน โดยอธิบายวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ รายละเอียด เนื้อหาสาระสำคัญ มีการนิเทศการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ฉบับสมบูรณ์) ระยะเวลาในการนำไปทดลองใช้ไปใช้ 3 เดือน การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลความเป็นไปได้ในการใช้ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ฉบับสมบูรณ์ และจำนวนปฏิบัติการพยาบาลขณะปฏิบัติงาน

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ฉบับสมบูรณ์) ครบ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลและจำนวนอุบัติการณ์พยาบาลขณะปฏิบัติงานห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) โดยใช้สถิติพื้นฐาน คือ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราช ประกอบด้วย (1) จุดคัดกรอง (2) จุดลงทะเบียน และ (3) จุดช่วยแพทย์/ เตรียม swab โดยแบ่งหน้าที่ดูแลใน 6 ประเด็น คือ (1) การคัดกรอง (2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (3) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากร (4) การจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ (5) การลงทะเบียน และ (6) จุดช่วยตรวจ

1.1 แนวทางปฏิบัติการพยาบาล จุดคัดกรอง/ คัดแยกผู้ป่วย มีหน้าที่คัดกรอง และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการแต่งกายสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองระดับ 2 (Full PPE) และให้ผู้รับบริการทุกรายสวมหน้ากากอนามัย (Surgical mask) จากนั้น คัดกรองใช้ผู้ป่วยก่อนเข้ามาในห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ทุกราย คัดกรองแยกประเภทเป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ (Acute respiratory infection; ARI) หรือกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation; PUI) ตามเกณฑ์คัดกรองผู้ติดเชื้อ ตามแนวทางการสอบสวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือมีผล ATK positive และแบ่งระดับความรุนแรง

ติดสติกเกอร์หรือสัญลักษณ์ที่สื่อเพื่อสื่อสารให้ทีมงานทราบประเภทของผู้ป่วย ตรวจสอบการลงทะเบียนผ่านระบบ QR code เพื่อป้องกันการสัมผัส วัสดุสัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ชักประวัติโรคประจำตัว การแพ้ยา แพ้อาหาร ในกรณีสงสัย PUI ติดสติกเกอร์สี (สีหรือสัญลักษณ์ที่แตกต่างจาก ARI) กรณีผู้ป่วยต้องกักตัว 14 วัน อธิบายให้ผู้ป่วยทราบการปฏิบัติตน รวมถึงให้เซ็นชื่อรับทราบ และแนะนำการแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation; HI) หรือการแยกกักตัวในชุมชน (Community isolation; CI) ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข กรณีผลตรวจ ATK positive ประสานงานกับหน่วยงานรับบริการผู้ป่วยในเพื่อส่งต่อตามกระบวนการรักษา

1.2 แนวทางปฏิบัติการพยาบาล จุดลงทะเบียน การแต่งกายเช่นเดียวกับจุดคัดกรอง เมื่อผู้ป่วยผ่านจุดคัดกรองแล้วจะเข้ามาถึงจุดลงทะเบียน ปฏิบัติดังนี้ ประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อพิจารณาการเข้าเกณฑ์ PUI ในกรณีมีผู้ป่วยเด็กจะประสานแจ้งกุมารแพทย์ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีนัดพบแพทย์หรือรับยาต่อเนื่องที่หน่วยงานอื่น พยาบาลต้องติดต่อประสานงานกับหน่วยงานนั้น คัดแยกผู้ป่วยเข้าห้องตรวจตามประเภทของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย ARI ผู้ป่วยอาการไม่แน่ใจว่า PUI หรือไม่ ผู้ป่วยอาการ PUI ชัดเจน

1.3 แนวทางปฏิบัติการพยาบาล จุดช่วยแพทย์/ เตรียม swab พยาบาลแต่งกายตาม standard และ droplet precautions จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องในการระบุตัวผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ ตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์การทำ swab ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ จัดเก็บสิ่งส่งตรวจตามแนวทางการปฏิบัติรวบรวมประสานงานกับห้อง lab นำส่งสิ่งส่งตรวจช่วยแพทย์ในขณะทำการตรวจรักษา โทรประสานเจ้าหน้าที่ในกรณีที่ต้องเจาะเลือด เอกซเรย์ รวมถึงติดตามผลการตรวจ และรายงานแพทย์ กรณีผู้ป่วยมีนัดระบบอื่น ๆ ประสานดำเนินการเรื่องยา และ

การนัดติดตามการรักษา (Follow up; FU) ให้เป็นแบบ one stop service

2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI)

2.1 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ

(OPD ARI) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 10 คน พบว่าความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ไปใช้ อยู่ในระดับมาก (mean 2.48; SD 0.25) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ไปใช้ (n = 10)

	Mean	SD
1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	2.10	0.74
2. ความชัดเจน และเข้าใจตรงกันในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้	2.00	0.47
3. ความเหมาะสมในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงานของท่าน	2.90	0.32
4. ความประหยัดและลดต้นทุนทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ	2.10	0.32
5. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	2.29	0.32
6. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงานของท่าน	2.29	0.32
รวม	2.48	0.25

2.2 จำนวนอุบัติการณ์พยาบาลห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพยาบาล ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ครบ 3 เดือน

การอภิปรายผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) แบ่งเป็น 3 จุด คือ (1) จุดคัดกรอง (2) จุดลงทะเบียน และ (3) จุดช่วยแพทย์/เตรียม swab ดูแลใน 6 ประเด็น คือ (1) การคัดกรอง (2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (3) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากร (4) การจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์

(5) การลงทะเบียน และ (6) จุดช่วยตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ความเป็นไปได้ในการใช้ปฏิบัติแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) อยู่ในระดับสูง (mean 2.48; SD 0.25) อาจเนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้พัฒนาจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) แต่เมื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำแนวทางไปปฏิบัติ พบว่า ส่วนใหญ่ได้คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะข้อความชัดเจน และเข้าใจตรงกันในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (mean 2.00; SD 0.47) อาจเนื่องจากขณะทำการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และขณะทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลา จึงทำให้รัฐบาลออกคำสั่ง กฏระเบียบเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาด้วยเช่นกัน ทำให้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ทำไว้มีบางประเด็นไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลง เช่น เกณฑ์การกักตัว ข้อกำหนดการรักษา HI หรือ CI ทำให้ผู้วิจัยต้องปรับแนวปฏิบัติการพยาบาล (ร่าง) และแนวปฏิบัติการพยาบาล (ฉบับสมบูรณ์) ขณะอยู่ระหว่างทดลองใช้ เพื่อให้สอดคล้องกับของกรมควบคุมโรค ซึ่งผู้วิจัยปรับแก้ไขโดยปรึกษาพยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) และพยาบาลงานควบคุมโรคติดเชื้อ นอกจากนี้พยาบาลประจำห้องตรวจ ARI มีจำนวนเพียง 2 คน นอกนั้นเป็นพยาบาลเวรจ่าพิเศษ แม้ว่าจะมีการนิเทศพยาบาลเวรจ่าพิเศษก่อนทำงาน และกำหนดให้ทุกคนต้องส่งเวรที่ห้องตรวจไม่น้อยกว่า 2 เดือนติดต่อกัน เพื่อให้มีความเข้าใจการปฏิบัติงานที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) แต่แนวทางการปฏิบัติพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลาตามสถานการณ์การระบาดของโรค ดังนั้น หัวข้อความชัดเจน และเข้าใจตรงกันในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปใช้ จึงได้คะแนนน้อยที่สุด

ผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ฉบับสมบูรณ์ประมาณ 3 เดือน พบว่าไม่มีพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ติดเชื้อ อาจเนื่องจากแนวปฏิบัติในการวิจัยนี้พัฒนามาจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่ปฏิบัติงานจริง รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ร่วมกับการทบทวนเอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การบริหารจัดการห้องตรวจผู้ป่วยนอกในสถานการณ์ที่

มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ครอบคลุมด้านการจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อม การป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ และการคัดแยกผู้ป่วยอย่างชัดเจน จึงทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่เกิดการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ไปต่อยอดปรับเปลี่ยนตามประกาศของกรมควบคุมโรคได้

2. ด้านการวิจัย ได้ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาต่อยอดการวิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ห้องตรวจ ผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด บุรณาการร่วมกับองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนเอกสารเชิงประจักษ์ และควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลควบคู่ไปกับการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการนำไปใช้อย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยความร่วมมือของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารการพยาบาล พยาบาลงานควบคุมโรคติดเชื้อ และแพทย์ผู้รับผิดชอบห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. Corona Virus Disease (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต] 2563 เข้าถึงเมื่อ [11 เมษายน 2563] จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/index.php>.
2. Kongkamol C, Padungkul L, Rattanaajarn N, Srisara S, Rangsinobpakhun L, Apiwan K, et al. Implementation of Triage System and Shortening Patient Journey Time to Prevent COVID-19 Transmission in a University Hospital during a Pandemic. 2021 Int. J. Environ. Res. Public Health; 18(13): 6996. Doi: 10.3390/ijerph18136996
3. Ourworldindata. Corona virus pandemic. [Internet] 2021 [cited 2021 Oct 5] Available from: https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ภายในประเทศ. [อินเทอร์เน็ต] 2563 เข้าถึงเมื่อ [6 กันยายน 2565] จาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=province>
5. World Health Organization. COVID-19 Strategy update. [Internet] 2020 [cited 2020 Apr 7] Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf>
6. พงศ์คำ ตีลกสกุลชัย. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธี ปฏิบัติ 6th ed. กรุงเทพฯ: พรี่-วัน; 2554.
7. Garrity CM, Norris SL, Moher D. Developing WHO rapid advice guidelines in the setting of a public health emergency. 2017 J Clin Epidemiology; 82:47-60.
8. National Health and Medical Research Council. A Guide to the Development Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines. [Internet] 1999 [cited 2020 Apr 11] Available from: <http://www.health.gov.au/nhmrc/publication/pdf/cp.30.pdf>
9. พิกุล นันทชัยพันธ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลทางคลินิกเพื่อเตรียมความพร้อม ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. [อินเทอร์เน็ต] 2550 เข้าถึงเมื่อ [11 เมษายน 2563] จาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/54920262.pdf
10. Cheng A, Caruso D, McDougall C. Outpatient management of COVID-19: rapid evidence review. Am Fam Physician 2020;102(8):478-86.
11. Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: A systematic review and meta-analysis. The Lancet 2020; 395:1973-87.
12. Bartoszko JJ, Farooqi MAM, Alhazzani W, Loeb M. Medical masks vs N95 respirators for preventing COVID-19 in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. Influenza Other Respir Viruses 2020 Jul;14(4):365-373. doi: 10.1111/irv.12745. Epub 2020 Apr 21. PMID: 32246890; PMCID: PMC7298295.

13. Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, Bawazeer GA, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Nov 20;11(11):CD006207. doi: 10.1002/14651858.CD006207.pub5. PMID: 33215698; PMCID: PMC8094623.
14. Loeb M, Dafoe N, Mahony J, John M, Sarabia A, Glavin V, et al. Surgical mask vs N95 respirator for preventing influenza among health care workers: a randomized trial. *JAMA*. 2009 Nov 4;302(17):1865-71. doi:10.1001/jama.2009.1466. Epub 2009 Oct 1. PMID: 19797474.
15. Liapikou A, Tzortzaki E, Hillas G, Markatos M, Papanikolaou IC, Kostikas K. Outpatient Management of COVID-19 Disease: A Holistic Patient-Centered Proposal Based on the Greek Experience. *J Pers Med* 2021; 11(8):709. <https://doi.org/10.3390/jpm11080709>
16. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. [Internet] 2020 [cited 2020 Apr 11] Available from: [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนาภายหลังจำหน่าย จากการเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค

ขวัญใจ แจ่มสร้อย¹

บทคัดย่อ

วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (cross-sectional study) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังจำหน่ายจากการเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2563 ทั้งหมด เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังได้รับการเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค และศึกษาความเครียด การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ผลการศึกษา พบว่ามีผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2563 จำนวนรวม 50 ราย มีอายุเฉลี่ย 42.5 ปี และมีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.68 วัน ความเครียดภาพรวมอยู่ในระดับเครียดมาก และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด เช่น การทำความสะอาดบ้าน การเปิดระบายอากาศ และทำความสะอาดวัตถุบริเวณที่ถูกสัมผัสบ่อย ๆ การเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 1 -2 เมตร เป็นต้น และความเครียดไม่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง แต่การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.5$) และการสื่อสารมีผลต่อความเครียดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.5$)

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง/ ผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา/ ติดตามอาการ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล E-mail : khwanjai.j@nmnu.ac.th

Research article

Factors Predicting Self-Management Behavior of Suspected Coronavirus Patients After discharge from symptom monitoring in an isolation ward

*Khwanjai Jamsai¹***Abstract**

This research is cross-sectional survey research. A cross-sectional study was to study the factors predicting self-management behavior of suspected coronavirus-infected patients. After discharge from symptom monitoring in an isolation ward. The sample group is a suspected patient infected with the coronavirus after discharge from symptom monitoring in the Isolation ward between February and May 2020. The objective is to self-management behavior of patients suspected of being infected with the coronavirus after being monitored in an isolation ward and study stress sickness perception communication between patients and health workers self-management behavior of suspected coronavirus patients after monitored symptoms. The results of the study. The total number of cases was 50, with a mean age of 42.5 years and an average hospital stay of 2.68 days. Overall stress was at a high-stress level have the most self-care behaviors in the following issues house cleaning ventilation and cleanliness of frequently touched objects, separation of personal items not shared with others Separate personal cleaning social distancing at least 1-2 meters. However, communication between patients and health workers had a statistically significant effect on patients' self-management behavior ($P<0.5$) and communication had a statistically significant effect on patients' stress ($P<0.5$).

Keywords: Self-management/ Suspected coronavirus patient/ Follow-up

¹ Registered Nurse, Professional Level Department of Nursing, Vajira Hospital, Faculty of Medicine Vajira Hospital
E-mail : khwanjai.j@nmu.ac.th

บทนำ

จากสถานการณ์โรคระบาดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด (Covid-19) ย่อมาจาก Coronavirus disease 2019 ในทั่วภูมิภาคของโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าการระบาดครั้งนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) และคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้มีมติให้โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2563

สถิติการแพร่ระบาดของ Covid-19 ในปัจจุบันพบผู้ป่วยทั้งหมด 1,603,652 ราย ผู้ป่วยใหม่ 85,589 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 95,692 ราย (ศูนย์ทรัพยากรและข้อมูลเกี่ยวกับ Coronavirus ข้อมูลการป้องกันโรคจาก dynamic health ของ EBSCO เข้าถึงเว็บไซต์ 22 ธ.ค. 2020 เวลา 20.36น.) องค์การอนามัยโลกประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคระบาดที่เกิดจากไวรัสโคโรนาเป็นครั้งแรก ไวรัสสายพันธุ์ใหม่นี้มีความสำคัญเพราะมีอัตราการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็วและกระจายเป็นวงกว้างโดยการกระจายจากคนสู่คน ผ่านทางละอองเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย จากการไอ จาม ละอองเหล่านั้นจะตกสู่วัตถุหรือพื้นผิวรอบ ๆ จากนั้นรับเชื้อเข้าสู่ร่างกายด้วยการสัมผัสพื้นผิวหรือวัตถุเหล่านั้นแล้วมาสัมผัสใบหน้า ขยี้ตา จมูก หรือรับเชื้อโดยตรงจากการหายใจ เอาละอองของผู้ป่วยเข้าไปเมื่อผู้ป่วยไอ จาม หรือหายใจออกมาโดยเฉลี่ยผู้ป่วย 1 ราย สามารถแพร่เชื้อให้คนอื่นได้ 2 - 4 คน จึงทำให้แพร่เชื้อเร็ว ผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ 80 มีอาการเพียงเล็กน้อยหรืออาการรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้¹ ซึ่งการติดเชื้อไวรัสที่ไม่มีอาการให้หายได้ มีเพียงการรักษาตามอาการเท่านั้น และยังไม่มียาวัคซีนป้องกันได้ ไม่ว่าจะเป็นเป็นการแพร่ระบาดระดับใดก็ตาม สิ่งที่เราควรปฏิบัติเพื่อดูแลตัวเอง ครอบครัวและสังคม คือ รักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปฏิบัติตนเองให้ถูกสุขลักษณะ มาตรการระวังการแพร่และการติดเชื้อ ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การทำงานที่บ้าน work from home การงดไปสถานบันเทิง ห้างสรรพสินค้า การจำกัดตัวเองในทุกด้านเพื่อป้องกันตัวเองและลดการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ให้ลดลงเพื่อความปลอดภัยของทุกคนในโลก

ในการระบาดของโรคไวรัสโคโรนาครั้งนี้จะดำเนินไปถึงเมื่อใดไม่มีใครทราบได้ แต่ความหวาดกลัว ความกังวลค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจากความคิดที่กลัวความตาย ไม่อยากพลัดพรากจากคนที่รัก เนื่องจากการกักตัว ส่งผลให้สังคมเรามีปัญหาสุขภาพจิตตามมา ความกลัวผันแปรตามความไม่รู้ รวมถึงระยะเวลาที่เรื้อรัง ทำให้ปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจเข้ามาทำให้สภาพจิตใจของสังคมไทยยิ่งสร้างความเครียดต่อคนไทยและคนทั่วโลก กระบวนการติดต่อด้านเศรษฐกิจทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยิ่งการระบาดเป็นระยะเวลายาวนานยิ่งทำให้เกิดปัญหาตามมาเป็นลูกโซ่ ในระบบสุขภาพที่มีความซับซ้อนการพัฒนาสมรรถนะให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านดูแลตัวเองและครอบครัวปรับตัวพฤติกรรมกรดำเนินชีวิต การล้างมือบ่อย รวมถึงการใส่ผ้าปิดจมูกตลอดเวลา

ปัจจุบันพบผู้ติดเชื้อไวรัส 3,308,233 ราย รักษาหายแล้ว 1,042,822 ราย และมียอดผู้เสียชีวิตสะสม 234,105 รายในยุโรป ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ติดเชื้อสูงสุดคือมีผู้ติดเชื้อรวม 1,095,210 ราย รักษาหายแล้ว 155,737 ราย มียอดผู้เสียชีวิตรวม 63,861 ราย รองมาประเทศสเปนมีผู้ติดเชื้อรวม 239,639 ราย รักษาหายแล้ว 137,984 ราย นอกจากนั้นยัง พบว่า มีโรคติดเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ พบรายแรกวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2562 และเริ่มมีการรายงานจากหน่วยสาธารณสุขของเมือง Wuhan ประเทศจีน ตั้งแต่วันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ว่ามีผู้ป่วยที่เป็นปอดบวมจากการติดเชื้อไวรัสนี้ 27 ราย โดยมีคนอาการหนัก 7 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติไปสัมผัสกับสัตว์ป่าต่าง ๆ ในตลาดขายส่งอาหารทะเลในเมือง Wuhan ซึ่งมีการขายสัตว์นานาชนิด รวมทั้งสัตว์ปีก งู ค้างคาว อุฐี แมว²

อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการระบบทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีที่อาการรุนแรงมากอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต⁴ การรักษาเป็นแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการป่วยต่าง ๆ โดยปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค การแพร่กระจายไวรัสชนิดนี้ส่วนใหญ่แพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อทางละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย การป้องกันจึงควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้มีอาการป่วย รักษาระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร หลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก เป็นต้น² จากรายงานปัจจุบัน พบว่าสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 นับถึงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 เวลา 11.00 น. มีจำนวนยอดผู้เสียชีวิตรวม 24,543 ราย ลำดับที่ 3 ประเทศอิตาลีมีผู้ติดเชื้อรวม 205,463 ราย รักษาหายแล้ว 75,945 ราย มียอดผู้เสียชีวิตรวม 27,967 ราย ส่วนประเทศที่มียอดผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นสูงสุดคือ ประเทศสหรัฐอเมริกา มียอดผู้ติดเชื้อรายใหม่ถึง 30,829 ราย รองลงมาประเทศรัสเซีย 7,099 ราย ตามมาด้วยประเทศสหราชอาณาจักร 6,032 ราย บราซิล 6,019 ราย ตามลำดับ⁵ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศ.บ.ค.ม.) แถลงสถานการณ์โควิด -19 ในประเทศไทย วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2563 พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 6 ราย ทำให้มียอดผู้ป่วยสะสมล่าสุดที่ 2,960 ราย และไม่มีผู้เสียชีวิตเพิ่ม ยอดผู้เสียชีวิตสะสมทั่วประเทศอยู่ที่ 54 ราย และมีตัวเลขผู้ป่วยรักษาตัวหายกลับบ้าน 2,719 ราย ที่มา โดย The Bangkok insight editorial team เรื่อง อัปเดตสถานการณ์ไวรัสโควิด 19 วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2563 เข้าถึง www.thebangkokinsight.com เวลา 18.00 น.³ จากสถิติวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ของหน่วยโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช มีจำนวนผู้ป่วยต้องสงสัย (PUI-

Patient Under Investigation) จำนวน 316 ราย ผู้ป่วยรายใหม่ 2 ราย รักษาอยู่ 7 ราย ผลตรวจ Novel Corona virus-2019 PCR ไม่พบเชื้อ 307 ราย ผู้ต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนาคือ ผู้ป่วยที่มีอาการของระบบทางเดินหายใจอย่างใด อย่างหนึ่ง เช่น ไอ น้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก มีไข้ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป เป็นต้น ซึ่งต้องเข้ารับการตรวจหาเชื้อ (swab) ร่วมกับการสังเกตอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค มีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5 วัน และเมื่อผลตรวจไม่พบเชื้อจึงจำหน่ายให้กลับบ้านเพื่อเฝ้าระวังอาการต่อเนื่องอีก 14 วัน โดยผู้ป่วยจะได้รับการสื่อสารเรื่องคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านจากทีมเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแยกโรค จากการสื่อสารจากทีมเจ้าหน้าที่สุขภาพสู่ผู้รับบริการ โดยเฉพาะสารที่สำคัญจะมีผลกระทบต่อ ความเครียด ยังต้องมีการปรับตัวหรือปรับการดำเนินชีวิตประจำวัน เพราะฉะนั้นสื่อหรือข่าวนับเป็นสิ่งสำคัญ การสื่อสาร (communication) คือ การเผยแพร่สื่อในวงกว้างเพื่อให้ปฏิกริยาต่อภาวะเครียดอยู่ในระดับที่เหมาะสมและมุ่งเน้นให้เกิดความหวัง ความเข้มแข็งทางใจที่มาจากการวางแผนเตรียมความพร้อม บริการด้านจิตสังคม³ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียดกับการปรับตัว เรียกว่า stress adaptation ความเครียดเป็นความไม่สบายทางอารมณ์และจิตใจเป็นอาการป่วยทางจิตในระยะเริ่มแรก ความเครียดภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือกดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธหรือเสียใจ เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่กลายเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเป็นผู้ต้องสงสัยติดเชื้อ มีทั้งคนวัยทำงานที่สุขภาพแข็งแรงดีแต่มีอาชีพเสี่ยงต่อการพบผู้คน จำนวนมาก หรือบุคคลทั่วไปที่มีการเข้าไปสัมผัสกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ชุมชน ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้าหรือไปสนามมวยต่าง ๆ

เป็นต้น เมื่อผู้ต้องสงสัยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งของระบบทางเดินหายใจ จึงมาโรงพยาบาลเพื่อรักษา มาตรฐานการดูแลต้องมีการซักประวัติอย่างละเอียด เพื่อส่งรายละเอียดศูนย์บริหารโควิด (ศ.บ.ค.ม) เพื่อขอรหัสตรวจหาเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ โดยต้องเข้าห้องพักแยกเพื่อรอผลการตรวจ ซึ่งใช้เวลารอการตรวจผลอย่างน้อย 2-3 วัน บางรายที่ผ่านการสัมผัสแล้วเข้าข่ายการสัมผัสโรคที่เป็นระบาดอยู่ในขณะนั้นก็พักรักษาตัวที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้รองรับ มีการประเมินข้ออาการต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด มีการประเมินการทำงานของปอด โดยมีการตรวจเอกซเรย์ปอด ในรายผู้ต้องสงสัยมีโรคประจำตัวหลายโรค เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบต้องติดตั้งเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจตลอดเวลา ในทั้งนี้พวกเขาได้เชื่อว่าผู้ต้องสงสัยไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอกหาเชื้อโควิดแล้วกลับไปกักตัวที่บ้านอีก 14 วัน ในรายที่ต้องกักตัวให้พักที่โรงพยาบาลจนทราบผลการตรวจ เมื่อผลออกแล้วแพทย์จะออกใบรับรองแพทย์เพื่อให้กักตัว 14 วัน เนื่องจากระยะฟักตัว เชื้อโรคจะปรากฏอาการเร็วที่สุดคือ 1 วัน และส่วนใหญ่ไม่เกิน 14 วัน ค่าเฉลี่ยของระยะฟักตัวคือ 5 วัน ฉะนั้นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเช่นไปในที่มีการระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19 หรือสัมผัสใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็น Covid-19 ถือเป็นผู้ต้องสงสัยที่เสี่ยงสูงมาก ต้องรับไว้รักษาที่โรงพยาบาล และสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ติดตามอาการไข้ ไอ หอบเหนื่อยโดยติดตามผลเอกซเรย์ปอดทุกระยะ โดยเหตุผลการกักตัวเพื่อเฝ้าระวังอาการเจ็บป่วย การรักษา โดยผู้ต้องสงสัยเหล่านี้ต้องพักอาศัยแยกจากกันไม่สามารถให้ญาติเฝ้าหรือจำกัดการเยี่ยมโดยเด็ดขาด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อแพร่ผ่านฝอยละออง (droplet) ขนาด 5 ไมครอน ของสิ่งคัดหลั่งจากผู้ติดเชื้อ ได้แก่ น้ำมูก น้ำลาย เสมหะ โดยการติดต่อง่าย เหมือนใช้หวัด ไม่มีการฟุ้งกระจายในอากาศ เชื้อโรคแพร่ไปไกลโดยการพูดได้ประมาณ 1 เมตร และโดยการไอ

หรือจามปกติประมาณ 2 เมตร โดยกระเด็นสู่สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ มือสัมผัส บริเวณที่มีเชื้อกระจายเกาะติดอยู่เรานำมือมาใกล้ปาก จมูก หรือตา เป็นทางเข้าของเชื้อได้จากสิ่งที่ได้กล่าวมา ผู้ต้องสงสัยเหล่านั้น ที่มีอาการมาพบแพทย์ก็ต้องมีการกักตัวแยกจากครอบครัวต้องหยุดงาน ปัญหาเศรษฐกิจ และกลายเป็นคนที่สังคมอาจเฝ้าระวังพิเศษ หรือเว้นระยะห่างทางสังคม ต้องมีข้อปฏิบัติตัวมากมายที่ทีมสุขภาพบอกถึงการปฏิบัติตัว ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ผู้ต้องสงสัยส่วนใหญ่ ไม่พร้อม ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อนที่ต้องรักษาระยะห่างหรือชุดอุปกรณ์ที่ปิดบังหน้าและร่างกายอย่างมิดชิดจากทีมสุขภาพ จำกัดการพบกับบุคคลในครอบครัว สังคม ปัญหาต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้เกิดความเครียด พวกเขาต้องรับรู้กับสภาวะสุขภาพตัวเองแล้วจะมีการเรียนรู้ ปรับทัศนคติ ปรับตัวเพื่อจัดการบริหารกายและจิตใจให้สามารถดำเนินต่อไปได้อย่างดีและเหมาะสมกับสถานการณ์⁶ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สุขภาพผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมาก ผู้ต้องสงสัยต้องปรับตัวสิ่งแวดล้อมที่อาจแปลกแตกต่างไปจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ตามปกติ ผู้ดูแลหรือเข้ามาดูแลผู้ต้องสงสัยต้องป้องกันอย่างเต็มรูปแบบเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทำให้เกิดความเครียดหลายทาง รวมทั้งข้อมูลการปฏิบัติที่ได้รับผ่านการสื่อสารต่างๆ ของบุคลากรทางการแพทย์ โดยผ่านสื่อดิจิทัล โทรศัพท์ อีเล็กทรอนิกส์ กล้องวงจรปิด การสื่อสารผ่านไลน์ วิดีโอคอลติดต่อกัน ซึ่งความเครียดต่าง ๆ จากการต้องเป็นผู้ต้องสงสัย Covid-19 จึงทำให้เกิดการรับรู้สิ่งต่าง ๆ เข้ากระบวนการรับรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรอบตัวส่งผลต่อการปรับตัวในรูปแบบที่ซึมเศร้า ก้าวร้าว เมื่อได้รับข่าวสารจากแพทย์พยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล การใช้กระบวนการเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

รายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์ และนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการให้เหตุผลการตัดสินใจ และการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ต้องสงสัย ซึ่งมีสภาพจิตใจที่กังวลสูง การเครียด เฝ้ารอผลการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา และมีผลสืบเนื่องต่อถึงครอบครัว สังคมซึ่งประเด็นนี้มีความซับซ้อนอย่างมาก และท้าทายความสามารถในการค้นหาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพ และจิตใจและเพื่อหาแนวทางปรับเปลี่ยนกลยุทธิ์ร่วมกับเทคโนโลยีทันสมัยช่วยเอื้อต่อการดูแลรักษาที่ได้ควบคุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจอย่างมีประสิทธิภาพและพึงพอใจของผู้ต้องสงสัยที่เดินทางกลับบ้าน แบบแผนสุขภาพ ร่างกายที่ปลอดภัยจากโรคที่สังคมวิตกกังวลอย่างสูง มีความรู้ ความเข้าใจ แบบไม่ต้องสงสัย เกิดความมั่นใจที่จะลงมือกระทำ และแก้ปัญหา รวมทั้งขอรับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทั้งพยาบาลและทีมสุขภาพ จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยสามารถจัดการตนเอง เพื่อควบคุมโรค ลดความรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย รวมถึงลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ดังนั้นเพื่อเป็นการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ฟื้นฟู และดูแลคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย จึงควรรู้ถึงวิธีการปฏิบัติของกลุ่มคนที่เสี่ยงการติดเชื้อเพื่อสามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการดำเนินชีวิตให้มีความปลอดภัยและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี นำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังจากได้รับการเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค

2. เพื่อศึกษาปัจจัยการทำนายของความเครียด การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังจากได้รับการเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค

ขอบเขตการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยมีอาการต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนาและรับการรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรค 1 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พุด และสื่อสารภาษาไทยได้ดี มีโทรศัพท์ติดต่อสื่อสารได้สะดวก

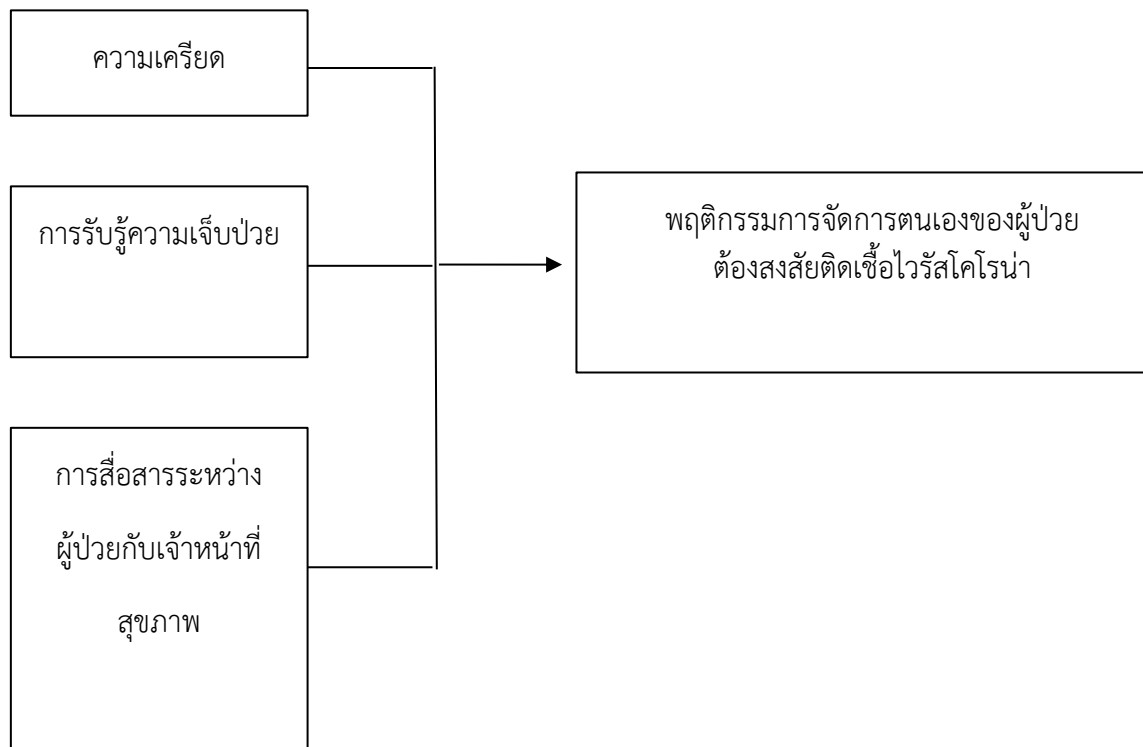
เกณฑ์การคัดออก คือ อาสาสมัครเข้าสู่ภาวะวิกฤติ หรือกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เกณฑ์การหยุดการวิจัย คือ ไม่สามารถติดต่ออาสาสมัครได้ และหรือไม่มาติดตามการตรวจตามนัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan และ Sawin เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยเน้นพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

บริบทของปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ปัจจัยด้านเงื่อนไขจำเพาะ เป็นปัจจัยด้านการรักษาที่ได้รับระเบียบการป้องกัน และเงื่อนไขที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่จำเอนกับสภาพการณ์ เช่น ความเครียด การรับรู้ความเจ็บป่วย และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นต้น กระบวนการจัดการตนเอง เป็นการผสมผสานระหว่างความรู้ ความเชื่อ ทักษะ ความสามารถในการควบคุมตนเอง และอิทธิพลทางสังคม



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการศึกษาทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังจำหน่ายจากการเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน จำนวนรวม 51 ข้อคำถาม ได้แก่

1.แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพ สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา บทบาทหน้าที่ในครอบครัว ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประสบการณ์การเข้ารับบริการในโรงพยาบาล เหตุผลใน

การเลือกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชิริพยาบาล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

2. แบบสอบถามความเครียด ใช้แบบประเมินความเครียด ST-5 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ แบ่งการให้คะแนนในแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ จากค่าคะแนน 0 หมายถึง แทบไม่มี ค่าคะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง ค่าคะแนน 2 หมายถึง บ่อยครั้ง ค่าคะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ การแปลผลโดยใช้คะแนนรวม คะแนน 0 - 4 เครียดน้อย คะแนน 5 - 7 เครียดปานกลาง คะแนน 8 - 9 เครียดมาก คะแนน 10 - 15 เครียดมากที่สุด

3. แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย ฉบับย่อ (the brief illness perception questionnaire) ของบอร์ตัน และคณะ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามเพื่อความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยยิ่งขึ้น ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) คะแนน ตั้งแต่ 0-10 คะแนน มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ คะแนนรวมที่เป็นได้อยู่ในช่วง 0-80 คะแนน

คะแนนรวมต่ำหมายถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยไม่รุนแรง คะแนนรวมสูงหมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรง

4. แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นคำถามที่ประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ มี 8 ข้อ ลักษณะทางบวกทั้งหมด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากมากไปหาน้อย คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ไปจนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

5. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา เป็นคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองมี 20 ข้อ ลักษณะทางบวกทั้งหมด คำตอบแบ่งเป็น ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน

และไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมยิ่งมากหมายถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองยิ่งดี

แบบสอบถามได้นำไปตรวจความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสืออนุญาตสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เอกสารรับรองเลขที่ COA 078/2563

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังได้รับการเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 (N =50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพโสด	28	56
สิทธิการรักษาประกันสุขภาพ	18	36
การศึกษาระดับปริญญาตรี	21	42
ภูมิลำเนา จ.กรุงเทพฯ	41	82
มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว	40	80
ไม่เคยเข้ารับการรักษาในรพ.	21	42
รับการรักษาที่วชิรพยาบาลเนื่องจากมาตามสิทธิ	44	88

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนามีสถานภาพโสดจำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 56 สิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 36 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 42 ภูมิลำเนา อยู่กรุงเทพฯ และ

ปริมณฑล 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 82 มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัวจำนวน 40 คิดเป็นร้อยละ 80 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 42 และรับการรักษาที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาลเนื่องจากมาตามสิทธิการรักษาจำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 88

ตารางที่ 2 แสดงพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังได้รับการเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค (N = 50)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ปฏิบัติ	ร้อยละ
สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา	49	98
ล้างมือสบำเสมอ ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและฟอกสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล	49	98
หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ขี้ตา แคะจมูก	44	88
ทำความสะอาดบ้าน เปิดระบายอากาศและทำความสะอาดวัตถุบริเวณที่ถูกสัมผัสบ่อย ๆ	50	100
แยกห้องนอนส่วนตัวและห้องน้ำจากผู้อื่นทำความสะอาดทุกครั้งหลังใช้	48	96
แยกของใช้ส่วนตัว ไม่ใช่ของใช้ร่วมกับผู้อื่น แยกซักทำความสะอาดส่วนตัว	50	100
ไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น แยกรับประทานอาหาร ตักแบ่งอาหาร	49	98
งดการกอด จูบ โอบ สัมผัส หรือจับมือบุคคลในครอบครัว	49	98
หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว	49	98
เว้นระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 1 -2 เมตร	50	100
ดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานอาหารที่สุก ใหม่ สะอาด ครบตามหลักโภชนาการ	50	100
นอนพักผ่อนให้เพียงพอ	50	100
งดการพูดคุยและสนทนาโดยไม่จำเป็น หรือใช้เวลาน้อยที่สุด	45	90
ปิดปากจมูกด้วยข้อศอกด้านใน หรือทิชชูทุกครั้งเมื่อไอ จามและทิ้ง ปิดถุงให้สนิท	50	100
ประเมินอาการที่ควรพบแพทย์ ใช้สูง ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย หายใจเหนื่อยหอบ	47	94
เฝ้าระวังอาการเจ็บป่วยของสมาชิกในบ้านเป็นเวลา 14 วันหลังสัมผัสกับผู้ป่วย	50	100
ทำงานอยู่บ้าน work from home และงดออกสู่ชุมชน	50	100
มาตรวจติดตามอาการตามแพทย์นัด	46	92
ไม่ไปที่สาธารณะ / งดกิจกรรมนอกบ้าน หยุดงาน หยุดเรียน งดใช้ขนส่งสาธารณะ	49	98
ห้ามไม่ให้คนอื่นมาเยี่ยมที่บ้าน	34	68

จากตาราง 2 พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังได้รับการเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค พบว่า มีการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาจำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 98 ล้างมือสบำเสมอล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและฟอกสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลจำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 98 หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ขี้ตา แคะจมูกจำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 88 ทำความสะอาดบ้าน เปิดระบายอากาศและทำความสะอาดวัตถุบริเวณที่ถูกสัมผัสบ่อย ๆ จำนวน 50 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 100 แยกห้องนอนส่วนตัวและห้องน้ำจากผู้อื่นทำความสะอาดทุกครั้งหลังใช้จำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 96 แยกของใช้ส่วนตัว ไม่ใช่ของใช้ร่วมกับผู้อื่น แยกซักทำความสะอาดส่วนตัวจำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ไม่รับประทานร่วมกับผู้อื่น แยกรับประทานอาหาร ตักแบ่งอาหารจำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 98 งดการกอด จูบ โอบ สัมผัส หรือจับมือบุคคลในครอบครัวจำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 98 หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 98 เว้นระยะห่าง

ทางสังคมอย่างน้อย 1 -2 เมตร จำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ตื่นน้ำมาก ๆ รับประทานอาหารที่สุก ใหม่ สะอาด ครบตามหลักโภชนาการจำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 นอนพักผ่อนให้เพียงพอจำนวน 50 รายคิดเป็นร้อยละ 100 งดการพูดคุยและสนทนาโดยไม่จำเป็น หรือใช้เวลาน้อยที่สุดจำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 90 ปิดปากจมูกด้วยข้อศอกด้านใน หรือทิชชูทุกครั้งเมื่อไอ จามและทิ้ง ปิดถุงให้สนิทจำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ประเมินอาการที่ควรพบแพทย์ ใช้สูง ไอ เจ็บคอปวดเมื่อยตามร่างกาย หายใจเหนื่อยหอบจำนวน

47 ราย คิดเป็นร้อยละ 94 เผื่อระวังอาการเจ็บป่วยของสมาชิกในบ้านเป็นเวลา 14 วันหลังสัมผัสกับผู้ป่วยจำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ทำงานอยู่บ้าน work from home และงดออกสู่ชุมชนจำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 มาตรวจติดตามอาการตามแพทย์นัดจำนวน 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 92 ไม่ไปที่สาธารณะ / งดกิจกรรมนอกบ้าน หยุดงานหยุดเรียน งดใช้ขนส่งสาธารณะจำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 98 ห้ามไม่ให้คนอื่นมาเยี่ยมที่บ้านจำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 68

ตารางที่ 3 แสดงประเด็นและระดับความเครียด ของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังได้รับการเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค (N = 50)

ประเด็น	$\bar{X}$	SD	แปลผล
มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมาก	2.26	1.25	
มีสมาธิน้อยลง	1.44	0.78	
หงุดหงิด / กระวนกระวาย / ว้าวุ่นใจ	1.42	0.83	
รู้สึกเบื่อ เซ็ง	1.72	0.96	
ไม่อยากพบปะผู้คน	1.58	1.05	
ความเครียดภาพรวม	8.42	4.04	เครียดมาก

จากตาราง 3 พบว่า ระดับความเครียดของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังได้รับการเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมากพบได้บ่อยครั้ง $\bar{X}=2.26$ SD=1.25 อาการมีสมาธิน้อยลงพบได้บางครั้ง $\bar{X}=1.44$ SD=0.78 อาการหงุดหงิด /

กระวนกระวาย / ว้าวุ่นใจพบได้บางครั้ง $\bar{X}=1.42$ SD=0.83 อาการรู้สึกเบื่อเซ็งพบได้บางครั้ง $\bar{X}=1.72$ SD=0.96 อาการไม่อยากพบปะผู้คนพบได้บางครั้ง $\bar{X}=1.58$ SD=1.05 ซึ่งเมื่อพิจารณาระดับความเครียดภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับเครียดมาก $\bar{X}=8.42$ SD=4.04

ตารางที่ 4 แสดงการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังได้รับการ เฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค (N = 50)

ประเด็น	$\bar{X}$	SD
ความเจ็บป่วยครั้งนี้กระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่าน	22.5	9.79
ท่านคิดว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีระยะเวลานาน	8.36	1.93

ตารางที่ 4 แสดงการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังได้รับการ ฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค (N = 50) (ต่อ)

ประเด็น	$\bar{X}$	SD
ท่านสามารถบรรเทาอาการของการเจ็บป่วยครั้งนี้ได้	7.98	1.81
ท่านมีอาการแสดงของการเจ็บป่วยครั้งนี้	8.02	1.85
ท่านกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งนี้	8.84	1.92
ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ท่านเจ็บป่วย	5.94	1.87
การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลต่ออารมณ์ของท่าน	8.58	2.38

จากตารางที่ 4 พบว่า แสดงการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังได้รับการฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรคความเจ็บป่วยครั้งนี้กระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่าน $\bar{X}=22.50$ SD=9.79 ท่านคิดว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีระยะเวลานาน $\bar{X}=8.36$ SD=1.93 ท่านควบคุมการเจ็บป่วยครั้งนี้ที่เกิดขึ้นกับตัวท่านได้ด้วยตนเอง $\bar{X}=7.80$

SD=2.21 ท่านได้รับสามารถช่วยบรรเทาอาการของการเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ $\bar{X}=7.98$ SD=1.81 ท่านมีอาการแสดงของการเจ็บป่วยครั้งนี้ $\bar{X}=8.02$ SD=1.85 ท่านกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ $\bar{X}=8.84$ SD=1.92 ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ท่านเจ็บป่วย $\bar{X}=5.94$ SD=1.87 การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลต่ออารมณ์ของท่าน $\bar{X}=8.58$ SD=2.38

ตารางที่ 5 แสดงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังได้รับการฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค (N = 50)

ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน	$\bar{X}$	SD
ได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานในการตัดสินใจให้การพยาบาล	5.00	0.00
มีทีมงานและบุคลากรพยาบาลในระดับต่าง ๆ ร่วมมือในการปฏิบัติงาน	5.00	0.00
บุคลากรในหน่วยงาน ทำงานอย่างเต็มที่และพร้อมที่จะช่วยเหลือบุคลากรอื่น	5.00	0.00
แพทย์มีความเข้าใจและเห็นคุณค่าในงานที่บุคลากรพยาบาลปฏิบัติ	5.00	0.00
แพทย์ให้การยอมรับในความรู้ความชำนาญของบุคลากรพยาบาล	5.00	0.00
มีทีมงานที่เกิดจากการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์ และพยาบาล	5.00	0.00
ได้รับการยอมรับจากการตัดสินใจให้การพยาบาล	5.00	0.00
มีสัมพันธภาพที่ดีในการปฏิบัติงานกับผู้ร่วมงาน	5.00	0.00

จากตารางที่ 5 แสดงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังได้รับการฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค พบว่า ได้รับการยอมรับ

จากผู้ร่วมงานในการตัดสินใจให้การพยาบาล $\bar{X}=5.00$ SD=0.00 มีทีมงานและบุคลากรพยาบาลในระดับต่าง ๆ ร่วมมือในการปฏิบัติงาน $\bar{X}=5.00$ SD=0.00 บุคลากรในหน่วยงาน ทำงานอย่างเต็มที่

และพร้อมที่จะช่วยเหลือบุคลากรอื่น $\bar{X}=5.00$
 $SD=0.00$ แพทย์มีความเข้าใจและเห็นคุณค่าในงาน
 ที่บุคลากรพยาบาลปฏิบัติ $\bar{X}=5.00$ $SD=0.00$
 แพทย์ให้การยอมรับในความรู้ความชำนาญของ
 บุคลากรพยาบาล $\bar{X}=5.00$ $SD=0.00$ มีทีมงาน

ที่เกิดจากการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์ และ
 พยาบาล $\bar{X}=5.00$ $SD=0.00$ ได้รับการยอมรับจาก
 การตัดสินใจให้การพยาบาล $\bar{X}=5.00$ $SD=0.00$
 มีสัมพันธภาพที่ดีในการปฏิบัติงานกับผู้ร่วมงาน
 $\bar{X}=5.00$ $SD=0.00$

ตารางที่ 6 แสดงพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังได้รับการ
 การเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค (N = 50)

คำถาม	$\bar{X}$	SD
สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา	1.00	0.00
ล้างมือสม่ำเสมอ ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและฟอกสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล	1.00	0.00
หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ขยี้ตา แคะจมูก	0.88	0.32
ทำความสะอาดบ้าน เปิดระบายอากาศและทำความสะอาดวัตถุบริเวณที่ถูกสัมผัสบ่อย ๆ เช่น ลูกบิดประตู เป็นต้น	1.00	0.00
แยกห้องนอนส่วนตัวและห้องน้ำจากผู้อื่นทำความสะอาดทุกครั้งหลังใช้	0.96	0.19
แยกของใช้ส่วนตัว ไม่ใช่ของใช้ร่วมกับผู้อื่น แยกซักทำความสะอาดส่วนตัว	1.00	0.00
ไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น แยกรับประทานอาหาร ตักแบ่งอาหาร	0.98	0.14
งดการกอด จูบ โอบ สัมผัส หรือจับมือบุคคลในครอบครัว	0.98	0.14
หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว	1.00	0.00
เว้นระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 1 -2 เมตร	1.00	0.00
ดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานอาหารที่สุก ใหม่ สะอาด ครบตามหลักโภชนาการ	1.00	0.00
นอนพักผ่อนให้เพียงพอ	0.14	0.59
งดการพูดคุยและสนทนาโดยไม่จำเป็น หรือใช้เวลาให้น้อยที่สุด	1.00	0.00
ปิดปากจมูกด้วยข้อศอกด้านใน หรือทิชชูทุกครั้งเมื่อไอ จามและทิ้ง ปิดถุงให้สนิท	0.94	0.23
ประเมินอาการที่ควรพบแพทย์ ใช้สูง ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย หายใจเหนื่อยหอบ	1.00	0.00
เฝ้าระวังอาการเจ็บป่วยของสมาชิกในบ้านเป็นเวลา 14 วันหลังสัมผัสกับผู้ป่วย	1.00	0.00
ทำงานอยู่บ้าน work from home และงดออกสู่ชุมชน	0.92	0.27
มาตรวจติดตามอาการตามแพทย์นัด	0.98	0.14
ไม่ไปที่สาธารณะ / งดกิจกรรมนอกบ้าน หยุดงาน หยุดเรียน งดใช้ขนส่งสาธารณะ	0.68	0.47
ห้ามไม่ให้คนอื่นมาเยี่ยมที่บ้าน	1.00	0.00

จากตารางที่ 6 แสดงพฤติกรรมจัดการ
 ตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา
 ภายหลังได้รับการเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วย
 แยกโรค พบว่า สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา
 $\bar{X}=1.00$ $SD=0.00$ ล้างมือสม่ำเสมอ ล้างมือบ่อย ๆ
 ด้วยน้ำและฟอกสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล $\bar{X}=1.00$

$SD=0.00$ หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ขยี้ตา
 แคะจมูก $\bar{X}=0.88$ $SD=0.32$ ทำความสะอาดบ้าน
 เปิดระบายอากาศและสะอาดวัตถุบริเวณ
 ที่ถูกสัมผัสบ่อย ๆ เช่น ลูกบิดประตู เป็นต้น $\bar{X}=1.00$
 $SD=0.00$ แยกห้องนอนส่วนตัวและห้องน้ำจากผู้อื่น
 ทำความสะอาดทุกครั้งหลังใช้ $\bar{X}=0.96$ $SD=0.19$

แยกของใช้ส่วนตัว ไม่ใช้ของใช้ร่วมกับผู้อื่น แยกซักทำความสะอาดส่วนตัว $\bar{X}=1.00$ $SD=0.00$ ไม่รับประทานร่วมกับผู้อื่น แยกรับประทานอาหาร ตักแบ่งอาหาร $\bar{X}=0.98$ $SD=0.14$ งดการกอด จูบ โอบ สัมผัส หรือจับมือบุคคลในครอบครัว $\bar{X}=0.98$ $SD=0.14$ หลีกเลี่ยงการผู้ใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัว $\bar{X}=1.00$ $SD=0.00$ เว้นระยะห่าง ทางสังคมอย่างน้อย 1-2 เมตร $\bar{X}=1.00$ $SD=0.00$ ดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานอาหารที่สุก ใหม่ สะอาด ครบตามหลักโภชนาการ $\bar{X}=1.00$ $SD=0.00$ นอนพักผ่อนให้เพียงพอ $\bar{X}=0.14$ $SD=0.59$ งดการพูดคุยและสนทนาโดยไม่จำเป็น หรือใช้เวลา น้อยที่สุด $\bar{X}=1.00$ $SD=0.00$ ปิดปากจมูกด้วยข้อศอก

ด้านใน หรือทิชชูทุกครั้งเมื่อไอ จามและทิ้ง ปิดถุง ให้สนิท $\bar{X}=0.94$ $SD=0.23$ ประเมินอาการที่ ควรพบแพทย์ ไข้สูง ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย หายใจเหนื่อยหอบ $\bar{X}=1.00$ $SD=0.00$ ฝ้าระวัง อาการเจ็บป่วยของสมาชิกในบ้านเป็นเวลา 14 วัน หลังสัมผัสกับผู้ป่วย $\bar{X}=1.00$ $SD=0.00$ ทำงาน อยู่บ้าน work from home และงดออกสู่ชุมชน $\bar{X}=0.92$ $SD=0.27$ มาตรวจติดตามอาการตามแพทย์นัด $\bar{X}=0.98$ $SD=0.14$ ไม่ไปที่สาธารณะ/ งดกิจกรรม นอกบ้าน หยุดงาน หยุดเรียน งดใช้ขนส่งสาธารณะ $\bar{X}=0.68$ $SD=0.47$ ห้ามไม่ให้คนอื่นมาเยี่ยมที่บ้าน $\bar{X}=1.00$ $SD=0.00$

ตารางที่ 7 แสดงการศึกษาอำนาจการทำนายของความเครียด การรับรู้ความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย กับเจ้าหน้าที่สุขภาพต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังได้รับการเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค (N = 50)

ปัจจัยทำนาย	พฤติกรรมจัดการตนเอง	ความเครียด	การสื่อสาร
พฤติกรรมจัดการตนเอง	1.00		
ความเครียด	0.27	1.00	
การสื่อสาร	0.00*	0.00*	1.00

*P < .05

จากตารางที่ 7 พบว่า การศึกษาความเครียด ไม่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย ต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนาภายหลังได้รับการเฝ้า ติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค แต่การสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมีผลต่อ พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยต้องสงสัย

ติดเชื้อไวรัสโคโรนาภายหลังได้รับการเฝ้าติดตาม อาการในหอผู้ป่วยแยกโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.5) และการสื่อสารมีผลต่อความเครียด ของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนาภายหลัง ได้รับการเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วยแยกโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.5)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย ต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนาจำนวนมากที่สุด มีสถานภาพโสดจำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 56 สิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 36 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 42 ภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพและปริมณฑล 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 82 มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัวจำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 42 และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เนื่องจากมาตามสิทธิการรักษา จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 88 สอดคล้องกับสถิติผู้รับบริการของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มคนเขตเมือง มีการเข้าถึงการศึกษาพื้นฐาน⁷

ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ภายหลังได้รับการเฝ้าติดตามอาการในหอผู้ป่วย แยกโรคได้แก่ การทำความสะอาดบ้าน การเปิดระบายอากาศและทำความสะอาดวัตถุบริเวณที่ถูกสัมผัสบ่อย ๆ การแยกของสิ่งใช้ส่วนตัว ไม่ใช่ของใช้ร่วมกับผู้อื่น การแยกซักทำความสะอาดส่วนตัว การเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 1-2 เมตร การดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานอาหารที่สุก ใหม่ สะอาด ครบตามหลักโภชนาการ การนอนพักผ่อนให้เพียงพอ การปิดปากจมูกด้วยข้อศอกด้านใน หรือทิชชูทุกครั้งเมื่อไอ จามและหืด ปิดถุงให้สนิท การเฝ้าระวังอาการเจ็บป่วยของสมาชิกในบ้านเป็นเวลา 14 วันหลังสัมผัสกับผู้ป่วย การทำงานอยู่บ้าน work from home และงดออกสู่ชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อความรู้ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ความเชื่อที่จะคล้อยตามบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และ

มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มย่อยได้เสนอ “กลยุทธ์การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมเชิงพระระดับ” อันหมายถึงมาตรการการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมจากทุกระดับของสังคมทั้งในระดับครอบครัวและเพื่อน ระดับสถาบันการศึกษา ระดับ ชุมชน และระดับสังคม โดยควรนำแนวคิดการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานมาประยุกต์ใช้เพื่อนำไปสู่การลด พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทยให้ประสบผลสำเร็จได้อย่างยั่งยืน⁵

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยในอนาคตควรมีการเก็บข้อมูลระยะยาว (long term) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย เนื่องจากปัจจุบันสถานการณ์โรคโควิด 19 ยังมีแนวโน้มแพร่กระจายต่อเนื่องกระทบต่อประชาชนโดยเฉพาะเขตเมือง เนื่องจากมีความหนาแน่นของประชากรมาก โอกาสติดเชื้อสูง ข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัย จะช่วยในการป้องกันความเสี่ยง โดยนำไปใช้ให้ความรู้ที่ตรงประเด็นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราชินา

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). (เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2565). Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
2. แพทยสภา. รายงานสถานการณ์โควิด-19 (เข้าถึงเมื่อ 7 ม.ค. 2565). Retrieved from <https://tmc.or.th/covid19/>

3. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*. 2006; 60(6), 631–637.
4. Rothan HA, Byrareddy SN. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun*. 2020; 109, 102433.
5. World Health Organization. Coronacirus disease 2019; 2019. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov>
6. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit*. 2020;26, e923549.
7. เวชสถิติผู้รับบริการคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. สถิติผู้ป่วยประจำปีงบประมาณ 2563. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.

บทความวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ที่อาศัยในสังคมเขตเมือง

จรัสพร วิลัยสัย¹ธมลวรรณ ยอดกลกิจ²รังสิมา เทียงเกียรติธรรม³

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ที่อาศัยในสังคมเขตเมือง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 65 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารใหม่ในสังคมเขตเมืองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 5.42$, $SD = 1.36$) โดยแบ่งออกเป็นคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการรักษา ($\bar{X} = 3.17$, $SD = 0.51$) และคุณภาพชีวิตโดยรวมในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ($\bar{X} = 3.29$, $SD = 0.36$) นอกจากนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติการดูแลทวารใหม่ ($r = 0.54$, $p < 0.01$) และความรู้การดูแลทวารใหม่ ($r = 0.28$, $p < 0.05$) และยัง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะการดูแลทวารใหม่ ($r = 0.26$, $p < 0.05$) และเจตคติการดูแลทวารใหม่ ($r = 0.38$, $p < 0.01$) ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการรักษา ($r = 0.05$, $p < 0.05$) และคุณภาพชีวิตในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ($r = 0.03$, $p < 0.05$)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต/ ผู้สูงอายุ/ ทวารใหม่/ เขตเมือง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

Corresponding Author, e-mail: charaspom@nmu.ac.th

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

³ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

Research article

Quality of life for elderly patients with colorectal cancer undergoing colostomy surgery in urban society

*Charasporn Wilaisai¹**Thamonwan Yodkolkij²**Rangsima Thiengthiantham³*

Abstract

This correlational descriptive study aimed to was the quality of life for elderly patients with colorectal cancer who underwent colostomy surgery in urban society, and to study the between of factors affecting the quality of life in elderly patients with colorectal cancer. Data were collected at the Out-Patient Department in Vajira Hospital. A total of 65 participants participated in this study by purposive sampling method. Data were analyzed using descriptive statistics, and Pearson's product-moment correlation coefficient. The study finding showed the overall quality of life in elderly patients with colostomy in urban societies was high ($\bar{X} = 5.42$, SD = 1.36) including the overall quality of life after treatment ($\bar{X} = 3.17$, SD = 0.51) and overall quality of life during the past week ($\bar{X} = 3.29$, SD = 0.36). Regarding the associations between quality of life and its related factors, the overall quality of life after treatment was a significantly positive correlation with the attitude toward a colostomy ($r = 0.54$, $p < 0.01$) and knowledge towards colostomy care ($r = 0.28$, $p < 0.05$). Moreover, the overall quality of life during the past week was a significantly positive correlation with the colostomy care skills ($r = 0.26$, $p < 0.05$) and the attitude towards a colostomy care ($r = 0.38$, $p < 0.01$). Whereas, there was no associations between the overall quality of life after treatment ($r = 0.05$, $p < 0.05$), and overall during the past week ($r = 0.03$, $p < 0.05$).

Keywords: Quality of life/ elderly/ colostomy/ urban society

¹ Registered Nurse, Professional Level Department of Nursing, Vajira Hospital, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Corresponding Author, e-mail: charasporn@nmu.ac.th

² Registered Nurse, Senior Professional Level Department of Nursing, Faculty of Medicine, Vajira Hospital

³ Medical Doctor, Professional Level, Surgical Department, Faculty of Medicine, Vajira Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากลักษณะโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนอย่างรวดเร็วในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมาจากรายงานการศึกษาระบุว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย ตั้งแต่ปีพ.ศ.2543 – 2544 ตามการวัดด้วยดัชนีการสูงวัย (aging index) คือโครงสร้าง การทดแทนกันของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) กับกลุ่มประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) หากมีค่าดัชนีระหว่าง 50 – 119.9 หมายถึงการเข้าสู่ยุคสังคมสูงวัย¹ เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะมีปัญหาการดูแลที่ซับซ้อนแตกต่างไปจากผู้ป่วยกลุ่มวัยอื่นเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำลง และความสามารถในการรักษาสมดุลในร่างกายลดลง ร่วมกับมีพยาธิสภาพบกพร่องพร้อมกันหลายระบบ ความเจ็บป่วยที่พบบ่อยตามความเสื่อมของร่างกาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด และโรคมะเร็ง เป็นต้น อีกทั้งความชุกของโรคในเขตเมืองมีความแตกต่างจากพื้นที่อื่น เช่น กลุ่มโรคเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCD) และโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ซึ่งกระบวนการวินิจฉัยและการรักษา ไม่มีความแตกต่างกันหากแต่เป็นปัญหาเรื่องความเสี่ยงสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อ การควบคุมอาการ เป็นไปได้มากกว่าพื้นที่อื่น² ทำให้เกิดอาการที่รุนแรงในผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมือง

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในห้าของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ยังพบว่า แนวโน้มของการเป็นโรคมะเร็งในประเทศไทย สูงขึ้นเรื่อย ๆ จากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปในปัจจุบัน ทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน ความเครียด และแบบแผนการดำรงชีวิตในสังคม³ จากข้อมูลในอดีตถึงปัจจุบัน พบว่า สถิติอุบัติการณ์โรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิต เป็นต้น⁴ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

เป็นโรคที่มีอุบัติการณ์สูงพบในประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก และในทุกอวัยวะที่เกิด adenocarcinoma ได้ทั่วโลกพบผู้ป่วยรายใหม่มากเป็นลำดับที่ 4⁵ สอดคล้องกับสถิติประเทศไทย ที่พบมากเป็นลำดับที่ 4 รองจากมะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านมตามลำดับ⁶ สำหรับสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลรายใหม่ ปีพ.ศ.2561-2563 จำนวน 116 125 และ 155 ตามลำดับ ร้อยละ 85 เป็นผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาเบิกจ่ายตามนโยบายของรัฐบาล เช่น กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น ซึ่งการใช้สิทธิต่าง ๆ นี้ จำเป็นต้องเป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นสังคมเมือง มีวิถีชีวิตแบบคนเมืองที่มีความเร่งรีบ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน⁷ แม้สังคมปัจจุบันจะมีการพัฒนา ด้านเทคโนโลยีการรักษาโรคมะเร็งที่ทันสมัยมากขึ้น แต่พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปพร้อมสังคม อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งเสริมการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากขึ้นด้วย

แนวทางการรักษามีหลายวิธี ได้แก่ 1) การให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจเป็นการรักษาแบบมุ่งเป้าและดูการตอบสนองต่อยา 2) การฉายรังสี และ 3) การผ่าตัด มีหลายประเภท การเลือกประเภท การผ่าตัดขึ้นกับการเกิดพยาธิสภาพของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร่วมกับการวินิจฉัยและตัดสินใจรักษาของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดบางประเภทต้องผ่าตัดร่วมกับการเปิดทวารใหม่ทางหน้าท้อง (colostomy) เพื่อผลลัพธ์การรักษาที่ดีที่สุด ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ เช่น เพื่อลดแรงดันในลำไส้ เพื่อทำหน้าที่แทนทวารหนัก (เดิม) เพื่อลดการติดเชื้อ และเพื่อไม่ให้อุจจาระผ่านรอยต่อลำไส้ เป็นต้น

การผ่าตัดเปิดทวารใหม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจากเป็นสิ่งใหม่ในชีวิตที่ผู้ป่วยต้องได้รับ

การปรับตัว เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตหรือเผชิญ
ยอมรับสิ่งต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจสรุป
และกล่าวได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย โครงสร้าง
หน้าที่ของการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงไป ทำให้
เกิดภาวะต่าง ๆ ตามมา เช่น การขาดสมดุลของเกลือแร่
และวิตามิน การเกิดก๊าซ กลิ่น กลุ่มอาการท้องผูก
ท้องเสียจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เป็นต้น
ภาวะต่าง ๆ เหล่านี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลง
ด้านร่างกายที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ออกบางส่วน
ร่างกายสูญเสียการควบคุมด้านการดูดซึม การไหล
ของอุจจาระ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การออกกำลังกาย
การทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงความสามารถ
ในการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในเพศหญิงวัย
เจริญพันธุ์ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อปรับตัว
หลังได้รับการรักษาทั้งสิ้น

2. ด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
เปิดทวารใหม่มักจะมีปัญหาสำคัญ คือ การสูญเสีย
ภาพลักษณ์ การปรับตัวต้องใช้ระยะเวลา
แต่การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จากทฤษฎี
กระบวนการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงจะมี
4 ระยะ คือ 1) ระยะเกิดผลกระทบ เป็นระยะ
ที่ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย
วิถีชีวิตประจำวัน แต่จะแสดงพฤติกรรมออกมา
มาน้อยแตกต่างกันขึ้นกับการเตรียมพร้อมก่อน
การผ่าตัด 2) ระยะการหลบหนีความจริง ส่วนใหญ่
เกิดหลังการผ่าตัดและฟื้นตัว ผู้ป่วยจะรู้สึกฟื้นคืน
อันตรายแต่ต้องเริ่มปรับชีวิตเผชิญต่อภาพลักษณ์
ใหม่ที่มีทวารใหม่ ผู้ป่วยอาจจะแสดงออกถึง
การไม่ยอมรับโดยการก้าวร้าว โกรธเคือง ผู้ใกล้ชิด
ซึ่งการแสดงออกเช่นนี้สะท้อนถึงการโกรธต่อ
สถานการณ์ไม่ใช่ต่อบุคคลจริง ดังนั้นผู้ดูแล
ควรให้ผู้ป่วยได้ระบายออกมาเพื่อหาทางแก้ปัญหา
ร่วมกันได้ถูกต้อง ไม่ควรต่อต้านหรือหลบหนี
3) ระยะยอมรับความจริง เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับ
สภาพที่เป็นอยู่ ความเครียดจะลดลงแต่ความวิตกกังวล
ยังคงอยู่ ผู้ป่วยจะต้องเผชิญต่อการยอมรับ

ความจริง ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่
ในระดับดีในช่วงระยะเวลานี้ ผู้ป่วยจะมีความพร้อม
ในการยอมรับการมีทวารใหม่ และดำรงชีวิตด้วย
การมีทวารใหม่ได้ดี และ 4) ระยะฟื้นตัว ผู้ป่วยยอมรับ
การมีทวารใหม่ได้มากขึ้น ไม่ต่อต้าน พยายามปรับ
วิถีชีวิตและพึ่งพาตนเองได้

3. ด้านจิตสังคม การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์
เป็นอุปสรรคในการเข้าสังคม กลัวว่าสังคมจะรังเกียจ
กลัวว่าตนเองจะเป็นปัญหา หรือรู้สึกไม่มั่นใจ
อับอาย เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยง
การเข้าสังคมกับผู้อื่น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต
และการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้

จากการทบทวนกลไกของแรงสนับสนุน
ทางสังคม พบว่า มี 2 กลไกที่แรงสนับสนุนทางสังคม
มีผลกับสุขภาพ คือ 1) แรงสนับสนุนทางสังคมมีผล
โดยตรงต่อสุขภาพ โดยไม่จำเป็นต้องมีความเครียด
มาเกี่ยวข้อง โดยนักวิจัยหลายท่านสันนิษฐานว่า
การเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจะมีแนวโน้มว่าบุคคลนั้น
ถูกสังคมควบคุมให้มีพฤติกรรมเหมือนสมาชิก
ในสังคม ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ด้านการป้องกันโรค⁸ และแรงสนับสนุนทางสังคม
ยังช่วยให้การทำงานของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ
ตอบสนองตามปกติ และยังช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค⁹
การมีเครือข่ายทางสังคมที่กว้างขวางจะช่วยให้
บุคคลได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร เพิ่มโอกาสใน
การเข้าถึงข้อมูลและได้รับข้อมูลที่มีประโยชน์ และ
2) แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยอ้อม (indirect effect)
ต่อสุขภาพ หรือมีผลเป็นตัวบรรเทา (buffering effect)
หรืออาจเรียกว่ามีผลเป็นตัวกำกับ (moderating effect)
ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ นักวิจัยสันนิษฐานว่า
แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ลดความเครียด
หรือเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการปรับตัวต่อภาวะเครียด
เช่น ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การตอบสนอง
ความเครียดของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อและมี
ผลกับพฤติกรรมสุขภาพ

คุณภาพชีวิต (quality of life) คือการมีชีวิตที่ดี
(good life) และการกินอยู่ที่ดี (well-beings)¹⁰ และ

ยังมีนักปรัชญาได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ว่า ชีวิตที่ดีคือชีวิตมนุษย์ที่รู้จักใช้สติปัญญาเป็นแนวทางการดำเนินชีวิต และแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง รวมถึงรู้จักตนเองและปรับปรุงตนเองเพื่อให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ที่สุด โดยถูกต้องตามธรรมเนียมคลองธรรมในสังคมอาจต้องได้รับการขัดเกลาเพื่อจะได้เข้าใจสิ่งที่มีค่าในตนเอง¹¹ นักวิชาการต่าง ๆ ได้หาแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่า เจตคติที่แตกต่างกัน จะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือระดับการศึกษา อาชีพ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบททางวัฒนธรรม และคุณค่าที่สังคมมองคนผู้นั้นที่อาศัยอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับมาตรฐานที่เกี่ยวกับการรับรู้ในด้านสุขภาพกาย สภาวะจิตใจ และระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ดังนั้นคุณภาพชีวิตที่ดีจึงมีความหลากหลายตามเป้าหมาย และแนวคิดของแต่ละกลุ่มคนในสังคม¹² การศึกษา พบว่า โรคเมะเร็งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางกายและจิตใจ

ในทางสังคมวิทยา แบ่งชุมชน/กลุ่มคนในสังคม ออกเป็น 2 แบบ คือ 1) สังคมชนบท คือ ส่วนที่อยู่นอกเทศบาล ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก มีระเบียบสังคมที่สอดคล้องกับลักษณะชุมชนแบบหมู่บ้าน ตั้งบ้านเรือนกระจายตามภูมิประเทศ หรือตามประเพณีนิยม และ 2) สังคมเมือง คือเขตที่มีประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป และประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักเกี่ยวกับอุตสาหกรรม การค้า นักวิชาการ การปกครอง และพาณิชยกรรม ประชากรจะมีลักษณะความแตกต่างกัน ทำให้มีความแตกต่างทางสังคมและการแบ่งชั้นทางสังคม แต่มีระบบการสื่อสารกันมากมีความสัมพันธ์แบบทุติยภูมิ ไม่มีความเป็นกันเอง ความสัมพันธ์จะอยู่เพียงระยะเวลาสั้น ๆ รูปแบบซับซ้อน ผิดแผก และยุ่งยาก¹³

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตั้งอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเขตเมืองสำคัญแห่งหนึ่งของประเทศไทย โรงพยาบาลวชิรพยาบาลมีมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (Advanced HA: AHA) กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “สถาบันแพทยศาสตร์แห่งกรุงเทพมหานคร ที่ทรงคุณค่าของประเทศ ผู้นำด้านเวชศาสตร์เขตเมือง” มีพันธกิจจัดการบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสูงและปลอดภัยให้แก่ประชาชนในพื้นที่เขตเมือง สร้างเสริมสุขภาพทั้งระดับบุคคล และชุมชนโดยรอบ ทั้งยังมีนโยบายพัฒนาไปสู่การเป็นโรงพยาบาลมาตรฐานระดับ Thailand Quality Award (TQA) หรือในชื่อภาษาไทยว่า เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ดังนั้นการพัฒนาต่าง ๆ¹⁴ คณะผู้วิจัยในฐานะเป็นทีมคุณภาพสำคัญขององค์กร จึงร่วมกันพัฒนางานโดยคำนึงถึงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ให้ครบทุกมิติ เพื่อเป็นการวางรากฐานสำคัญใน การพัฒนาคุณภาพการบริการในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ เจตคติในการดูแลทวารใหม่ และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีทวารใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (correlational descriptive study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ ที่มารับการตรวจรักษา ณ ตึกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ห้องตรวจศัลยกรรม อาคารที่ปิงกรัสมิโชติ ชั้น 4 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนมิถุนายน 2564 ถึงเดือนมิถุนายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ทั้งชนิดชั่วคราวและชนิดถาวรมาเป็นระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ 65 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างใช้ด้วยการเปิดตารางของ Krejcie & Morgan¹⁵ ซึ่งเป็นการกำหนดขนาดตัวอย่างจากจำนวนประชากรผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ และได้รับการลงทะเบียนไว้ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล (N = 65 ราย) การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเป็นผู้ป่วยสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ทั้งชนิดชั่วคราวและชนิดถาวร มาเป็นระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก มีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยติดเตียง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้มีทวารใหม่ 2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 3) แบบประเมินความรู้การดูแลทวารใหม่ 4) แบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับทวารใหม่ 5) แบบประเมินทักษะการดูแลทวารใหม่

6) แบบประเมินคุณภาพชีวิต

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้มีทวารใหม่ เครื่องมือนี้พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยเอง ประกอบด้วย ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีทวารใหม่ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ผู้ดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้มีทวารใหม่ รายใหม่ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด วันที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งผู้มีทวารใหม่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง หรือผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลจากการสอบถามผู้มีทวารใหม่และข้อมูลจากเวชระเบียน

2. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อให้เลือก 5 ตัวเลือก ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0-2.5 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคม ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.6-3.5 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคม ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.6-5 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคม ระดับสูง

3. แบบประเมินความรู้การดูแลทวารใหม่ เป็นข้อคำถามความรู้จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0 - 0.3 คะแนน แสดงว่ามีความรู้ในการดูแลทวารใหม่ ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.4 - 0.7 คะแนน แสดงว่ามีความรู้ในการดูแลทวารใหม่ ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.8-1 คะแนน แสดงว่ามีความรู้ในการดูแลทวารใหม่ ระดับสูง

4. แบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับทวารใหม่ เป็นข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อให้เลือก 5 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0-2.5 คะแนน แสดงว่าเจตคติต่อการมีทวารใหม่ ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.6 - 3.5 คะแนน แสดงว่าเจตคติต่อการมีทวารใหม่ ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย

อยู่ในช่วง 3.6 – 5 คะแนน แสดงว่ามีเจตคติต่อการมีทวารใหม่ ระดับสูง

5. แบบประเมินทักษะการดูแลทวารใหม่ เป็นแบบประเมินจากการสังเกตความถูกต้องของขั้นตอนในการระบายอุจจาระ การล้างถูรองรับสิ่งขับถ่าย และการเปลี่ยนถูรองรับสิ่งขับถ่าย มี 10 รายข้อ แบ่งเป็นการระบายอุจจาระและการล้างถูรองรับสิ่งขับถ่าย 4 ขั้นตอน และการเปลี่ยนถูรองรับสิ่งขับถ่าย 6 ขั้นตอน ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนน คือ ทำได้ดี ให้ 2 คะแนน ทำได้ให้ 1 คะแนน ทำไม่ได้ 0 คะแนน ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0 – 0.5 คะแนน แสดงว่ามีทักษะการระบายอุจจาระและการเปลี่ยนถูรองรับสิ่งขับถ่าย ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.6-1.5 คะแนน แสดงว่ามีทักษะการระบายอุจจาระและการเปลี่ยนถูรองรับสิ่งขับถ่าย ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.6-2 คะแนน แสดงว่ามีทักษะการระบายอุจจาระและการเปลี่ยนถูรองรับสิ่งขับถ่าย ระดับสูง

6. แบบประเมินคุณภาพชีวิต เป็นข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ แต่ละข้อให้เลือก 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ค่อนข้างมาก มากที่สุด ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1-1.5 คะแนน แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.6 – 2.5 คะแนน แสดงว่ามีคุณภาพชีวิต ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.6 – 4 คะแนน แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสืออนุญาตสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เอกสารรับรองเลขที่ COA 077/2564 ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งหนังสือถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และหัวหน้างานเวชระเบียน เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับ

การวิจัยแก่อาสาสมัคร ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล สิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การรักษาความเป็นส่วนตัว และความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย เก็บข้อมูลเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS statistics V21 โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีทวารใหม่ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้การดูแลทวารใหม่ ทักษะเกี่ยวกับทวารใหม่ และทักษะการดูแลทวารใหม่ คุณภาพชีวิต ใช้สถิติบรรยายโดยคำนวณความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ลักษณะผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.4 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 61.17 ปี มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 63.1 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ผู้เข้าร่วมวิจัยใช้สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 41.5 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล คิดเป็น ร้อยละ 63.1 และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 69.2 ชนิดของการผ่าตัดส่วนใหญ่ผ่าตัดลำไส้ใหญ่และเปิดลำไส้ใหญ่เป็นทวารใหม่ คิดเป็นร้อยละ 52.3 ระยะเวลาที่มีทวารใหม่ของผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เฉลี่ยเท่ากับ 85 เดือน

ความรู้ ทักษะ เจตคติ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้มีทวารใหม่ คุณภาพชีวิต

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีคะแนนความรู้ในการดูแลทวารใหม่เฉลี่ย เท่ากับ 13.28 (SD = 3.55) หมายถึง

ระดับคะแนนความรู้ในการดูแลทารกใหม่อยู่ในระดับสูง คะแนนทักษะในการดูแลทารกใหม่เฉลี่ย เท่ากับ 1.97 (SD = 0.10) หมายถึง ระดับคะแนนทักษะในการดูแลทารกใหม่อยู่ในระดับสูง คะแนนเจตคติในการดูแลทารกใหม่เฉลี่ยเท่ากับ 3.55 (SD = 0.38) หมายถึง ระดับเจตคติในการดูแลทารกใหม่โดยรวมอยู่ในเชิงบวก และคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้มีทารกใหม่เฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (SD = 0.72) หมายถึงระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้มีทารกใหม่โดยรวมอยู่ในเชิงบวก และมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังได้รับการรักษาเฉลี่ย เท่ากับ 3.17 (SD = 0.51) คะแนนคุณภาพชีวิตในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาเฉลี่ย เท่ากับ 3.39 (SD = 0.36) คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย เท่ากับ 5.42 (SD = 1.36) หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในระดับสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ เจตคติในการดูแลทารกใหม่ และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้มีทารกใหม่

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรจากตารางที่ 6 พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมหลังได้รับการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติในการดูแลทารกใหม่ และคุณภาพชีวิตโดยรวมในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เรื่องการดูแลทารกใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติการดูแลทารกใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะการดูแลทารกใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้การดูแลทารกใหม่ของผู้มีทารกใหม่ (n=65)

ความรู้การดูแลทารกใหม่	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
- ลักษณะปกติของทารกใหม่ต้องมีสีดำ	0.86	0.35	สูง
- หากถูกรองรับสิ่งขับถ่ายเร็วขึ้น ควรจะเช็ดออกแล้วปิดพลาสติกเพิ่ม	0.77	0.42	ปานกลาง
- การไม่มีลมหรือสิ่งขับถ่ายออกจากทารกใหม่ 3-4 วัน เป็นสิ่งผิดปกติ	0.85	0.36	สูง
- ไม่ควรใส่เสื้อผ้า กางเกง กระโปรง หรือเข็มขัดที่กดทับบริเวณทารกใหม่	0.97	0.17	สูง
- อาหารที่ควรงด ได้แก่ ไข่ ผัก ผลไม้ เป็นต้น เนื่องจากทำให้แผลเป็นหนอง	0.89	0.31	สูง
- ทารกใหม่เป็นส่วนหนึ่งของลำไส้ ที่นำมาเปิดทางหน้าท้องเพื่อเป็นทางระบายสิ่งขับถ่าย ควรใช้สาลีชุบน้ำประปาสะอาดเช็ดด้วยความนุ่มนวล ไม่ใช้แอลกอฮอล์	0.97	0.17	สูง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้การดูแลทวารใหม่ของผู้มีทวารใหม่ (n=65) (ต่อ)

ความรู้การดูแลทวารใหม่	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
- ควรเตรียมถุงรองรับสิ่งขับถ่าย อย่างน้อย 1 ชุด เพื่อไว้เปลี่ยนเมื่อออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน	1.00	0.00	สูง
- ควรเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายทุกวันเพื่อ ความสะอาด	0.96	0.17	สูง
- ควรระบายอุจจาระเมื่อมีอุจจาระประมาณ 1/3 หรือ 1/2 ของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย	0.89	0.31	สูง
- เมื่อมีลมโป่งในถุงรองรับสิ่งขับถ่ายไม่จำเป็น ต้องทำอะไร เพราะลมจะค่อย ๆ หายไปเอง	0.83	0.38	สูง
- การระบายอุจจาระ ควรพับปลายถุงขึ้น เพื่อป้องกันอุจจาระเปื้อนปลายถุง และอาจมีกลิ่น ติดเสื้อผ้าได้	0.78	0.41	ปานกลาง
- หลังผ่าตัดทวารใหม่ ถ้าแผลผ่าตัดดีแล้ว แผลติดดีสามารถอาบน้ำได้	1.00	0.00	สูง
- การตัดช่องเปิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่ายควรตัด ให้มีขนาดใหญ่กว่าทวารใหม่ 2 มิลลิเมตรโดยรอบ	0.89	0.53	สูง
- ขณะเช็ดทำความสะอาดทวารใหม่ แล้วพบว่า มีเลือดออก ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที	0.63	0.65	ปานกลาง
ความรู้การดูแลทวารใหม่โดยรวม	13.28	2.55	สูง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการดูแลทวารใหม่ของผู้มีทวารใหม่ (n=65)

ทักษะการดูแลทวารใหม่	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
ทักษะการระบายอุจจาระ และการล้างถุง			
1. การพับปลายถุงขึ้นก่อนระบาย	1.89	0.32	สูง
2. การใส่น้ำล้างทำความสะอาดถุง	1.94	0.24	สูง
3. การเช็ดทำความสะอาดปลายถุง	1.97	0.17	สูง
4. การปิดปลายถุง	2.00	0.00	สูง
ทักษะการระบายอุจจาระ และการล้างถุงโดยรวม	1.95	0.14	สูง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการดูแลทวารใหม่ของผู้มีทวารใหม่ (n=65) (ต่อ)

ทักษะการดูแลทวารใหม่	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
<u>ทักษะการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย</u>			
5. การลอกถุงรองรับอุจจาระใบเก่าออกอย่างนุ่มนวล	1.97	0.17	สูง
6. การทำความสะอาดทวารใหม่ และผิวหนังรอบ ทวารใหม่	1.97	0.17	สูง
7. การวัดขนาดของทวารใหม่	1.97	0.17	สูง
8. การตัดแป้นของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย	1.97	0.17	สูง
9. การติดแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย	1.94	0.24	สูง
10. การปิดปลายปากถุงรองรับสิ่งขับถ่าย	2.00	0.00	สูง
ทักษะการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายโดยรวม	1.97	0.11	สูง
ทักษะการดูแลทวารใหม่ของผู้มีทวารใหม่โดยรวม	1.97	0.10	สูง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติในการดูแลทวารใหม่ของผู้มีทวารใหม่ (n=65)

เจตคติในการดูแลทวารใหม่	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
1. ท่านรู้สึกไม่สบายใจที่มีทวารใหม่บนหน้าท้อง	2.58	1.25	ต่ำ
2. การมีทวารใหม่บริเวณหน้าท้องทำให้ท่านรู้สึกอายน	3.63	0.99	สูง
3. เมื่อมีสิ่งขับถ่ายออกท่านกังวลว่าผู้อื่นจะเห็นหรือ ได้กลิ่น	2.49	1.00	ต่ำ
4. ท่านรู้สึกสบายใจที่ได้พูดคุยกับผู้มีทวารใหม่ เหมือนกัน	4.08	1.11	สูง
5. ท่านรู้สึกว่าทวารใหม่ของท่านไม่น่าดูเลย	2.88	1.01	ปานกลาง
6. ท่านรู้สึกว่าทวารใหม่มีวิธีปิดบังไม่ให้อื่นเห็นได้	4.11	0.83	สูง
7. ท่านรู้สึกไม่กล้ามองหรือจับต้องลำไส้บนหน้าท้อง	3.74	0.92	สูง
8. การมีทวารใหม่บนหน้าท้องทำให้ท่านรู้สึกท้อแท้	3.51	0.95	ปานกลาง
9. ท่านพร้อมที่จะเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตนเมื่อมีทวารใหม่	4.34	0.83	สูง
10. ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติเมื่อ มีทวารใหม่	3.86	1.04	สูง
11. ท่านรู้ท้อแท้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลทวารใหม่	3.43	1.10	ปานกลาง
12. ท่านรู้สึกกลัวว่าจะไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ	3.09	1.16	ปานกลาง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติในการดูแลทวารใหม่ของผู้มีทวารใหม่ (n=65) (ต่อ)

เจตคติในการดูแลทวารใหม่	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
13. ท่านรู้สึกว่าคุณอื่นพูดคุยกับท่านเหมือนเดิมหลังมีทวารใหม่	4.03	0.85	สูง
14. ท่านรับฟังผู้อื่นพูดถึงทวารใหม่ของท่านโดยไม่รู้สึกลำบากใจ	3.63	0.99	สูง
15. ท่านรู้สึกว่าคุณอื่นดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับท่านได้อย่างมีความสุข	3.89	0.85	สูง
เจตคติในการดูแลทวารใหม่ของผู้มีทวารใหม่โดยรวม	3.55	0.38	ปานกลาง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้มีทวารใหม่ (n=65)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
<u>ด้านอารมณ์</u>			
1. เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจ จะมีคนให้กำลังใจ	3.97	0.92	สูง
2. ครอบครัวคอยไต่ถามเกี่ยวกับเรื่องความเจ็บป่วยของท่าน	4.08	0.96	สูง
3. ท่านได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากครอบครัว	4.22	0.80	สูง
4. ท่านมีเพื่อนที่สามารถเป็นที่ปรึกษา ไว้ใจได้	3.57	1.10	สูง
5. ครอบครัวคอยให้กำลังใจ เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้	4.18	0.90	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้มีทวารใหม่ด้านอารมณ์โดยรวม	4.00	0.77	สูง
<u>ด้านข้อมูลข่าวสาร</u>			
1. ครอบครัว/เพื่อน ช่วยแก้ปัญหาที่ท่านขอคำแนะนำได้	3.91	0.88	สูง
2. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การดูแลทวารใหม่ ภาวะแทรกซ้อนจากแพทย์ พยาบาล ขณะอยู่โรงพยาบาล	4.29	0.63	สูง
3. เมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ มีคนใน ครอบครัวคอยเตือนท่านเสมอ	3.77	0.98	สูง
4. เมื่อมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพ ท่านสามารถขอคำปรึกษา จากคนในครอบครัว/เพื่อน/บุคลากรทางการแพทย์ได้	4.21	0.72	สูง
5. ท่านได้เอกสาร แผ่นพับต่าง ๆ ของโรงพยาบาล เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การรักษา และการดูแล ตนเองอย่างถูกต้องครบถ้วน	3.89	0.90	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้มีทวารใหม่ด้านข้อมูลข่าวสารโดยรวม	4.02	0.65	สูง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้มีทวารใหม่ (n=65) (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
<u>ด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง แรงงาน</u>			
1. ครอบครัว จัดหาของใช้ที่จำเป็นให้ท่านอย่างเพียงพอ	4.08	0.97	สูง
2. เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านต้องดูแลตนเองตามลำพัง	4.03	1.12	สูง
3. เมื่อเงินค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ ครอบครัวสามารถช่วยเหลือท่านได้	3.89	1.12	สูง
4. คนในครอบครัวช่วยท่านทำงานบ้าน เช่น การทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ทำกับข้าว ฯลฯ	4.09	1.07	สูง
5. เมื่อท่านต้องไปพบแพทย์หรือ เดินทางไปที่ต่าง ๆ ครอบครัวดูแลรับ-ส่ง หรืออำนวยความสะดวก	3.98	1.10	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้มีทวารใหม่ด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง	4.02	0.96	สูง
แรงงานโดยรวมแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้มีทวารใหม่ โดยรวม	4.01	0.72	สูง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้มีทวารใหม่ (n=65)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
<u>คุณภาพชีวิตโดยรวม หลังได้รับการรักษา</u>			
1. คุณมีความยุ่งยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง	2.75	0.85	สูง
2. คุณมีความลำบากในการเดินไกล ๆ หรือไม่	2.90	0.69	สูง
3. คุณมีความลำบากในการเดินระยะใกล้ ๆ นอกบ้านหรือไม่	3.04	0.66	สูง
4. คุณจำต้องอยู่แต่บนเตียงหรือเก้าอี้ในช่วงเวลา กลางวันหรือไม่	3.37	0.78	สูง
5. คุณมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความช่วยเหลือในเรื่อง การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ หรือ การใช้ห้องน้ำหรือไม่	3.43	0.79	สูง
คุณภาพชีวิตโดยรวม หลังได้รับการรักษา	3.17	0.51	สูง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้มีทวารใหม่ (n=65) (ต่อ)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
<u>ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา</u>			
1. คุณมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันหรือไม่	3.34	0.80	สูง
2. คุณมีข้อจำกัดในการทำงานอดิเรกหรือกิจกรรม ยามว่างอื่น ๆ หรือไม่	3.46	0.75	สูง
3. คุณมีอาการหายใจไม่เต็มอิ่มหรือไม่	3.35	0.80	สูง
4. คุณมีอาการปวดหรือไม่	3.46	0.56	สูง
5. คุณจำเป็นต้องพักผ่อนหรือไม่	2.77	0.70	สูง
6. คุณมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับหรือไม่	3.09	0.84	สูง
7. คุณรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่	3.14	0.61	สูง
8. คุณรู้สึกเบื่ออาหารหรือไม่	3.34	0.76	สูง
9. คุณมีอาการคลื่นไส้หรือไม่	3.71	0.52	สูง
10. คุณอาเจียนหรือไม่	3.82	0.46	สูง
11. คุณมีอาการท้องผูกหรือไม่	3.65	0.57	สูง
12. คุณมีอาการท้องเสียหรือไม่	3.54	0.50	สูง
13. อาการปวดรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันของคุณ หรือไม่	3.54	0.50	สูง
14. คุณมีความยากลำบากในการทำสิ่งต่าง ๆ ที่ต้องใช้ สมาธิ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ หรือ ดูโทรทัศน์หรือไม่	3.74	0.44	สูง
15. คุณรู้สึกตึงเครียดหรือไม่	3.48	0.56	สูง
16. คุณรู้สึกกังวลหรือไม่	3.40	0.66	สูง
17. คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่	3.51	0.50	สูง
18. คุณรู้สึกซึมเศร้าหรือไม่	3.68	0.47	สูง
19. คุณมีปัญหาในการจดจำสิ่งต่าง ๆ หรือไม่	3.54	0.56	สูง
20. สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทาง การแพทย์ มีผลกระทบต่อครอบครัวของคุณหรือไม่	3.50	0.56	สูง
21. สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์ มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของคุณหรือไม่	3.32	0.71	สูง
22. สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์ ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินหรือไม่	3.34	0.67	สูง
คุณภาพชีวิตในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา	3.39	0.36	สูง
คุณประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของคุณในช่วงสัปดาห์ ที่ผ่านมาอย่างไร	5.37	1.31	สูง
คุณประเมินคุณภาพชีวิตของคุณโดยรวมในช่วงที่ผ่านมา อย่างไร	5.42	1.36	สูง

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะ ความรู้ ทักษะการดูแลทวารใหม่ แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีทวารใหม่ (n = 65)

ตัวแปรที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6
1. ทักษะการดูแลทวารใหม่ของผู้มีทวารใหม่	1					
2. ความรู้การดูแลทวารใหม่ของผู้มีทวารใหม่	0.23	1				
3. ทักษะในการดูแลทวารใหม่ของผู้มีทวารใหม่	0.03	0.20	1			
4. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้มีทวารใหม่	-0.06	0.17	0.23	1		
5. คุณภาพชีวิตโดยรวม หลังได้รับการรักษา	-0.04	0.28*	0.54**	0.05	1	
6. คุณภาพชีวิตโดยรวมในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา	0.26*	0.16	0.38**	0.03	0.69**	1

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

การอภิปรายผล

ผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในเขตเมืองทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลทวารใหม่อยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการให้ข้อมูลจากพยาบาลเชี่ยวชาญด้านการดูแลทวารใหม่ร่วมกับพยาบาลประจำการที่ชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ และผู้เข้าร่วมวิจัยมีทวารใหม่มากกว่า 6 เดือน ทำให้มีระยะเวลาในการฝึกฝนทักษะจนเกิดความมั่นใจในการดูแลทวารใหม่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธรมย์ ชูติกาโม และคณะ แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาที่เพิ่มมากขึ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และพึงพอใจหรือยอมรับการมีทวารใหม่และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวันได้ และรู้สึกพอใจในตนเอง เชื่อมั่นว่าตนเองมีคุณค่า และสามารถทำกิจกรรมได้เท่าเทียมคนปกติ¹⁶ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยยังได้รับโปรแกรมเพิ่มศักยภาพการดูแลทวารใหม่¹⁷ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและให้คำปรึกษาการดูแลทวารใหม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Abdelmohsen ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้โปรแกรมความรู้ในผู้ป่วยที่มีทวารใหม่จากผลการศึกษา พบว่าสามารถเพิ่มความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลทวารใหม่ได้¹⁸ และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ

สุจินดา ลดาสุนทรและคณะที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยสอนต่อความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียมในญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลทวารใหม่เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมเช่นกัน¹⁹

คะแนนเจตคติและแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในสังคมเมือง มีความสะดวกสบายในด้านการคมนาคมขนส่ง การสื่อสาร การเข้าถึงแหล่งความรู้ได้ง่าย รวมทั้งสังคมชาวเมืองมีส่วนร่วมในกิจกรรมไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมของกลุ่มสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rajendran พบว่าความรู้ระดับสูงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มเจตคติและทักษะในการดูแลทวารใหม่ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ เจตคติ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลทวารใหม่ พยาบาลควรให้คำปรึกษาและคำแนะนำผู้มีทวารใหม่เพื่อนำไปสู่ชีวิตที่มีประสิทธิภาพ²⁰ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สายสมร เฉลยภิติ และคณะ (2556)²¹ การศึกษา พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้มีทวารใหม่และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยผู้มีทวารใหม่ ได้แก่ ผู้ดูแลครอบครัวผู้ป่วย พยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยเกิดเจตคติที่ดียอมรับในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อีกทั้งยังมีการศึกษาของ Hong และคณะ พบว่า

ผู้ที่มีทวารใหม่จะมีทัศนคติเชิงลบต่อตนเอง ศัลยแพทย์หรือบุคลากรด้านสุขภาพควรให้การสนับสนุนด้านจิตใจหลังการผ่าตัด จะส่งผลให้ผู้มีทวารใหม่มีเจตคติด้านบวก²²

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีทวารใหม่ แบ่งออกเป็นคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังได้รับการรักษา และคุณภาพชีวิตโดยรวมในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และเจตคติ ในการดูแลทวารใหม่ สอดคล้องกับการศึกษา ของณัฐมัย ชูติกาโม และคณะ ผู้มีทวารใหม่รู้สึกว่ ตนเองสามารถทำประโยชน์ต่อผู้อื่นได้และ มีความคิดบวกต่อตนเองส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะแสวงหา ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก และการดูแลทวารใหม่จากบุคลากรทางการแพทย์ และ ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการดูแลทวารใหม่ได้ดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตสูงขึ้นส่วนความรู้เรื่องทวารใหม่ จะมุ่งเน้นไปที่การจัดการกับทวารใหม่ซึ่งผู้ป่วย จะได้รับการสอนร่วมกับฝึกปฏิบัติการดูแลทวารใหม่ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้น สามารถวางแผน ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิต สูงขึ้น¹⁶ แต่คุณภาพชีวิตไม่สัมพันธ์กับแรงสนับสนุน ทางสังคมซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพรรษ สีมารักษ์ และคณะ พบว่า การสนับสนุน ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิต²³ จากงานวิจัยนี้คุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม อาจจะเนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ตอนต้น มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 61.17 ปี ที่ยังคงศักยภาพ ในการดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ นอกจากนี้ในความเป็นชุมชนเมือง เป็นปัจจัย ที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ²⁴

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุน วิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ: สถานการณ์ และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2556-2573.2564. Retrieved from www.dop.go.th/th/know/side/1/1/47
2. ขวัญนัท สุนนะเศรษฐกุล.การนิยามและพัฒนา ระบบงานด้านเวชศาสตร์เขตเมือง.วารสาร และวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง.2563; 64(2): 159-164.
3. Institute of population and social research. 2013. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s40737-020-00211-7>
4. วีรวิทย์ อิ่มสำราญ, อาคม ชัยวิระวัฒน์, สมชาย ธนะสิทธิชัย, ปิยวัฒน์ เลาวหุตันนท์, และ ศุภพร แสงกระจ่าง. โรคมะเร็ง (Cancer). กรุงเทพมหานคร: การแพทย์ไทย.2558.
5. National Comprehensive Cancer Network. NCCN QUICK GUIDE™ for Colon Cancer. 2018. Retrieved from <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/nccnquickguide-colon-patient.pdf>.<https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/nccnquickguide-colon-patient.pdf>
6. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.ทะเบียนมะเร็งระดับ โรงพยาบาล พ.ศ.2562. ประเทศไทย: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.2562.
7. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. สถิติ การปฏิบัติงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ปีงบประมาณ 2556. กรุงเทพฯ: งานเวชสถิติ สำนักงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. 2553.
8. Hongtiyanon, T., & Tipawong, A. Relationships between Social Support and Quality of Life in Schizophrenia Patients. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19(Supplement): 487- 494.
9. Singh, J. A. Chapter 11 - Quality of Life. In N. Schlesinger & P. E. Lipsky (Eds.), *Gout*. Elsevier. 2019;119-139.

10. McGee, H. M. Chronic Illness: Quality of Life. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.). International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. Oxford: Pergamon. 2001;1779-1782.
11. Siripitayakunkit, A. Social Support: An Important Factor to Care for Persons with Diabetes Mellitus. Rama Nursing Journal. 2010; 16(2): 309-322.
12. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. 2020. Retrieved from <https://www.who.int/tools/whoqol>.
13. วิจิตรา. ความรู้เรื่องประชากรและชุมชนเมือง. 2562. Retrieved from <https://th.wikibooks.org/wiki>.
14. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. รายงานประจำปี 2020 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. 2563.
15. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ. 2561.
16. ณัฐมัย ชุตติโกโม รุ่งระวี นาวิเจริญ และ วรุตม์ โลศิริวัฒน์. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ ทวารหนักที่มีทวารเทียม.วารสารแพทย์นาวิ. 2561; 44(3):103-116.
17. จรัสพร วิลัยสัย สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และ ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์.ผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแล ต่อความรู้ ทักษะ การดูแลทวารใหม่ และภาวะแทรกซ้อน. วารสารเกื้อการุณย์. 2564; 28(2): 48-63.
18. Abdelmohsen, S. Effectiveness of Structured Education on Patient Knowledge and Practice Regarding Colostomy Care. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing. 2020; 7(4): 370-374.doi: 10.4103/apjon.apjon_24_20
19. สุจินดา ลดาสุนทร นิโบล กนกสุนทรรัตน์ และ สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. ผลของโปรแกรมการสื่อวิถีทัศน์ช่วยสอนต่อความรู้ และทักษะ การดูแลทวารเทียมในญาติผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมรายใหม่. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2562;25(1): 43-57.
20. Rajendran S. Assess the Knowledge, Attitude and Practice on Ostomy Care Among Ostomates Attending Stoma Clinic. 2016.
21. สายสมร เฉลยกิตติ ศิริพร พูนชัย ศิริพร สว่างจิต และจุฑารัตน์ บันดาลสิน. วิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม. วารสารทหารบก. 2556;14(3): 31-38.
22. Hong, K. S., Oh, B. Y., Kim, E. J., Chung, S. S., Kim, K. H., & Lee, R. A. Psychological attitude to self-appraisal of stoma patients: prospective observation of stoma duration effect to self-appraisal. Annals of surgical treatment and research. 2014; 86(3): 152-160. <https://doi.org/10.4174/ast.2014.86.3.152>
23. นวพรรษ สีมารักษ์ ศิริลักษณ์ กิจศรี ไพศาล และ ณัฐนันท์ พรสงวนกลิน. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ ทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด.วารสารพยาบาลตำรวจ. 2561; 10(1):61-70.
24. เสาวรส ฉันทธรรมสกุล ชุติกร ด่านยุทธศิลป์ ปกรณ์ ประจัญบาน และสาวิตรี ตันเจริญ. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทพื้นที่อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2556;7(1):90-101.

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565

ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์¹กรรณิกา เจิมเทียนชัย²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 โดยใช้กรอบแนวคิดความรู้สุขภาพของ Nutbean D. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาหายแล้ว ในช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของปี 2565 สุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบสโนว์บอลล์ จำนวน 350 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากระบบ online โดย Google form วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษา ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในภาพรวม มีความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคโควิด-19 ทักษะการจัดการตนเองก่อนการติดเชื้อโรคโควิด-19 และการตัดสินใจหลังทราบว่าติดเชื้อโควิด-19 และปัญหาที่พบ ส่วนอีก 2 ด้าน คือ ด้านความรู้และความเข้าใจแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 และด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีความรู้ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19/ ผู้ติดเชื้อโควิด-19

¹ รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

² ดร. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, Corresponding Author: kunnika.je@ssru.ac.th

Research article

Relationship Between Health Literacy and COVID-19 Prevention Behaviors of COVID-19 Infected People During the Pandemic in 2021 and the First Trimester of 2022

*Prapaiwan Danpradit*¹*Kunnika Jermtienchai*²

Abstract

This survey research aimed to study the relationship between health literacy and COVID-19 prevention behaviors of COVID-19 infected people in Thailand during the pandemic in 2021 and the first trimester of 2022. The researchers used the health literacy framework of Nutbeam D. for this study. The samples were COVID-19 infected people who had been cured during the pandemic in 2021 and the first trimester of 2022. The 350 samples were recruited with snowball sampling. Data from the questionnaires were collected by online Google Form and were analyzed by percent, means, standard deviation, Pearson's product moment correlation. The overall results showed that COVID-19 infected people have average level of health literacy and Covid-19 Prevention Behaviors of COVID-19. When categorized by aspects, it were three aspects found that accessibility to COVID-19 prevention information, self-management skill before contracting COVID-19 and decision and problems after Covid-19 infection were good level of health literacy. The other two items were knowledge and understanding of COVID-19 prevention guidelines and media literacy at average level of health literacy. The relationship between health literacy and COVID-19 prevention behaviors of COVID-19 infected people. The results showed that COVID-19 Infected people had moderate level health literacy and negative correlation of COVID-19 prevention behaviors of COVID-19 with statistical significance ($p \leq 0.01$).

Keywords: Health literacy/ COVID-19 Prevention behaviors/ COVID-19 infected people

¹ Association Professor, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University

² Doctoral, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University, Corresponding Author: kunnika.je@ssru.ac.th

บทนำ

โรคโควิด-19 (Coronavirus disease 2019; COVID-19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีการระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนในเดือนธันวาคม 2562 และแพร่กระจายไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก จากละอองในอากาศที่มีเชื้อโควิด-19 ลอยอยู่ในอากาศ ของหรือปนเปื้อนเสื้อผ้าและสิ่งของต่าง ๆ ของมนุษย์ โดยละอองเหล่านี้มีเชื้อโควิด-19 อยู่เป็นเชื้อที่มาจาก การไอ จาม เสมหะ หรือสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ส่งผลกระทบบที่สำคัญ คือทำให้ผู้ติดเชื้อโควิด-19 เสียชีวิต ได้ร้อยละ 1-2¹ ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 มีสถิติเสียชีวิตจำนวนมาก กล่าว คือ ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับการยืนยันสะสมจากการตรวจ RT-PCR จำนวน 6,884 คน เสียชีวิต 61 คน² ต่อมาในปี พ.ศ. 2564 ช่วง 3 1/2 เดือนแรก (1 มกราคม 2564-15 เมษายน 2564)³ เริ่มมีการระบาดหนัก มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับการยืนยันสะสมจากการตรวจ RT-PCR จำนวน 37,453 คน เสียชีวิต 97 คน และสถิติในปี พ.ศ. 2564 ตลอดปี (1 มกราคม 2564-31 ธันวาคม 2564)⁴ พบมีผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับการยืนยันสะสมจากการตรวจ RT-PCR จำนวน 2,223,435 คน เสียชีวิต 21,698 คน (ร้อยละ 0.97) โดยมีผู้เสียชีวิตสูงสุดในวันที่ 18 ส.ค. 2564 จำนวน 312 ราย⁵ ซึ่งเป็นสถิติที่ค่อนข้างสูง รัฐบาลไทยได้ให้ความช่วยเหลือประชาชนด้วยรูปแบบหลากหลายมาก เช่น ให้ความรู้การป้องกันตนเอง ให้การรักษาฟรี มีโรงพยาบาลสำหรับแยกกักกันตัว และรณรงค์ให้ประชาชนฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ต่อมาสถิติการเสียชีวิตลดลงเรื่อย ๆ โดยในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565 มีผู้เสียชีวิต 12 คน⁶ ซึ่งการระบาดของโรคโควิด-19 ของปี 2563 เป็นสายพันธุ์แอลฟาที่ระบาดได้ช้า ในปี 2564 เป็นการระบาดของโรคโควิด-19 สายพันธุ์เดลต้า ซึ่งสามารถระบาดได้เร็ว และมีอัตราการเสียชีวิตสูง ต่อมาปลายปี 2564 มีการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นสายพันธุ์โอมิครอน

สามารถระบาดได้เร็วมากขึ้น แต่อัตราการเสียชีวิตลดลง การระบาดของโรคโควิด-19 ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพของประชาชนของประเทศไทยและทั่วโลกจำนวนมาก ซึ่งรัฐบาลและประชาชนต้องรับรู้และร่วมมือแก้ไข กล่าวคือด้านเศรษฐกิจ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ประเมินว่าการระบาดของโรคโควิด-19 มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศไทยทุกครัวเรือน เช่น ผลกระทบต่อการจ้างงาน แรงงานใน 9 สาขาการผลิต ครอบคลุมแรงงานมากกว่า 8 ล้านคน ซึ่งยังไม่รวมผลกระทบแรงงานในภาคเกษตรอีกหลายล้านคน⁷ โดยในไตรมาสที่ 1 ของปี 2562 มีสถิติการว่างงานเพิ่มร้อยละ 0.9 ในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.9 และ ในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.0⁸ ด้านสังคมผลกระทบต่อสังคมเกิดขึ้นกับประชากรไทยจำนวนมาก เช่น กลุ่มประชาชนที่มีรายได้น้อย รวมถึงกลุ่มเปราะบางอื่น จากการถูกเลิกจ้าง งานน้อยลง การเดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ยากขึ้น คาดว่าเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความหวงเกรง ความเสี่ยงในการเดินทางออกนอกที่พักอาศัย ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการโดยสารรถรับจ้างแท็กซี่สาธารณะ คนไร้บ้านหน้าใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 20-30 ฯลฯ⁷ ด้านสุขภาพประชาชน มีคนไทยเสียชีวิตจากการระบาดของโรคโควิด-19 จำนวนมาก จากรายงานสถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2565 มีประชาชนติดโรคโควิด-19 จำนวน 3,656,726 และตายด้วยโรคโควิด-19 จำนวน 25,222 คน⁹ จากข้อมูลการติดเชื้อโควิด-19 และการตายที่พบนั้น แสดงว่าโรคโควิด-19 เป็นโรคที่มีอันตรายและน่ากลัวมาก การป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 เป็นสิ่งสำคัญมาก ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO)¹⁰⁻¹¹ ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้เห็นความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพราะความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะ

ทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้ได้อยู่เสมอ โดยเฉพาะโรคโควิด-19 ที่กำลังระบาดทั่วโลกและประเทศไทย ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะมีผลการลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการตายได้ เพราะความรู้ด้านสุขภาพช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ สำหรับประเทศไทยมีหน่วยงานและนักวิจัยจำนวนมากได้นำกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbean D.¹² เป็นกรอบในการศึกษาส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโควิด-19¹³⁻¹⁷

ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ของประชาชนในประเทศไทยเป็นกลุ่มที่ควรศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่แท้จริงมีสภาพอย่างไร เพราะรัฐบาลไทย มีการรณรงค์ให้ความรู้ทางสื่อโทรทัศน์ แอปพลิเคชันและสื่ออื่น ๆ เป็นจำนวนมาก เช่น แอปพลิเคชันของหมอพร้อม ไทยชนะ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ฯลฯ รวมทั้งมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ให้ฟรีแบบไม่มีเงื่อนไข ตั้งแต่เริ่มมีการระบาด แต่ประชาชนคนไทย ช่วงมีการระบาดโรคโควิด-19 ในปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 ยังติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้นตลอด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาที่นำกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbean D.¹² ไปใช้ศึกษาทดลองเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการศึกษาเรื่องอื่น ๆ เป็นจำนวนมาก ได้องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อทีมสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้ เช่น การศึกษาของ ดาวรุ่ง เยาวกุล และคณะ¹⁴ วิริญญา ศรีบุญเรือง และคณะ¹⁵ วิชัย เทียนถาวร และ ณรงค์ ใจเที่ยง¹⁶ และ รจนารถ ชูใจ และคณะ¹⁷ แต่ไม่พบการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้ติดเชื้อโควิด-19

ของประเทศไทย ช่วงมีการระบาดของโรคโควิด-19 โดย Nutbean D.¹² ได้เสนอองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ 6) การรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี จะช่วยให้สามารถป้องกันโรคได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 โดยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbean D.¹² เป็นกรอบในการศึกษาเรื่องนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565

สมมุติฐานการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

การระบาดในปี พ.ศ.2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 หมายถึง การระบาดของโรคโควิด-19 ช่วงปี พ.ศ.2564 และในเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2565

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง คือ ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึงเข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อให้เกิดสุขภาพที่พึงประสงค์ประกอบของ

ความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้^{12-13,18} คือ

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล วิธีการสืบค้นข้อมูลในเรื่องการปฏิบัติตนสามารถตรวจสอบแหล่งข้อมูลได้หลายแหล่ง ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับความรู้โรคโควิด-19 วิธีใช้อุปกรณ์การป้องกัน บริการการคัดกรองโรค ยารักษาโรค วัคซีนฉีดป้องกันโรค และสถานที่กักกันแยกตัวผู้ติดเชื้อโควิด-19

2. ความรู้ ความเข้าใจ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติของโรคโควิด-19 ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค สถานที่ ๆ ที่ติดโรคได้ง่าย การป้องกันการติดโรค ยารักษาโรค วัคซีนป้องกันโรค และการระบาดโรคโควิด-19 สายพันธุ์ต่าง ๆ

3. ทักษะการสื่อสาร (ไม่ได้เลือกใช้ในกรอบการศึกษา) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสาร โดยการพูด อ่าน และการเขียน รวมถึงความสามารถในการสื่อสารโน้มน้าวให้บุคคลอื่นมีความเข้าใจ ที่ถูกต้อง และยอมรับข้อมูลในการปฏิบัติ

4. ทักษะการจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถ ของบุคคลในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน สามารถปฏิบัติได้ตามแผนที่วางไว้ และมีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ได้แก่ ทักษะการจัดการตนเอง เกี่ยวกับความสามารถตนเอง ในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนมีการติดเชื้อโควิด-19

5. ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือก การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง และสามารถเลือกวิธีการปฏิบัติตน อย่างมีเหตุผล โดยการวิเคราะห์ ผลดี ผลเสียเพื่อนำไปสู่การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงและแสดงทางเลือกในการปฏิบัติ ที่ถูกต้อง ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติหลังติดเชื้อโควิดและปัญหา

ที่พบจากการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาแต่ละชนิด หลังจากติดเชื้อโควิด-19

6. การรู้เท่าทันสื่อ หมายถึง ความสามารถ ตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เสนอ สามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพตนเอง และผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินสื่อ ข้อความในสื่อ เพื่อชี้แนะให้กับชุมชนและสังคม ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ เกี่ยวกับความเชื่อถือของสื่อที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับสถานการณ์โรคโควิด-19 ด้านการระบาด อันตรายของโรค ยารักษาโรค และความปลอดภัยของวัคซีน แต่ละชนิดของรัฐบาล

พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน ที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ช่วงมีการระบาดของโควิด-19 ในปี พ.ศ.2564 และในเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ.2565 ซึ่งส่งผลต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam D.¹² เป็นแนวทางในการวิจัย ซึ่ง Nutbeam D. ได้อธิบายว่าคุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโรค โดยเฉพาะโรคโควิด-19 ที่กำลังระบาดหนักทั่วโลกและประเทศไทย เพื่อให้มีความพร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ต้องมีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ 6) การรู้เท่าทันสื่อ การที่ผู้ติดเชื้อโควิด-19 จะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่เหมาะสมและสามารถป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้นั้น ต้องเกิดจาก

ความต้องการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโควิด-19 เป็นสำคัญ มีการวางแผนเป้าหมายของการเรียนรู้ เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นการสร้างและพัฒนาการป้องกันโรคติดเชื้อโควิดในระดับบุคคล และเป็นการรักษาสุขภาพแบบยั่งยืน ถ้าผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งต่ำจะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่ำด้วย หรือไม่ สามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ หรือติดเชื้อโควิดได้ง่าย เพราะผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ จะมีความรู้ความเข้าใจ ในข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ สามารถแสวงหาความรู้และตัดสินใจเลือกข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองจาก แหล่งข้อมูลต่าง ๆ และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ไม่ติดเชื้อโควิดนั่นเอง ผู้วิจัยจึงเลือกความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของ Nutbeam D.¹² เป็นกรอบแนวคิดการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อโควิด-19 มาแล้ว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานความรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลสำหรับการกำหนดนโยบาย การวางแผน การรณรงค์สร้างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทยต่อไป โดยไม่ได้เลือกความรู้ด้านทักษะการสื่อสาร เพราะผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 18 ปี ความสามารถในการสื่อสาร โดยการพูด อ่าน และการเขียน ได้ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย : survey research

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เคยติดโรคโควิด-19 และรักษาหายแล้ว อาศัยอยู่ในประเทศไทย ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 (เดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เคยติดโรคโควิด-19 และรักษาหายแล้ว จากการสุ่มมาจากประชากรดังกล่าวข้างต้น ด้วยการสุ่มแบบ

สโนว์บอลล์ (Snowball sampling) ซึ่งคนแรกใช้การค้นหาจากผู้รู้จักในแต่ละหมู่บ้าน/อาชีพ/จังหวัด จากนั้นจะให้คนแรกบอกต่อคนที่รู้จักและเคยติดเชื้อโควิด-19 มาแล้ว โดยเป็นผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่อายุมากกว่า 18 ปี ไม่จำกัด เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ได้แบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบสมบูรณ์ จำนวน 350 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50

จากการสุ่มตัวอย่างแบบสโนว์บอลล์จากผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ได้ตัวอย่างมาจาก 39 จังหวัด จาก 77 จังหวัด 6 ภูมิภาค จังหวัดที่สุ่มตัวอย่างได้มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ อันดับ 1 กรุงเทพมหานคร จำนวน 84 คน (ร้อยละ 23.94) อันดับ 2 คือ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 65 คน (ร้อยละ 18.52 = ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) อันดับ 3 จังหวัด สระแก้ว จำนวน 50 คน (ร้อยละ 14.25 = ภาคตะวันออก) อันดับ 4 คือ จังหวัด พิจิตร จำนวน 19 คน (ร้อยละ 5.41 = ภาคกลาง) อันดับ 5 จังหวัด ชลบุรี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 3.99 = ภาคตะวันออก) สำหรับอีก 34 จังหวัด สุ่มตัวอย่างได้ จังหวัดละ 2-12 คน จำนวน 24 จังหวัด และจังหวัดละ 1 คน จำนวน 10 จังหวัด

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของยามานะ ใช้ $N = \infty$ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม 0.05 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 400 คน¹⁹ จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แบบสอบถามที่ตอบสมบูรณ์จำนวน 350 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50

เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam D.¹² และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามใน Google form ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ มีคำถามทั้งหมดจำนวน 46 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคโควิด-19 ลักษณะคำถามเป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 คือ เข้าถึงได้ระดับดี =3 คะแนน ระดับปานกลาง =2 คะแนน ระดับน้อย=1 คะแนน ประเมินความสามารถการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ในระดับใด ได้แก่ ความรู้โรคโควิด-19 วิธีใช้อุปกรณ์การป้องกัน บริการการคัดกรองโรค ยารักษาโรค วัคซีนฉีดป้องกันโรค และสถานที่กักกัน แยกตัวผู้ติดเชื้อโควิด-19

2. ด้านความรู้และความเข้าใจแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ลักษณะคำถามเป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 คือ มีความรู้และความเข้าใจแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคโควิดระดับดี (ถูกต้อง) =3 คะแนน ระดับปานกลาง (ไม่แน่ใจ) =2 คะแนน ระดับน้อย (ไม่ถูกต้อง) =1

3. ด้านทักษะการจัดการตนเองก่อนการติดเชื้อโควิด-19 ลักษณะคำถามเป็น rating scale 3 ระดับคะแนน 3-1 คือ มีทักษะการจัดการตนเองก่อนการติดเชื้อโควิดระดับดี (ปฏิบัติเป็นประจำ) =3 คะแนน ระดับปานกลาง (ปฏิบัติเป็นบางครั้ง) =2 คะแนน และระดับน้อย(ปฏิบัติน้อยมาก) =1 คะแนน

4. ด้านการตัดสินใจหลังติดเชื้อโควิด-19 และปัญหาที่พบ ประกอบด้วย ตอนที่ 1 การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหลังจากที่ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 คือ มีการตัดสินใจหลังติดเชื้อโควิดระดับดี (เลือกปฏิบัติทันที) =3 คะแนน ระดับปานกลาง (ไตร่ตรองอยู่หลายวัน) =2 คะแนน ระดับน้อย (ไม่รับ/ไม่ต้องการ) =1 คะแนน และตอนที่ 2 ปัญหาที่พบจากการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาแต่ละชนิดหลังจากติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 คือ มีปัญหาที่พบจากการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาแต่ละชนิดหลังจากติดเชื้อโควิดระดับดี (ไม่มีอุปสรรค) =3 คะแนน ระดับปานกลาง (มีอุปสรรคบ้าง) =2 คะแนน ระดับน้อย (มีอุปสรรคมาก) =1 คะแนน

5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ลักษณะคำถามเป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 ได้แก่ มีการรู้เท่าทันสื่อระดับดี (ส่วนใหญ่เชื่อ) =3 คะแนน ระดับปานกลาง (เชื่อบางส่วน) =2 คะแนน ระดับน้อย (เชื่อน้อย) = 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีคำถาม 11 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 ได้แก่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิดระดับดี (ปฏิบัติเป็นประจำ) =3 คะแนน ระดับปานกลาง (ปฏิบัติเป็นบางครั้ง) =2 คะแนน ระดับน้อย (ปฏิบัติน้อยมาก) =1 คะแนน

กำหนดการแปลความหมายของคะแนน

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กำหนดการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้ คือ คะแนน 1-1.50 = น้อย คะแนน 1.51 -2.50 = ปานกลาง คะแนน 2.51-3.00 = มาก²⁰

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กำหนดการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้ คือ $r = \pm 1.00$ มีความสัมพันธ์แบบสมบูรณ์ r มีค่าระหว่าง $\pm 0.71-0.99$ มีความสัมพันธ์สูง r มีค่าระหว่าง $\pm 0.30-0.70$ มีความสัมพันธ์ปานกลาง $r < \pm 0.30$ มีความสัมพันธ์ต่ำ และ $r = \pm 0.0$ ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน¹⁹

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรง (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์พยาบาล สาขาเวชปฏิบัติชุมชน การพยาบาลผู้ใหญ่ และการพยาบาลแม่และเด็ก จำนวน 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและนำมาปรับปรุงแก้ไขตาม ที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ และไปหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เลือกใช้

เฉพาะข้อที่ได้ค่าดัชนีความตรงของความสอดคล้องกับเนื้อหา (IOC) มากกว่า และเท่ากับ 0.66

2. ความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ไป try out กับประชาชนทั่วไปที่ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 32 คน และนำมาหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยง ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 = 0.92 และ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 = 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างคนแรกและผู้วิจัยรู้จักและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามใน Google form ทางโทรศัพท์มือถือ ต่อจากนั้นผู้วิจัยขอรายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ผู้ติดเชื้อโควิด-19 จากคนแรก และคนต่อไปเรื่อย ๆ เพื่อขอความร่วมมือ และขออนุญาตเป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้ตอบแบบสอบถามใน Google Form ทางโทรศัพท์มือถือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลโรคโควิด-19 ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ
2. ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์ด้วยค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้ได้รับใบรับรองจริยธรรม รหัส COA.1-005/2022 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

และผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยคำนึงถึงการรักษา ความลับ และผลกระทบที่มีต่อผู้ให้ข้อมูล ตลอดการดำเนินการวิจัย และเนื่องจากเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับ COVID-19 ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่เป็นประเด็นเปราะบาง ผู้วิจัยให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ และเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล ที่จะยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างหรือไม่

ผลการศึกษา

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อโควิด-19
ผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 350 คน ส่วนใหญ่ (มากที่สุด) คือ อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 30.24 (n=108) (อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 99 ปี) เพศหญิงร้อยละ 72.52 (n=259) สถานภาพสมรส-โสด ร้อยละ 61.88 (n=221) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 47.88 (n=171) อาชีพ-เกษตรกรกรรม ร้อยละ 31.92 (n= 114) รายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 20.72 (n=74)

ลักษณะข้อมูลโรคโควิด-19 ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เคยติดเชื้อโควิด-19 ในไตรมาสแรกของ ปี 2565 ร้อยละ 70.28 (n=251) เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 3 เข็ม ร้อยละ 51.24 (n=183) ไม่ได้ฉีด ร้อยละ 2.80 (n=10) ชื่อวัคซีนเข็ม 3 ที่ฉีดมากที่สุด คือไฟเซอร์ (Pfizer) ร้อยละ 52.64 (n=188) สถานที่แยกกักกันตัว หลังทราบว่าติดเชื้อโควิด-19 มากที่สุด คือ แยกกักกันตัวที่บ้าน ร้อยละ 59.06 (n=211) ผลการตรวจเชื้อโควิด-19 ด้วยวิธียืนยัน (RT-PCR) ไม่ทราบว่าป็นโรคโควิด-19 สายพันธุ์ใด ร้อยละ 53.48 (n=191) ยาที่ได้รับหลังทราบว่าติดเชื้อและไปรักษาที่โรงพยาบาล/โรงพยาบาลสนาม คือ ยารักษาตามอาการ เช่น ยาลดไข้ ลดน้ำมูก ลดอาการไอ เสมหะ ร้อยละ 43.12 (n=154)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผลการวิจัย พบว่า ในภาพรวม ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ช่วงที่มีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรก

ของปี 2565 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 1)

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อจำแนกรายด้าน ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีความรอบรู้ในระดับดีจำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคโควิด-19 ทักษะการจัดการตนเอง

ก่อนการติดเชื้อโรคโควิด-19 และการตัดสินใจหลังทราบว่าติดเชื้อโควิด-19 และปัญหาที่พบส่วนอีก 2 ด้าน คือ ด้านความรู้และความเข้าใจแนวทางปฏิบัติการป้องกันการโรคโควิด-19 และด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีความรอบรู้ในระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 (n=350)

รายการ	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ				
การเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคโควิด-19	3	2.54	0.46	ดี
ความรู้และความเข้าใจแนวทางปฏิบัติการป้องกันการโรคโควิด-19	3	2.34	0.23	ปานกลาง
ทักษะการจัดการตนเองก่อนการติดเชื้อโควิด-19	3	2.58	0.35	ดี
การตัดสินใจหลังทราบว่าติดเชื้อโควิด-19 และปัญหาที่พบ	3	2.58	0.41	ดี
การรู้เท่าทันสื่อ	3	2.44	0.56	ปานกลาง
รวม	3	2.50	0.30	ปานกลาง
พฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19	3	1.69	0.59	ปานกลาง

พฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ที่สามารถปฏิบัติได้มากที่สุด 3 อันดับแรกจาก 11 ข้อ คือ 1) สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน ($\bar{X}$ = 1.90) 2) ล้างมือด้วยน้ำและสบู่บ่อย ๆ หรือทามือด้วยเจลแอลกอฮอล์เมื่อออกนอกบ้าน ($\bar{X}$ =1.85) และ 3) หลีกเลี่ยงไม่เดินทางไปต่างจังหวัดที่ต้องนั่งรถแออัดนาน ๆ ร่วมกับผู้อื่นโดยไม่จำเป็น ($\bar{X}$ =1.79) และพฤติกรรมป้องกัน

โรคโควิด-19 ที่สามารถปฏิบัติได้น้อยที่สุด 3 อันดับสุดท้าย จาก 11 ข้อ คือ ข้อ 9) หลีกเลี่ยงไม่พูดคุยกับเพื่อน/ญาติ แบบหันหน้าตรงเข้าหากันขณะรับประทานอาหาร ($\bar{X}$ =1.58) ข้อ 10) หลีกเลี่ยงไปสถานที่ที่มีผู้คนมาก เช่น ตลาดสด ห้าง โรงพยาบาลให้น้อยที่สุด ($\bar{X}$ =1.57) ข้อ 11) หลีกเลี่ยงไม่รับประทานอาหารร่วมโต๊ะเดียวกับเพื่อน โดยไม่ทราบว่าใครติดเชื้อบ้าง ($\bar{X}$ =1.57) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จำแนกรายข้อและเรียงลำดับจากคะแนนมาก-น้อย ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 (n=350)

ลำดับ	รายการ	$\bar{x}$	SD	แปลผล
1	สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน	1.90	0.87	ปานกลาง
2	ล้างมือด้วยน้ำและสบู่บ่อย ๆ หรือทามือด้วยเจลแอลกอฮอล์เมื่อออกนอกบ้าน	1.85	0.81	ปานกลาง
3	หลีกเลี่ยงไม่เดินทางไปต่างจังหวัดที่ต้องนั่งรถแออัดนาน ๆ ร่วมกับผู้อื่น โดยไม่จำเป็น	1.79	0.80	ปานกลาง
4	หลีกเลี่ยงไม่สัมผัสสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำตา ไอ จาม จากคนอื่น	1.69	0.76	ปานกลาง
5	หลีกเลี่ยงไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นในห้องอาหารติดแอร์	1.69	0.75	ปานกลาง
6	ไม่รับประทานอาหารร่วมโต๊ะเดียวกับเพื่อน โดยไม่มีข้อกลาง	1.67	0.77	ปานกลาง
7	สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในบ้าน	1.63	0.75	ปานกลาง
8	หลีกเลี่ยงไม่สัมผัส ไม่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้ออยู่แล้ว เช่น คนในครอบครัว เพื่อนร่วมห้อง เพื่อนสนิท	1.61	0.76	ปานกลาง
9	หลีกเลี่ยงไม่พูดคุยกับเพื่อน/ญาติ แบบหันหน้าตรงเข้าหากัน ขณะรับประทานอาหาร	1.58	0.71	ปานกลาง
10	หลีกเลี่ยงไปสถานที่ที่มีผู้คนมาก เช่น ตลาดสด ห้าง โรงพยาบาลให้น้อยที่สุด	1.57	0.73	ปานกลาง
11	หลีกเลี่ยงไม่รับประทานอาหารร่วมโต๊ะเดียวกับเพื่อน โดยไม่ทราบว่าใครติดเชื้อบ้าง	1.57	0.72	ปานกลาง

ความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.43$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนด เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคโควิด-19 ความรู้และความเข้าใจแนวทางปฏิบัติการป้องกัน

โรคโควิด-19 ทักษะการจัดการตนเองก่อนการติดเชื้อโควิด-19 การตัดสินใจหลังทราบว่าติดเชื้อโควิด-19 และปัญหาที่พบ และการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับต่ำและปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.27, -0.26, -0.33, -0.35$ และ -0.39 ตามลำดับ) ทั้ง 5 ด้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565

การรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value	แปลผล
การเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคโควิด-19	-0.27**	0.01	ต่ำ
ความรู้และความเข้าใจแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19	-0.26**	0.01	ต่ำ
ทักษะการจัดการตนเองก่อนการติดเชื้อโควิด-19	-0.33**	0.01	ปานกลาง
การตัดสินใจหลังทราบว่าติดเชื้อโควิด-19 และปัญหาที่พบ	-0.35**	0.01	ปานกลาง
การรู้เท่าทันสื่อ	-0.39**	0.01	ปานกลาง
รวม	-0.43**	0.01	ปานกลาง

** มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p \leq 0.01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในภาพรวม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ กัมปนาท โคตรพันธ์ และ นิยม จันทน์นวล²¹ ที่ศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหารอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดาวรุ่ง เยาวกุล และคณะ¹⁴ ที่ศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 6 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับพอใช้ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของณฐกร นิลเนตร และคณะ²² ที่ศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มประชาชนวัยแรงงานจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 31.62 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ดีเสื่อ และคณะ²³

ที่ศึกษาพบว่าผู้ขับแท็กซี่ในกรุงเทพมหานคร ที่อายุ 45 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า ผลการศึกษานี้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของคนอื่น ๆ ส่วนใหญ่ ผลการศึกษาไม่สอดคล้อง อาจจะเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ เป็นกลุ่มที่เคยติดเชื้อโควิด-19 และรักษาโรคโควิด-19 จนหายป่วยมาแล้วย่อมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น จึงติดเชื้อโควิด และเกี่ยวข้องกับพื้นที่ศึกษาซึ่งศึกษาจากพื้นที่ที่แตกต่างกัน องค์ความรู้ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจะแตกต่างกัน เพราะภูมิหลังด้านการศึกษา อายุ อาชีพ ฯลฯ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อองค์ความรู้ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19^{14,24} และน่าจะสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบสโนว์บอลล์เทคนิคที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อันดับ 1 กรุงเทพมหานคร จำนวน 84 คน (23.94) อันดับ 2 คือ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 65 คน (ร้อยละ 18.52 = ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) และอันดับ 3 จังหวัด สระแก้ว จำนวน 50 คน (ร้อยละ 14.25 = ภาคตะวันออก) ซึ่งกรุงเทพมหานครเป็นจังหวัด

ที่มีประชาชนรวมตัวกันแออัดมากมีโอกาสติดโรคโควิดได้ง่าย ส่วนอีกสองจังหวัดเป็นกลุ่มประชาชนที่ส่วนใหญ่ต้องเดินทางไป-กลับจากบ้านถึงกรุงเทพมหานครมีระยะทางไกล ๆ เพื่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพมีโอกาสติดโรคโควิดจากการเดินทางได้ง่ายและป้องกันได้ยาก แม้จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง เพราะเชื้อโควิดจะลอยอยู่ในอากาศซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam D.¹² ที่อธิบายว่าถ้าผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งต่ำจะส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิดต่ำด้วยหรือไม่สามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ หรือติดเชื้อโควิดได้ง่าย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.43$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนด และสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam D.¹² ได้บรรยายว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับดีด้วยหรือสามารถป้องกันโรคได้และไม่ติดโรค แต่การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มที่เคยติดโรคโควิด-19 มาแล้ว ข้อเท็จจริงที่ควรศึกษาพบต้องเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับไม่ดีเท่าที่ควร จึงติดโรค ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น และอาจจะเกี่ยวข้องกับผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ทุกคน ในช่วงที่มีการระบาดโรคโควิด-19 รุนแรง บางคนมีความจำเป็นต้องพบปะกับบุคคลเพื่อทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การประกอบอาชีพ การสังคมกับเพื่อนและบุคคลต่าง ๆ มีการรับประทานอาหารร่วมกัน

การเดินทางไปธุระไกล ๆ ต้องนั่งรถยนต์สาธารณะที่มีคนจำนวนมากนั่งร่วมกัน ฯลฯ ทำให้เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย แม้จะหลีกเลี่ยงและสามารถป้องกันตนเองได้แล้ว ยังสามารถติดโรคโควิด-19 ได้ เพราะเชื้อโควิด-19 เป็นเชื้อที่ส่วนใหญ่ติดต่อทางลมหายใจ สอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน มีอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 30.24 และมีระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 47.88 ต้องพบปะกับบุคคลอื่น ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันและประกอบอาชีพ ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดโรคโควิด-19 จำนวน 3 เข็มร้อยละ 51.24 โดยส่วนใหญ่ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) แต่ยังไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้ เพราะเป็นวัคซีนฉุกเฉินที่องค์การอนามัยโลกรับรองว่าลดอัตราการตายจากการติดเชื้อโควิด-19 ได้ แต่ไม่ได้ลดการติดโรคโควิด-19 ได้ ร้อยละ 100 และจากผลวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่สามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้น้อยที่สุด 3 อันดับสุดท้าย จาก 11 ข้อ คือ ข้อ 9) หลีกเลี่ยงไม่พูดคุยกับเพื่อน/ญาติ แบบหันหน้าตรงเข้าหากันขณะรับประทานอาหาร ($\bar{X}=1.58$) ข้อ 10) หลีกเลี่ยงไปสถานที่ที่มีผู้คนมาก เช่น ตลาดสด ห้าง โรงพยาบาลให้น้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.57$) ข้อ 11) หลีกเลี่ยงไม่รับประทานอาหารร่วมโต๊ะเดียวกับเพื่อน โดยไม่ทราบว่าใครติดเชื้อบ้าง ($\bar{X}=1.57$) ทั้งที่รัฐบาลไทยและสื่อต่าง ๆ มีการประชาสัมพันธ์การป้องกันโรคโควิด-19 อันตรายของโรค การรักษาและการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จากสื่อจำนวนมาก²⁵ ผลการศึกษานี้ คล้ายคลึงกับการศึกษาของกัมปนาท โคตรพันธ์ และ นิยม จันทน์นวล²¹ ที่ศึกษา พบว่า ประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.522$, $p\text{-value} < 0.001$) คล้ายคลึงกับ

การศึกษาของदारุง เยาวกุล และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 6 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) คล้ายคลึงกับการศึกษาของวิรัชญา ศรีบุญเรือง และคณะ¹⁵ ได้ศึกษาพบว่าปัจจัยความรู้เรื่องเชื้อโควิด-19 การรับรู้ข้อมูล และข่าวสารของเชื้อโควิด-19 ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการต้านทานการเกิดเชื้อ COVID - 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคล้ายคลึงกับการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร และณรงค์ ใจเที่ยง¹⁶ ที่ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยเรียน ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี และทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการบอกต่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป

ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ช่วงมีการระบาดของโรคโควิด-19 ในปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ทีมสุขภาพระหว่างปฏิบัติหน้าที่เมื่อพบผู้ป่วยที่เป็นโรคโควิด -19 และหรือพบผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่มีอาการรุนแรง ควรแนะนำการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ให้กับผู้ป่วยรายนั้น เป็นรายบุคคลมากกว่าคนที่ยังไม่ป่วย เพราะผู้ป่วย

แสดงว่าเขามีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด -19 และหรือผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ ในระดับต่ำ เขาจึงติดโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นางสาวนิศาตร์ณ์ เรืองโรจน์ นางสาวรุจิภา มีศรี นางสาววิสรา หันระพัต และ นางสาวธนภรณ์ ปรีชาหาญ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

References

1. Sirinawin S. "Covid-19" knowledge to wisdom, practice development. Bangkok: O.S. Printing House Co., Ltd.; 2020. p.11-23. (in Thai).
2. The Center for COVID-19 Situation Administration. The situation report on COVID19 from Thailand for 31 December 2020. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [Internet]. [cited 2021 Jan 11]. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/311263.pdf
3. The Center for COVID-19 Situation Administration. The situation report on COVID19 from Thailand for 15 April 2021. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/150464.pdf. (in Thai).
4. The Center for COVID-19 Situation Administration. The situation report on COVID19 from Thailand for 31 December 2021. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://m.facebook.com/470988516420706/photos/a.484135618439329/1846221865564024/?type=3&source=57>. (in Thai).

5. The Center for COVID-19 Situation Administration. Summary of COVID-19 Situation in Thailand, August 2021. [Internet]. [cited 2021 Oct 21]. Available from: <https://www.prachachat.net/general/news-741224>. (in Thai).
6. The Center for COVID-19 Situation Administration. The situation report on COVID19 from Thailand for 7 February 2022. Department of Disease Control, Ministry of Public. [Internet]. [cited 2022 March 25]. Available from: <https://www.facebook.com/informationcovid19/photos/a.106455480972785/499228221695507/>. (in Thai).
7. Division of Non-Communicable Diseases. Review Report: Economic and Social Impacts of the COVID-19 Pandemic Globally and in Thailand. International Health Policy Program (IHPP). Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2021.p.9-13. [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1177420210915075055.pdf>. (in Thai).
8. The Survey of Working Conditions of the Population, Quarter 1, 2021. [Internet]. 2021 [cited 2021 June 20]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาแรงงาน/ภาวะการทำงานของประชากร/2564/summary_64.pdf. (in Thai).
9. The Center for COVID-19 Situation Administration. The situation report on COVID19 from Thailand for 1 April 2022. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [Internet]. [cited 2022 June 18]. Available from: <https://www.moicovid.com/01/04/2022/uncategorized/6985>. (in Thai).
10. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998. p.1-10.
11. Choeisuwan V. Health Literacy: Concept and Application for Nursing Practice. Royal Thai Navy Medical Journal 2017;44(3): 183-97. (in Thai).
12. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science and Medicine 2008; 67(12):2072-78. [Internet]. 2008 [cited 2022 June 18]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>.
13. Health Education Division. Strategies for promoting health literacy and health behaviors. Department of Health Service Support. Ministry of Public Health. Bangkok: Sam Charoen Panich (Bangkok) Co., Ltd. 2518.p2.
14. Yaowakul D, Abdullakasim P, Maharachpong N. Health literacy on coronavirus disease 2019 prevention behaviors of village health volunteers in region 6 health provider. Research and Development Health System Journal 2022;15(1):257-72. (in Thai).
15. Sribunrueng W, Ninwattana T, Sumransuk S, Anirapai K, Rugthangam S, Spiller P. Factors affecting prevention behavior of COVID-19 infection in Bangkok. Udon Thani Rajabhat University Journal of Humanities and Social Science 2021;10(1):195-206. (in Thai).
16. Thianthavorn V, Chitiang N. Relationship between Health Literacy and Behaviors to Prevent COVID-19 among University Students. TJPHS 2021;4(2): 126-37. (in Thai).

17. Choojai R, Boonsiri C, Patcheep K. Effects of a Health Literacy Enhancement Program for COVID-19 Prevention on Health Literacy and Prevention Behavior of COVID-19 among Village Health Volunteers in Don Tako Sub-district, Mueang District, Ratchaburi Province. The Southern College Network. *Journal of Nursing and Public* 2021;8(1):250-262. (in Thai).
18. Rodjarkpa Y. Health Promotion and Health Literacy. Faculty of Public Health, Burapha University. Chonburi: Get Good Creation Co., Ltd. 2018. p.159-162.
19. Srisatidnarukul B. The Methodology in Nursing. Bangkok: U & I Inter Media Co.,Ltd; 2017. p. 454-77. (in Thai).
20. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice- Hall; 1977.
21. Kotpan K, Junnua N. Associated between Health Literacy and Coronavirus Disease 2019 Prevention Behavior among People in Mukdahan Province. The 16th National Academic Conference grants research during 11-12 July 2022 at Ubon Ratchathani University and Research and Innovation for Sustainable Development Goals in the Next Normal. p.148-60. [Internet]. [cited 2022 Aug 18]. Available from: https://www.ubu.ac.th/web/files_up/00008f2022090115080291.pdf. (in Thai).
22. Nilnate N, Prasomsuk S, Prasit N, Nilnate P, Yotha N, Thammasarn K. Health Literacy and COVID-19 Preventive Behaviors among the Working-Age Population in Nakhon Ratchasima Province. *Health Sci J Thai* 2022; 4(4):10-8. (in Thai).
23. Deesua A, Kaewpan W, Kalampakorn S, Sillabutra J. Factors Associated with Preventive Behaviors of Work Related COVID-19 among Aging Taxi Drivers in Bangkok. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2022;49(2):369-384. (in Thai).
24. Phansuma D, Boonruksa P. Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among Residents in Pru Yai Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. *Srinagarind Med J* 2021;36(5):597-604. (in Thai).
25. Chantawibul A, Kloyiam S, Roma W, Chamnankong K. Development of Mechanism and Monitoring System for Surveillance and Emergency Risk Response to Promote Health Literacy on COVID-19 Pandemic. *Journal of Health Science* 2020;29(5):897-909. (in Thai).

บทความวิจัย

บทความวิชาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา
ที่มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันรัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม¹สุพัตรา ยอดปัญญา²จิตาภา อัญชลีธรรม³เดชา ชุมภูอินทร์⁴

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถติดต่อได้จากการสูดดมละอองฝอย น้ำมูก น้ำลายจากผู้ป่วยไอหรือจาม (Droplet) ในระยะประมาณ 1-2 เมตร ทางทางแพร่กระจายเชื้อผ่านทางอากาศ (Air born) และทางสัมผัสพื้นผิวหรือวัตถุที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง (Contact) เชื้อสามารถมีชีวิตอยู่บนพื้นผิวแต่ละชนิดนานแตกต่างกัน ระยะฟักตัวตั้งแต่ได้รับเชื้ออยู่ในช่วงเวลา 2-14 วัน สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวอาจเกิดอาการรุนแรง ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ARDS) จะมีอาการรุนแรงมากขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ ลักษณะปอดทั้ง 2 ข้างเป็นฝ้าขาว (Bilateral opacities) ปริมาณออกซิเจนในเลือดลดลง ร่างกายจะมีปริมาณไซโตไคน์ (Cytokine) สูง เรียกว่า ภาวะ Cytokine storm รักษาด้วยการให้ยาสเตียรอยด์และยาต้านไวรัส แต่ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นหลังการให้ยา แพทย์เฉพาะทางด้านโรคไตอาจพิจารณาทำ Hemoperfusion ระยะเริ่มติดเชื้อ (Early infection) พยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ระยะแสดงอาการทางปอด (Pulmonary phase) พยาบาลสามารถประเมินความรุนแรงของระบบการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ระยะวิกฤต (Hyperinflammation phase) พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ ARDS ได้ พยาบาลมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมากต้องมีทักษะ ความรู้และความชำนาญในการให้การพยาบาล เมื่อเกิดภาวะผิดปกติสามารถรายงานแพทย์ได้อย่างทันที

คำสำคัญ: ไวรัสโคโรนา/ ระบบการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน/ การพยาบาล

¹ หัวหน้างานบริการผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10400

² พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10400, Corresponding author, Email: supattra.yod@mahidol.ac.th

³ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัด กรุงเทพมหานคร 10400

⁴ ผู้ช่วยพยาบาล งานไตเทียม โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัด กรุงเทพมหานคร 10400

Research article

Article for Nursing Care of Coronavirus Patients with Severe Acute Respiratory Distress Syndrome

*Rattanaorn Saelim*¹*Supattra Yodpanya*²*Chidabha Anchalitam*³*Decha Chompooin*⁴**Abstract**

Coronavirus disease 2019 Can be contracted by inhaling droplets, snot, and saliva from patients who cough or sneeze (Droplet) within a distance of about 1-2 meters, via an airborne transmission (Air born) and by touching contaminated surfaces or objects. Secretions (Contact) The bacteria can live on different surfaces for different periods of time. The incubation period since infection is between 2-14 days. For the elderly or people with congenital diseases, the symptoms may be severe. Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) becomes more severe within 1 week, characterized by bilateral opacities in both lungs. The body will have a high amount of cytokines (Cytokine) called a cytokine storm, treated with steroids and antivirals. But if symptoms do not improve after drug administration a nephrologist may consider hemoperfusion In early infection, nurses should give advice on how to act properly. During the pulmonary phase, nurses can assess the severity of the acute respiratory failure. In the critical phase (hyperinflammation phase), nurses can provide nursing care to patients with ARDS. A lot of skills require knowledge and expertise in nursing care when an abnormality occurs, it can be reported to a doctor immediately.

Keywords: Coronavirus/ Acute Respiratory Distress Syndrome/ Nursing care

¹ Head of Critical care service Hospital for Tropical disease, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University Bangkok 10400

² Professional Nurse Critical care unit Hospital for Tropical disease, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University Bangkok 10400 Corresponding author, Email: supattra.yod@mahidol.ac.th

³ Professional Nurse Critical care unit Hospital for Tropical disease, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University Bangkok 10400

⁴ Practical Nurse Hemodialysis unit Hospital for Tropical disease, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University Bangkok 10400

บทนำ

โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากการแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คน เชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus) ถูกพบครั้งแรกในปี 1960 แต่ยังไม่เป็นที่รู้จักกันแพร่หลาย เริ่มมีการระบาดในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนในเดือนธันวาคมปี พ.ศ. 2562 และมีการแพร่ระบาดออกไปยังทุกประเทศทั่วโลก ต้นกำเนิดของเชื้อไวรัสมาจากเชื้อไวรัสของสัตว์ตัวกลางระบาดมาสู่คนโดยมีการเก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมในตลาดส่งตรวจและพบเชื้อไวรัสมากที่สุด ในบริเวณที่มีการค้าสัตว์ป่าและสัตว์เลี้ยงในฟาร์ม¹ จากสถิติผู้ติดเชื้อทั่วโลก ตั้งแต่เดือนธันวาคมปี พ.ศ.2562 ถึงเดือน พฤษภาคม ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 ยอดสะสม 521,474,937 คน จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม 6,263,967 คน ส่วนสถิติของประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 ยอดสะสม 4,358,033 คน จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม 29,550 คน² อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ เจ็บคอ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ตาแดงอักเสบ ส่วนอาการที่พบมาก ได้แก่ ไข้สูง ไอ สูญเสียการดมกลิ่นและการรับรส อ่อนเพลีย ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไม่รุนแรงปริมาณเชื้อไวรัสโคโรนามีปริมาณน้อยการตรวจ RT-PCR (Rapid Test -polymerase chain reaction) พบค่า CT (Cycle threshold) สูง ค่า CT ปกติจะอยู่ในช่วง 38-40 ซึ่งตรวจไม่พบการติดเชื้อ (Undetected) และค่า CRP (C-reactive protein) ต่ำกว่าค่าปกติ (ค่า CRP < 1.0 mg/dl หรือ < 10 mg/L)³ สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อรุนแรงจะมีปริมาณเชื้อโควิด-19 มาก พบค่า CT ต่ำ และค่า CRP จะสูงกว่าค่าปกติ อาการรุนแรงที่พบได้แก่ อาการหายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก ทำให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกายล้มเหลว² เช่น ระบบทางเดินหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้อลงปอดทำให้ระดับปริมาณออกซิเจนลดต่ำลง (SpO₂) < 94 % ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 28-30 ครั้งต่อนาที จากภาพถ่ายรังสี พบว่า เนื้อปอดเป็นฝ้าขาวเหมือนกระจกฝ้า (Ground-glass) มีเงาทึบ (Infiltration)⁴ เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะพร่องออกซิเจน กรณีที่ค่า ROX INDEX < 4 หลังการใช้เครื่อง O₂ High flow nasal cannula อย่างน้อย 12 ชั่วโมง แสดงว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการใช้เครื่อง O₂ High flow nasal cannula, PaO₂/FiO₂ <300 mmHg, RR >30 bpm พยาบาลควรแจ้งกับแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจอย่างเร่งด่วน⁵ การรักษาด้วยยาสเตียรอยด์อาจไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเชื้อไวรัสและเชื้อแบคทีเรียทางหลอดเลือดดำ ยาสงบระบบทางเดินหายใจ หอบเหนื่อย ผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะ ARDS (Acute respiratory distress syndrome) ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตทางระบบการหายใจ เกิดจากมีการอักเสบและทำลายเนื้อปอดทั้งสองข้างอย่างเฉียบพลันทำให้เกิดความผิดปกติของการซึมผ่านของหลอดเลือดปอด (Pulmonary vascular permeability) มีอาการและอาการแสดงของภาวะปอดบวม ทำให้สูญเสียเนื้อปอดในส่วนที่เป็นลมมี shunt และ dead space เพิ่มขึ้น ความยืดหยุ่นของปอดลดลง⁶ ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของโรค ได้แก่ ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือผู้ที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ผู้ที่มีโรคดังต่อไปนี้ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย โรคปอดเรื้อรัง หรือ หอบหืดรุนแรง โรคตับ โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ คนอ้วนที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 40 kg/m³ ขึ้นไป ในกรณีที่รุนแรงอาจพบอาการปอดอักเสบ ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันรุนแรง ภาวะไตวาย ภาวะช็อกจากการติดเชื้อรุนแรง จนถึงขั้นเสียชีวิตได้⁷ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดติดเชื้อไวรัสโคโรนา รุนแรงจนทำให้เกิดภาวะ ARDS แพทย์เฉพาะทางวิกฤตหรือโรคปอดสามารถรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบวิธี Lung protective ventilation strate, การใช้แรงดันบวกค้างในขณะสิ้นสุดการหายใจออก (Positive end expiratory pressure) และ High Frequency Oscillatory Ventilation (HFOV) สำหรับการรักษาด้วยการไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ การใช้ยาที่ออกฤทธิ์ขัดขวางการสื่อสารประสาทที่ระดับ

Neuromuscular junction (Neuro muscular blocking agent; NMBA), การนอนคว่ำ (Prone position) อย่างน้อย 16 ชั่วโมงต่อวัน การจัดการสารน้ำ (Fluid management) เครื่องช่วยพองการทำงานของหัวใจและปอด (Extracorporeal membrane oxygenation; ECMO)⁶ สำหรับภาวะ ARDS ที่มีปริมาณ Cytokine เพิ่มขึ้น อาการผู้ป่วยแย่ลง CXR พบฝ้าขาวเหมือนกระจกฝ้า (Ground-glass) มีเงาทึบ (Infiltration) เพิ่มขึ้น แพทย์เฉพาะทางด้านโรคไตอาจพิจารณารักษาด้วยการทำ Hemoperfusion เพื่อลดปริมาณ Cytokine ลง หรือจนกว่าค่า CRP ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติและอาการผู้ป่วยดีขึ้น จากงานวิจัยของ Alireza Soleimani ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การทำ Hemoperfusion เป็นวิธีการกรองเลือดสามารถขจัดสารพิษและลดปริมาณสาร Cytokine และค่า CRP บรรเทาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการรุนแรงและการใส่ชุดป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment; PPE) การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อให้การพยาบาลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีประสิทธิภาพสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้ปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ได้ พยาบาลต้องมีทักษะความรู้ทางการพยาบาลที่ได้มาตรฐานได้รับการฝึกอบรมพิเศษก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากเป็นการดูแลรักษาที่แตกต่างจากผู้ป่วยติดเชื้อโดยทั่วไป ประเมิน และบันทึกสัญญาณชีพและใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลอย่างครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงอย่างสมดุล การรายงานแพทย์ได้อย่างรวดเร็วและการบรรเทาอาการของผู้ป่วยให้เหมาะสม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและฟื้นฟูสภาพ สามารถให้ข้อมูลอาการผู้ป่วยและญาติเพื่อคลายความวิตกกังวลได้ ดังนั้นบทความนี้เป็นารแสดงให้เห็นถึงการดูแลรักษาของทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่มีภาวะวิกฤตทำให้ผู้ป่วย

ปลอดภัยและสามารถนำไปเป็นแนวทางหรือแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อโรคระบาดชนิดอื่นได้

กลไกการเกิด ARDS ในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา

เชื้อ SARS-CoV-2 เข้าสู่ร่างกายจะใช้ส่วนของ S-glycoprotein จับกับตัวรับ Angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) ของคน ผ่านเยื่อหุ้มเซลล์เข้าสู่เซลล์ของคน (Fusion) จากนั้นจะมีการปล่อย RNA virus จำนวน 2 สาย ได้แก่ ppta และ pp1ab อนุภาคของไวรัสจะมีกลุ่มของคาร์โบไฮเดรตเป็นปุ่ม (spike) ยื่นล้อมรอบอนุภาคไวรัส ซึ่งประกอบด้วย S1-spike ทำหน้าที่จับกับตัวรับเซลล์โฮสต์ และ S2-spike ใช้สำหรับการรวมตัวของเยื่อหุ้มไวรัสและเซลล์ไวรัสโคโรนาจะทำงานได้เมื่อจับตัวกับตัวรับ (receptor) เท่านั้น ซึ่งมีตัวรับที่สำคัญคือ ACE2 และ Serine transmembrane serine protease (IMPRSS2) ที่สนับสนุนให้เกิด Viral uptake โดย ACE2 เป็นตัวรับที่อยู่บนผิวของ Type II pneumocyte ในปอดทำหน้าที่ผลิตสารหล่อลื่นในปอด (Surfactant) ทำให้ถุงลมมีความยืดหยุ่น หด พอง คลายตัวได้ตามอากาศที่หายใจเข้าออกในภาวะปกติ นอกจากนี้ยังพบ ACE2 บริเวณเยื่อบุลำคอและลำไส้เล็ก เชื้อไวรัสที่ผ่านเข้าสู่ร่างกายจะทำให้เกิด Cytopathic effect และ Cytokine storm ทำให้เกิดปฏิกิริยาอักเสบโดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจทำให้ผู้ป่วยมีอาการปอดอักเสบอย่างรุนแรง การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่างกายพร่องออกซิเจน ซ็อก เลือดเป็นกรด การแข็งตัวของเลือดเสียไป อวัยวะหลายระบบล้มเหลวและเสียชีวิตตามมา⁸

ระยะการดำเนินโรคผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา

แบ่งระยะการดำเนินโรคเป็น 2 ช่วง คือ ร่างกายตอบสนองต่อไวรัส (Viral response phase) และ ร่างกายตอบสนองต่อการอักเสบ (Host inflammatory response phase) แบ่งเป็นระยะได้ 3 ระยะ ดังนี้⁹

ระยะที่ 1 : การติดเชื้อระยะแรก (Early infection) เป็นช่วงแรกการรับเชื้อผู้ป่วยมีอาการ

ทางเดินหายใจไม่รุนแรง ไข้ ไอ ปวดเมื่อย เป็นระยะที่ร่างกายตอบสนองต่อเชื้อไวรัส

ระยะที่ 2 : ระยะแสดงอาการทางปอด (Pulmonary phase) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการหอบเหนื่อย ขาดออกซิเจน มีอาการปอดอักเสบ เอกซเรย์ปอดพบความผิดปกติ ระยะนี้เป็นช่วงคาบเกี่ยวระหว่าง Viral response phase กับ Host inflammatory response phase ตรวจพบ Transaminitis, Low-normal procalcitonin

ระยะที่ 3 : Hyperinflammation phase ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเป็น ARDS, SIRS/Shock, Cardiac failure ตรวจพบ ESR, CRP, LDH, D-dimer, ferritin, Troponin และ NT-proBNP สูง

ลักษณะและความรุนแรงของโรคผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา แบ่งเป็น 5 ลักษณะ (Phenotypes)¹⁰

ลักษณะที่ 1 (Phenotype 1) ความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อย (Mild) อาการและลักษณะทางคลินิก ไข้ (อุณหภูมิมากกว่า 99.6 องศาฟาเรนไฮต์ หรือ 37.5 องศาเซลเซียส) มีอาการของระบบทางเดินหายใจ เล็กน้อยหรืออาการคล้ายไข้หวัด โดยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (Hypoxemia) SpO₂ มากกว่าหรือเท่ากับ 93% เจ็บคอ ไอแห้งๆ การรับรสที่ลดลงและอาจมีท้องเสียร่วมด้วยได้ ไม่พบความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอก หรือ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก

ลักษณะที่ 2 (Phenotype 2) ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate) เริ่มมีอาการอักเสบเพิ่มขึ้น อาการและลักษณะทางคลินิก ไข้ หายใจสั้น ไอ มีภาวะพร่องออกซิเจน SpO₂ น้อยกว่า 93% ระดับ IL-6 ต่ำกว่า 95 pg/mL การดำเนินโรคของกลุ่มนี้อาจแย่งได้ ควรเฝ้าระวังอาการ และติดตามค่า SpO₂ กรณีส่งตรวจภาพรังสีทรวงอก หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก พบลักษณะของภาวะหลอดลมใหญ่และปอดอักเสบ (Bronchopneumonia)

ลักษณะที่ 3 (Phenotype 3) ความรุนแรงอยู่ในระดับรุนแรง (Severe) อาการและลักษณะ

ทางคลินิก ไข้ มีภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรงมากขึ้น SpO₂ น้อยกว่า 88% มีค่า P/F ratio (PaO₂ /FiO₂) ต่ำกว่า 200 mmHg อัตราการหายใจมากกว่า 25 bpm ระดับ IL-6 สูงกว่า 94 pg/mL การดำเนินของโรคทรุดลง มากกว่าลักษณะที่ 2 กรณีส่งตรวจภาพรังสีทรวงอกหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกพบลักษณะของ organizing pneumonia

ลักษณะที่ 4 (Phenotype 4 หรือ L-phenotype) ความรุนแรงอยู่ในระดับรุนแรง (Severe / pre critical illness) เป็นระยะของการเกิดภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน อาการ และลักษณะทางคลินิก ไข้และมีภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรง มี Low elastance หรือ High compliance กรณีส่งตรวจภาพรังสีทรวงอกหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกพบลักษณะของ Ground glass opacities และปริมาณของ Non-aerated lung area มีน้อย ทำให้ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยระดับ Positive end expiratory pressure (PEEP) ที่สูง และการใช้ Lung recruitment maneuver ซึ่งแตกต่างจากภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันทั่วไป (Classical ADRS) นอกจากนี้ พบว่าระยะเวลาที่เริ่มปรากฏอาการคือ 8-12 วัน ต่างจากภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันทั่วไปซึ่งจะเกิดภายใน 7 วันนับจากมีสาเหตุกระตุ้นหรืออาการทางระบบหายใจที่แย่งลง

ลักษณะที่ 5 (Phenotype 5 หรือ H-phenotype) ความรุนแรงอยู่ในระดับวิกฤต (Critical) เป็นกลุ่มที่มีการดำเนินโรครุนแรงมากขึ้น อาการและลักษณะทางคลินิก ไข้ และมีภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรง มี High elastance หรือ Low compliance พบน้ำในปอดและปอดแฟบเพิ่มขึ้น ทำให้ตอบสนองดีต่อ PEEP ที่สูง หรือใช้ Recruitment maneuver คล้ายคลึงกับภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันทั่วไป นอกจากนี้อาจทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) กลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome) ช็อก (Shock) หรือหัวใจล้มเหลว (Cardiac failure)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่

สามารถระบุตัวเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ด้วยวิธี Real time reverse transcription PCR หรือ RT-PCR โดยการเก็บตัวอย่างจากเสมหะของระบบทางเดินหายใจส่วนบนและส่วนล่าง ขณะเดียวกันก็เก็บตัวอย่างจากเลือดในช่วงแรกที่เกิดอาการ และ 14 วันหลังแสดงอาการของผู้ป่วยทุกคน พบว่าจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวในช่วงแรกที่เกิดอาการอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือลดต่ำลง (WBC ค่าปกติเท่ากับ 4,500-1,000 cell/ml) เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ลดลง (Lymphocyte ค่าปกติเท่ากับ 20-50%) เอนไซม์ตับเพิ่มขึ้น (AST ค่าปกติเท่ากับ 10-42 u/L, ALT ค่าปกติเท่ากับ 10-40 u/L) ค่า Cardiac enzymes เพิ่มขึ้น (ค่าปกติ Troponin I มีค่าน้อยกว่า 0.12 mcg/L และค่าปกติ Troponin T มีค่าน้อยกว่า 0.01 mcg/L และค่า Creatine kinase, CK ผู้ชาย ค่าปกติ 39-308 u/L ผู้หญิง ค่าปกติ 26-192 u/L) และไมโอโกลบินมีค่าเพิ่มขึ้น (Myoglobin ค่าปกติ คือ 25-72 ng/ml หรือ 1.28-3.67 nmol/L) ในผู้ป่วยบางรายค่า C-reactive Protein คือโปรตีนชนิดหนึ่งที่ร่างกายสร้างขึ้นมาเพื่อตอบสนองต่อการอักเสบ (ค่าปกติ CRP < 1.0 mg/dl หรือ < 10 mg/L) และ ระดับ Interleukine-6 เป็นหนึ่งใน Cytokine ที่กระตุ้นให้เกิดการอักเสบ (ค่าปกติ IL-6 น้อยกว่า 12.5 pg/mL) ค่า Erythrocyte sedimentation rate (ESR) คืออัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดงใน 1 ชั่วโมง ESR (เพศหญิง ค่าปกติ 0-20 mm/hr , เพศชาย ค่าปกติ 0-15 mm/hr) ในผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าเพิ่มสูงขึ้น ปกติในรายที่อาการหนัก ค่า Procalcitonin จะสูง (PCT คือภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ในคนแข็งแรงปกติ ค่า PCT น้อยกว่า 0.05 ng/mL ในผู้ป่วย Septic shock ค่า PCT มากกว่า 2 ng/mL) และค่าดีไดเมอร์ (D-dimer คือเป็นค่าบ่งบอกถึงการมีลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ ค่าปกติ น้อยกว่า 500 ng/ml) มีค่าเพิ่มสูง¹¹

การแปลผลการตรวจ RT-PCR ปริมาณเชื้อไวรัสโคโรนา

การเพิ่มของสารพันธุกรรมไวรัสโคโรนา หรือ Cycle threshold หรือเรียกว่า ค่า CT ขณะที่เพิ่มสารพันธุกรรม มีการทำเป็นวงรอบ โดยวงรอบประมาณ 40 รอบ ค่าที่ตรวจได้จะมีค่าเป็น CT (Cycle threshold) ซึ่งผลการตรวจ ของค่า CT ปกติจะอยู่ในช่วง 38-40 ซึ่งตรวจไม่พบการติดเชื้อ (Undetected) กรณีที่ตรวจพบค่า CT น้อยกว่า 38 แสดงว่ามีเชื้อไวรัส (Detected) และถ้ามีค่า CT ยิ่งน้อยแสดงว่า มีปริมาณเชื้อไวรัสมากเพราะทำการตรวจไม่ก็รอบก็สามารถเพิ่มสารพันธุกรรมจนสามารถตรวจพบได้¹²

การตรวจวินิจฉัยภาวะ ARDS

นิยามของภาวะ ARDS ของ Berlin definition ดังนี้

1. มีอาการทางระบบหายใจที่เกิดขึ้นใหม่หรืออาการแย่ลงภายใน 1 สัปดาห์
2. ปอดทั้ง 2 ข้างมีฝ้าขาว (Bilateral opacities) จากภาพถ่ายรังสี ซึ่งไม่ได้มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพอื่นในปอด เช่น น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) ปอดแฟบ (Lung collapse) หรือรอยโรคในเนื้อปอด
3. มีภาวะหายใจล้มเหลว ที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะน้ำเกิน โดยในรายที่ไม่พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด ARDS อาจพิจารณาตรวจค้นเพิ่มเติม เช่น การทำ Echocardiography
4. ความรุนแรงของโรคแบ่งตามระดับการพร่องออกซิเจนในเลือด ดังนี้ ระดับความรุนแรงน้อย (Mild) เท่ากับ $200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ with PEEP or CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate) เท่ากับ $100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}$ with PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ ระดับความรุนแรงมาก (Severe) $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mmHg}$ with PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ ¹³

แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย การดูแลรักษา และการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับวันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ.2565

ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic COVID-19) โดยแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation) แพทย์รักษาตามอาการ อาจพิจารณาให้ยาฟ้าทะลายโจร แต่ไม่ให้ยา Favipiravir เนื่องจากไม่มีอาการของโรค และสามารถหายได้เอง ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการ ไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมและภาพถ่ายรังสีปอดปกติ (Symptomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factors for severe disease) แพทย์ให้การรักษาด้วย Favipiravir โดยเริ่มการรักษาด้วยยาให้เร็วที่สุด ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบ (Pneumonia) ความรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง ไม่จำเป็นต้องได้รับ Oxygen และ Lymphocyte $< 1,000 \text{ cells/mm}^3$ หรือ ผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงแต่มีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงของโรคมักขึ้น แพทย์ให้ยาด้านไวรัสเพียง 1 ชนิด โดยเริ่มยาภายใน 5 วัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการ สำหรับผู้ป่วยยืนยันที่มีภาวะปอดอักเสบ มีภาวะ Hypoxia (Resting O_2 saturation 94 %) มีภาวะปอดอักเสบรุนแรง ไม่เกิน 10 วัน หลังจากมีอาการและได้รับ Oxygen แพทย์ให้ Remdesivir เป็นเวลา 5-10 วันและCorticosteroid ต้องติดตามและประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Favipiravir ภายใน 4 วัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการติดเชื้อ สามารถลดความเสี่ยงของภาวะรุนแรงของโรคได้แต่ไม่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต

ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการแย่ง การให้ยา Corticosteroid เมื่อปอดเกิดการอักเสบและ $\text{SpO}_2 \leq 94\%$ หรือมี SpO_2 ขณะออกแรงลดลง $\geq 3\%$ ของค่าที่วัดได้ครั้งแรก ให้ dexamethasone 6 มก./วัน นาน 7-10 วัน ถ้าน้ำหนักมากกว่า 90 กก.พิจารณาปรับขนาดเพิ่ม กรณีปอดเกิดการอักเสบและ $\text{SpO}_2 \leq 93\%$ หรือต้องได้รับ O_2 supplement ≥ 3 ลิตร/นาที

พิจารณาให้ dexamethasone ไม่เกิน 20 มก./วัน หรือเทียบเท่า ปรับลดขนาดหากอาการดีขึ้น ระยะเวลาอย่างน้อย 7 วัน กรณีปอดอักเสบ ต้องใช้ HFNC, NIV หรือเครื่องช่วยหายใจ ให้ dexamethasone 20 มก./วัน อย่างน้อย 5 วัน แล้วค่อย ๆ ปรับลดขนาดเมื่ออาการดีขึ้น ถ้าอาการแย่งให้ปรับขนาดสูงขึ้นโดยประเมินจากความเสี่ยงจากการติดเชื้อแทรกซ้อน การพิจารณาให้ยา Remdesivir ถ้ามีปอดอักเสบต้องให้ออกซิเจนให้นาน 5 วัน โดยวันแรกให้ขนาด Remdesivir 200 มก. ทางเส้นเลือดวันละครั้ง จากนั้นให้ Remdesivir 100 มก.ทางเส้นเลือดวันละครั้ง วันที่ 2 ถึงวันที่ 5 และถ้ารุนแรงมากอาจให้นาน 10 วัน การพิจารณาให้ยา Tocilizumab เมื่อปอดเกิดการอักเสบมากขึ้น ปริมาณสาร Cytokine และค่า CRP สูงหรือค่า interleukin 6 สูง ขนาดยา Tocilizumab dose 8 มก./กก. ประมาณ 400-480 มก./dose¹⁴

ข้อบ่งชี้การให้ออกซิเจนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การทำ Exercise-induced hypoxia วิธีการคือ ให้ผู้ป่วยปั่นจักรยานอากาศ (นอนหงายแล้วปั่นขาแบบปั่นจักรยาน) นาน 3 นาที หรืออาจให้เดินข้างเตียงไปมา 3 นาที ขึ้นไป แล้ววัดค่า SpO_2 เทียบกันระหว่างก่อนทำและหลังทำ หากมีค่า SpO_2 ลดลง $\geq 3\%$ ขึ้นไปถือว่า Exercise-induced hypoxia ผลเป็นบวก อาจพิจารณาใช้ High-Flow Oxygen Nasal Cannula (HFNC) หรือ Non-invasive ventilation (NIV) (เฉพาะชนิดที่เป็น dual limb เท่านั้น) หรือ Helmet ได้เฉพาะกรณีที่สถานพยาบาลมีห้องแรงดันลบที่ได้มาตรฐานเนื่องจากจะก่อให้เกิดการกระจายตัวของ aerosol ในปริมาณมาก¹² การใช้เครื่อง O_2 High flow nasal cannula จะเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยที่มี Hypoxic respiratory failure ที่สามารถสูดหายใจได้เอง (Spontaneous breathing) แต่มีภาวะ Increased work of breathing ปัจจุบันนำมาใช้ในผู้ป่วย

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะพร่องออกซิเจน⁴ ข้อบ่งชี้ แนะนำให้ใช้ HFNC เป็นอันดับแรกในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 19 ที่มีค่า PaCO_2 สูงเล็กน้อย (ไม่เกิน 5 มม.ปรอทเมื่อเทียบกับค่าเดิมของผู้ป่วย) ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยร่วมกับภาวะพร่องออกซิเจนแบบรุนแรงน้อยถึงปานกลาง (ค่า P/F ratio 150-300 mmHg หรือ SpO_2 90-94% ขณะรักษาด้วยออกซิเจน) และใช้กับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้งาน HFNC อาจทำให้เกิดอาการท้องอืด ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากแรงดันอากาศสูงเข้าจมูก อุณหภูมิร้อนเกินไปหรือเกิดแผลกดทับจากการใส่ Nasal cannula กรณีที่ค่า ROX INDEX < 4 หลังการใช้เครื่อง O_2 High flow nasal cannula อย่างน้อย 12 ชั่วโมงแสดงว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการใช้เครื่อง O_2 High flow nasal cannula , $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ <300 mmHg, RR >30 ครั้ง/นาที หรือ SpO_2 < 94% ที่ room air ระบบไหลเวียนเลือดไม่คงที่ ผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดงแย่งจากเดิม พยาบาลควรแจ้งกับแพทย์และเตรียมเครื่องช่วยหายใจผ่านทางหน้ากากครอบ (NIV) หรือเตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ (Invasive mechanical ventilation) ให้พร้อม¹⁵ ข้อบ่งชี้ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 19 ที่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางที่ต้องช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกแต่ยังไม่จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีและให้ร่วมมือในการใช้ NIV ผลดี ช่วยเพิ่มปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้า (Tidal volume) จากการใช้ BIPAP เพิ่ม Expiratory lung volume ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนดีขึ้นและลดแรงในการหายใจ ใช้งานง่ายและหย่าจากเครื่องช่วยหายใจได้ง่าย ผู้ป่วยสามารถพูด รับประทานอาหารและไอขับเสมหะได้ การใส่หน้ากาก NIV ให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายโดยการครอบปากจมูกและพันยึดหน้ากากไว้ที่หน้าให้แน่นพอสมควร ประเมินความพอดีของหน้ากาก ความแน่นของสายรัดศีรษะและการรั่วของหน้ากากทุกครั้งที่ปรับและอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ควรประเมินและบันทึก

อัตราการหายใจ ค่า SpO_2 อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที ในช่วงแรกทุก 30 นาทีในช่วงที่ 2 และหลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง ตรวจสอบการตั้งค่าของเครื่องช่วยหายใจและบันทึกปริมาตรอากาศที่เข้าและออกจากปอดทุก 1 ชั่วโมง ประเมินและบันทึกความไม่สุขสบายคือ อึดอัด หายใจไม่สะดวกจากการบีบกดของหน้าอกช่วยหายใจและแรงดันของลม และความปวดจากการกดของหน้ากากที่หน้าและดั้งจมูกทุก 2 ชั่วโมง การตั้งค่า PEEP 12-16 cmH₂O และตั้งค่า Pressure support เพื่อให้ได้ปริมาตรอากาศที่ไหลเข้าและออกจากปอดในการหายใจ 1 ครั้ง (Tidal volume:VT) 4-6 mL/kg ตั้งค่า FiO_2 ให้ได้ค่า SpO_2 90-94% ถ้าผู้ป่วยอาการยังไม่ดี รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณออกซิเจนที่เพียงพอ¹⁶ สำหรับแพทย์เฉพาะทางด้านโรคไตอาจพิจารณาทำ Hemoperfusion เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาต้านไวรัสและสเตียรอยด์ปริมาณสูง เกิดภาวะพร่องออกซิเจนอยู่ในระดับรุนแรง (Severe) ตรวจภาพรังสีทรวงอกหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกพบลักษณะของ Organizing pneumonia ระดับ SpO_2 น้อยกว่า 85% มีค่า P/F ratio ($\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2$) ต่ำกว่า 200 mmHg อัตราการหายใจมากกว่า 25 bpm ระดับ IL-6 สูงกว่า 94 pg/mL, CRP > 60 mg/L²³

จากการศึกษาของเมนซิลลาและคณะ¹⁷ พบว่า การใช้ NIV สามารถหลีกเลี่ยงการใส่ท่อช่วยหายใจได้ในเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย โดยพบอัตราความสำเร็จร้อยละ 48.1 และจากการศึกษาของคิงและคณะ¹⁸ พบว่า การใช้เครื่องช่วยหายใจ (Invasive mechanical ventilation) ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 19 มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่สูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีอายุมาก อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 70 ปี พบว่า การใช้เครื่องช่วยหายใจประสบความสำเร็จมากกว่า 70%

จากงานวิจัยของนิธิพัฒน์ เจริญกุล พบว่า ผลการรักษาผู้ป่วย Moderate to severe disease ในผู้ป่วยโควิด-19 ในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่โรงพยาบาล ศิริราช ทั้งหมด 13 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation with invasive ventilation) จำนวน 5 ราย ไม่มีรายใดเสียชีวิตและทั้งหมดสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ โดยมีการใช้ HFNC ทั้งหมด 10 ราย ได้ผลดี 7 ราย อีก 3 ราย ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (ผู้ป่วยมักมีอายุมากและอ้วน) แต่ทั้งหมดก็ได้ผลดี มีการใช้ NIV สลับกับ HFNC 1 ราย ได้ผลดี ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ทั้งหมด 5 ราย ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ระหว่าง 3-18 วัน เมื่อหายดีแล้วทั้งหมดกลับไปมีสมรรถภาพการออกกำลังกายใกล้เคียงกับก่อนป่วย ในผู้ป่วยทั้ง 13 ราย ได้รับการทำ Prone position therapy ซึ่งตอบสนองดี และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน¹⁹

หลักการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ที่มีภาวะ ARDS

1. การรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ⁶

1.1 การตั้งเครื่องช่วยหายใจ การใช้ Lung protective ventilation โดยการปรับ Low tidal volume ventilation (LTWV) ที่ V_T ลดลงเหลือ 4-6 mL/kg of predicted body weight (PBW) จากค่าปกติ คือการใช้ V_T 10-12 mL/kg of PBW และจำกัดค่า Plateau pressure น้อยกว่า 30 cmH₂O เพื่อเป็นการควบคุมแรงดันบวกไม่ให้ถุงลมส่วนหน้าถูกถ่างขยายจนมีขนาดใหญ่เกินไป (Alveolar over distention) แต่ก็ต้องเป็นแรงดันที่มากพอ จะเปิดถุงลมส่วนที่ยังพอมีความยืดหยุ่นอยู่บ้างหรือปอดส่วนตรงกลางไม่ให้เปิดปิดสลับไปมาและพยายามเปิดถุงลมที่แฟบไปแล้วบริเวณด้านหลังให้กลับมาแลกเปลี่ยนก๊าซได้ โดยรักษาระดับ SpO₂ ให้อยู่ระหว่าง 88-95% หรือ PaO₂ ให้อยู่ระหว่าง 55-88 mmHg เพื่อเป็นการป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อปอดได้

1.2 ตั้งค่า high PEEP ตั้งที่ค่า 12 cmH₂O หรือสูงกว่า เพื่อถ่างถุงลมที่แฟบให้กลับมาทำงานได้

ตามปกติ เพิ่ม Functional residual capacity (FRC) คงไว้ซึ่งการแลกเปลี่ยนก๊าซที่เพียงพอและลดแรงในการหายใจ ควรตั้ง high PEEP ในกรณี Moderate to severe ARDS แต่มีผลทำให้ความดันในช่องอกเพิ่มสูงขึ้น ปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็วขึ้นปัสสาวะออกน้อย นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด พยาบาลต้องคอยประเมินหากฟังเสียงปอดเบาลง หรือไม่ได้ยินเสียงปอด เคาะปอดได้ยินเสียงโปร่ง ให้รีบรายงานแพทย์ทันที พร้อมทั้งเตรียมอุปกรณ์ใส่สายระบายทรวงอก (Intercostal drainage; ICD)

1.3 High frequency oscillatory ventilation (HFOV) คือการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดพิเศษ ที่มีอัตราการช่วยหายใจที่ถี่กว่าปกติโดยอัตราเริ่มต้นส่วนใหญ่อยู่ที่ 3 Hz นั่นคือ $60 \times 3 = 180$ ครั้ง/นาที ร่วมกับการใช้ V_T ขนาดน้อยกว่าปกติและใช้ Mean airway pressure ที่สูงตลอดเวลา เป็นผลให้มีการเปิดถุงลมและรักษาระดับแรงดันบวกให้คงที่ ทั้งในช่วงหายใจเข้าและหายใจออก ป้องกันถุงลมแฟบช่วงสิ้นสุดการหายใจออก ปัจจุบันไม่นิยมใช้ เนื่องจากพบอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่ใช้ Lung protective strategies

1.4 Recruitment Maneuver (RM) คือ การช่วยหายใจโดยใช้แรงดันหายใจ (Inspiratory airway pressures) ขนาดสูงในช่วงสั้น 1 ถึง 2 นาที เพื่อเปิด Alveoli ส่วนที่ปิดอยู่ให้เปิดและการให้ PEEP ในระดับที่เหมาะสมช่วยให้ถุงลมปอดที่เปิดอยู่ไม่กลับไปปิดอีกครั้ง ช่วยลดการเกิด Atelectrauma ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) Inflation maneuver เพื่อเปิด Atelectated lung unit 2) Deflation maneuver เพื่อหาจุดที่ Lung unit ส่วนใหญ่จะแฟบลงเมื่อระดับความดันในปอดลดลง จุดนี้เป็นจุดที่จะ Set ค่าของ PEEP เพื่อให้ปอดขยายตัวอยู่ตลอดเวลาในช่วงหายใจออก 3) Re-inflation เพื่อเปิด Lung unit หลังจากที่พักแฟบลง ตอนนี้เป็นช่วงที่จะใช้ความดันที่ได้จากข้อ 1 และ ข้อ 2 มาใช้

ในการปรับเครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกัน End-expiratory alveolar collapse²⁰

2. การรักษาด้วยการไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ⁶

2.1 การใช้ยาที่ออกฤทธิ์ขัดขวางการสื่อประสาทที่ระดับ Neuromuscular junction (Neuro muscular blocking agent; NMBA) ผู้ป่วย Mild ARDS ที่ความปกติในการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มาก ควรให้ผู้ป่วยหายใจด้วยตนเองผ่านเครื่องช่วยหายใจ (Assisted) โดยพิจารณาให้ยานอนหลับหรือยาแก้ปวดในขนาดต่ำ หากมีความจำเป็นต้องให้ NMBA ควรพิจารณาให้เป็นครั้งคราว ไม่ควรให้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน เนื่องจากอาจเกิดความเสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง

2.2 การจัดท่านอนคว่ำ (Prone position) โดยประเมินจากค่า P/F Ratio < 100 mmHg เมื่อมีภาวะ ARDS แพทย์จะพิจารณาว่าไม่มีข้อห้ามใด ๆ จึงจะให้การรักษาด้วยการจัดท่านอนคว่ำ (Prone position) เพื่อลดแรงกดทับของปอดด้านหลัง และช่วยให้ปอดขยายตัวเพิ่มขึ้น เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนดีขึ้น ระดับออกซิเจนเพิ่มขึ้น พยาบาลควรดูแลให้ยานอนหลับและยาแก้ปวดที่เหมาะสม ประเมินระดับความรู้สึกตัว ด้วยแบบประเมิน RASS และประเมินภาวะสมองขาดออกซิเจน โดยดูการตอบสนองต่อแสงของรูม่านตา อาจมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือความดันโลหิตต่ำ แพทย์อาจพิจารณาหยุดการนอนคว่ำและกลับมานอนหงายราบ เผื่อระวังท่อช่วยหายใจและสายน้ำเกลือให้ยาต่าง ๆ ไม่ให้เลื่อนหลุด ควรดื่มน้ำอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมงก่อนการนอนคว่ำและแนะนำให้จัดท่าศีรษะสูงปลายเท้าต่ำ (Reverse trendelenburg position) ใช้หมอนหรือวัสดุป้องกันแผลกดทับบริเวณหน้าอกและกระดูกเชิงกราน บริเวณปุ่มกระดูกอาจใช้แผ่นป้องกันแผลกดทับ ใช้ Eye jell หรือที่ครอบตาเพื่อป้องกันกระจกตาถลอก โดยจัดทำเหมือนท่ากำลังว่ายน้ำคือแขนอวางเหนือศีรษะหนึ่งข้าง อีกข้างวางแนบลำตัว ใบหน้าเอียงไปด้านใดด้านหนึ่ง มีการสลับแขน

พลิกใบหน้าทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรมพิเศษในการจัดท่านอนคว่ำหน้าผู้ป่วย ใช้ประมาณ 6-7 คนช่วยประคองท่อช่วยหายใจ แขน ขา ลำตัว ไปพร้อม ๆ กันเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยขณะเปลี่ยนเป็นท่านอนคว่ำมากที่สุด

2.3 การให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำให้เหมาะสม การจำกัดสารน้ำโดยรักษาระดับ Central venous pressure (CVP) < 4 mmHg และ Pulmonary artery occlusion pressure (PAOP) น้อยกว่า 8 mmHg และการเลือกให้ Enteric tropic feeding พบว่ามี Gastrointestinal intolerance ที่น้อยกว่า

2.4 การทำ ECMO ในผู้ป่วยเกิดภาวะ Severe ARDS เป็นเครื่องที่ช่วยพยุงการทำงานของหัวใจและปอด มี 2 รูปแบบ คือ VV-ECMO ระบบช่วยแลกเปลี่ยนก๊าซที่ใช้กับปอดเท่านั้น โดยเลือดจะถูกดูดออกจากหลอดเลือดดำและสูบกลับเข้าไปอีกครั้งในระบบหลอดเลือดดำเช่นเดียวกันและ VA-ECMO ระบบช่วยแลกเปลี่ยนก๊าซและสนับสนุนการไหลเวียนของเลือดใช้ในกรณีที่ต้องการพุงการทำงานของหัวใจและปอด โดยเลือดจะถูกดึงออกจากกระบบหลอดเลือดดำก่อนจะถูกเปลี่ยนเป็นเลือดแดงแล้วส่งคืนเข้าสู่ระบบหลอดเลือด²¹

จากงานวิจัยของ Filippo Binda และคณะ ได้ทำการศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยการจัดท่านอนคว่ำ (Prone position) ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตประเทศอิตาลี เป็นระยะเวลา 1 เดือน จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 89 คน เป็นเพศชายคิดเป็น 67% อายุเฉลี่ย 59 ปี (ช่วงอายุ 23-80 ปี) วิธีการคือ การจัดท่านอนคว่ำ (Prone position) ให้กับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่มีภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง ในรายที่มีภาวะ severe ARDS ระดับ $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100 \text{ mmHg}$ เป็นระยะเวลา 12-16 ชั่วโมง จึงเปลี่ยนมาเป็นการนอนหงายและหากผู้ป่วยมีภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง จึงปรับมาท่านอนคว่ำได้ใหม่ทันที ซึ่งการจัดท่านอนคว่ำหน้า จะเพิ่มพื้นที่ของปอด

ในการแลกเปลี่ยนก๊าซได้มากขึ้นทำให้ปริมาณออกซิเจนเพิ่มขึ้น การศึกษาเป็นการวัดประสิทธิผลจากการจัดท่านอนคว่ำให้ผู้ป่วย (Prone position) เพื่อเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนให้มากขึ้นพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 86 ราย (คิดเป็น 97%) ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ได้ทำการจัดท่าผู้ป่วยนอนคว่ำในจำนวนผู้ป่วย 43 ราย (คิดเป็น 48%) โดยผู้ป่วยที่มีอายุ น้อยกว่า 59 ปี สามารถหายใจและกลับบ้านได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 43 รายที่ได้รับการจัดท่านอนคว่ำ มีผู้ป่วยจำนวน 15 รายที่เสียชีวิต ซึ่งในผู้ป่วยจำนวน 10 รายนั้นเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สรุปรงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการจัดท่านอนคว่ำสามารถรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่มีภาวะวิกฤตที่มีระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ให้หายใจกลับมาเป็นปกติได้และเป็นการจัดท่านอนคว่ำเป็นการดูแลเฉพาะตามมาตรฐานการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต²²

จากงานวิจัยของ Alireza Soleimani การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ขั้นรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในห้องไอซียู โรงพยาบาล Shahid Beheshti เมือง Kashan ประเทศอิหร่าน เป็นระยะเวลา 1 ปี ผู้เข้าร่วมจำนวน 48 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ศึกษาโดยการทดสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลลัพธ์อาการของผู้ป่วย ก่อนและหลังการรักษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของ Hemoperfusion, PaO₂ และสัญญาณชีพก่อนและหลังทำ Hemoperfusion, SpO₂, ESR, CRP, Fibrinogen, Ferritin และ Lymphocyte ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม สรุปรผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การทำ Hemoperfusion เป็นวิธีการกรองเลือดสามารถขจัดสารพิษและลดปริมาณสาร Cytokine และลดอาการหายใจลำบากและค่า CRP ในผู้ป่วย COVID-19 ที่รุนแรงได้²³

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาเกิดระบบทางเดินหายใจล้มเหลวที่มีภาวะวิกฤต
การพยาบาลระยะที่ 1 : การติดเชื้อระยะแรก (early infection)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากภาวะไข้หลังติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข้าสู่ร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

- มีไข้ T>37.5 องศาเซลเซียส
- มีเสมหะ
- ไอ
- ปวดเมื่อย
- ผลตรวจ ATK positive/ผล RT-PCR positive
- ผล Chest X-ray infiltrate

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่มีภาวะไข้ รู้สึกสุขสบายมากขึ้น กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินอาการและอาการแสดง (Assessment) ของผู้ป่วย ได้แก่ มีไข้ หาวสั้น มีเสมหะ หายใจลำบาก หายใจเร็ว เจ็บหน้าอก เพื่อประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อ กรณีผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย แนะนำให้สามารถแยกกักตัวที่บ้านได้ (Home isolation) แพทย์อาจพิจารณาให้ยารักษาตามอาการ เช่น ยาลดไข้ ยาแก้ไอ ยาแก้เจ็บคอ ยาละลายเสมหะ เป็นต้น

- พยาบาลแนะนำ/หรือประสานหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านติดต่อให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วย กักตัวแยกตนเองออกจากผู้อื่น อยู่ในห้องส่วนตัวตลอดเวลา งดการออกจากบ้าน ในระหว่างแยกตัว เป็นเวลา 10 วัน ผู้ป่วยต้องลงทะเบียนเข้าระบบของโรงพยาบาล/ระบบของรัฐ หรือเอกชน สปสช.เปิดช่องทาง LINE โดยเพิ่มเพื่อนได้ที่ @nhso ให้ลงทะเบียนเข้าระบบดูแลที่บ้านหรือชุมชน กลุ่ม อสม/อสส ให้การดูแลผู้ติดเชื้อโควิด เพื่อให้เข้าระบบและมีการติดตามเยี่ยมในระบบ หรือโทรสายด่วน 1330 กด 14 จนครบการกักตัวถึงจะได้การรับรองว่าได้รับการกักตัวครบตามเวลา ซึ่งมี 2 กรณี คือ บุคคลทั่วไป ไม่มีโรคประจำตัวและบุคคลทั่วไป มีโรคประจำตัว และ กลุ่ม 608 คือ กลุ่มคนที่ต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 มากที่สุดนั่นคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว 8 โรค คือ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง, โรคอ้วน โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน รวมถึงเด็กอายุ 0-5 ปี คนพิการและผู้ป่วยติดเตียง

- แนะนำสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง วัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้งหรือเมื่อมีอาการตัวร้อน บันทึก Oxygen saturation ทุกวัน วันละ 1 ครั้งหรือเมื่อมีอาการเหนื่อยมากขึ้น กรณีมีไข้สูง > 39 องศา และหรือมีอาการแสบได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย วัดค่าปริมาณออกซิเจน (SpO₂) < 94% หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ให้รีบติดต่อโรงพยาบาลที่รักษาอยู่ทันทีหรือโทรเบอร์ 1669 เพื่อขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- รายงานข้อมูลไปยังหน่วยงานที่ลงทะเบียนตามระบบ

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีไข้ T=36.5-37.5 องศาเซลเซียส
- ไม่มีเสมหะ
- ไม่มีอาการไอ
- ไม่มีอาการปวดเมื่อย
- ผลตรวจ ATK negative/ผล RT-PCR negative

การพยาบาลระยะที่ 2 : ระยะแสดงอาการทางปอด (Pulmonary phase)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากระบบการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

- หายใจตื้นและหอบเหนื่อย
- RR ≥ 24-ครั้ง/นาที
- ใช้แรงในการหายใจมากกว่าปกติ
- ซึม ไม่รู้สึกตัว หรือ Unconscious
- มีไข้ T>37.5 องศาเซลเซียส
- ค่า SpO₂ < 92%
- ผล ABG: PaO₂ < 60 mmHg
- ผล ABG: pH < 7.35
- ผล ABG: PaCO₂ > 45 mmHg
- ผล CXR พบ Infiltration
- ค่า ROX INDEX < 4
- capillary refill > 2 sec
- เสมหะเหนียว ปริมาณพอควร
- ริมฝีปากเขียวคล้ำ
- ปลายมือปลายเท้าเย็นเขียวคล้ำ

วัตถุประสงค์ ร่างกายได้รับปริมาณออกซิเจนอย่างเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินอาการและอาการแสดง (Assessment) ของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม หดสติ อาการหายใจลำบาก อัตราการหายใจ 28-30 ครั้งต่อนาที อาการหายใจหอบเหนื่อย อาการเจ็บแน่นหน้าอก ริมฝีปากเขียวคล้ำ ปลายมือปลายเท้าเย็น สีผิวเขียวคล้ำ

- บันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ และค่า SpO₂ อย่างน้อยทุก 15 นาที กรณีอาการคงที่บันทึกทุก 1 ชั่วโมง

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนจากเครื่อง O₂ High flow nasal cannula ปรับเพิ่มอัตราการไหลที่ละ 5 ถึง 10 ลิตรต่อนาที จนถึงระดับสูงสุดอย่างน้อย 50 ลิตรต่อนาที ปรับระดับความเข้มข้นของออกซิเจน อย่างน้อยร้อยละ 60 และตั้งอุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส กรณีผู้ป่วยรู้สึกร้อนหรือไม่สุขสบาย ให้ลดอุณหภูมิลงเหลือ 34 องศาเซลเซียส

- ติดตามดัชนี ROX INDEX = [SpO₂/FiO₂] / Respiratory rate พบว่า ถ้าค่า ROX INDEX < 4 อย่างน้อย 4-8 ชั่วโมง ให้รีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการใส่ท่อช่วยหายใจ จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตและอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ เช่น VDO larynge , Hepa filter ต่อเข้ากับข้อต่อลมหายใจออกจากผู้ป่วย (Flex tube) ชุดสายเครื่องช่วยหายใจ ชนิดแบบใช้ครั้งเดียว (Single use) ชุดป้องกัน PPE ยาที่ใช้ให้ผู้ป่วยเพื่อระงับอาการสงบก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น Propofol 2 mg/kg, Succinylcholine 2 mg/kg, Rocuronium 50 mg เป็นต้น กล่องใส่อะคริลิกสำหรับครอบศีรษะผู้ป่วยขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ชุดอุปกรณ์วัด ET/CO₂ สายดูดเสมหะแบบระบบปิด (Close suction) และอุปกรณ์เชือกผูกท่อช่วยหายใจ เป็นต้น

- ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูดเสมหะเมื่อจำเป็นหรือผู้ป่วยมีอาการไอมีเสมหะโดยใช้แบบ Close suction เพื่อป้องกันการพร่องออกซิเจนขณะดูดเสมหะและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ

- ดูแลจัดท่าให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศา (Fowler's position) เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ไม่ไปดันปอดทำให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้นการระบายอากาศ และการแลกเปลี่ยนแก๊สดีขึ้น

- ดูแลให้ได้รับยาพ่น การพ่นยาขยายหลอดลม หลีกเลี่ยงการพ่นยาแบบ nebulizer ทำให้เกิด aerosol เพิ่มโอกาสการแพร่กระจายเชื้อ อาจพิจารณาใช้ การพ่นยาผ่านอุปกรณ์ metered dose inhalers ร่วมกับ spacer device แทน ตามแผนการรักษา ของแพทย์

- ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ติดตามค่า Hematocrit และ Hemoglobin เพื่อวัดค่าปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ต่อปริมาตรของเลือดทั้งหมด ซึ่งสารสีแดงที่อยู่ใน เม็ดเลือดมีหน้าที่ลำเลียงออกซิเจนจากปอดไปเลี้ยง เนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ และติดตามค่า PaO₂ ใน ABG ให้ PaO₂ > 60 mmHg และ ค่า PaCO₂ < 45 mmHg ติดตาม CXR ตามแผนการรักษา ซึ่งปอดมีลักษณะ ฝ้าขาวเหมือนกระจกฝ้า (Ground-glass) มีเงาทึบ (Infiltration) ในรายที่อาการรุนแรงอาจเห็นเป็นเงา สีขาวทึบหรืออาจถึงขั้นปอดขาว และอาจพบอาการ น้ำท่วมปอดร่วมด้วย

- กรณี อาการผู้ป่วยดีขึ้น พิจารณาการหย่า เครื่องช่วยหายใจตาม Weaning protocol

เกณฑ์การประเมินผล

- หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีหอบเหนื่อย
- ค่า SpO₂ > 95%
- RR = 16-20 ครั้ง/นาที
- ผู้ป่วยรู้สึกตัวมากขึ้น
- ไม่มีไข้ T=36.5-37.5 องศาเซลเซียส
- เสมหะสีขาวปริมาณลดลง
- ผล ABG: PaO₂ ปกติ (PO₂ = 80-100 mmHg)
- ผล ABG: pH ปกติ (pH=7.35-7.45)
- ผล ABG: PaCO₂ ปกติ (PaCO₂=35-45 mmHg)
- ผล CXR ปกติ ไม่พบ Infiltration
- ค่า ROX INDEX > 4
- Capillary refill < 2 sec

- ไม่มีปลายมือปลายเท้าเย็น ไม่มีเขียวคล้ำ
- ไม่มีริมฝีปากเขียวคล้ำ

การพยาบาลระยะที่ 3 : Hyperinflammation phase

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุล ของกรดต่างในร่างกายเนื่องจากเกิดภาวะ ARDS

ข้อมูลสนับสนุน

- P/F Ratio < 300
- SpO₂ < 90%
- Lactate > 2 mmol/L
- ET CO₂ < 30 mmHg
- D-dimer > 500 ng/mL
- ค่า ROX INDEX < 4
- ซึม ไม่รู้สึกตัว หรือ Unconscious
- RR ≥ 24 ครั้ง/นาที
- ผล ABG: pH < 7.35
- ผล ABG: PaO₂ < 60 mmHg
- ผล ABG: PaCO₂ > 45 mmHg
- ริมฝีปากเขียวคล้ำ
- ผล CXR พบ Infiltration
- ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ/ หรือ Air hunger

- เสมหะเหนียว ปริมาณพอควร
- Capillary refill > 2 sec
- ปลายมือปลายเท้าเย็น เขียวคล้ำ

วัตถุประสงค์ เพื่อลดภาวะเลือดเป็นกรดในร่างกาย กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินอาการและอาการแสดง (Assessment) ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดในร่างกาย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง รู้สึกสับสน มีอาการอ่อนเพลีย เชื่องซึม เหนื่อยง่ายกว่าปกติ ปวดศีรษะ ริมฝีปาก เขียวคล้ำ ปลายมือปลายเท้าเย็น สีผิวเขียวคล้ำ หรืออาการไม่รู้ตัว

- บันทึกระดับความรู้สึกตัวโดยใช้แบบประเมิน ภาวะง่วงซึมของริชมอนด์ (Richmond Agitation Sedation Scale; RASS) สัญญาณชีพ ET CO₂ และ SpO₂ อย่างน้อยทุก 15 นาที กรณีอาการคงที่บันทึก ทุก 1 ชั่วโมง

- ดูแลเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator care) ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตามการตั้งเครื่อง ตามแผนการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน

อย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้การแลกเปลี่ยนของก๊าซออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น

- ดูแลท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube care) ให้อยู่ในตำแหน่งไม่มีการเลื่อนหลุดหรือหักพังงอ

- การได้รับยาละลายลิ่มเลือด ยา Heparin ที่มีน้ำหนักโมเลกุลต่ำ Heparin ที่ไม่มีการแบ่งส่วนในขนาดต่ำ หรือ Fondaparinux (Arixtra) เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับการติดตามค่า D-dimer ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติให้มากที่สุดคือน้อยกว่า 500 ng/mL⁶

- ดูแลบริหารยาสงบประจักษ์อาการก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น Propofol 2 mg/kg, Succinylcholine 2 mg/kg, Rocuronium 50 mg เป็นต้น ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยพยาบาลไอซียูต้องประเมินผู้ป่วยขณะได้รับยาสงบประจักษ์อาการขณะให้ยาฉีดทางเส้นเลือด สามารถใช้แบบประเมินภาวะง่วงซึมของริชมอนด์ (Richmond Agitation Sedation Scale; RASS) ได้อย่างถูกต้อง

- ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและดูดเสมหะเท่าที่จำเป็น การดูดเสมหะใช้แบบระบบปิด (Close suction) ด้วยหลักปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) ป้องกันการเกิด VAP โดยใช้หลัก VAP BUNDLE ได้

- ดูแลผู้ป่วยจัดท่านอนคว่ำ ต้องมีทีมแพทย์และพยาบาลประมาณ 6-7 คน เข้าช่วยประคองผู้ป่วยในแต่ละตำแหน่งที่สำคัญ และการป้องกันการเกิดแผลกดทับขณะนอนคว่ำ ติดตามวัดระดับ SpO₂ หลังจากการจัดท่านอนคว่ำ >10 นาที ถ้าระดับออกซิเจน SpO₂ < 85% ควรพิจารณาให้จัดทำผู้ป่วยกลับมาเป็นท่านอนหงาย

- การดูแลจำกัดสารน้ำเข้าสู่ร่างกาย อาจเกิดการรั่วของสารน้ำออกนอกหลอดเลือดเข้าไปในปอดมากขึ้น

- กรณีปรับเครื่องช่วยหายใจโดยการตั้งเครื่องช่วยหายใจ ใช้วิธี Lung protective ventilation โดยการปรับ Low tidal volume ventilation (LTVV) ที่ VT ลดลงเหลือ 4-6 mL/kg of predicted body weight (PBW) แล้ว Oxygenation ไม่ดีขึ้น ให้พิจารณาจัดท่านอนคว่ำ Prone position

อย่างน้อย 12-16 ชั่วโมงและถ้าอาการผู้ป่วยแย่มากขึ้น แพทย์อาจใช้วิธี Lung recruitment maneuver เป็นการรักษาที่ช่วยแก้ไขปัญหาก็ได้ผลเร็วที่สุดอย่างหนึ่งเพื่อเพิ่มออกซิเจนในเลือด โดยแพทย์ที่ทำการรักษา ควรมีความสามารถในการทำและพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการตอบสนองต่อการรักษาเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที

- บริหารยานอนหลับ หากจำเป็นแพทย์อาจพิจารณาให้ยาออกฤทธิ์ขัดขวางการสื่อสารประสาทเป็นครั้งคราว

- แพทย์ควรพิจารณาเปลี่ยนเป็นให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำแทนเพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าปอด

- เตรียมอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจโดยต่อ Hepa-Filter ต่อเข้ากับข้อต่อลมหายใจออกจากผู้ป่วย (Flex tube) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศโดยเลือกใช้ Hepa Filter ชนิดกรองไวรัสอนุภาคขนาดโคโรนา ประมาณ 120 นาโนเมตร (Safe Star 55[®]) และพยาบาลใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกัน (PPE) ขณะให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

- ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า PaO₂ ใน ABG , ค่า pH ใน ABG, ติดตามค่า Hematocrit และ Hemoglobin, ติดตาม CXR ตามแผนการรักษาของแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

- P/F Ratio ปกติ (ค่าปกติ 300-500)
- SpO₂ > 95%
- Lactate ปกติ (ค่าปกติ 0.5-2.2 mmol/L)
- RR = 16-20 ครั้ง/นาที
- ระดับความรู้สึกตัวมากขึ้น
- ค่า ROX INDEX > 4
- D-dimer < 500 ng/mL
- ผล ABG: PaO₂ ปกติ (PO₂ = 80-100 mmHg)
- ผล ABG: pH ปกติ (pH=7.35-7.45)
- ผล ABG: PaCO₂ ปกติ (PaCO₂=35-45 mmHg)
- ผล CXR ปกติ ไม่พบ Infiltration
- ไม่มีริมฝีปากเขียวคล้ำ

- เสมหะสีขาว ปริมาณลดลง
- ไม่ใช้กลัมนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ
- ไม่มีปลายมือปลายเท้าเย็น ไม่มีเขียวคล้ำ
- Capillary refill < 2 sec
- ETCO₂ ปกติ (ค่าปกติ 30-35 mmHg)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเกิดการอักเสบในร่างกายเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนารุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

- Procalcitonin > 2 ng/mL
- CRP > 1.0 mg/dl หรือ > 10 mg/L
- ผล CXR พบเงาฝ้า
- Lactate > 2 mmol/L
- ซึม ไม่รู้สึกตัว หรือ unconscious
- RR ≥ 24 ครั้ง/นาที
- ผล ABG: pH < 7.35
- Capillary refill > 2 sec
- ผล ABG: PaO₂ < 60 mmHg
- रिम्ฟปากเขียวคล้ำ
- ผล ABG: PaCO₂ > 45 mmHg
- Urine ออกน้อยหรือไม่ออกเลย
- ใช้กลัมนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ/หรือ Air hunger –HR < 60 ครั้ง/นาทีหรือHR > 100 ครั้ง/นาที
- เสมหะเหนียว ปริมาณพอควร
- BP 90/50 mmHg หรือ MAP < 65 mmHg
- ปลายมือปลายเท้าเย็น เขียวคล้ำ
- ได้รับยา Inotrope ช่วยเพิ่มความดันโลหิต
- ETCO₂ < 30 mmHg
- SpO₂ < 95%
- มีไข้ T > 37.5 องศาเซลเซียส
- ระดับ IL-6 สูงกว่า 94 pg/mL

วัตถุประสงค์ เพื่อลดการอักเสบของร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินอาการและอาการแสดง (Assessment) ของผู้ป่วยที่มีภาวะ Cytokine และการอักเสบของร่างกาย ได้แก่ มีไข้ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อ่อนเพลีย เหนื่อยมากขึ้น Urine ออกน้อยหรือไม่ออกเลย อวัยวะหลายระบบทำงานล้มเหลว

- บันทึกระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ETCO₂ และ SpO₂ อย่างน้อยทุก 15 นาที กรณีอาการคงที่บันทึกทุก 1 ชั่วโมง

- แพทย์พิจารณาทำ Hemoperfusion เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาต้านไวรัสและสเตียรอยด์ปริมาณสูง อยู่ในอาการระดับรุนแรง (Severe) ตรวจภาพรังสีทรวงอกหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกพบลักษณะของ Organizing pneumonia มีภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรงมากขึ้น SpO₂ น้อยกว่า 85% มีค่า P/F ratio (PaO₂ /FiO₂) ต่ำกว่า 200 mmHg อัตราการหายใจมากกว่า 25 ครั้งต่อนาที ระดับ IL-6 สูงกว่า 94 pg/mL, CRP > 60 mg/L²³ การดำเนินของโรคทรุดลง โดยการใช้เครื่อง Hemodialysis ต่อกับตัวกรองชนิด HA330 แบบอนุกรม โดยการต่อตัวกรองชนิด HA330 ตรงตำแหน่งก่อนเข้าตัวกรองเลือดแบบปกติ หรือใช้เครื่อง Hemoperfusion โดยเฉพาะ ส่งผลให้พยาบาลเฉพาะทางไอซียูสามารถอบรมการใช้งานเครื่อง Hemoperfusion และใช้งานเครื่องได้ รวมถึงเฝ้าผู้ป่วยขณะทำ Hemoperfusion ได้เอง เนื่องจากเครื่องฟอกไตและบุคลากรของพยาบาลเฉพาะทางไตเทียมมีอยู่อย่างจำกัด

- พยาบาลเฉพาะทางไอซียูสามารถดูแลผู้ป่วยที่ทำ Hemoperfusion ได้เนื่องจากมีทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้ดีและเรียนรู้เครื่องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้เนื่องจากในหอผู้ป่วยวิกฤตจะมีผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันและฟอกไตในหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลทั่วไปไม่สามารถทำได้เนื่องจากไม่ได้ผ่านการอบรมเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตและไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเนื่องจากผู้ป่วยที่จำเป็นต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะสามารถทำในหอผู้ป่วยวิกฤตและห้องฟอกไตเท่านั้น ซึ่งพยาบาลต้องประเมินและบันทึกอาการอย่างใกล้ชิดขณะทำ Hemoperfusion ได้แก่ ค่า TMP (Transmembrane pressure) และ ค่า Venous pressure

สูงกว่าปกติ แสดงว่า เกิดการอุดตันในระบบเลือด ขณะทำ Hemoperfusion ควรงดสารป้องกัน การแข็งตัวของเลือด (Heparin) ติดตามระดับ ความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) และเกร็ดเลือด (Platelet) เนื่องจากผู้ป่วยมีการสูญเสียเลือด และเกร็ดเลือดไปกับกระบวนการทำ Hemoperfusion

- ดูแลเช็ดตัวลดไข้และเปิดเครื่อง ปรับอุณหภูมิเย็นของที่นอนผู้ป่วยเพื่อลดอุณหภูมิ ของร่างกาย

- ดูแลให้ยา Remdesivir หรือ Tocilizumab อย่างถูกต้องตามแผนการรักษาและเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนจากยา ได้แก่ อาการหัวใจเต้นผิด จังหวะขณะให้ยา

- ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า CRP และ CXR ก่อนและหลังทำ Hemoperfusion ตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

- Procalcitonin ปกติ (ค่าปกติ < 0.05 ng/mL)
- CRP ปกติ (ค่าปกติ < 1.0 mg/dl หรือ < 10 mg/L)
- ผล CXR ปกติ ไม่มี Infiltration
- Lactate ปกติ (ค่าปกติ 0.5-2.2 mmol/L)
- ระดับความรู้สึกตัวมากขึ้น
- RR = 16-20 ครั้ง/นาที
- ผล ABG: PaO₂ ปกติ (PO₂ = 80-100 mmHg)
- ผล ABG: pH ปกติ (pH=7.35-7.45)
- ผล ABG: PaCO₂ ปกติ (PaCO₂=35-45 mmHg)
- ผล CXR ปกติ ไม่พบ Infiltration
- ค่า ROX INDEX > 4
- Capillary refill < 2 sec
- ไม่มีปลายมือปลายเท้าเย็น ไม่มีเขียวคล้ำ
- ไม่มีริมฝีปากเขียวคล้ำ
- เสมหะสีขาวยปริมาณลดลง
- Urine flow ≥ 0.5 cc/kg/hr
- HR > 60 bpm หรือ HR < 100 bpm
- BP > 90/50 mmHg หรือ MAP > 65 mmHg
- ไม่ได้รับยา Inotrope ช่วยเพิ่มความดันโลหิต
- ET CO₂ = 30-35 mmHg
- SpO₂ > 95%
- ค่าปกติ IL-6 น้อยกว่า 12.5 pg/mL
- ไม่มีไข้ T = 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา

ข้อมูลสนับสนุน

- ปัสสาวะออก < 0.5 mL/kg/hr
- BUN > 20 mg/dL
- Cr > 1.2 mg/dL
- หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้
- บวมบริเวณแขน ขา (Pitting edema)
- Total Intake > Output

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน จากภาวะช็อก

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินอาการและอาการแสดง (Assessment) ของผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร อาเจียน แขนขาบวม น้ำ หอบเหนื่อยหรือมีอาการขาดน้ำอย่างใดอย่างหนึ่ง หรืออ่อนเพลียเนื่องจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ

- บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมิน อาการช็อกจากภาวะไตวายเฉียบพลัน

- ประเมินและบันทึก I/O ทุก 1 ชั่วโมง กรณีผู้ป่วยปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 mL/kg/hr รีบรายงานแพทย์

- ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ และถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์

- ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า BUN, Cr ตามแผนการรักษาของแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

- ปัสสาวะออก > 0.5 mL/kg/hr
- BUN ปกติ (ค่าปกติ 10-20 mg/dL)
- Cr ปกติ (ค่าปกติ 0.6-1.2 mg/dL)
- หายใจไม่เหนื่อย นอนราบได้
- ไม่มีบวมบริเวณแขน ขา (Pitting edema)
- Total intake = Output

สรุป

ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีอาการทางระบบทางเดินหายใจที่รุนแรง ต้องได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในภาวะที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่รุนแรงนี้เป็นบุคลากรที่สำคัญเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ ทักษะในการประเมินอาการและอาการแสดง สามารถให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพของพยาบาลและมาตรฐานของการควบคุมเชื้อเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคทำให้สามารถประเมินและจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลรักษาได้ทราบและร่วมมือกันในการให้การรักษาอย่างทันที่ทั่วถึงเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดความรุนแรงของโรคลง หรือปลอดภัยหายจากโรค ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะวิกฤตต้องได้รับความร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางวิกฤต แพทย์ด้านโรคปอดและด้านโรคไต พยาบาลเฉพาะทางไอซียู พยาบาลเฉพาะทางไตเทียม พยาบาลด้านโรคติดเชื้อ จากความร่วมมือนี้ทำให้มีแนวทางหรือแนวปฏิบัติทางการดูแลรักษาโรคอุบัติใหม่อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์และขั้นตอนการช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจโดยการต่อ Hepa filter การบริหารยาระงับความรู้สึกตัวก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ และการติดตามระดับความรู้สึกตัวหลังได้รับยา เป็นต้น การได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกระทรวงสาธารณสุขทั้งหน่วยงานรัฐและเอกชนที่ร่วมมือกันในการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้กับประชาชนด้วยการจัดหาและฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 การศึกษาวิจัยวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย พบว่า สามารถช่วยรักษาชีวิตคนไทยได้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ด้วย เช่น เมื่อป่วยไม่หนักก็ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลมาก อัตราการเสียชีวิตช่วงที่ยังไม่ได้รับวัคซีนจะเพิ่มทวีคูณเมื่ออายุเพิ่มขึ้นแต่เมื่อได้รับวัคซีนแล้วอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อโควิด-19 เริ่มลดลงและลดลงอีกเมื่อมีการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น²⁴

เอกสารอ้างอิง

1. Privacy Legal Notice. Coronavirus disease Covid-19 pandemic [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 5]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. โรงพยาบาลบางปะกอก. วิธีการสังเกตอาการโควิด-19 ได้ง่ายๆด้วยตัวเอง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.bpkasamutprakan.com/care_blog/view/39
3. อธิวิทย์ บุญราศรี. ตรวจซี-รีแอคทีฟ โปรตีน (C-Reactive Protein Test) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://hellokhunmor.com/สุขภาพ/การทดสอบทางการแพทย์/ตรวจซี-รีแอคทีฟ-โปรตีน/>
4. อนุตรา รัตนนราทร. ลักษณะทางคลินิกและภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 สถาบันราชชนนีราษฎร์ วารสารควบคุมโรค ปีที่46 (4) หน้า540 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci.thaijo.org/index.php/DCJ/article/download/243833/167118/84944>
5. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. แนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด19 ชนิดรุนแรงสำหรับนักพินิจราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/>
6. จารุณี ทรงม่วง. บทความทั่วไป: การพยาบาลผู้ป่วย Acute Respiratory Distress Syndrome. วารสารเวชบัณฑิตศิริราช. 2560; 10(3), 174-178.
7. World Health Organization. Q&A on coronaviruses(COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
8. Yuki K, Fujiogi M, Koutsogiannaki S. COVID-19 pathophysiology: a review. Clin Immunol. 2020; 215:108427.

9. ไกลตา ศรีสิงห์. โรคโควิด19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/247_2020-12-28.pdf
10. Sutherasan Y. The basics of COVID-19: the severe Covid patients. In: Staworn D, Piyavechvirat K, Morakul S, editors. COVID and crisis in critical care. Bangkok: The Thai Society of Critical Medicine; 2020. p. 37-41. (in Thai)
11. กัญญารัตน์ จิราสวัสดิ์. คู่มือป้องกันโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท วารว พับลิชชิง จำกัด; 2563. หน้า 25-26.
12. กระทรวงสาธารณสุข และหมอแล็บแพนด้า. ผลตรวจโควิด RT-PCR [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://news.trueid.net/detail/pZng JvdMz1WQ>
13. ARDS Definition Task Force, Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson BT, Ferguson ND, Caldwell E, et al. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. JAMA. 2012;307(23):2526-33.
14. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 สถานการณ์ COVID-19ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
15. Raoof S, Nava S, Carpati C, Hill NS. How I Do It: High Flow, Non-invasive ventilation and awake (nonintubation) Prone in Covid-19 Patients with Respiratory Failure. Chest. 2020;158(5):1992-2002.
16. Menzella F, Barbieri C, Fontana M, Scelfo C, Castagnetti C, Ghidoni G, et al. Effectiveness of noninvasive ventilation in COVID-19 related-ARDS. Clin Respir J. 2021;00:1-9.
17. Menzella F, Barbieri C, Fontana M, Scelfo C, Castagnetti C, Ghidoni G, et al. Effectiveness of noninvasive ventilation in COVID-19 related-ARDS. Clin Respir J. 2021;00:1-9.
18. King CS, Sahjwani D, Brown AW, Feroz S, Cameron P, Osborn E, et al. Outcomes of mechanically ventilated patients with COVID-19 associated respiratory failure. PLoS one. 2020;15(11):e0242651
19. นิธิพัฒน์ เจียรกุล. ประสบการณ์ของศิริราชในการระบาดของโควิด-19 ระลอกแรก. วารสารโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaichestjournal.org>
20. สมรัก รังคกุลณัฐวัฒน์. Lung Recruitment in ALI/ARDS. [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thai-pedlung.org/topic/full/Lung_Recruitment_ALIARDS.pdf
21. โรงพยาบาลกรุงเทพ. ECMO พยุงหัวใจและปอดให้ผู้ป่วย COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokhearthospital.com/content/ecmo-covid-19>
22. Filippo B, Federica M, Alessandro G, Riccardo P, Ileana A, Dario L. Nursing management of prone positioning in patients with Covid-19. Critical Care Nurse [Internet]. 2020 [cited 2022 September 16]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/347695129>
23. Alireza Soleimani. The effect of hemoperfusion on the outcome, clinical and laboratory findings of patients with severe COVID-19: a retrospective study. (Medical Sciences, Kashan University, Kashan) [Internet]. 2020 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8410636/pdf/main.pdf>
24. กรุงเทพธุรกิจ. เปิดผลวิจัยวัคซีนโควิด-19 ทุกชนิดช่วยรักษาชีวิตคนไทยไว้เกือบ 5 แสนคน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/social/1015950>

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลกับการดูแลแบบผสมผสาน
ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนันทิดา เชื้อมโนชาญ¹นิชา วงษ์ชาญ²

บทคัดย่อ

การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยที่โรคมะเร็งคุกคามต่อชีวิต โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆของโรค ซึ่งผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน แบบองค์รวมที่ครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคม โดยมีทั้งการดูแลด้วยการใช้ยาและไม่ต้องใช้ยา ซึ่งการดูแลแบบผสมผสานเป็นวิธีการที่มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมโดยไม่ใช้ยาหรืออาจใช้ร่วมกับวิธีการใช้ยาได้ ปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจเกี่ยวกับการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine; CAM) อย่างหลากหลายซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการให้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (complementary health approaches) เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการ ส่งเสริมความสุขสบาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยบทความวิชาการนี้มุ่งเน้นการอธิบายแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมและการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานซึ่งนอกจากจะสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองแล้วยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจได้อีกด้วย

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล/ การดูแลแบบผสมผสาน/ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

¹ อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
Corresponding Author, e-mail: nunthida.chu@nmu.ac.th

² อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Review article

Nurse's Role of Complementary Therapies in Palliative Care

*Nunthida Chuamanochan*¹*Nisa Wongchan*²

Abstract

Palliative care is the care of patients who are suffering from life-threatening illnesses. To improve quality of life and alleviate suffering from symptoms, patients require a comprehensive approach to holistic care that includes physical-psychological, spiritual, and social aspects. The pharmacological and non-pharmacological were combined in patients care. Complementary is the one of non-pharmacological strategy that can be utilized alone or in conjunction with pharmacological. Currently, there is a wide range of interest in Complementary and Alternative Medicine (CAM) while the complementary health approach is the nurse's role in helping reduce the suffering from symptoms, promote happiness and improve the quality of life for patients receiving palliative care. The objective of this article is to describe the principles of holistic nursing and integrated health care. In addition to being able to apply to patients receiving palliative care, it may also be used for health promotion, prevention, treatment, and body and mind rehabilitation.

Keywords: Nurse's Role/ Complementary Therapy/ Palliative Care

¹ Lecturer in Department of Nursing Administration and Professional, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Corresponding Author, e-mail: nunthida.chu@nmu.ac.th

² Lecturer in Department of Nursing Administration and Professional, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj

บทนำ

การดูแลแบบผสมผสานในสมัยก่อนส่วนใหญ่มักใช้เป็นทางเลือกสุดท้ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเรื้อรัง ได้แก่ อาการปวด ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า เป็นต้น ในปัจจุบันพบว่า ในต่างประเทศมีการใช้การดูแลแบบผสมผสานแทนการใช้ยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช พบว่า ใช้การดูแลแบบผสมผสาน ถึงร้อยละ 60 ถึง 90¹ แต่ในปัจจุบันการดูแลแบบผสมผสานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกเพศทุกวัย จากการศึกษา พบว่า ในต่างประเทศมีการนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพโดยมีรูปแบบการดูแลแบบผสมผสานหลายรูปแบบ เช่น การฝังเข็ม การนวดอโรมา การหายใจ การสะกดจิต การนวด การนั่งสมาธิ ดนตรีบำบัด การนวดและกดจุด สะท้อน เป็นต้น² ในประเทศไทยก็มีการนำการดูแลแบบผสมผสานมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เช่น โยคะเพื่อเพิ่มความผาสุกด้านจิตใจ การนวดดนตรีบำบัด ลดการเจ็บปวด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น³ สำหรับในบริบทของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองพบว่าเป็นการส่งเสริมการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากภาวะคุกคามของโรค ให้ผู้ป่วยและญาติใช้ชีวิตร่วมกันได้อย่างมีความสุข เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้⁴ จากการศึกษาพบว่าการดูแลแบบประคับประคองมีการเสนอให้ผู้ป่วยได้ใช้การดูแลแบบผสมผสานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 60-70⁵ เนื่องจากผู้ป่วยอาจได้รับประสบการณ์ของผลข้างเคียงจากยาที่รักษาหลักแตกต่างกัน เช่น อาการท้องผูก คลื่นไส้ นอนไม่หลับ เป็นต้น⁶ หรือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ด้วยยาจะส่งผลให้มีการเพิ่มจำนวนยาที่บรรเทาอาการปวดมากขึ้น และเกิดค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นตามมา ซึ่งข้อดีของการดูแลแบบองค์รวมโดยใช้การดูแลแบบผสมผสานร่วมดูแลส่งผลดีครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยด้านร่างกายจะช่วยลดอาการไม่สบายจากอาการปวด ลดอาการหายใจลำบาก ลดอาการคลื่นไส้อาเจียน อาหารไม่ย่อย ด้านจิตใจ สังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย

ลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ลดอาการท้องอืด สิ้นหวัง และจิตวิญญาณ จะช่วยให้จิตใจสงบ เสริมสร้างกำลังใจ ความสุขสบาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่สอดคล้องกับค่านิยมความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วยและครอบครัว จึงช่วยเสริมประสิทธิผลของการรักษาพยาบาล ลดความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงของวิธีการรักษาพยาบาล ทั้งจากยา เครื่องมือพิเศษ รวมทั้งจากอุปกรณ์และเทคโนโลยีต่างๆ⁶⁻⁷

เนื้อหา

ในปัจจุบันมีการจัดแบ่งการดูแลแบบผสมผสานออกเป็นกลุ่มหลายรูปแบบ เช่น physical, cognitive และ other complementary methods หรือแบ่งเป็นแบบวิธีการที่รุกรานและไม่รุกราน (invasive versus non-invasive) โดยที่ meditation, progressive relaxation, dreaming, rhythmic respiration, biofeedback, therapeutic touching, transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS), musical therapy, hypnosis, acupuncture และ cold-hot treatments จัดอยู่ในกลุ่มไม่รุกราน (non-invasive) เป็นต้น มีการศึกษาพบว่า CAM therapies ในผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ที่รอดชีวิตจากมะเร็ง สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต คุณภาพการนอนหลับ คุณภาพการจัดการอารมณ์ การจัดการความเครียดและความวิตกกังวล รวมทั้งช่วยลดอาการปวดของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้จากการศึกษาพบว่าการรวบรวมและจัดแบ่ง CAM ที่ใช้และให้ความสำคัญไว้เป็น 3 กลุ่ม⁸⁻⁹ ดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 การแพทย์ทางเลือกที่มีระบบมาตรฐาน (professionally organized alternative therapies)

1.1 acupuncture: มีต้นกำเนิดจากประเทศจีน เป็นการแทงเข็มขนาดเล็กบางบนร่างกายตามจุดต่างๆเพื่อการกระตุ้นทางระบบประสาท โดย traditional chinese acupuncture จะมีหลักวิธี

ที่ว่าด้วยชีหรือพลังลมปราณ หรือ “Qi” เรียกว่า “พลังชีวิต” ซึ่งจะมีการเดินไปทั่วตลอดร่างกายบนเส้นลมปราณ ส่วน “meridians” ในทาง western acupuncture ใช้เข็มชนิดเดียวกันแต่มุ่งไปที่การฝังเข็มจะกระตุ้นระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งใช้ในการลด หรือระงับอาการปวด¹⁰⁻¹¹

1.2 chiropractic: ใช้ในการรักษาความผิดปกติด้านกล้ามเนื้อและโครงสร้างทางร่างกาย (musculo-skeletal complaints) โดยการใช้แรงกดนวดของผู้บำบัดในการปรับ จัดวางระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อต่อต่างๆ โดยมี การวินิจฉัยผ่านการสัมภาษณ์ ประวัติของผู้ป่วย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากการแพทย์เป็นหลักรวมถึงภาพถ่ายรังสี โดยที่หลักการทฤษฎีการรักษา คือการเดินทางของกระแสประสาทที่ลดลงก่อให้เกิดโรค (reduced nerve flow led to disease)¹²

1.3 herbal medicine: เป็นศาสตร์การใช้พืชหรือสารสกัดจากพืชหรือสารสกัดจากสมุนไพรเพื่อรักษาส่งเสริมสุขภาพ อาจจะเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า “phytotherapy”

1.4 homoeopathy: เป็นทฤษฎีการบำบัดรักษาโดยใช้สิ่งที่เหมือนกัน หรือสารที่มีลักษณะคล้ายกันกับความเจ็บป่วยนั้น (theory of treating like with like) โดยมีการเจือจางสารนั้นก่อนการใช้กับผู้ป่วย แต่หากใช้สารนั้นกับบุคคลที่ไม่เจ็บป่วย อาจจะเกิดอาการเดียวกันเล็กน้อยคงอยู่ระยะหนึ่งในการประเมินผู้ป่วยเพื่อการรักษาจะครอบคลุมด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านการดำเนินชีวิต¹³⁻¹⁴

1.5 osteopathy: ระบบการวินิจฉัยและรักษาด้วยการเข้าจัดการโดยมุ่งไปที่ปัญหาทาง musculo-skeletal ซึ่งการรักษานี้มีผลดีในหลายด้านของโรคภัยไข้เจ็บนั้น โดยประวัติความเป็นมาในการพัฒนาศาสตร์นี้แตกต่าง chiropractic คือ โรคที่เกิดจากความสูญเสียระบบโลหิตหล่อเลี้ยงไม่ใช้ระบบประสาท อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติไม่แสดงความแตกต่างมากนัก^{8,15}

กลุ่มที่ 2 การบำบัดแบบผสมผสาน (complementary therapies)^{1,16}

2.1 alexander technique: เป็นทฤษฎีการรักษาหนึ่งที่บุคคลใช้ร่างกายในการเยียวยาสุขภาพตนเองได้ โดยการสนับสนุนให้บุคคลมีความรู้ รักษาสุขภาพของตนเองโดยการนั่ง ยืน และการเคลื่อนไหวในลักษณะที่เป็นธรรมชาติสร้างสรรค์ โดยแก่นของทฤษฎี คือการสอนมากกว่าการบำบัดรักษา

2.2 aromatherapy: คือการใช้ plant extract essential oils ในการสูดดม การนวด หรืออาจจะบริโภคเข้าร่างกาย ซึ่งพบว่ามีการใช้มากในประเทศฝรั่งเศสและแพทย์เป็นผู้ใช้เท่านั้น โดยใช้ประโยชน์เพื่อการผ่อนคลาย

2.3 bach and other flowers remedies: เป็นการนำสารสกัดจากดอกไม้ ตามทฤษฎีพื้นฐานที่ดอกไม้จะมีพลังชีวิตที่สามารถสกัดออกมาอยู่ในน้ำได้โดยใช้พลังงานแสงอาทิตย์ โดยศาสตร์นี้ใช้การเติมน้ำสารสกัดจากดอกไม้ เพื่อช่วยผู้ป่วยในการจัดการกับความคิดทางลบต่าง ๆ

2.4 body work therapies, including massage: ผู้บำบัดใช้การนวดด้วยมือ เคล้นคลึง และลงน้ำหนักกด เพื่อเยียวยาความเจ็บปวด ความเมื่อยล้าในด้าน musculo-skeletal เพื่อใช้ในการผ่อนคลาย

2.5 counselling stress therapy: เป็นงานทางจิตวิทยาที่เยียวยาด้านความคิด การสะท้อน การใช้ชีวิตของผู้ถูกบำบัดเพื่อการปรับตัวและพัฒนาตนเองด้านการรักษาสุขภาพต่าง ๆ อย่างเหมาะสม

2.6 hypnotherapy: เป็นศาสตร์ในการสะกดจิตมุ่งหวังแก้ไขบำบัดความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมหรือการใช้ชีวิต การทำงานตลอดจนความผิดปกติทางจิต

2.7 meditation: เป็นเทคนิควิธีในการผ่อนคลายผู้ป่วย สนับสนุนส่งเสริมให้เกิดการสะท้อนตนเองภายในระดับลึก และการทำให้จิตใจโปร่งสบาย

2.8 reflexology: ระบบการนวดบริเวณฝ่าเท้า บนฝ่าเท้าเป็นบริเวณที่สะท้อนขึ้นไปสู่ร่างกายส่วนต่าง ๆ ทั้งอวัยวะภายในและภายนอก และเป็นวิธีการที่จะมีการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และลดความตึงเครียดบริเวณนั้นได้

2.9 shiatsu: เป็นเทคนิคการนวดทางด้านญี่ปุ่น โดยการใช้น้ำหนักการกดเบา ๆ บนจุดต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อมุ่งการกระตุ้นในร่างกายให้เยียวยาตนเอง ซึ่งอยู่บนพื้นฐานเดียวกับระบบเส้นลมปราณแผนจีน และการแพทย์ฝังเข็ม

2.10 healing: เป็นระบบการบำบัดเยียวยาทางจิตวิญญาณ หรือ spiritual healing บางครั้งมีการสวดมนต์หรือความเชื่อทางศาสนาในด้านการต้านทานกับโรคที่เกิดที่จากจิตใจในระดับที่จับต้องไม่ได้ (non-physical means) และมักจะเป็นการทำงานกับความคิดและการใช้ฝ่ามือสัมผัส

2.11 maharishi ayurvedic medicine: เป็นระบบการดำเนินชีวิตและปฏิบัติสมาธิระดับฉาน (transcendental meditation) มีรากฐานมาจากคัมภีร์พระเวทในศาสนาฮินดู โดยมีการใช้สมุนไพร และใช้ traditional chinese medicine

2.12 nutritional medicine: เป็นศาสตร์การใช้อาหารมาบำบัดหรือป้องกันโรค รวมถึงการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารด้วย การรับประทานอาหารมักถูกนำมาสนับสนุนสุขภาพ และลดความเจ็บป่วย โดยใช้อาหารจำเพาะ อาหารเสริมหรือสมุนไพรมาช่วยในการดูแลบำบัดโรคของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่จะใช้ในการบำบัดเรื่องภูมิแพ้และความผิดปกติในระบบย่อยอาหาร

2.13 yoga: เป็นการเทคนิคการวางท่าทางของร่างกาย อาจจะจัดเป็นการออกกำลังกายในรูปแบบหนึ่งที่มีผลไม่ใช่เพียงด้านสุขภาพด้านร่างกาย แต่เพื่อความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณและร่างกายไปพร้อม ๆ กัน (spiritual and physical wellbeing)

กลุ่มที่ 3 แขนงวิชาการแพทย์ทางเลือก (Alternative disciplines)⁸

3.1 แขนงวิชาการแพทย์แผนโบราณ (long-established and traditional systems of healthcare) แบ่งออกเป็น 6 แขนง ดังนี้

3.1.1. anthroposophical medicine หรือ anthroposophy: ให้ความหมายว่า มนุษย์ประกอบขึ้นด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (physicality, soul and spirit) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลสามารถเยียวยาตนเองได้ผ่านการเรียนรู้ทางธรรมชาติที่สามารถกระตุ้นผ่านองค์ประกอบทั้งสามได้

3.1.2 ayurvedic medicine: เป็นหลักการแพทย์โบราณทางอินเดียบนพื้นฐานของปฏิสัมพันธ์ระหว่าง จิตใจ จิตวิญญาณ และร่างกาย (mind, spirit and body interaction) และมีการใช้สมุนไพรธรรมชาติในการเยียวยาบำบัดร่วมกัน

3.1.3 chinese herbal medicine: เป็นศาสตร์การใช้สมุนไพรรักษาที่มีตำนานหลายพันปีของประเทศจีน มีระบบการตรวจวินิจฉัย และรักษาของตนเอง

3.1.4 eastern medicine (Tibb): เป็นระบบที่มีการสังเคราะห์ปรัชญาชีวิตของทางอียิปต์ อินเดีย จีน และกรีก เข้าด้วยกัน โดย Tibb หมายความว่า ธรรมชาติ (nature) และถือหลักองค์รวมและความสมดุล ความไม่สมดุลเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดย Tibb จะใช้เทคนิคของการนวด การดัด การแนะนำอาหาร การใช้สมุนไพร และการใช้จิตวิทยาการให้คำปรึกษามีเป้าหมายเพื่อทำลายความไม่สมดุลของสาเหตุการเจ็บป่วย

3.1.5 naturopathy: เป็นเทคนิควิธีที่ใช้หลักความเชื่อว่า “ธรรมชาติมีอยู่” กฎธรรมชาตินั้นสามารถใช้ได้ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย โดยใช้อาหาร และสมุนไพรเป็นหลัก สนับสนุนให้รับแสงอาทิตย์และอากาศจากธรรมชาติในการเยียวยาสุขภาพตามธรรมชาติที่ร่างกายต้องการ

3.1.6 traditional chinese medicine (TCM): หลักการของ TCM คือร่างกายเรามีระบบพลังงานพื้นฐานที่เรียกว่า “ชี่” หรือลมปราณ ได้แก่ ลมปราณอินและลมปราณหยาง (yin qi and yang qi) เมื่อเกิดการเสียสมดุลของลมปราณสองชนิดนี้ จะแสดงอาการเจ็บป่วยออกมา โดย TCM ใช้เทคนิคมากมายในการดูแลสุขภาพสมดุล ได้แก่ acupuncture, herbal medicine, massage และ qigong

3.2 แขนงวิชาการบำบัดอื่น ๆ (other alternative disciplines)

3.2.1 crystal therapy: ใช้หลักการที่หินและคริสตัลชนิดต่าง ๆ มีการสะสมพลังงานในตัวเองและสามารถช่วยปรับสมดุลความถี่ของพลังงานที่ไม่เป็นระเบียบในร่างกายมนุษย์หรือสิ่งมีชีวิตได้ โดยใช้วิธีการวางหินตามจุดต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อสร้างสนามพลังงานไปปรับสนามพลังงานของร่างกายผู้ป่วยให้เข้าสู่สมดุลที่ปกติ

3.2.2 dowsing: เป็นวิธีการสืบหาแหล่งน้ำตามธรรมชาติที่อยู่ใต้ดินและ เป็นกระบวนการหนึ่งในการช่วยตอบคำถามของศาสตร์ทางเลือกอื่นด้วยญาณหยั่งรู้ ได้แก่ radionics เป็นต้น

3.2.3 iridology: เป็นเทคนิควิธีการวินิจฉัยโรคหรือความผิดปกติโดยการประเมินม่านตาของผู้ป่วย

3.2.4 kinesiology: เป็นการดัด หรือฝืนเพื่อการบำบัดผู้ป่วยในด้านร่างกาย ด้านเคมี ด้านอารมณ์ และด้านโภชนาการที่เสียสมดุลด้วยการประเมินผ่านทางการทำงานของกล้ามเนื้อและแสดงผลออกมาเป็นความพร่องหรือการขาดสมดุลโดยมีการวินิจฉัย รักษาสมดุลและความแข็งแรงนั้นผ่านการกดจุดลมปราณบนร่างกายร่วมด้วย

3.2.5 radionics: จัดเป็นเครื่องมือช่วยเยียวยา (instrument-assisted healing) เพื่อระบุความผิดปกติก่อนที่จะแสดงออกทางร่างกายด้วยความเชื่อพื้นฐานว่า ร่างกายเราถูกแวดล้อมด้วยสนามพลังงานที่ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าได้ ผู้บำบัดสามารถเห็นสิ่งเหล่านี้ได้ สามารถแก้ไขปัญหาก็ได้และสามารถแก้ไขในระยะทางที่ไกลกันได้

จากทบทวนวรรณกรรมการจัดกลุ่มการดูแลสุขภาพผสมผสานพบว่าแบ่งออกเป็น 3 แขนง

ได้แก่ การแพทย์ทางเลือกที่มีระบบมาตรฐานการบำบัดแบบผสมผสาน และแขนงวิชาการแพทย์ทางเลือก ซึ่งพยาบาลสามารถเข้ามามีบทบาทในการเลือกใช้ในการดูแลแบบผสมผสานให้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแบบประคับประคองแต่ละราย

การประยุกต์ใช้การดูแลสุขภาพผสมผสานในบริบทสังคมไทย⁹

จากการศึกษาพบว่าทางเลือกในการแพทย์ผสมผสานหรือแพทย์ทางเลือกที่พบในบริบทของสังคมไทย ผู้ป่วยและญาติได้รับอิทธิพลมาจาก 4 แหล่ง ดังต่อไปนี้

1. ภูมิปัญญาพื้นบ้าน การแพทย์แผนโบราณทั้งที่เป็นระบบ ได้แก่ การแพทย์แผนไทย และทั้งที่ไม่เป็นระบบ ได้แก่ การใช้สมุนไพรของพืชหรือสัตว์มาประกอบเป็นยาหรืออาหารตามภูมิปัญญาพื้นบ้านที่ไม่ได้ถูกเก็บรวบรวมและใช้สอยอย่างเป็นระบบ

2. การแพทย์แผนตะวันออกที่เข้ามาจากประเทศฝั่งตะวันออกของโลก ได้แก่ การแพทย์แผนจีน การแพทย์แผนอินเดีย อายุรเวท การแพทย์ทิเบตหรือจากประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น เทคนิควิธีการฝังเข็ม การนวดกดจุด การใช้สมุนไพรจีน การล้างพิษ และการใช้พิษด้านพิษ

3. CAM ที่ได้รับอิทธิพลมาจากประเทศฝั่งยุโรปหรืออเมริกา เช่น พลังงานบำบัด homeopathy chiropractic และ naturopathy

4. การแพทย์ตะวันตกในส่วนที่เป็นทางกายภาพและการฟื้นฟูบำบัด ได้แก่ จิตบำบัดหรือกิจกรรมบำบัดที่ได้รับการยอมรับจากการแพทย์หลักเนื่องจากไม่เห็นถึงผลเสียหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเมื่อนำมาใช้ร่วมกับการรักษาปกติ เช่น ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด กลุ่มบำบัด และจิตบำบัดสาขาต่าง ๆ¹⁶

ในประเทศไทยพบว่าการดูแลสุขภาพผสมผสานที่ได้รับการสำรวจในภาพกว้างของประชาชนพบว่าทางเลือกที่ได้รับความนิยมและถูกเลือกมาใช้ในกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด คือ การนวดไทย (thai massage) การออกกำลังกาย การบำบัดด้วยน้ำ สมุนไพร

(meditation) การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (relaxation technique) และโยคะ (yoga)^{9,16}

การปฏิบัติด้านจิตคลุมกาย (mind and body practice)

เป็นการกระทำของบุคคลที่เน้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมอง จิตใจ ร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งมุ่งที่การทำหน้าที่ของจิตที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย และมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ผู้ป่วยที่ใช้วิธีการปฏิบัติด้านจิตคลุมกายส่วนใหญ่มักมีอาการปวด อาการหายใจเหนื่อยหอบ และ อาการอ่อนล้า¹⁷

สมาธิ (meditation)

เป็นการมีจิตใจที่เข้มแข็ง เป็นการตั้งมั่นของจิตหรือภาวะจิตที่แน่วแน่ เป็นปัญญาสูงสุดของมนุษยชาติ การทำสมาธิไม่ได้เป็นเรื่องเฉพาะศาสนาแต่เป็นเรื่องของทุกศาสนา ซึ่งการทำสมาธิส่งผลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของมนุษย์ผลสำคัญที่เกิดขึ้น คือ การดำเนินชีวิตประจำวันที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และความเข้าใจถึงทัศนคติที่แตกต่างออกไปตามความเป็นจริง โดยผลต่อร่างกายนั้นจะทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนน้อยลงความดันเลือดลดลง อัตราการหายใจ และการเต้นของหัวใจช้าลง และช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายผลต่อจิตใจและจิตวิญญาณคือ ช่วยให้อยู่ในภาวะที่สงบนิ่ง มองชีวิตอย่างปล่อยวางมากขึ้น จากการศึกษา พบว่า สมาธิ ช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะการทำสมาธิแบบ mindfulness meditation มีผลในการลดอาการวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า อาการอ่อนล้า อาการนอนไม่หลับและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งได้¹⁸

ศิลปะบำบัดและดนตรีบำบัด (art therapy & music therapy)

ศิลปะบำบัดเป็นการเยียวยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับโรค และเหตุการณ์ที่วิกฤตในชีวิต ศิลปะสร้างสรรค์ (creative art) เป็นการนำกิจกรรมการวาดรูป การปั้น การเต้นรำหรือกิจกรรม

ที่เคลื่อนไหวร่างกายและดนตรีมาผสมผสานกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความหวัง ความมั่นใจ และความสามารถในการควบคุมจังหวะ ช่วยลดความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความเครียด และช่วยเพิ่มทักษะด้านสังคม เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและนอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ศิลปะบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับโรคเรื้อรังและวิกฤตต่าง ๆ ในชีวิตได้ดีขึ้น¹⁹

โยคะ(yoga)

เป็นวิธีการฝึกฝนตนเองที่มีมาแต่โบราณของอินเดียกว่า 5,000 ปี เป็นปรัชญาเก่าแก่ของอินเดีย วิธีการปฏิบัติโยคะเป็นการพัฒนาร่างกาย และจิตใจ โดยการฝึกให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เป็นโรค ฝึกการหายใจ และฝึกจิตให้เป็นสมาธิ ทำให้ข้อต่อต่าง ๆ มีความยืดหยุ่น มีมุมในการเคลื่อนไหวมากขึ้น ทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณที่มีการบริหารมากขึ้น ส่งผลทำให้ช่วยลดความดันโลหิตและชีพจรอยู่ในช่วงที่ปกติ ระดับคอเลสเตอรอลมีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้ยังทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนอย่างสมดุล ช่วยลดความอ่อนล้า อาการนอนไม่หลับ ความวิตกกังวล และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด¹⁷

นอกจากประโยชน์ของการดูแลแบบผสมผสานแล้ว ยังมีข้อห้าม ข้อควรระวังในการการดูแลแบบผสมผสานในกลุ่ม body work therapies, including massage ได้แก่ บริเวณที่ผิดปกติของระบบหลอดเลือด เช่น varicosis, thrombosis, ulceration, หรือ atherosclerotic plaque ซึ่งสามารถทำให้มี thrombi ไปยังบริเวณอื่น อาจก่อให้เกิด pulmonary, cerebral หรือ peripheral embolic infarcts ได้, ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด รวมถึงการได้รับยา anticoagulant การนวดที่รุนแรงอาจก่อให้เกิด ecchymosis หรือ hematoma ได้ และบริเวณที่เป็นมะเร็งเนื่องจากเซลล์มะเร็งอาจจะกระจายไปยังอวัยวะอื่นได้ เป็นต้น⁷ ส่วนข้อควรระวังของ Aromatherapy ได้แก่ การมีผื่นที่ผิวหนังจากการแพ้ น้ำมันหอมระเหย⁴

ข้อควรระวังในการรักษาด้วยการฝังเข็ม ได้แก่ บริเวณที่มีการติดเชื้อโดยเฉพาะที่ผิวหนัง และเป็นมะเร็ง เนื่องจากอาจมีผลต่อการแพร่กระจาย

ของเซลล์มะเร็ง และภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำรุนแรง (neutropenia) นอกจากนี้ยังไม่แนะนำให้ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคจิตเภทหรือมีอาการหลงผิดได้รับการฝังเข็ม²⁰

อย่างไรก็ตามสำหรับการดูแลแบบผสมผสานยังมีข้อห้าม ข้อควรระวัง สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบต่าง ๆ ควรตรวจสอบประวัติการแพ้สารต่าง ๆ ก่อนการเลือกการดูแลแบบต่าง ๆ เพื่อป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ได้ และอีกทั้งยังเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลแบบผสมผสานเพื่อให้เหมาะสมกับตนเองอีกด้วย

การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคองร่วมกับการใช้การดูแลแบบผสมผสาน จะเริ่มด้วยการประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการใช้การดูแลแบบผสมผสาน และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลจากการดูแลแบบผสมผสาน โดยยึดหลักองค์รวมซึ่งเน้นความต้องการการเลือกใช้การดูแลแบบผสมผสานในผู้ป่วยแต่ละราย ตัวอย่างเช่น การลดอาการเจ็บปวดโดยใช้การดูแลแบบผสมผสานโดยการฝังเข็มและการนวด^{7,21-23}

ด้านร่างกาย: ประเมินความพร้อมของร่างกายให้เหมาะสมกับการดูแลแบบผสมผสาน

ด้านจิตใจ: ประเมินความวิตกกังวล ความเครียด กำลังใจ การยอมรับ ระหว่างที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสาน, เพิ่มความเข้มแข็ง ความมั่นใจ และคุณค่าในตนเองในระหว่างการดูแล พยาบาลจะเป็นผู้ที่คอยให้ความรู้และกำลังใจแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ด้านสังคม: ใ้บุคคลอันที่รักได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และทีมสุขภาพคอยติดตามผลข้างเคียงของการดูแลแบบผสมผสาน

ด้านจิตวิญญาณ: ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติตามความเชื่อ หากมีความต้องการยกเลิกการดูแลแบบผสมผสานสามารถบอกยกเลิกได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีการบีบบังคับ

ดังนั้นพยาบาลจึงมีหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ครบในทุก ๆ ด้าน อย่างครอบคลุม

และตอบสนองต่อความต้องการ รวมถึงยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยในการปฏิเสธหรือเลือกใช้การดูแลแบบผสมผสานที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและปัญหาของแต่ละบุคคลเพื่อดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบผสมผสานที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง²⁴⁻²⁶

สังคมไทยมีวิถีชีวิตที่ผูกพันกับ ความเชื่อ ความศรัทธา ศาสนา วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างกันออกไปแต่ละท้องถิ่น พยาบาลในฐานะที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในทีมสุขภาพ เป็นผู้ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกเชื้อชาติ ศาสนา และทุกท้องถิ่น จึงควรมีการปรับบทบาทให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและความเคลื่อนไหวของสังคม โดยสามารถผสมผสานศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยที่ประชาชนส่วนใหญ่เลือก นำมาใช้เสริมกับระบบการรักษาแผนปัจจุบัน หรือนำมาใช้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน โดยก่อนที่พยาบาลจะนำไปเผยแพร่ให้กับประชาชน จะต้องคำนึงถึงหลัก 4 ประการ ได้แก่ ความสมเหตุสมผล ความปลอดภัย ความมีประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าสมประโยชน์¹⁷ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบผสมผสานร่วมกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลควรมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้การดูแลแบบผสมผสาน การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการดูแลแบบผสมผสาน และการดูแลหลังผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบผสมผสานเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้การดูแลแบบผสมผสาน^{24,26}

โดยเริ่มจากผู้ป่วยหรือญาติ ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบผสมผสานที่เลือกมาใช้ในการดูแลแบบประคับประคองเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย

ประเมินความต้องการและวิธีการดูแลแบบผสมผสาน พยาบาลควรประเมินลักษณะของวัฒนธรรม ความเชื่อ และสิ่งที่มีคุณค่าทางจิตใจ

ของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการให้การพยาบาลแบบผสมผสาน²⁵ รวมถึงประเมินความต้องการของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการดูแลแบบผสมผสานตามที่ต้องการ เช่น ผู้ป่วยบางรายไม่ชอบการสัมผัสร่างกายจึงไม่ชอบการนวดพยาบาลจึงควรมีทางเลือกอื่น ๆ เตรียมไว้เพื่อความเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย

ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนให้การดูแลแบบผสมผสาน พยาบาลต้องประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาและเหตุผลในการเลือก อีกทั้งพยาบาลยังต้องตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลของการดูแลแบบผสมผสาน เช่น ผลที่จะได้รับผลข้างเคียง เป็นต้น ก่อนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกใช้การดูแลแบบผสมผสาน

การให้ความรู้กับผู้ดูแลในการเลือกใช้การดูแลแบบผสมผสาน การพยาบาลควรให้ความรู้ทำความเข้าใจกับผู้ดูแลทุกฝ่ายถึงภาวะอารมณ์และจิตใจที่จะต้องเผชิญกับความสูญเสียของผู้ป่วยและญาติว่า การดูแลแบบผสมผสานเป็นทางเลือกหนึ่งเพื่อมาใช้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อาจจะไม่ได้ออกส้น หรืออาการดีขึ้นในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการบำบัด ไม่ใช่ทางเลือกในการต่อรงชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยแต่ละรายจะมีอาการดีขึ้นหรือแย่ลงไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับโรค และระยะของโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ถ้ามีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นหรือวาระสุดท้ายของผู้ป่วยมาถึง ผู้ดูแลทุกคนควรทำความเข้าใจ ควรมีการแสดงความรักกันในครอบครัว ลดความรู้สึกผิดของสมาชิกในครอบครัวที่สำคัญพยาบาลควรมีการให้ข้อมูลหรือความรู้ที่ชัดเจนกับผู้ดูแล ซึ่งเป็นการช่วยลดความรู้สึกไม่พอใจในทีมดูแลสุขภาพและเพิ่มความรู้สึกเห็นอกเห็นใจต่อครอบครัวโดยการปรับท่าทีในการเข้าหาครอบครัวและมีการสื่อสารที่เหมาะสม

การให้คำปรึกษากับทีมดูแลสุขภาพ พยาบาลเป็นผู้แนะนำและเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ทีมสุขภาพและครอบครัวต้องพูดคุยกันตั้งแต่เริ่มต้นจากผลการตรวจร่างกายและประวัติการรักษาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเลือกแนวทางการดูแลแบบผสมผสานที่เหมาะสมร่วมกัน

และรับผิดชอบให้ดำเนินตามขั้นตอน ประสานงานระหว่างทีมการรักษาและครอบครัวผู้ดูแลอย่างมีมาตรฐาน ซึ่งการดูแลแบบผสมผสานต้องมีความเหมาะสม และมีความปลอดภัยกับผู้ป่วย พยาบาลต้องไม่มีอคติและยึดการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลผู้ป่วยด้วย โดยจะมีการทำประชุมครอบครัว (family meeting) และการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นระยะ เป็นต้น

ประเมินข้อมูลและประวัติของผู้ป่วยก่อนเลือกการดูแลแบบผสมผสาน พยาบาลซักประวัติผู้ป่วย และผู้ดูแลหลัก ให้ครอบคลุมปัญหาความเจ็บป่วยทางสุขภาพหรือเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยพยาบาลต้องมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลแบบผสมผสาน มีทักษะในการซักประวัติสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยเหมาะสมที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสาน

ประเมินความเสี่ยงและอันตรายที่ผู้ป่วยอาจได้รับถ้าใช้ทางเลือกแบบผสมผสาน พยาบาลจะต้องมีการประเมินความเหมาะสมของการรักษาโดยพิจารณาจากสถานะสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่าง และหลังการใช้ทางเลือกแบบผสมผสาน หากพยาบาลประเมินแล้วพบว่าสถานะสุขภาพของผู้ป่วยไม่สมารถได้รับการดูแลแบบผสมผสานได้ พยาบาลต้องละเว้นจากการรักษาและอธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยฟัง และจัดหาการบำบัดอย่างอื่นที่มีประสิทธิภาพให้กับผู้ป่วยต่อไป

ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักต้องลงนามทุกครั้งก่อนให้การดูแลแบบผสมผสาน พยาบาลควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกในครอบครัวได้รับทราบข้อมูลทุกอย่าง รับทราบภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งยอมรับว่าจะเลือกการดูแลแบบผสมผสาน เมื่อเข้าใจข้อมูลทุกอย่างเรียบร้อยแล้วก็ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบผสมผสาน โดยผู้ป่วยลงนามด้วยตนเอง หรือผู้ดูแลหลักลงนามแทนผู้ป่วยในเอกสารยินยอมการดูแลแบบผสมผสาน inform

consent และที่สำคัญการลงนามยินยอม ทำให้เกิดความมั่นใจระหว่างทีมการดูแล ว่าได้ให้ข้อมูลการดูแลแบบผสมผสานที่ครบถ้วน ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการดูแลแบบผสมผสาน²⁴⁻²⁶

ประเมินสิ่งแวดล้อมและจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการบำบัด โดยพยาบาลต้องจัดสิ่งแวดล้อมประเมินลักษณะสิ่งแวดล้อม และจัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จัดแสงสว่างที่เพียงพอเหมาะสมกับการบำบัด สถานที่บำบัดต้องมีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับชื้น บริเวณที่ใช้บำบัดต้องไม่มีเสียงรบกวน เป็นต้น ซึ่งเหมาะสมกับการบำบัดแบบผสมผสาน

ประเมินสัญญาณชีพก่อน-หลังการให้การบำบัดแบบผสมผสาน ก่อนให้การบำบัดพยาบาลต้องประเมินสัญญาณชีพก่อนว่าค่าอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถบำบัดได้ ถ้าสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น มีไข้ ชีพจรเต้นเร็ว ไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์ค่าปกติ ควรดื่นหรือเลื่อนการบำบัดไปก่อน รวมทั้งพยาบาลต้องประเมินปัญหาของผู้ป่วยก่อน และหลังการบำบัดเสมอ พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงหรืออาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งการบำบัดโดยเลือกการดูแลแบบผสมผสานสามารถใช้ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยได้

การประเมินผู้ป่วยถ้าพบว่า การดูแลแบบผสมผสานไม่ตอบสนองกับผู้ป่วย พยาบาลควรให้กำลังใจ ดูแลโดยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยให้เกียรติอยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วย และผู้ดูแลและไม่ทอดทิ้ง ในกรณีที่การดูแลแบบผสมผสานไม่ตอบสนองดังหวังจนเกิดความเสียใจของครอบครัวอาจจะเกิดจากหลายสาเหตุหรือข้อจำกัด ปัจจัยรอบข้าง หรือกระบวนการการออกฤทธิ์ของศาสตร์นั้นไม่สามารถเข้าได้กับสภาวะร่างกายของผู้ป่วยขณะนั้น โดยไม่ใช่ความผิดที่การดูแลแบบผสมผสานนั้นไม่ตอบสนอง ซึ่งเป็นกรณีที่อาจพบได้บ่อยครั้งการดูแลด้านจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก

การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย พยาบาลมีบทบาทในการประสานงาน แจ้งข้อมูลอำนวยความสะดวก สนับสนุน และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด รวมถึงข้อจำกัดของผู้ป่วยกับผู้ส่งยาหรือเภสัชกร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากที่สุด

การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการบำบัดแบบผสมผสาน

การส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแบบผสมผสาน พยาบาลต้องมีความรู้มีแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ และสามารถส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไปยังหน่วยงานสาธารณสุขอื่น และมีทักษะในการบริหารจัดการการดูแลแบบผสมผสานในรูปแบบอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย¹⁸

การประเมินผู้ป่วยหลังได้รับการบำบัดแบบผสมผสาน พยาบาลมีการบันทึกทางการพยาบาลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และสะท้อนถึงกระบวนการพยาบาลในทุกด้าน ที่ครอบคลุมการประเมินผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การให้การพยาบาล และการประเมินผลหลังจากได้รับการบำบัด และติดตามผลกระทบของการรักษาของผู้ป่วยร่วมกับการดูแลแบบผสมผสาน ซึ่งเอกสารทางการพยาบาลนี้จะแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และมีจริยธรรม โดยเป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและวิชาชีพ²⁵

ข้อควรระวังในการดูแลแบบผสมผสาน^{24,25}

1. พยาบาลผู้ให้การบำบัดแบบผสมผสานต้องผ่านการอบรม มีใบประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านนั้น ๆ มาแล้ว¹¹
2. พยาบาลผู้ให้การบำบัดแบบผสมผสานต้องตระหนักว่า การบำบัดแบบผสมผสานเป็นทางเลือกหนึ่ง ที่ยังคงมีความเสี่ยง และข้อห้ามโดยการบำบัดเหล่านี้ ยังคงมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาหรือการรักษาแบบเดิม ๆ และอื่น ๆ อีกมากมายที่อาจเกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้การบำบัดเหล่านี้มีข้อจำกัด ถึงแม้จะบำบัดกับผู้ที่สุขภาพดี เช่น

น้ำมันหอมระเหยบางชนิดอาจทำให้ทารกหายใจได้ช้า เป็นต้น

สรุป

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ไม่ว่าจะเลือกวิธีการดูแลแบบปกติหรือแบบผสมผสานร่วมด้วยนั้น หลักสำคัญของบทบาทหน้าที่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การสื่อสารที่ดี มีทัศนคติที่ดี และมีความรู้รวมถึงมีทักษะการดูแลแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยพยาบาลควรมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้การดูแลแบบผสมผสาน การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการดูแลแบบผสมผสาน และการดูแลหลังผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบผสมผสาน ซึ่งพยาบาลควรมีความรู้มีทักษะการดูแลแบบผสมผสาน โดยผ่านการอบรมจนมีความเชี่ยวชาญในการบำบัดนั้น ๆ ก่อนเสมอ พยาบาลจึงจะสามารถให้การบำบัดแบบผสมผสานกับผู้ป่วยได้เหมาะสม ตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Muecke R, Paul M, Conrad C, Stoll C, Muenstedt K, Micke O, et al. Complementary and Alternative Medicine in Palliative Care: A Comparison of Data From Surveys Among Patients and Professionals. *Integr Cancer Ther.* 2016;15(1):10-16.
- WHO global report on traditional and complementary medicine 2019 [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 8]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- สุจินตนา ชูติระกะ, ผจงศิลป์ เฟิงมาก, ประภาพร ชูกำเหนิด. การพัฒนาโปรแกรมโยคะเพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.* 2563;40(4):37-47.
- Zeng YS, Wang C, Ward KE, Hume ALJop, management s. Complementary and alternative medicine in hospice and palliative care: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2018;56(5):781-94. e4.
- Muecke R, Paul M, Conrad C, Stoll C, Muenstedt K, Micke O, et al. Complementary and alternative medicine in palliative care: a comparison of data from surveys among patients and professionals. *Integr Cancer Ther.* 2016;15(1):10-6.
- Dingley C, Ruckdeschel A, Kotula K, Lekhak NJPc, practice s. Implementation and outcomes of complementary therapies in hospice care: an integrative review. *Palliat Care Soc Pract.* 2021;15:26323524211051753.
- อายุพร ประสิทธิเวชชากร. สุขภาพทางเลือกร่วมมองในการพิจารณาเลือกใช้ที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 2557; 15(3):38-43.
- ลัญฉณ์ศักดิ์ อรรถยากร. การรักษาแบบผสมผสานในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. ใน: ลักษมี ชาญเวช, ประถมภรณ์ จันทร์ทอง, กิตติพล นาควิโรจน์, ปิยพร ทิสยากร, บรรณาธิการ. *Textbook of Palliative Care Book 1 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เล่ม 1: สมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย*; 2564.
- สถานการณ์การแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย [Internet]. 2565 [cited 2022 Jun 8]. Available from: <https://thaicam.go.th>.
- Yang J, Wahner-Roedler DL, Zhou X, Johnson LA, Do A, Pachman DR, et al. Acupuncture for palliative cancer pain management: systematic review. *BMJ Support Palliat Care.* 2021;11(3):264-70.
- Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, Sherman KJ, et al. Acupuncture for chronic pain: update of an individual patient data meta-analysis. *J pain.* 2018;19(5):455-74.

12. Busse JW, Pallapothu S, Vinh B, Lee V, Abril L, Canga A, et al. Attitudes towards chiropractic: a repeated cross-sectional survey of Canadian family physicians. *JEBIM*. 2021;22(1):1-10.
13. Kozak L. Evidence-Based Integrative Approaches in Palliative Care: Challenges and Opportunities. At the 3rd Annual Palliative Care Institute Conference. Pasadena, CA: Saybrook University, College of Integrative Medicine & Health Sciences; 2016.
14. Sharma P, Sharma B, Aggarwal T, Kalita MJAO. Homoeopathic Treatment as an Add-On for Minimizing After Effects of Conventionally Treated Cancer Patients: A Simple Randomized Pilot Study—Protocol from Northeast India Perspective. *AJO*. 2021;7(03):105-13.
15. Rotter G, Binting S, Tissen-Diabaté T, Ortiz M, Brinkhaus BJCMR. Osteopathic medicine in four chronic musculoskeletal pain diseases: An observational trial with follow-up. *Complement Med Res*. 2022; 29(1):53-66.
16. การแพทย์ทางเลือก [Internet]. 2565 [cited 2022 Jun 8]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/altern_med/th/ocam
17. สุริพร ธนศิลป์. การดูแลแบบผสมผสานเพื่อการลดอาการในผู้ป่วยระยะท้าย. ใน: ลักษมี ชาญเวชช์, ประถมภรณ์ จันทร์ทอง, กิตติพล นาควิโรจน์, ปิยพร ทิสยากร, บรรณาธิการ. Textbook of Palliative Care Book 1การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เล่ม 1: สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย; 2564.
18. Deng GE, Rausch SM, Jones LW, Gulati A, Kumar NB, Greenlee H, et al. Complementary therapies and integrative medicine in lung cancer: diagnosis and management of lung cancer: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2013;143(5):e420S-e36S.
19. Keser İ. The use of art in the care and treatment of chronic diseases. *JMHM*. 2016; 4(1):78-81.
20. Van Hal M, Dydyk AM, Green MS. Acupuncture. [Updated 2022 Jul 25]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532287/>
21. พรทวิ ยอดมงคล. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง(Palliative Care) ฉบับปรับปรุง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: บริษัท พิมพ์สิริพัฒนา จำกัด; 2561.
22. Esch T. Meditation in Complementary and Integrative Medicine: Taxonomy of Effects and Methods. *Complement Med Res*. 2021;28(3):183-7.
23. Ioannis Makris. Complementary Alternative Therapy Methods Used in Persons Receiving Palliative Care to Alternative Pain: A Literature Review. Sweden: Sophia Hemmet University; 2016.
24. College of Nurses of Ontario (CNO). Complementary Therapies [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 16,]. Available from: <https://www.cno.org/en/learn-aboutstandards-guidelines/educational-tools/ask-practice/complementary-therapies/>.
25. Complementary and Alternative Medicine: What Nurses Need to Know [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 16]. Available from: <https://minoritynurse.com/complementary-and-alternative-medicine-what-nurses-need-to-know/>.
26. Lindquist R, Tracy MF, Snyder M. Complementary and alternative therapies in nursing: 8th edition. Evolution and use of Complementary Therapies and Integrative healthcare practices. Springer Publishing Company; 2018.

บทความวิชาการ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ธีระชล สาดสิน¹วัธสาตรี ดิถียนต์²สัณชัย พัฒนสิทธิ์³

บทคัดย่อ

โรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วได้ทำให้สถาบันการศึกษาจำเป็นต้องมีการออกแบบและจัดการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ สถาบันการศึกษาด้านพยาบาลศาสตร์ก็มีความจำเป็นต้องมีการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์เช่นเดียวกัน ซึ่งการออกแบบการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ให้ประสบความสำเร็จนั้น การทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์ได้กลายเป็นข้อมูลสำคัญจะช่วยให้การจัดการเรียนการสอนนั้นประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้เรียน ดังนั้น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์คือเพื่อสังเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ผ่านการใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ตามกรอบการสืบค้นตามกรอบแนวคิด PICO ที่ประกอบไปด้วย ประชากรที่สนใจศึกษา (P) สิ่งแทรกแซง (I) สาเหตุหรือปัจจัย (C) ผลลัพธ์ (O) ผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ประกอบไปด้วยปัจจัยด้านตัวผู้เรียน คือ ความแตกต่างระหว่างเพศ ช่วงอายุ ประสบการณ์การเข้าถึงและใช้งานเทคโนโลยี ทักษะคิดและพฤติกรรม การเรียน และปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมและสนับสนุนการเรียนรู้ ได้แก่ ความไว้วางใจต่อผู้สอน สื่อการสอนออนไลน์ และสภาพแวดล้อม

คำสำคัญ: ปัจจัย/ การเรียนผ่านระบบออนไลน์/ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์

¹ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยและคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, Corresponding author, E-mail: watsatree@gmail.com

³ รองศาสตราจารย์ สาขาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร

Review article

A Systematic Literature Review of Factors affecting Online Learning Among Nursing Students

*Theerachol Satsin*¹*Watsatree Diteeyont*²*Sunchai Pattanasith*³

Abstract

Currently, the emerging pandemic new disease occurs rapidly. It is challenging for educational institutions in adjusting the classroom teaching to online teaching following the government disease control and policies. This systematic literature review aimed to determine factors related to online learning among nursing students. A conceptual PICO was used as a tool which comprises of P (Population), I (Intervention), C (Cause or Factors), and O (Outcome). The summary data among selected studies were reported with flow diagram. The findings revealed that factors related to online learning of nursing students consisted of students' profiles included gender differences and age ranges, technology experience and accessibility, attitudes and behaviors toward online learning, and supportive environmental.

Keywords: factor/ online learning/ nursing students

¹ Doctor of Philosophy (Educational Communications and Technology) Student, Faculty of Graduate School and Faculty of Education. Kasetsart University and Lecture Faculty of Nursing Suan Dusit University.

² Assistant Professor, Faculty of Education. Kasetsart University, Corresponding author, E-mail: watsatree@gmail.com

³ Associate Professor, Faculty of Education. Kasetsart University, Bangkok.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (novel coronavirus 2019 หรือ COVID-19) ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว¹ ส่งผลให้มีผู้ป่วยติดเชื้อจำนวนมากประเทศไทยที่มีนโยบายการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขององค์การอนามัยโลก (WHO) อย่างเต็มที่และเข้มข้น² โดยนำพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินมาประกาศใช้และมีผลบังคับเมื่อ วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 ส่งผลต่อการบริหารงานของทุกด้านของประเทศ รวมถึงด้านการศึกษาที่กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) ได้ขานรับนโยบายดังกล่าวและออกประกาศให้สถาบันอุดมศึกษาหยุดการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้าไปสู่การจัดการเรียนการสอนออนไลน์เพื่อสอดคล้องกับสถานะที่สังคมต้องปฏิบัติตามมาตรการการควบคุมป้องกันโรคอย่างเข้มข้น จัดเป็นความท้าทายสำหรับผู้บริหารของสถานศึกษาและผู้สอนในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอนอย่างมาก³ สำหรับการศึกษาทางด้านพยาบาลศาสตร์ก็เช่นกัน ที่จำเป็นต้องตอบสนองต่อนโยบายดังกล่าว จากการสำรวจที่ผ่านมาพบว่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนจากการเผชิญหน้าไปเป็นการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ซึ่งการปรับเปลี่ยนนี้ได้เกิดอุปสรรคหลายประการ โดยผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อุปสรรคด้านความพร้อมของอาจารย์พยาบาลเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญที่ทำให้การเรียนการสอนออนไลน์ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เพราะอาจารย์พยาบาลจำนวนมากยังสับสนต่อหน้าที่ในการมอบหมายงาน การกำหนดส่งชิ้นงาน คุณภาพของชิ้นงาน การออกแบบกิจกรรมที่อาจจะไม่มีความเหมาะสมกับลักษณะการเรียนรู้ออนไลน์ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต่างก็เป็นความท้าทายและเป็นเรื่องสำคัญที่อาจารย์พยาบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญเพื่อช่วยให้การเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ประสบความสำเร็จได้ต่อไป³

จากอุปสรรคดังกล่าว ทำให้สถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์จำนวนมาก เตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ แก่ผู้สอน เช่น การส่งเสริมความรู้ด้านเทคโนโลยี การจัดหาเครื่องมือด้านเทคโนโลยี การศึกษาให้เพียงพอ การให้ความช่วยเหลือด้านการจัดการเรียนการสอนและการประเมินผล เป็นต้น เพื่อเป็นการช่วยลดอุปสรรคในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านตัวผู้เรียนก็ยังเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อการเรียนการสอนออนไลน์ที่ประสบความสำเร็จด้วยเช่นกัน ดังงานวิจัยของรสสุคนธ์ เสวตเวชากุล⁴ พบว่า ความไม่พร้อมของผู้เรียนในการปรับเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้รับสารไปสู่การเป็นผู้สืบค้นเนื้อหาด้วยตนเอง ความอิสระในการเข้าถึงบทเรียนได้ทุกที่ทุกเวลา (Anytime Anywhere) ก็เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลให้การเรียนรู้ในรูปแบบออนไลน์ไม่ประสบความสำเร็จได้เช่นกัน นอกจากนั้น งานวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ลักษณะของผู้เรียนที่กำลังกับตนเองและกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองในระบบการศึกษา: ขอบเขตที่ก้าวข้าม⁵ ยังสนับสนุนด้วยว่า ผู้เรียนที่กำลังกับตนเองมีทักษะในการสอนผู้อื่นจำเป็นต้องก้าวผ่านอุปสรรคในการสื่อสารและความเข้าใจซึ่งกันและกัน ผู้เรียนที่มีแรงจูงใจในการกำลังกับตนเองตนเองเข้าใจมุมมองของผู้เรียนคนอื่น ๆ และมีทักษะในการแบ่งปันประสบการณ์และความรู้ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้อย่างมีวิจารณญาณ

ดังนั้น เพื่อเป็นการช่วยส่งเสริมให้การจัดการการเรียนการสอนออนไลน์ที่กำลังกลายเป็นหนึ่งในรูปแบบการเรียนรู้หลักของสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ในอนาคตอันใกล้ ให้ประสบความสำเร็จและสอดคล้องกับเป้าหมายของสาขาพยาบาลศาสตร์ได้นั้น การทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้เรียนจึงมีความสำคัญที่จะช่วยผลักดันให้การจัดการเรียนการสอนออนไลน์เป็นไปด้วยความราบรื่นและประสบความสำเร็จมากขึ้นเช่นกัน ดังนั้น ในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้

จึงเป้าหมายสำคัญในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่มีความเกี่ยวข้องต่อความสำเร็จในการเรียนในรูปแบบออนไลน์เพื่อจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมสื่อการสอน เครื่องมือการจัดการเรียนการสอน และแนวทางการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้เรียนในการเรียนการสอนออนไลน์ที่เหมาะสมต่อไป ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สูงสุดคือการพัฒนาผู้เรียนให้เป็นไปตามเป้าหมายของการเรียนรู้และสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของพยาบาลศาสตร์ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การทบทวนวรรณกรรม

เพื่อสังเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

คำถามการทบทวนวรรณกรรม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ประกอบด้วยปัจจัยใดบ้าง

วิธีการดำเนินการทบทวนวรรณกรรม

เครื่องมือในการทบทวนวรรณกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมนี้ประกอบด้วย

1. แบบคัดกรองสำหรับการทบทวนวรรณกรรม ผู้ทบทวนวรรณกรรมได้พัฒนาแบบคัดกรองเบื้องต้นสำหรับการคัดเลือกงานวิจัยมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งในแบบคัดกรองนี้จะกำหนดว่างานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์นั้นจะต้องเป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ นอกจากนั้น จะต้องประกอบไปด้วยคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกที่ผู้สร้างขึ้นตามหลักการของ PICO ได้แก่ ประชากรที่สนใจศึกษา (P) คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สิ่งแทรกแซง (I) คือ การเรียนการสอนออนไลน์ สาเหตุหรือปัจจัย (C) คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนออนไลน์ และผลลัพธ์ (O) คือ ผลของ

การเรียนการสอนออนไลน์ที่มีการประเมินติดตามภายหลังการใช้มาตรการอย่างน้อย 1 ตัวแปรสามารถอธิบายได้ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า ประกอบไปด้วย

1. บทความวิจัยนั้นจะต้องเป็นบทความย่อและบทความฉบับสมบูรณ์ (full text) ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ปัจจัย (factors) และ/หรือ การเรียนผ่านระบบออนไลน์ (online learning) และ/หรือนักศึกษาพยาบาล (nursing students)
2. กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนั้นจะต้องเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเท่านั้น
3. บทความวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจำเป็นต้องผ่านขั้นตอนการมี peer-reviewed และสามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้ ตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เอกสารรายงานวิจัยวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ที่ได้เผยแพร่และไม่ได้เผยแพร่ในวารสารวิชาการระหว่าง ปี พ.ศ. 2555-2565 (ค.ศ. 2012-2022)

เกณฑ์คัดออก ประกอบไปด้วย

1. บทความวิจัยที่มีแต่บทคัดย่อไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้รวมไปถึงเป็นเอกสารวิทยานิพนธ์ภาษาไทยที่ไม่ตีพิมพ์และไม่สามารถสืบค้นเล่มฉบับเต็มได้
2. เป็นบทความวิจัยที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย
3. เป็นงานวิจัยที่มุ่งศึกษาในกลุ่มนักศึกษาหลักสูตรอื่นในระดับปริญญาบัณฑิต และเป็นงานวิจัยที่ทดลองในสัตว์

2. แบบประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นแบบประเมินที่ออกแบบตามแนวทางการประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์^{6,7} ภายหลังคัดเลือกผลงาน ทีมแต่ละคนอ่านวิจัยทุกเรื่องผ่านเกณฑ์ inclusion criteria โดยละเอียด และทำการวิเคราะห์คุณภาพผลงาน โดยใช้ critical appraisal tool ตามเครื่องมือของ JBI⁸ ผู้วิจัยแต่ละคน ประเมิน

ความน่าเชื่อถือและคุณภาพของงานวิจัย เพื่อนำเข้าสู่การวิเคราะห์โดยการพิจารณาตามเกณฑ์โดยผลงานวิจัยที่ถูกคัดเลือกให้เป็นผลงานที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์การพิจารณาอย่างน้อยร้อยละ 60⁷

3. แบบฟอร์มบันทึกผลการสกัดข้อมูล สร้างขึ้นเป็นตารางบันทึกผลของงานวิจัยอย่างเป็นระบบ⁷ ประกอบไปด้วย นำผลการศึกษามาสรุปลงใน identified table และสรุปผลการค้นคว้าเป็นหมวดหมู่ เปรียบเทียบผลการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อสรุปขององค์ความรู้ที่มีคุณภาพ และนำมาเขียนสรุปผลการศึกษาโดยเขียนถึงกระบวนการศึกษาทั้งหมด และผลการศึกษาโดยการเขียนจะเขียนคล้ายกับการเขียนผลงานวิจัยเพื่อให้เห็นกระบวนการ ค้นคว้าที่มีคุณภาพ และผลการศึกษาที่น่าเชื่อถือที่สามารถนำไปใช้ได้ต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งใช้กรอบแนวคิด PICO ประกอบไปด้วย P= population, I=intervention, C= cause or factors, O=outcome เป็นกรอบในการสืบค้นข้อมูล⁶ โดยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยนั้นสามารถอธิบายได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 identification

ได้เริ่มต้นการเก็บข้อมูลงานวิจัยโดยการกำหนดกรอบในการสืบค้นข้อมูลวรรณกรรม

นั่นคือ แนวความคิดของ PICO และยึดหลักความสอดคล้องกับเป้าหมายและคำถามงานวิจัยเป็นสำคัญ ได้แก่ ประชากรที่สนใจศึกษา (P) คือนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สิ่งแทรกแซง (I) คือ การเรียนการสอนออนไลน์ สาเหตุหรือปัจจัย (C) คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนออนไลน์ และผลลัพธ์ (O) คือ ผลของการเรียนการสอนออนไลน์ที่มีการประเมินติดตามภายหลังการใช้มาตรการอย่างน้อย 1 ตัวแปร ซึ่งผลของการกำหนดกรอบในการสืบค้นนี้ ได้ช่วยให้ผู้วิจัยได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ประกอบไปด้วย ปัจจัย (factors) และ/หรือ การเรียนผ่านระบบออนไลน์ (online learning) และ/หรือ นักศึกษาพยาบาล (nursing students)

ฐานข้อมูลที่ใช้การสืบค้น ได้แก่ AECT journal database , cumulative index to nursing and allied health literature (CINAHL) database, cochrane library, science direct, proquest nursing, british medical journal (BMJ), springer link และ thailist

การประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ เลือกใช้เกณฑ์ประเมินของ Stetler, Cheryl B., et al.⁹ รูปแบบ evidence pyramids โดยที่ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์แบ่งออกเป็น 6 ระดับ (ตารางที่ 1)

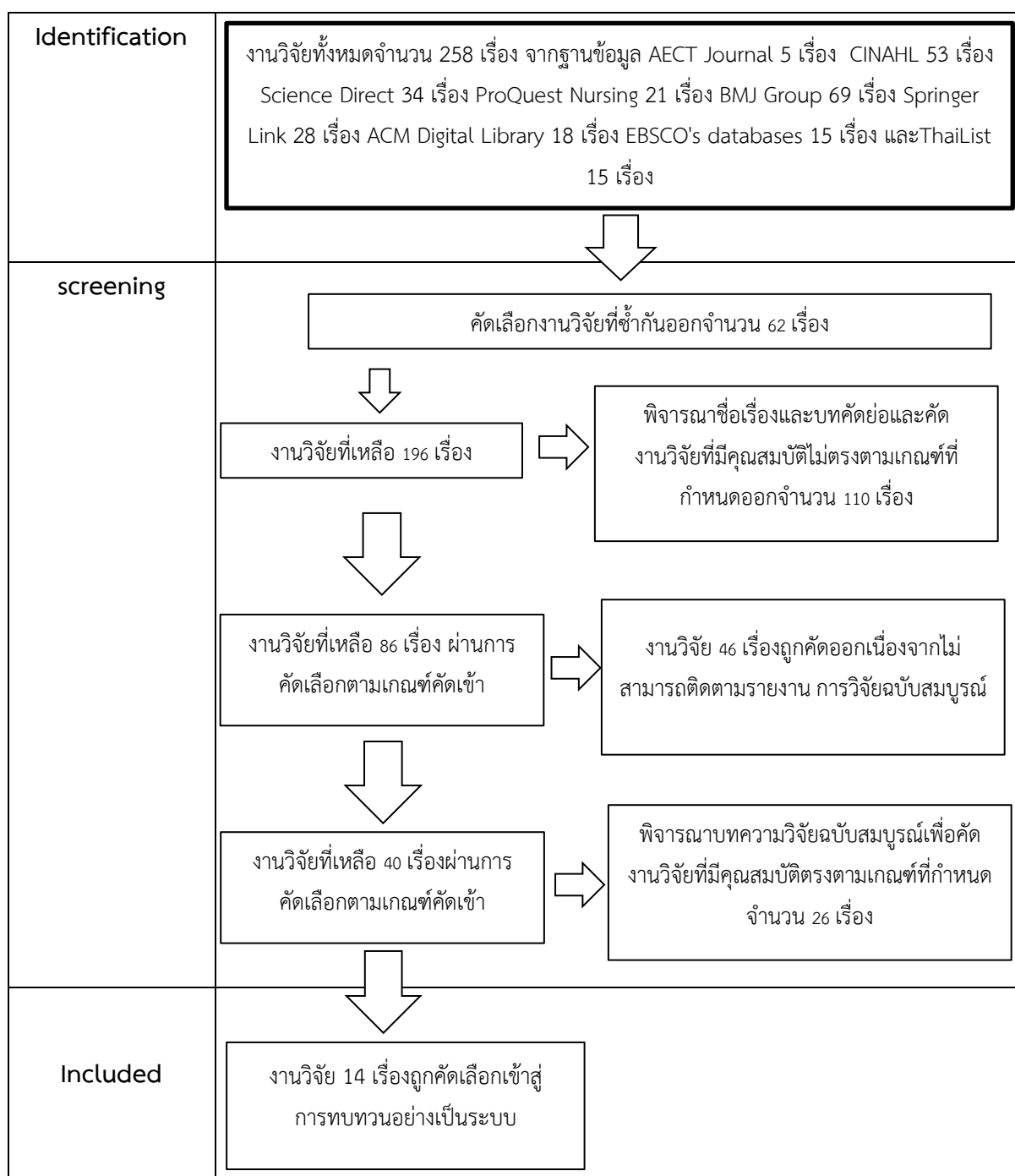
ตารางที่ 1 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

ระดับที่	ลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์	จำนวนเรื่อง
1	การวิเคราะห์เมตาดาจากงานวิจัยแบบทดลองเชิงสุ่ม	1
2	การวิจัยเชิงทดลองหรือการวิจัยแบบทดลองเชิงสุ่ม	2
3	การวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มการทดลองในกลุ่มเดียวแบบวัดผลก่อน-หลังการวิเคราะห์ผลแต่ละช่วงเวลาหรือการวิจัยแบบไม่ทดลองชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบ	2

ตารางที่ 1 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)

ระดับที่	ลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์	จำนวนเรื่อง
4	การวิจัยแบบไม่ทดลองทั้งในเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์การวิจัยเชิงคุณภาพหรือการรายงานกรณีศึกษา	9
5	การวิจัยแบบประเมินผลโครงการการใช้ผลการวิจัยหรือแนวทางปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพหรือรายงานผู้ป่วย	-
6	ข้อเสนอแนะหรือความเห็นจากคณะกรรมการที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ	-

แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกรายงานงานวิจัยเข้าสู่การทบทวน



ขั้นตอนที่ 2 screening

การคัดกรองงานวิจัยเพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากนั้นจะทำการประเมินคุณภาพของงานวิจัยโดยร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ที่แยกกันประเมินข้อมูลอย่างเป็นอิสระต่อกัน และวิเคราะห์ตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์โดยบันทึกในแบบฟอร์มที่สร้างไว้

ขั้นตอนที่ 3 included

การสกัดข้อมูลผลการวิจัย โดยนำผลข้อมูลมาสรุปวิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดกลุ่มข้อมูล ลงแบบบันทึกข้อมูล และสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์นั้น จะใช้กรอบการศึกษา PICO ของ Melnyk, & Fineout-Overholt¹⁰ เพื่อประกอบการตัดสินใจว่างานวิจัยนั้นมีคุณภาพดีพอที่จะนำมาใช้หรือไม่

โดยจะสรุปเนื้อหา แล้วนำผลวิจัยนำมาพิจารณา ร่วมกับกับผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละประเด็น ซึ่งเกณฑ์การตัดสินนั้นคือ ผู้ทบทวนวรรณกรรมและผู้ทรงคุณวุฒิจะต้องมีความเห็นสอดคล้องกันทุกประเด็น หากมีความคิดเห็นสรุปแตกต่างกันแล้วนำข้อสรุปนั้น มาอภิปรายตกลงร่วมกันและนำมาหาข้อสรุปใหม่ที่ตรงกันกับผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ไม่มีการนำเสนอรายงานเป็นสถิติ แต่นำเสนอข้อค้นพบที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ จัดหมวดหมู่เป็นหัวข้อตามด้วยการบรรยายสรุปตามวัตถุประสงค์

ผลการทบทวนวรรณกรรม

ผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสามารถเข้าถึงในรูปไฟล์และสำเนาได้จำนวน 26 เรื่อง อยู่ในมาตรฐานงานวิจัยที่นำมาใช้ในการทบทวนวรรณกรรมและอ้างอิงได้จำนวน 14 เรื่อง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง	ปี	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ผลการวิจัย
1. The Adoption of Technology-Based Learning in Nursing: Understanding Intrinsic Motivational Factors (Sandra Goldsworthy, William M. Goodman)	ค.ศ. 2017	เพื่อตรวจสอบปัจจัยเชิงจิตที่แท้จริงที่อาจมีส่วนช่วยให้นักศึกษาพยาบาลประสบความสำเร็จทางวิชาการและเชื่อมโยงสิ่งเหล่านี้กับการใช้เทคโนโลยีในการเรียนรู้	นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 จำนวน 101 คน	ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ 1. เพศ เกี่ยวข้องกับความสบายระดับกับเทคโนโลยี ผู้ชายมากกว่าผู้หญิง การค้นพบนี้ (เพื่อสุขภาพ นักศึกษาวิทยาศาสตร์) 2. ความสะดวกสบายด้วยเทคโนโลยีในทางลบที่เกี่ยวข้องกับอายุ 3. อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการวางแผนการเรียนรู้ 4. ความถี่ของการสืบค้นข้อมูลของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสะดวกสบายในการเข้าใช้เทคโนโลยีและความสะดวกสบายในการเข้าใช้งานด้วยเว็บ/กราฟิก 5. ความถี่ของการเข้าใช้งานออนไลน์ไม่มีผลต่อการวางแผนเป้าหมายในการเรียน 6. ความสบายกับเทคโนโลยีเป็นสิ่งที่ผลักดันที่เกี่ยวข้องกับเกรดเฉลี่ย (GPA)

ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง	ปี	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ผลการวิจัย
2. Online learning versus blended learning of clinical supervisee skills with pre-registration nursing students:A randomised controlled trial (Karen McCutcheona, Peter O'Halloranb, Maria Lohan)	ค.ศ. 2018	เพื่อทดสอบว่า นักศึกษาพยาบาล ระดับปริญญาตรี มีทักษะการปฏิบัติทางคลินิกจากการเรียนออนไลน์ และแบบผสมผสาน	นักศึกษาพยาบาล จำนวน 120 คน	1. ผู้เข้าร่วมที่ได้รับทักษะการกำกับดูแลทางคลินิกการฝึกอบรมผ่านแนวทางการเรียนรู้แบบผสมผสานได้คะแนนสูงกว่าในแง่ของแรงจูงใจและทัศนคติ – ค่าเฉลี่ย (mean) = 85.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) = 9.78 จำนวนผู้เข้าร่วม (n) = 62 – เทียบกับกลุ่มออนไลน์ (mean = 79.5, SD = 9.69, n = 60) (p = .001) 2. กลุ่มการเรียนรู้แบบผสมผสานได้คะแนนสูงกว่ากลุ่มออนไลน์ในด้านความรู้ (mean = 4.2, SD = 1.43, N = 56) เทียบกับกลุ่มออนไลน์ (mean = 3.51, sd = 1.51, N = 57) (p = 0.01) 3. ความพึงพอใจ (mean = 30.89, SD = 6.54, N = 57) เทียบกับกลุ่มออนไลน์ (mean = 26.49, SD = 6.93, N = 55) (p = 0.01)
3. Factors influencing eHealth literacy among Korean nursing students: A cross-sectional study (Sisook Kim and Jaehee Jeon)	ค.ศ. 2020	เพื่อระบุปัจจัยที่อาจส่งผลต่อ eHL ในการศึกษาพยาบาลออนไลน์ สามารถกำหนดมาตรฐานระดับคุณภาพและทิศทางของออนไลน์	นักศึกษาพยาบาล จำนวน 120 คน ในประเทศเกาหลี	1. ข้อมูลทั่วไปอายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมคือ 21.69 ± 2.77 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (85.9%) และอาศัยในเมืองใหญ่ (94.6%) 2. eHL แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญตามสภาพสังคมและลักษณะที่เกี่ยวข้องกับอินเทอร์เน็ต ผู้เข้าร่วมที่มี eHL สูง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 22 ปี ($t = -2.93, P = 0.05$) ระดับการศึกษา ($F = 7.21, P < 0.01$) การใช้อินเทอร์เน็ตระยะเวลากว่า 15 ปี ($F = 5.79, P = 0.05$) และผู้ที่มีทักษะการเข้าถึงออนไลน์ ($F = 4.74, P = 0.01$) 3. คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อ ICT เพื่อการเรียนรู้ แรงจูงใจต่อ ICT เพื่อการเรียนรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการศึกษาออนไลน์นั้น $3.27 \pm 0.70, 3.36 \pm 0.63$ และ 3.88 ± 1.42 ตามลำดับ 4. eHL มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับทัศนคติ ($r = 0.290, P < 0.01$) และแรงจูงใจต่อ ICT ($r = 0.498, P < 0.01$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อการศึกษาออนไลน์ ($r = 0.597, P < 0.01$)

ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง	ปี	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ผลการวิจัย
4. A systematic review of the factors – enablers and barriers – affecting e-learning in health sciences education (Krishna Regmi and Linda Jones)	ค.ศ. 2020	ระบุและสังเคราะห์ ปัจจัยที่ส่งผลต่ออีเลิร์นนิงในการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (el-HSE) ที่ได้รับการรายงานในวรรณกรรม	การทบทวนวรรณกรรม ปี ค.ศ. 1980 – 2019 จำนวน 24 เรื่อง	ปัจจัยที่มีผลกระทบต่ อีเลิร์นนิง: 1. ปฏิสัมพันธ์และการทำงานร่วมกันระหว่างผู้เรียนและผู้อำนวยความสะดวก 2. พิจารณาแรงจูงใจและความคาดหวังของผู้เรียน 3. ใช้เทคโนโลยีที่เป็นมิตรต่อผู้ใช้ 4. ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการสอน ประเด็นเพิ่มเติม เกี่ยวข้องกับอีเลิร์นนิงและการพัฒนานโยบายและความคิดริเริ่มที่เหมาะสมในการจัดตั้ง เมื่อใด อย่างไร และที่ไหนเหมาะสมที่สุด สร้างกรอบการทำงานที่กว้างขึ้นเพื่อให้อีเลิร์นนิงมีประสิทธิภาพ
5. Impact of E-learning during COVID-19 Pandemic among Nursing Students and Teachers of Nepal (Suraksha Subedi, Suvash Nayaju, Sweta Subedi, Sanjeev Kumar Shah, Jennifer Mathias Shah)	ค.ศ. 2020	การประเมินผลกระทบของ E-learning ในช่วง COVID-19 ของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ของประเทศเนปาล	นักศึกษาพยาบาล 1,116 คน	นักศึกษาพยาบาล ร้อยละ 63.2 ได้รับผลกระทบจากไฟฟ้าและปัญหาอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 63.6 และพบว่าปัญหาอินเทอร์เน็ตอย่างเดียวยกถึง ร้อยละ 64.4 นักศึกษาพยาบาลใช้อุปกรณ์สำหรับชั้นเรียนออนไลน์ ร้อยละ 58.4 ส่วนใหญ่ใช้มือถือ (โทรศัพท์มือถือ) และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทัศนคติและปัญหา/กิจกรรมในชั้นเรียนออนไลน์ ที่ค่า $P < 0.05$
6. Investigating Learning Process Factors Related to Online Learning and Physical Examinations Among Nursing Students. (Wanna Sanongdej, Sirirat Leelacharas, Suphamas Partiprajak and Kamonrat Kittipimpanon)	ค.ศ. 2021	เพื่อศึกษาวิธีการเรียนรู้ในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลผ่านการเรียนรู้ออนไลน์	นักศึกษาพยาบาล จำนวน 202 คน	ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสนใจในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบไปด้วย เนื้อหาออนไลน์ คุณภาพสื่อออนไลน์ ลักษณะออนไลน์ ลักษณะออนไลน์อาจส่งผลกระทบต่อการตรวจร่างกายขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.262, p < 0.01$) และอาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.49, p < .01$) แต่ พบว่า เนื้อหาออนไลน์ไม่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความสามารถในการตรวจร่างกายขั้นพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาล ($r=0.06, p > .05$) กระบวนการเรียนรู้มีผลทันที่ผลกระทบต่อความสามารถในการตรวจร่างกายเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล ($r=0.62, p < .001$)

ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง	ปี	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ผลการวิจัย
7. Evaluating Factors Influencing Knowledge-Sharing Behavior of Students in Online Problem-Based Learning (Wei-Tsong Wang and Ying-Lien Lin)	ค.ศ. 2021	เพื่อศึกษาประสบการณ์ในการเรียนโดยใช้ Adopting online problem - based learning(OPBL) แตกต่างจากประสบการณ์การเรียนรู้จากการบรรยายแบบดั้งเดิมสำหรับนักเรียนพยาบาล	นักศึกษาพยาบาลจำนวน 425 คน	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอมาตรฐานค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง (β), ค่า t และ R ² สำหรับแต่ละโครงสร้างรวมอยู่ในรูปแบบการวิจัยที่เสนอ 1. สมมติฐานรองรับ H1a, H1b และ H1c ซึ่งบ่งชี้ว่า social identity มีผลในเชิงบวกโดยตรงต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในความไว้วางใจ ($\beta = 0.77$, $t = 31.47$), การผูกมัดความสัมพันธ์ ($\beta = 0.3$, $t = 4.46$) และ KSB ($\beta = 0.4$, $t = 5.94$) ตามลำดับ 2. สมมติฐานรองรับทั้ง H2a และ H2b ซึ่งบ่งชี้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลความไว้วางใจมีผลในเชิงบวกโดยตรงต่อความมุ่งมั่นในความสัมพันธ์ ($\beta = 0.41$, $t = 5.61$) และ KSB ($\beta = 0.18$, $t = 3.18$) ตามลำดับ 3. สมมติฐาน H3 ซึ่งบ่งชี้ว่าความสัมพันธ์ความมุ่งมั่นมีผลในเชิงบวกโดยตรงกับ KBS ($\beta = 0.27$, $t = 4.53$).
8 . Factors Influencing SDL Readiness and Self-Esteem in a Clinical Adult Nursing Practicum after Flipped Learning Education: Comparison of the Contact and Untact Models. (Mi-Kyoung Cho and Mi Young Kim)	ค.ศ. 2021	เพื่อประเมินผลกระทบของรูปแบบการติดต่อการเรียนรู้แบบพลิกกลับด้านออนไลน์ และเพื่อตรวจสอบปัจจัยความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง	นักศึกษาพยาบาลจำนวน 85 คน	แบบจำลองในการฝึกหัดแบบจำลองการติดต่อแบบพลิกกลับด้าน (FMCM) มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (SDL) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักเรียนสูงกว่าแบบจำลองการเรียนรู้แบบพลิกกลับด้าน (FMUM) หลังจากการฝึกปฏิบัติทางคลินิกปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองได้แก่แรงจูงใจของผู้เรียน ความเป็นมิตรต่อผู้ป่วย explanatory power of 31.6% ($F = 13.96$, $p < 0.01$) แรงจูงใจของผู้เรียน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์-นักศึกษา ความเป็นมิตรต่อผู้ป่วยส่งผลต่อความภาคภูมิใจในตนเอง โดยมี explanatory power of 54.7% ($F = 34.86$, $p < 0.01$).

ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง	ปี	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ผลการวิจัย
9. Influencing Factors on Nursing Students' Learning Flow during the COVID-19 Pandemic: A Mixed Method Research (JinRyung Park and Minjeong Seo)	ค.ศ. 2022	สำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ออนไลน์ในช่วงโควิด-19 สถานการณ์โรคระบาด	นักศึกษาพยาบาลจำนวน 245 คน	การวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในช่วงการระบาดของ COVID-19 ได้แก่ ความสามารถในการเรียนรู้ที่ควบคุมตนเอง (β 0.24, $p=0.01$); แรงจูงใจในการเรียนรู้ (β 0.23, $p=0.01$); ประสิทธิภาพตนเองในการปฏิบัติทางคลินิก (β 0.14, $p=0.05$); และประเภทการบรรยาย หรือการผสมผสานระหว่างวิดีโอบรรยายที่บันทึกและเรียลไทม์ (β 0.13, $p=0.022$) การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative) จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพ 8 หมวดและ 22 หมวดย่อย แบ่งเป็น 8 ประเภทคือ: 1. การขาดการเตรียมความพร้อมในการเริ่มต้นของ virtual ในเรียนเนื่องจากการระบาดของ COVID-19 2. การปรับตัวและเติบโตในสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ใหม่ 3. การเสริมสร้างความรู้และทักษะทางการพยาบาลผ่านการฝึกอบรมทางคลินิกเสมือนจริง 4. ปัญหาในการควบคุมตนเองเมื่อเรียนคนเดียวเนื่องจาก social distancing 5. สมาธิยากเมื่อเรียนออนไลน์ 6. ข้อเสียของ virtual 7. ความกังวลเกี่ยวกับผลการเรียน 8. การขาดโอกาสในการใช้ชีวิตในวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง	ปี	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ผลการวิจัย
10. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช (เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, รัตนานภิศ รัชตะวรรณ และ นภาพรรณ วิริยะศิริกุล)	พ.ศ. 2562	1. ศึกษาาระดับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 2. เปรียบเทียบระดับทักษะการเรียนรู้ของนักศึกษาระหว่างชั้นปี 3. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และ 4. ศึกษาความต้องการในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล	นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 - 4 จำนวน 225คน	การวิจัยเชิงสำรวจ ระดับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($M=3.88$, $SD=0.35$) ทักษะสูงสุดคือทักษะด้านคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ($M=4.18$, $SD=0.51$) และทักษะต่ำสุดคือทักษะการเขียน (W) Riting, ($M=3.33$, $SD=0.36$) ผลการเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.01$) และ อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล โดยสามารถทำนายทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 3.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) การวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มทักษะที่นักศึกษาต้องการมากที่สุดคือ ทักษะ 3Rs โดยเฉพาะการใช้ภาษาอังกฤษ ทั้งการฟัง การพูด การเขียน และการอ่าน โดยใช้การศึกษาจากสื่ออินเทอร์เน็ต application youtube เว็บไซต์เรียนภาษาอังกฤษออนไลน์ และจัดอบรมการโดยเชิญผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกเป็นวิทยากร
11. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและพฤติกรรม การปรับตัวในการเรียนออนไลน์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง (ขวัญเรือน กำวิติ, ชัยสิทธิ์ ทันศึก, ระชีดิษฐ์ และชนิดา มัททวงกูร)	พ.ศ. 2564	เพื่อศึกษาปัจจัย ความเครียดและพฤติกรรม การปรับตัวในการเรียนออนไลน์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง	นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน 113 คน	ปัจจัยด้านผู้เรียน ($r = 0.344$, $p < 0.01$) ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและช่องทางการติดต่อสื่อสาร ($r = 0.260$, $p < 0.01$) ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม เศรษฐกิจ ($r = 0.208$, $p < 0.05$) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ($r = 0.235$, $p < 0.05$) พฤติกรรมการปรับตัว ($r = 0.190$, $p < 0.05$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีจำนวนครั้งในการพบทวนบทเรียนต่อสัปดาห์ ($r = 0.244$, $p < 0.01$)

ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง	ปี	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ผลการวิจัย
12. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล (ชฎาภา ประเสริฐทรง, จรินทร์วรรณ แสงหิรัญรัตน์ และพรชญา กลัดแก้ว)	พ.ศ. 2564	เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	นักศึกษาพยาบาล ปีที่ 2, 3 และ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 450 คน	จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (mean= 2.76, SD =0.63) อุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์โดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean=3.32, SD =0.60) ความเครียดในการเรียนออนไลน์โดยรวมและทุกรายข้อ อยู่ในระดับปานกลาง (mean=2.41, SD =0.74)
13. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์จากสถานการณ์โควิด-19 (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, จุรีย์ นฤมิตเลิศ และกิตติยา สมุทรประดิษฐ์)	พ.ศ. 2564	เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์จากสถานการณ์โควิด-19	นักศึกษาชั้นปี 1 ถึงปี 4 คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัด และคณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำนวน 257 คน	พฤติกรรมการเรียนของนักศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 (SD=0.33) ปัจจัยภายใน ได้แก่ เจตคติต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ พฤติกรรมการสอนของอาจารย์ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และความพร้อมของสื่อ/เทคโนโลยีมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเรียนของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.237, 0.409, 0.525, 0.407$, และ 0.301) ตามลำดับ โดยตัวแปรการปรับตัวของนักศึกษา พฤติกรรมการสอนของอาจารย์ และเจตคติต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์สามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการเรียนของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.001 อำนาจการทำนายร้อยละ 35.0
14. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล: ภาคเหนือตอนล่าง (ณิกานต์ ทรงไทย, วราภรณ์ ยศทวี และปฐพร แสงเขียว)	พ.ศ. 2564	1. ศึกษาพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล 2. ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล	นักศึกษาพยาบาล จำนวน 170 คน	1. พฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.17, SD= 0.35) 2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ การกำกับตนเอง การเรียนรู้จากการสังเกต และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลได้ ร้อยละ 63.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้เรียนนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านตัวผู้เรียน และปัจจัยที่ส่งเสริมและสนับสนุน สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวผู้เรียน

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ปัจจัยด้านตัวผู้เรียนเองซึ่งประกอบไปด้วย

1.1 ด้านความแตกต่างของเพศจากการศึกษาของ Goldsworthy และ Goodman¹¹ ได้นำการเรียนรู้ทางเทคโนโลยีมาใช้ในการพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลเพศชายมีความรู้สึกสบายใจในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนการสอนมากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.126, p < 0.05$) ดังนั้น ความแตกต่างของเพศจึงเป็นปัจจัยของผู้เรียนที่ส่งผลต่อการเรียนผ่านเทคโนโลยีของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในด้านแรงจูงใจในการเรียน

1.2 ด้านช่วงอายุ ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีอายุช่วงระหว่าง 19 – 20 ปี มีการใช้ระบบออนไลน์มากกว่าอายุช่วงระหว่าง 21 – 22 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช และคณะ¹² ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช สอดคล้องกับการศึกษา Goldsworthy และ Goodman¹¹ ที่พบว่า ความสะดวกสบายต่อการใช้เทคโนโลยีมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.231, p < 0.05$) ดังนั้น ช่วงอายุระหว่าง 19 – 20 ปี หรือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-2 เป็นช่วงอายุที่เหมาะสมต่อการนำรูปแบบการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มากที่สุด

1.3 ด้านประสบการณ์การเข้าถึงและใช้งานเทคโนโลยี จากการศึกษาค้นคว้าของ Kim และ Jeon¹³ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรู้หนังสือ

eHealth ของนักศึกษาพยาบาลเกาหลี พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ตระยะเวลามากกว่า 15 ปี จะมีทักษะการเรียนรู้ออนไลน์มากกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ตระยะเวลาน้อยกว่า 15 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.79, P = 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Goldsworthy และ Goodman¹¹ ที่สนับสนุนว่า ความถี่ของการสืบค้นข้อมูลในอินเทอร์เน็ตของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสะดวกสบายในการเข้าใช้เทคโนโลยีและความสะดวกสบายการเข้าใช้งานด้วยเว็บหรือกราฟิก ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการใช้เทคโนโลยี จะส่งผลต่อการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์เป็นสำคัญ

1.4 ด้านทัศนคติ จากการศึกษาค้นคว้าของ มาลีวัล เลิศสาครศิริ และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 พบว่า ทัศนคติต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์สามารถสะท้อนพฤติกรรมการเรียนของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยมีอำนาจการทำนายพฤติกรรมได้ถึงร้อยละ 35 สอดคล้องกับการศึกษาของ Subedi, Suraksha, et al.¹⁵ ที่ศึกษาผลกระทบของ e-learning ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ประเทศเนปาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ใช้โทรศัพท์มือถือในการเรียนออนไลน์มีความสัมพันธ์กับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยนักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนออนไลน์ จะส่งผลต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่ประสบความสำเร็จได้มากขึ้น

1.5 ด้านพฤติกรรมการเรียน จากการศึกษาค้นคว้าของณิกานต์ ทรงไทย และคณะ¹⁶ พบว่า พฤติกรรมการเรียนสามารถทำนายพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลได้ถึงร้อยละ 63.60 และอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเรือน ก้าวิต และคณะ¹⁷ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและพฤติกรรมการปรับตัวในการเรียนออนไลน์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งพบว่า พฤติกรรมการเรียนและการปรับตัว ($r = 0.190$, $p < 0.05$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังนั้น พฤติกรรมการเรียนออนไลน์ที่ดีส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยนักศึกษาพยาบาลที่มีการกำกับตนเองจะช่วยให้พวกเขาประสบความสำเร็จในการเรียนแบบออนไลน์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Park และ Seo¹⁸ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลในช่วงการระบาดของ COVID-19 พบว่า ความสามารถในการเรียนรู้ที่ควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์ต่อการเรียนออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta 0.24$, $p 0.01$) ดังนั้น ความสามารถในการกำกับตนเองของนักศึกษาพยาบาลมีผลโดยตรงในการควบคุมตนเองต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

1.6 ด้านแรงจูงใจ จากการศึกษาของนิชกานต์ทรงไทย และคณะ¹⁶ พบว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มีความเกี่ยวข้องกับการทำนายพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 63.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Cho และ Kim¹⁸ ที่พบว่า แรงจูงใจของผู้เรียนส่งผลต่อความภาคภูมิใจในตนเองในการเรียนออนไลน์ โดยมีสมการถดถอยอย่างมีนัยสำคัญ (explanatory power) ร้อยละ 54.7 ($F = 34.86$, $p < 0.01$) และสอดคล้องกับการศึกษา Christine, et al.²⁰ พบว่า แรงจูงใจที่แท้จริงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับเกรด ($\beta 0.285$, 95% CI 0.12 ถึง 0.45) และแรงจูงใจภายนอกมีความสัมพันธ์เชิงลบกับเกรด ($\beta -0.213$, 95% CI -0.35 ถึง -0.07) ดังนั้น แรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวัง

ของผู้เรียนในการเรียนรู้ผ่านตัวกลางที่เป็นสื่อเทคโนโลยีหรือออนไลน์²¹ และส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนที่เป็นหนึ่งในตัวผลักดันให้เกิดการเรียนรู้ออนไลน์ที่ประสบความสำเร็จได้ต่อไป

2. ปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมและสนับสนุน

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ชี้ว่าการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการส่งเสริมและสนับสนุน ดังนี้

2.1 ด้านความไว้วางใจต่อผู้สอน การศึกษาของ Wang และ Lin²² พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความไว้วางใจมีผลในเชิงบวกนั้นมีผลโดยตรงต่อความมุ่งมั่นในการเรียนออนไลน์ ($\beta = 0.41$, $t = 5.61$) และการสร้างพฤติกรรมการแบ่งปันความรู้ (knowledge sharing behavior; KSB) ($\beta = 0.18$, $t = 3.18$) ตามลำดับ ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลศาสตร์จะให้ความสนใจในการเรียนออนไลน์มากเป็นพิเศษเมื่อพวกเขาเกิดการรับรู้ถึงความไว้วางใจ และมีความเชื่อมั่นต่ออาจารย์ผู้สอนที่จะสามารถนำผู้เรียนไปถึงเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของเนื้อหาวิชานั้น ดังนั้น ผู้สอนจึงมีหน้าที่ในการสร้างความไว้วางใจนั้นให้เกิดขึ้นแก่นักศึกษาพยาบาลนั้นในการเรียนการสอนออนไลน์เสมอ

การสร้างความไว้วางใจนั้นมาจากการสร้างความสัมพันธ์หรือความผูกพันให้เกิดขึ้นระหว่างผู้เรียนและผู้สอน โดยการศึกษาของ Wang และ Lin²² พบว่า เอกลักษณ์ทางสังคม (social identity) มีผลในเชิงบวกโดยตรงต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในความไว้วางใจ ($\beta = 0.77$, $t = 31.47$) การผูกมัดความสัมพันธ์ ($\beta = 0.33$, $t = 4.46$) และการสร้างพฤติกรรมการแบ่งปันความรู้ (knowledge sharing behavior; KSB) ($\beta = 0.4$, $t = 5.94$) และความสัมพันธ์ความมุ่งมั่นมีผลในเชิงบวกโดยตรงกับการสร้างพฤติกรรมการแบ่งปันความรู้ (knowledge sharing behavior; KSB) ($\beta = 0.27$, $t = 4.53$) เช่นกัน ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลศาสตร์จะร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปฏิสัมพันธ์กับอาจารย์

ผู้สอนที่รู้สึกผูกพันกับอาจารย์ผู้สอนในฐานะครู กับศิษย์ตลอดระยะเวลาการเรียนออนไลน์ และนี่เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ช่วยให้การเรียนรู้ในรูปแบบออนไลน์ประสบความสำเร็จมากขึ้น

2.2 ด้านสื่อการสอนออนไลน์ จากการศึกษาของ Sanongdej, Wanna, et al.²³ พบว่า คุณภาพสื่อออนไลน์ และลักษณะการเรียนการสอนออนไลน์ที่ใช้ในการเรียนการสอนวิชาการตรวจร่างกายเบื้องต้นมีความสัมพันธ์ต่อความสามารถของนักศึกษาพยาบาล ($r = -0.262, p < 0.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของมาลีวัล เลิศสาครศิริ และคณะ¹⁴ พบว่า ความพร้อมของสื่อหรือเทคโนโลยี มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเรียนของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.301$) และการศึกษาของ พบว่า ลักษณะออนไลน์โดยเฉพาะจำนวนครั้งในการทบทวนบทเรียนต่อสัปดาห์ ($r = 0.244, p < 0.01$) มีผลต่อปัจจัยด้านเทคโนโลยีและช่องทางการติดต่อสื่อสาร ($r = 0.260, p < 0.01$)¹⁷ และลักษณะออนไลน์อาจส่งผลต่อการตรวจร่างกายขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.262, p < 0.01$) ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ให้ความสนใจเป็นอย่างมากในการใช้สื่อการสอนออนไลน์มีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์เป็นอย่างดี

2.3 ด้านสภาพแวดล้อม ในประเด็นนี้จะอธิบายออกเป็น 2 ด้านย่อยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมคือ ด้านสถานที่พักอาศัยและด้านสภาพภูมิประเทศและอากาศ ดังนี้

2.3.1 ด้านสถานที่พักอาศัย จากการศึกษาของ Kim และ Jeon¹³ พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่อาศัยในเมืองใหญ่ ร้อยละ 94.6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในด้านการเข้าถึงและทักษะการเข้าถึงออนไลน์มากกว่านักศึกษาพยาบาลที่อยู่ต่างจังหวัด ($F = 4.74, P = 0.01$) ดังนั้น สถานที่พักอาศัยเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีอิทธิพลส่งผลต่อการเข้าถึงรูปแบบการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา

พยาบาลศาสตร์ โดยเฉพาะสถานที่พักที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่จะเอื้อให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงการเรียนรู้แบบออนไลน์ได้มากขึ้น นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของชฎาภา ประเสริฐทรง และคณะ²⁴ พบว่า สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์โดยรวม ประกอบด้วยการรบกวนจากเสียงและความร้อนจากสภาพภูมิอากาศส่งผลต่อการรบกวนการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean} = 2.76, \text{SD} = 0.63$) ดังนั้น สภาพแวดล้อมที่อยู่ในเมืองหลวงซึ่งความพร้อมด้านสัญญาณอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์ที่เชื่อมต่อเทคโนโลยีสารสนเทศจำนวนมากไม่คาดแคลนปัจจัยที่สามารถกระตุ้นการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ได้เป็นอย่างดี

2.3.2 ด้านสภาพภูมิประเทศ/สภาพภูมิอากาศ การศึกษาของ Subedi, Suraksha, et al.¹⁵ เกี่ยวกับการศึกษาของ Subedi, Suraksha, et al.¹⁵ เกี่ยวกับผลกระทบของอีเลิร์นนิง (e-learning) ในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 (COVID-19) ในหมู่นักศึกษาพยาบาลและครูของประเทศเนปาล พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางสภาพภูมิอากาศที่มีความรุนแรงแตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่ เช่น บางพื้นที่ฝนตก บางพื้นที่ไฟดับ บางพื้นที่พายุเข้า ฯลฯ ส่งผลกระทบต่อความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาที่ขาดการเชื่อมต่อและความขาดความต่อเนื่องในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยนักศึกษาจำนวนร้อยละ 63.2 ได้รับผลกระทบจากไฟฟ้าและปัญหาอินเทอร์เน็ต และพบว่า ปัญหาอินเทอร์เน็ตอย่างเดียวสูงถึงร้อยละ 64.4 นักเรียนใช้อุปกรณ์สำหรับชั้นเรียนออนไลน์ร้อยละ 58.4 ใช้มือถือ (โทรศัพท์มือถือ) และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทัศนคติและปัญหากิจกรรมในชั้นเรียนออนไลน์ที่ค่า $p < 0.05$

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ประกอบไปด้วยปัจจัย 2 ประเด็นหลัก อันได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้เรียน ซึ่งประกอบไปด้วย ความแตกต่างของเพศ ช่วงอายุ ประสบการณ์การเข้าถึงและ

ใช้งานเทคโนโลยี ทักษะคิด พฤติกรรมการเรียนและแรงจูงใจ และปัจจัยที่ส่งเสริมและสนับสนุนที่ประกอบไปด้วย ความไว้วางใจต่อผู้สอน สื่อการสอนออนไลน์ และสภาพแวดล้อม

บทวิจารณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์นั้นประกอบไปด้วย 2 ประเด็นหลัก นั่นคือ ปัจจัยด้านตัวผู้เรียน และปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ในรูปแบบออนไลน์

สำหรับปัจจัยในตัวผู้เรียน จากผลการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าความแตกต่างของเพศอายุและประสบการณ์ในการใช้เทคโนโลยีนั้น มีส่วนช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ในการเรียนการสอนออนไลน์ได้ประสบความสำเร็จมากขึ้น รวมไปถึงทัศนคติและความสามารถในการกำกับตนเองของผู้เรียนที่จะเป็นแรงจูงใจและผลักดันให้ผู้เรียนไปสู่เป้าหมายของการเรียนผ่านระบบออนไลน์ได้ประสบความสำเร็จต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Masha'al, Rababa et al.²⁵ ศึกษาการเรียนทางไกลความเครียดที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีในช่วงการระบาดของ COVID-19 พบว่า ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการเรียนทางไกลของนักศึกษาพยาบาลพบว่าแตกต่างกันไปตามลักษณะทางสังคมและสังคมของนักศึกษา หากมีการเตรียมความพร้อมที่ดีสามารถช่วยลดความเครียดได้ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมผู้เรียนจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความพร้อมด้านประสบการณ์การใช้เครื่องมือการเรียนรู้และการกำกับตนเองที่ทางหลักสูตรจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนให้เกิดขึ้นในตัวผู้เรียนก่อนการเรียนการสอนออนไลน์จะเริ่มต้นขึ้น ซึ่งตัวอย่างของการเตรียมความพร้อมคือการมีหน่วยงานหรือบุคลากรให้ความช่วยเหลือด้านเครื่องมือการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ในการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย

หากผู้เรียนขาดประสบการณ์การใช้เครื่องมือในการเรียนผ่านระบบออนไลน์ควรมีการทำคู่มือและข้อตกลงในการเรียนออนไลน์อย่างชัดเจนและเป็นทางการเพื่อช่วยให้ผู้เรียนได้ทราบและจัดการเรียนรู้ของตนเองได้

นอกจากนั้น ผลการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้เรียนสามารถเรียนผ่านระบบออนไลน์ประสบความสำเร็จมากขึ้น คือ ความไว้วางใจหรือความผูกพันระหว่างผู้เรียนและผู้สอน สื่อการสอนออนไลน์ และสภาพแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาของ Warshawski²⁶ ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองทางวิชาการ ความยืดหยุ่น และการสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลประเทศอิสราเอล ชั้นปีที่ 1 ที่เรียนรู้ในสภาพแวดล้อมออนไลน์ในช่วงการระบาดของ COVID-19 พบว่า อาจารย์หรือผู้สอนควรส่งเสริมให้มีการเตรียมสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ออนไลน์ให้สอดคล้องกับความต้องการและความสามารถของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้นในการออกแบบการเรียนการสอนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์นั้น ผู้สอนยังคงต้องมีบทบาทในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการเรียนออนไลน์ ซึ่งมาจากการสื่อสารที่ดี เพราะฉะนั้นนอกเหนือจากความสามารถในการใช้เครื่องมือในการสอนแล้ว อาจารย์พยาบาลเองยังคงต้องมีความสามารถในการสื่อสารผ่านเทคโนโลยีเป็นอย่างดีด้วย ไม่ว่าจะเป็น การใช้ภาษาที่ถูกต้องหรือการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนั้น สื่อการเรียนรู้ก็เป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเช่นกัน โดยควรเป็นสื่อการเรียนรู้ที่มีรูปแบบการนำเสนอที่น่าสนใจ ซึ่งผลการวิจัยได้สะท้อนให้เห็นว่า ในการออกแบบการเรียนการสอนออนไลน์นั้น สื่อการเรียนรู้นั้นมีบทบาทต่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาล และสื่อการเรียนที่ดีนั้นจะต้องสอดคล้องกับความสนใจของนักศึกษาพยาบาลเป็นสำคัญ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อทัศนคติและ

แรงจูงใจในการเรียน ดังนั้น การวิเคราะห์ผู้เรียนในด้านความสนใจ และความถนัดจึงเป็นข้อมูลสำคัญที่ควรนำมาประกอบในการออกแบบสื่อการเรียนการสอนออนไลน์ที่เหมาะสมต่อไป²⁷

โดยสรุป ผลการศึกษานี้เป็นสิ่งที่สนับสนุนว่าปัจจัยด้านผู้เรียนก็มีความสำคัญต่อการออกแบบการเรียนการสอนออนไลน์ให้ประสบความสำเร็จเช่นกัน ดังนั้น การวิเคราะห์นักศึกษาพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ของพยาบาลศาสตร์ที่ประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ การเตรียมความพร้อมผู้เรียนหรือการให้สิ่งสนับสนุนที่จะเป็นสิ่งที่สำคัญที่หลักสูตรหรือทางสถาบันควรตระหนัก ทั้งนี้เพื่อช่วยให้การเรียนการสอนออนไลน์ของสถาบันพยาบาลนั้นเป็นไปได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพต่อการพัฒนาผู้เรียนเป็นไปตามเป้าหมายของศาสตร์พยาบาลได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการทบทวนวรรณกรรมไปใช้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป คือ การออกแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์หรือเชิงทดลองในขอบเขตประชากรที่กว้างขึ้นในประเทศไทย เพื่อทดสอบหรืออำนาจในการทำนายปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพของระบบการศึกษาพยาบาลศาสตร์ในอนาคตให้เกิดประโยชน์ต่อนักศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Covid C Team R, Burrer SL, de Perio MA, et al. Characteristics of health care personnel with COVID-19 United States, February 12–April 9, 2020. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(15):477.
2. World Health Organization. World report Coronavirus 2020. Geneva: WHO Press; 2020.
3. Satsin T, Wongwisetkul S. Lessons Learn from Online Teaching: Challenges for Teacher under COVID-19 Situations. *J Royal Thai Army Nurses.* 2021;22(1):1-9. (in Thai)
4. Swatevacharkul R. Autonomous Learning English Program Learning Achievement. *J Edu NU.* 2016;18(1):22-3. (in Thai)
5. Edwards N, editor. An analysis of the characteristics of self-directed learners and strategies to enhance self-directed learning in education systems: Transcending boundaries. *The Asian Conference on Education 2015 Official Conference Proceedings*; 2015.
6. Yensen J. PICO search strategies. *Online J Nurs Inform.* 2013;17(3).
7. Kummatid A, Markrat M. Using the systematic review to provide a complete summary on a research question in evidence-based practice: a 3-step method. *South Coll Netw J Nurs Public Health.* 2015;3(3):246-59. (in Thai)
8. Munn Z, et al. Methodological quality of case series studies: an introduction to the JBI critical appraisal tool. *JB I Evid Synth.* 2020;18(10):2127-2133.
9. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res.* 1998;11(4):195-206.
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2022.

11. Sears K, Goldsworthy S, Goodman WM. The relationship between simulation in nursing education and medication safety. *J Nurs Educ.* 2010;49(1):52-5.
12. Thanormchayathawat B, Ratchathawan R, Wiriyasirikul N. Factors Influencing the Development of 21st Century Learning Skills among Nursing Students in Nakhon Si Thammarat. *South Coll Netw J Nurs Public Health.* 2019;6(special):91-105. (in Thai)
13. Kim S, Jeon J. Factors influencing eHealth literacy among Korean nursing students: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci.* 2020;22(3):667-74.
14. Lertsakornsiri M, Narumitlert J, Samutpradit K. Factors Effecting on Learning Behaviors with Students' Online Learning in Saint Louis College from COVID-19 Situations. *J Health Health Manag.* 2021;7(1):13-27. (in Thai)
15. Subedi S, Nayaju S, Subedi S, Shah SK, Shah JM. Impact of E-learning during COVID-19 pandemic among nursing students and teachers of Nepal. *Int J Sci Healthc Res.* 2020;5(3):68-76.
16. Songthai N, Yottavee N, Saengkhiew P. Factors Influencing the Online Learning Behaviors of Nursing Students: The Lower Northern Region. *Boromarajonani Coll Nurs Uttaradit J.* 2021;13(1):198-209. (in Thai)
17. Kawitu K, Thansuk R, Ditajorn C, Mattavangkul C. The relationship between factors and adaptive behaviors for online learning and learning achievement of nursing students in a private university. *J Health Health Manag.* 2020;7(2):196-211. (in Thai)
18. Park J, Seo M. Influencing factors on nursing students' learning flow during the COVID-19 pandemic: A mixed method research. *Asian Nurs Res.* 2022;16(1):35-44.
19. Kim S, Jeon J. Factors influencing eHealth literacy among Korean nursing students: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci.* 2021;22(3):667-74.
20. Tørris C, et al. Nursing Students' Perceived Learning Outcomes, Motivation to Learn, and Grade Achieved in a Digital Blended Learning Course: A Norwegian Cross-Sectional Study. *Educ Sci.* 2022;12(7):467.
21. Regmi K, Jones L. A systematic review of the factors–enablers and barriers–affecting e-learning in health sciences education. *BMC Med Educ.* 2020;21(1):1-18.
22. Wang WT, Lin YL. The Relationships among Students' Personal Innovativeness, Compatibility, and Learning Performance. *Educ Technol Soc.* 2021;24(2):14-27.

23. Sanongdej W, et al. Investigating Learning Process Factors Related to Online Learning and Physical Examinations Among Nursing Students. *Arch Neurol Neurosci*. 2021;9(5):20-21.
24. Prasertsong C, Sanghirunruttana J, Kladkaew P. The factor related to stress of online learning due to the COVID-19 situation among nursing students. *J Somdet Chaopraya Inst Psychiatry*. 2021;15(1):14-28. (in Thai)
25. Masha'al D, Rababa M, Shahrour G. Distance learning-related stress among undergraduate nursing students during the COVID-19 pandemic. *J Nurs Educ*. 2020;59(12):666-74.
26. Warshawski S. Academic self-efficacy, resilience, and social support among first-year Israeli nursing students learning in online environments during COVID-19 pandemic. *Nurse Educ Today*. 2022;110:105267.
27. Chang CY, Chung MH, Yang JC. Facilitating nursing students' skill training in distance education via online game-based learning with the watch-summarize-question approach during the COVID-19 pandemic: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today*. 2022;109:105256.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วชิรสารการพยาบาล

กองบรรณาธิการวชิรสารการพยาบาล ขอเชิญชวนส่งบทความวิชาการทางการแพทย์ การพยาบาล บทความพิเศษ และปกิณกะเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวชิรสารการพยาบาล โดยขอให้ เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน ต้นฉบับทุกเรื่องจะถูกส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ ทางทางการแพทย์แต่ละสาขาทั้งภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่านประเมินก่อนการตีพิมพ์ บทความ จะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายในเวลาที่กำหนด หรือ ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอนุมัติการตีพิมพ์ หากผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนดหรือนำบทความ ไปตีพิมพ์ในวารสารอื่นระหว่างอยู่ในขั้นตอนรอตีพิมพ์ที่วชิรสารการพยาบาล กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ การตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. บทความวิชาการ

1.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

1.2 ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคำสำคัญมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจำนวน คำภาษาอังกฤษบทคัดย่อไม่เกิน 250 คำ และจำนวนคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ

1.3 ชื่อผู้เขียน ตำแหน่ง ที่อยู่ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย บทคัดย่ออังกฤษ คำสำคัญ อังกฤษ บทนำ เนื้อหา และบทสรุป ด้วยตัวอักษร Thai sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิด ขอบด้านซ้าย

2. บทความวิจัย

2.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

2.2 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อยู่กลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai sarabun ขนาด 18

2.3 ชื่อ-นามสกุลผู้วิจัยและคณะอยู่กลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai sarabun ขนาด 16 โดย ส่วนท้ายของหน้าแรกระบุตำแหน่งวิชาการ สถานที่ทำงาน และ E-mail ของ corresponding author และคณะ

2.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ ด้วยตัวอักษร Thai sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ดังนี้

2.4.1 บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย (สอดคล้องกับภาษาอังกฤษ)

2.4.2 บทคัดย่ออังกฤษ (ไม่เกิน 300 คำ) คำสำคัญอังกฤษ (ไม่เกิน 5 คำ)

2.4.3 บทนำ

2.4.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

2.4.5 วัตถุประสงค์

2.4.6 สมมติฐานการวิจัย หรือ คำถามการวิจัย (ถ้ามี)

2.4.7 วิธีการดำเนินการวิจัย

2.4.8 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.4.9 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

2.4.10 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.4.11 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.4.12 ผลการวิจัย

2.4.13 การอภิปรายผล

2.4.14 ข้อเสนอแนะ

2.4.15 เอกสารอ้างอิง

2.5 เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

การส่งบทความ

ส่งบทความต้นฉบับบทความในรูปแบบ Word file ข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบฟอร์มใบส่งบทความ ตีพิมพ์ และสำเนาใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เข้ารับการพิจารณาผ่านระบบการจัดการวารสารออนไลน์ Thai Journals Online (ThaiJO) เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/vnj> หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถาม สามารถติดต่อ นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย ฝ่ายการพยาบาล ตึกเพชรรัตน์ชั้น 6 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โทร. 0-2244-3082

ใบส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ส่งบทความและลายมือชื่อให้ความยินยอมตีพิมพ์ของผู้นิพนธ์

เรียน บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์.....e-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความวิชาการ/ วิจัย/ ปกิณกะ เรื่อง

(ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างหรือผ่านการตีพิมพ์ในวารสารอื่น

และยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด

1. ชื่อผู้นิพนธ์หลัก (ภาษาไทย)..... ☐ corresponding author

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

รายชื่อผู้นิพนธ์ร่วม (ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน)

2. ชื่อ (ภาษาไทย)..... ☐ first author

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

3. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

4. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

5. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

☐ กรณีบทความวิจัย ได้ส่งพร้อมสำเนาใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ส่งบทความ

**ใบสมัครขอรับหนังสือขีรสารการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช**

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับหนังสือขีรสารการพยาบาล (ฉบับเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน และ กรกฎาคม ถึง ธันวาคม จำนวน 2 เล่มต่อปี) เป็นเวลา ปี ตั้งแต่ พ.ศ.ถึง พ.ศ. และได้ชำระค่าวารสาร ตามรายการดังนี้

☐ อัตราค่าสมาชิก และค่าจัดส่ง 300 บาทต่อปี

นางสาว/ นาง /นาย

ที่อยู่เลขที่ ซอย ถนน

แขวง เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ชำระโดย

☐ เงินสด จำนวน.....บาท

☐ โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อ นางสาวจงจิตต์ แจ้งหมื่นไวย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาศรียาน เลขที่บัญชี 012-1-10918-6

ลงชื่อ

(.....)

วันที่

หมายเหตุ : ส่งใบสมัครและหลักฐานการโอนเงิน มาทางโทรสาร

นางสาวจงจิตต์ แจ้งหมื่นไวย์ (ด้านวิชาการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล)

โทรสาร 02-668-7152 โทร. 0-2244-3082