



VAJIRA NURSING JOURNAL

www.vajira.ac.th/vnjo

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

Volume 26 No.2 July - December 2024

ISSN 3027-8058 (print)

ISSN 3027-8066 (online)

Research article

- ❖ The Development of First Line Nurse Manager Competency Scale, Medpark Hospital
Pranpanita Intachit Yupin Angsuroch
- ❖ The Effect of Breast Self-Examination Program on Self-Examination Skills and Self-Examination Behavior in Female Students Bansomdejchaopraya Rajabhat University
Tamaporn Chaiwcharn Alongkot Prasansri Chidchai Hachawi
- ❖ The effect of hand and foot exercises training on symptoms of numbness in colorectal cancer patients receiving oxaliplatin via peripheral intravenous administration
Kampon Introntakun Chureeporn Silaguntsuti Arveewan Vittayatigonnasak
Supapan Jamparsi Pichaya Boonyopragarn Methina Mamah Kortchakorn
Pairat Nathapong Amsup Piyarat Parklug
- ❖ Development and evaluation of the Preparedness Guideline to promote Adaptability of Professional Nurses who Provide Care for the Patient under Investigation and Confirmed Cases of COVID-19
Ampan Vimonvattana Chantrarat Vongareesawat
- ❖ Prevalence of Deep Vein Thrombosis in Patients with Brain and Spinal Nervous System in Neurological Institute of Thailand
Anchalee Yosakorn Jintana Rittharomya Chanpen Noppornprom
Thanaboon Worakijthamrongchai Thon Thiraworawong
- ❖ Effects of health promotion programs on nutritional behavior and hematocrit levels of adolesence pregnant women with anemia in the community
Prapaiwan Danradit Udomporn Yingpaiboonsuk
- ❖ Development of A Simulation Lab Service System, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University
Surat Onlamool Walaya tupanich
- ❖ The Effectiveness of Mental Health Literacy Enhancement Program on Awareness in Prevention of Risk Factors for Stress and Depression Among Adolescents in Dusit District, Bangkok Metropolis
Suteekarn Chaiyalap Chantrarat Vongareesawat Pornprom Rujipairoch
Walaya Tupanich Nattanan Wattanawikan

Review article

- ❖ Prevention for Chemotherapy-induce Phlebitis with tropical extract Oil
Vitkawin Vorakitticharoon Suphanuch Raitang
- ❖ Strategies for Developing Nursing Leadership in the 21st century
Pimwimon Yongchaiyoot Vanlapa Arannapoom
- ❖ Care for Critically Ill Patients with Incontinence-Associated Dermatitis: A Case Study
Chanon Khanantai Patcharin Wetsom
- ❖ Home-based palliative care for caregivers of advanced cancer patients undergoing chemotherapy
Kampon Introntakun Arveewan Vittayatigonnasak Pattamaporn Arsanok
Chureeporn Silaguntsuti Sureeporn Thanasilp
- ❖ The effect of behavior modification program in early secondary school students with obesity and overweight in schools under the Office of the Basic Education Commission, Saeng Sang District
Gattida poldongnok

เจ้าของ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะที่ปรึกษาภายใน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จักรกรูธ มณีฤทธิ์

รองศาสตราจารย์ร้อยเอกหญิงปนัดดา สุวรรณ

นางปาริชาติ จันทร์สุนทรพร

ดร.ปฎิพร บุญพัฒนกุล

คณะที่ปรึกษาภายนอก

พันตำรวจตรีหญิง ดร.ปิยรัตน์ สมันตรัฐ

ดร.อรเทพย์ สุขะวัลลี

ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์

พ.ต.ต.หญิง ดร.คิตยา อิวาโนวิช

บรรณาธิการ

นางสาวอมลวรรณ ยอดกลกิจ

รองบรรณาธิการ

นางสาวพัชรี ประไพพิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวพรศิริ กนกกาญจนะ

กองบรรณาธิการ

นางจินตนา แสงรุ่งจี

นางสาวกชกร ไพรรัตน์

ดร.จันทนา จินาวงค์

นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์

นางสาวจันทรา ร่องวัฒนกุล

นางสาวณัฐกัสน์ เดิมขุนทด

นางสาวเสาวนีย์ บำรุงวงศ์

นางสาวเบญจมาภรณ์ มฤตสุธอร์

นางสาวจจจิตต์ แจ่มหมื่นไวย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อมรรรัตน์ เสดสุวรรณ

ดร.ชจี พงศธรวิบูลย์

ดร.จริยา ขึ้นศิริมงคล

ดร.ยุพา วงศ์สไตร

นางนพัตธร พลภูษอนันตกลาง

รองศาสตราจารย์ ดร.เกรตินทร์ อุทริยะประสิทธิ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา ตั้งสุขสันต์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉริยา พ่วงแก้ว

ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์

ดร.เสาวรส มีกุล

ดร.เกศศิริ วงษ์คงคำ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา

ดร.รสสุคนธ์ วาฬพิทักษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์

พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ อุณเฑาะ

พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เฉลยภักดี

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

สำนักวิทยพยาบาลศาสตร์ 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

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล 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

รองศาสตราจารย์ไสว นรสาร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฏฐา เจียรนิลกุลชัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา ประจุศิลป์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ
ดร.ทัศนีย์ สุนทร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ
นายธีระชล สาดสิน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์
ดร.เสาวนีย์ ทรงประโคน
นางสาวฤทัยรัตน์ ไชยรินทร์

ฝ่ายจัดการ

นางสาวเมลิน คนที
นางสาวธวัลรัตน์ เพิ่มสุขทวี
นายฉลอง สุขอร่าม
นางสาวสร้อยอรุณ สองนวน

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
สำนักวิทยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

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



วชิรสารการพยาบาล

ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2567

Vajira Nursing Journal

Volume 26 No.2 July - December 2024

www.vajira.ac.th/vnjo

ISSN 3027-8058 (print)

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

ISSN 3027-8066 (online)

วชิรสารการพยาบาล เป็นวารสารวิชาการทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้รับการจัดอยู่ในวารสารกลุ่ม 2ฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index Centre (TCI) มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาถ้อยแถลงบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จำนวน 3 ท่านต่อบทความ

วัตถุประสงค์

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

ขอบเขต

สาระในวชิรสารการพยาบาล บทความวิจัย บทความวิชาการและบทความพิเศษ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาต่างกล่าวหลากหลายแตกต่างกันไป

กำหนดการวชิรสารการพยาบาล

ออกเผยแพร่ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 681 ถนนสามเสน

แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 โทร.0-2244-3084

สถานที่พิมพ์ พลก้อปปี 285/3 ซอยสวนอ้อย ถนนราชวิถี แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีสมาชิกวารสารการพยาบาลและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ปีที่ 26 ประกอบด้วยบทความวิจัย และบทความวิชาการเกี่ยวกับ การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเมตพาร์ค ผลของโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะและพฤติกรรมการตรวจเต้านมในนักศึกษาแพทยหญิง มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ผลของการฝึกออกกำลังกาย และทำต่ออาการขาในผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับอ็อกซาลิพลาตินผ่านทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย การพัฒนาและ ประเมินผลการใช้แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ความชุกของภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ในผู้ป่วยระบบประสาทสมองและระบบประสาทไขสันหลังของสถาบันประสาทวิทยา ผลของโปรแกรม การส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงของสตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางในชุมชน การพัฒนาระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพจิต ต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร การป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัดด้วยน้ำมันสกัดธรรมชาติ กลยุทธ์ใน การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดแผลผิวหนังอักเสบจาก การควบคุมการขับถ่ายไม่ได้: กรณีศึกษา การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนัก เริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) อำเภอเสิงสาง

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

นางสาวธมลวรรณ ยอดกลกิจ

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โรงพยาบาลเมตพาร์ค The Development of First Line Nurse Manager Competency Scale, Medpark Hospital Pranpanita Intachit Yupin Angsuroch	1
ผลของโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะและพฤติกรรมการตรวจเต้านม ในนักศึกษาเพศหญิง มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา The Effect of Breast Self-Examination Program on Self-Examination Skills and Self-Examination Behavior in Female Students Bansomdejchaopraya Rajabhat University Tamaporn Chaiwcharn Alongkot Prasansri Chidchai Hachawi	14
ผลของการฝึกออกกำลังกายมือ และเท้าต่ออาการชาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ ออกซาลิพลาตินผ่านทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย The effect of hand and foot exercises training on symptoms of numbness in colorectal cancer patients receiving oxaliplatin via peripheral intravenous administration Kampon Introntakun Chureeporn Silaguntsuti Arveewan Vittayatigonnasak Supapan Jamparsi Pichaya Boonyopragarn Methina Mamah Kortchakorn Pairat Nathapong Amsup Piyarat Parklug	28
การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 Development and evaluation of the Preparedness Guideline to promote Adaptability of Professional Nurses who Provide Care for the Patient under Investigation and Confirmed Cases of COVID-19 Ampan Vimonvattana Chantrarat Vongareesawat	42
ความชุกของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกในผู้ป่วยระบบประสาทสมองและ ระบบประสาทไขสันหลังของสถาบันประสาทวิทยา Prevalence of Deep Vein Thrombosis in Patients with Brain and Spinal Nervous System in Neurological Institute of Thailand Anchalee Yosakorn Jintana Rittharomya Chanpen Noppornprom Thanaboon Worakijthamrongchai Thon Thiraworawong	59

สารบัญ

หน้า

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับความเข้มข้น ของเม็ดเลือดแดงของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางในชุมชน Effects of health promotion programs on nutritional behavior and hematocrit levels of adolescence pregnant women with anemia in the community Prapaiwan Danradit Udomporn Yingpaiboonsuk	76
การพัฒนาระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการรัณย มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช Development of A Simulation Lab Service System, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindrathiraj University Surat Onlamool Walaya tupanich	93
ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร The Effectiveness of Mental Health Literacy Enhancement Program on Awareness in Prevention of Risk Factors for Stress and Depression Among Adolescents in Dusit District, Bangkok Metropolis Suteekarn Chaiyalap Chantrarat Vongareesawat Pornprom Rujipairoch Walaya Tupanich Nattanan Wattanawikan	107
บทความวิชาการ	
การป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัดด้วยน้ำมันสกัดธรรมชาติ Prevention for Chemotherapy-induce Phlebitis with tropical extract Oil Vitkawin Vorakitticharoon Suphanuch Raitang	125
กลยุทธ์ในการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 Strategies for Developing Nursing Leadership in the 21 st century Pimwimon Yongchaiyoot Vanlapa Arannapoom	136

สารบัญ

	หน้า
การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดแผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้: กรณีศึกษา Care for Critically Ill Patients with Incontinence-Associated Dermatitis: A Case Study Chanon Khanantai Patcharin Wetsom	151
การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด Home-based palliative care for caregivers of advanced cancer patients undergoing chemotherapy Kampon Introntakun Arveewan Vittayatigonnasak Pattamaporn Arsanok Chureeporn Silaguntsuti Sureeporn Thanasilp	165
ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเริ่มอ้วนและอ้วน ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) อำเภอเลิงสา The effect of behavior modification program in early secondary school students with obesity and overweight in schools under the Office of the Basic Education Commission, Saeng Sang District Gattida poldongnok	176

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเมตพาร์ค

พรรษพนิตา อินทชิต¹ยุพิน อังสุโรจน์²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเมตพาร์ค พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะประกอบด้วยการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลเมตพาร์ค และการจัดกลุ่มสนทนากับผู้เชี่ยวชาญ 10 คน ได้สมรรถนะหลัก สมรรถนะย่อย และใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบการวัดแบบมาตราประมาณค่า (rating scale)

ผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน สมรรถนะย่อย 20 ข้อ ดังนี้ 1) ภาวะผู้นำ (5 ข้อ) 2) ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (4 ข้อ) 3) การสื่อสารและเทคโนโลยี ด้านสุขภาพ (3 ข้อ) 4) การจัดการทรัพยากร (4 ข้อ) และ 5) การจัดการเชิงธุรกิจ (4 ข้อ) การประเมินคุณภาพของแบบประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.76 การนำแบบประเมินไปทดลองใช้ โดยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจริง 4 กลุ่ม คือ ผู้บังคับบัญชาผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นประเมินตนเอง เพื่อนร่วมงาน และผู้ใต้บังคับบัญชาจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ 0.90 และผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของกลุ่มประชากรจำนวน 126 คน อยู่ที่ระดับ 0.88

คำสำคัญ: แบบประเมินสมรรถนะ/ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น/ โรงพยาบาลเมตพาร์ค

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ

² รศ.ร.ต.อ.หญิง ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ Corresponding Author,

Email: Yupin.A@chula.ac.th

Research article

The Development of First Line Nurse Manager Competency Scale, Medpark Hospital

*Pranpanita Intachit¹**Yupin Angsuroch²***Abstract**

This descriptive research aimed to study the competencies of first line nurse managers at MedPark Hospital, develop a competency assessment tool, and evaluate the quality of this tool for junior nursing managers. The development of the competency assessment tool involved a literature review, studying the vision and mission of MedPark Hospital, and conducting focus group discussions with 10 experts. The result was a set of core competencies, sub-competencies, and behaviors for assessment using a rating scale.

The research findings revealed that the competencies of first line nurse managers at MedPark Hospital comprised five key areas with a total of 20 sub competencies as follows leadership competency 5 sub-competencies, expertise competency 4 sub-competencies, communication and health technology competency 3 sub-competencies, resource management competency 4 sub-competencies and business management competency 4 sub-competencies. The quality of the assessment tool, specifically the Index of Item-Objective Congruence (IOC), was evaluated by three experts in nursing management from private hospitals, achieving a score of 0.76. The assessment tool was then piloted (try out) with a sample group like the actual study population, consisting of 30 individuals including supervisors, junior nursing managers who conducted self-assessments, colleagues, and subordinates. The data obtained were used to calculate the cronbach's alpha coefficient, resulting in a score of 0.90. Additionally, the reliability analysis of the population group consisting of 126 individuals yielded a reliability score of 0.88.

Keywords: competency/ first line nurse manager/ MedPark hospital

¹ Students, Master of Nursing Science Program Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

² Associate Professor, Pol.Capt.Yupin Aungsuroch, Ph.D. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok. Corresponding Author, Email: Yupin.A@chula.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โรงพยาบาล และสถานพยาบาลต่าง ๆ ได้ให้ความสำคัญกับการจัดบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย พื้นดินสภาพโดยเร็ว และมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ พยาบาลวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยอาศัยองค์ความรู้ทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาลในการค้นหาปัญหา การให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ในปัจจุบันผู้ป่วยมีความคาดหวังในการบริการ และประสิทธิภาพของการรักษามากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลทั้งรัฐบาลและเอกชนต่าง ๆ เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพบริการ และ ให้ความสำคัญในการปรับปรุงรูปแบบในการบริการเพื่อยกระดับคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน พยาบาลผู้ให้บริการการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญ และมีมากที่สุด ในโรงพยาบาล และเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการและเป็นตัวแปรสำคัญในการขับเคลื่อน และพัฒนาให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย¹ ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจึงจำเป็นต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการพัฒนาองค์กร และพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ รวมทั้งต้องมีทักษะในการจูงใจผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ตนรับผิดชอบให้ปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายขององค์กร ตามวิสัยทัศน์และพันธกิจที่โรงพยาบาลได้กำหนดไว้² โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหารระดับต้นซึ่งเป็นผู้บริหารที่ใกล้ชิดกับปฏิบัติหน้างาน มีหน้าที่รับผิดชอบบริหารการพยาบาลในหน่วยงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่มการพยาบาล และโรงพยาบาล โดยน่านโยบาย

ลงสู่การปฏิบัติ และจัดระบบบริการพยาบาลในหน่วยงานให้มีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้บริหารระดับต้นจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะหลายด้าน³ และมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะเชื่อมโยงระดับนโยบายขององค์กรลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยการนำให้ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติ ตามนโยบายขององค์กร⁴ สมรรถนะจึงมีความสำคัญต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยผู้บริหารสามารถนำสมรรถนะมาเป็นแนวทางในการสรรหา คัดเลือก ประเมินผลการปฏิบัติงาน วางแผนสืบทอดตำแหน่ง รวมถึงการพัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพ ส่งผลให้องค์กรมีศักยภาพในการแข่งขันมากขึ้น⁵

โรงพยาบาลเมตพาร์คเป็นโรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิเปิดใหม่ ให้บริการอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2563 มีวัตถุประสงค์ให้บุคลากรทางการแพทย์ของไทยมารวมกันให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มขีดความสามารถ ใช้แนวคิดและการปฏิบัติแบบ integrated care คำนึงถึงความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วยเป็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการใช้ชีวิตของผู้ป่วยในสังคมปัจจุบัน โรงพยาบาลเมตพาร์คยังส่งเสริมการศึกษาและงานวิจัย สนับสนุนให้เพิ่มพูนองค์ความรู้ของบุคลากรให้ก้าวหน้าอยู่เสมอ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วย มีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต มีความพร้อมในการรักษาโรคยากและมีความซับซ้อนมุ่งสู่การรักษาระดับจตุตถภูมิ (quaternary care) และเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ โรงพยาบาลเมตพาร์ค มีความมุ่งมั่นที่จะก้าวสู่การเป็นองค์กรสุขภาพระดับนานาชาติ ดังนั้นในการกำหนดนโยบายในการบริหารงาน และผลักดันการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ และ

พันธกิจ องค์การพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนองค์กรให้ประสบความสำเร็จตามที่กำหนดไว้ ในการปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องมีมาตรฐานการพยาบาล และการผดุงครรภ์ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมการศึกษา การบริการ การวิจัย และความก้าวหน้าในวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ในระดับที่ดีที่สุดในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลภาครัฐบาล เช่น สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข สังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และการศึกษาในภาคเอกชนเช่นการพัฒนาและตรวจสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาและการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้จัดการโรงพยาบาลเอกชนสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ⁷ การพัฒนากรอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่⁸ การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลบ้านแพ้ว องค์การมหาชน⁹ ซึ่งการศึกษาสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลเอกชนยังมีค่อนข้างน้อยและสมรรถนะของบุคลากรมีความแตกต่างกันตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละโรงพยาบาล จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น⁵

ด้วยเหตุดังกล่าวผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่มีความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงและสอดคล้องกับวิสัยทัศน์พันธกิจของโรงพยาบาลเมตพาร์ค เพื่อใช้ประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น และเป็นข้อมูลเพื่อการพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเมตพาร์คให้เป็นผู้ที่มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานให้บรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเมตพาร์ค
2. เพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเมตพาร์ค
3. เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเมตพาร์ค

คำถามการวิจัย

1. สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเมตพาร์ค ประกอบด้วยสมรรถนะใดบ้าง
2. แบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเมตพาร์ค ประกอบด้วยรายการสมรรถนะใดบ้าง และเกณฑ์ที่ใช้ประเมินควรเป็นอย่างไร
3. คุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเมตพาร์ค เป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยมีวิธีการดำเนินงานวิจัย 2 ขั้นตอนได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น โดยการศึกษาทบทวนวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลเมตพาร์ค และทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาแนวคิดและสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นในบริบทโรงพยาบาลเอกชน นำมาบูรณาการเป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นในการศึกษาสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเมตพาร์คและการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารทางการแพทย์ตามตำแหน่งผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับกลางขึ้นไป และผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ 9 ใน 10 มีวุฒิการศึกษาปริญญาโท หลังจากดำเนินการสนทนากลุ่มและวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนา สรุปสาระสำคัญของสมรรถนะรายด้านสมรรถนะย่อย และพฤติกรรมที่ใช้ประเมินผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเมตพาร์ค ได้ข้อสรุปรายการสมรรถนะ 5 ด้าน รายการสมรรถนะย่อย 20 ข้อ และพฤติกรรมที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะย่อย 100 ข้อ

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมิน วิธีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยผู้วิจัย นำแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเมตพาร์ค ที่ได้จากการดำเนินการวิจัยในตอนต้นที่ 1 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมทั้ง 10 คนพิจารณาครั้งที่ 2 เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความเหมาะสมของเนื้อหา และ

สามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมถึงรายการสมรรถนะและพฤติกรรมการประเมินสมรรถนะที่ยังไม่ครอบคลุมหรือตัดบางรายการสมรรถนะหรือพฤติกรรมแสดงสมรรถนะที่ไม่สามารถแสดงให้เห็นพฤติกรรมที่จะประเมินได้ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ นำแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มคล้ายกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คนคือหัวหน้าของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น 2 คน ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นประเมินตนเอง 4 คน เพื่อนผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น 4 คน และผู้ใต้บังคับบัญชาของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น 20 คน รวมทั้งหมด 30 คน และผู้วิจัยนำผลที่ได้มาคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือจากผู้ประเมินทั้ง 4 กลุ่ม ความเที่ยงของการประเมินโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบร่างสมรรถนะรายด้านตามแนวคิดที่บูรณาการจากทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลเมตพาร์ค ได้ข้อรายการสมรรถนะ 5 ด้าน รายการสมรรถนะย่อย 20 ข้อ และพฤติกรรมที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะย่อย 100 ข้อ

2. แบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเมตพาร์ค ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาด้านความสอดคล้องของข้อคำถามกับกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเมตพาร์ค ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มี

ความเชี่ยวชาญด้านสมรรถนะการบริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน 3 คนพิจารณาและนำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC)⁶ โดยสมรรถนะที่ 1 สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ (leadership) มีสมรรถนะย่อย 5 ข้อ และพฤติกรรมที่ใช้ประเมินสมรรถนะ 25 ข้อ สมรรถนะที่ 2 ด้านความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (professionalism) มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ และพฤติกรรมที่ใช้ประเมินสมรรถนะ 20 ข้อ สมรรถนะที่ 3 สมรรถนะด้านการสื่อสารและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health communications and technology) มีสมรรถนะย่อย 3 ข้อ และพฤติกรรมที่ใช้ประเมินสมรรถนะ 15 ข้อ สมรรถนะที่ 4 สมรรถนะด้านการจัดการทรัพยากร (resource management) มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ และพฤติกรรมที่ใช้ประเมินสมรรถนะ 20 ข้อ สมรรถนะที่ 5 ด้านการจัดการเชิงธุรกิจ (business skill & principles) มีสมรรถนะย่อย 4 ข้อ และพฤติกรรมที่ใช้ประเมินสมรรถนะ 20 ข้อ ที่ใช้ในการประเมิน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเมตพาร์คพิจารณา ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 3 เมษายน 2567 เลขที่อนุมัติที่ COA 002/2024 เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำเอกสารการยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรถึงกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นและข้อมูลการประเมินสมรรถนะ ไปอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง
2. ดำเนินการเตรียมความพร้อมผู้ถูกประเมินทั้ง 4 กลุ่ม โดยนำแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น และคู่มือชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล อธิบายวิธีการใช้แบบประเมินและคู่มือให้กับกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและสามารถประเมินได้
3. นำแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นและคู่มือการประเมินสมรรถนะไปให้กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองพร้อมอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับและการให้ข้อมูลตรงตามความเป็นจริง และนัดหมายวันเวลาในการเก็บแบบประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อกำหนดเป็นรายได้สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเมตพาร์ค หลังจากได้รายการสมรรถนะและรายการพฤติกรรมที่ใช้ประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นตามเกณฑ์การประเมินสมรรถนะจากการสนทนากลุ่มแล้ว ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงรายการสมรรถนะและพฤติกรรมที่ใช้ประเมินสมรรถนะและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมทั้ง 10 คนพิจารณารอบที่ 2 เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความเหมาะสมของเนื้อหา และให้คะแนน

ความเหมาะสมจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) สูตรคำนวณ CVI

จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน 3 และ 4

จำนวนคำถามทั้งหมด

2. การวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา การศึกษาคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โรงพยาบาลเมตพาร์คโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อวัดได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการวัดเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC)

$$\text{สูตรคำนวณ IOC} = \frac{\text{คะแนนรวม}}{\text{ผู้เชี่ยวชาญ}} = \frac{\sum R}{N}$$

3. การวิเคราะห์ความเที่ยงของความสอดคล้องของการประเมินโดยนำข้อมูลที่ได้จากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ มาวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องของการประเมินโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

4. การวิเคราะห์ความเที่ยงของความสอดคล้องของการประเมินระหว่างผู้ประเมินโดยนำข้อมูลที่ได้จากการนำเครื่องมือไปเก็บข้อมูลจริง มาวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องของการประเมินระหว่างผู้ประเมินทั้ง 4 กลุ่ม ซึ่งเรียกค่าความเที่ยงนี้ว่าความเที่ยงของความสอดคล้องของการประเมิน (inter ratal reliability) โดยหาค่าด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น โรงพยาบาลเมตพาร์ค ผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นโรงพยาบาลเมตพาร์ค ประกอบด้วยสมรรถนะจำนวน 5 ด้าน 20 สมรรถนะย่อย และพฤติกรรมที่ใช้ประเมิน 100 ข้อ ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ (leadership) มีข้อรายการสมรรถนะย่อย 5 ข้อ 2) สมรรถนะด้านความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (professionalism) มีข้อรายการสมรรถนะย่อย 4 ข้อ 3) สมรรถนะด้านการสื่อสารและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health communications and technology) มีข้อรายการสมรรถนะย่อย 3 ข้อ 4) สมรรถนะด้านการจัดการทรัพยากร (resource management) มีข้อรายการสมรรถนะย่อย 4 ข้อ และ 5) สมรรถนะด้านการจัดการเชิงธุรกิจ (business skill & principles) มีข้อรายการสมรรถนะย่อย 4 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบการวัดประมาณค่า (rating scale)

2. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นโรงพยาบาลเมตพาร์ค โดยแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นประกอบด้วยสมรรถนะจำนวน 5 ด้าน 20 สมรรถนะย่อย และพฤติกรรมที่ใช้ประเมิน 100 ข้อ การนำแบบประเมินไปใช้ประเมินผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นนั้น ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการประเมินเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการประเมิน เกณฑ์ในการให้คะแนนเพื่อให้ผู้ประเมินมีความสะดวกในการประเมินด้วย

3. ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นโรงพยาบาลเมตพาร์ค โดยการตรวจสอบ

ความเที่ยงของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ศึกษาได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินรายด้าน คือ 1) ด้านภาวะผู้นำ (leadership) 2) ด้านความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (professionalism) 3) ด้านการสื่อสารและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health communications and technology) 4) ด้านการจัดการทรัพยากร (resource management) และ 5) ด้านการจัดการเชิงธุรกิจ (business skill & principles) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน เท่ากับ 0.82, 0.87, 0.94, 0.92 และ 0.86 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.88

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อสร้าง และพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเมตพาร์ค ผลการศึกษาสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเมตพาร์ค ในการวิจัยนี้ ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรม วิสัยทัศน์พันธกิจของโรงพยาบาลเมตพาร์ค ร่วมกับการสนทนากลุ่ม โดยกำหนดการเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแบบเฉพาะเจาะจง พบว่า สมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นประกอบด้วย รายการสมรรถนะ 5 ด้าน ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ (leadership) 2) สมรรถนะด้านความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (professionalism) 3) สมรรถนะด้านการสื่อสารและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health communications and technology) 4) สมรรถนะด้านการจัดการทรัพยากร (resource management) และ 5) สมรรถนะด้านการจัดการเชิงธุรกิจ (business skill & principles) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 ด้านภาวะผู้นำ (leadership)

ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นต้องมีสมรรถนะด้านภาวะผู้นำโดยการแสดงออกถึงการมีวิสัยทัศน์ และการจัดการเชิงระบบ^{10,11} โดยการถ่ายทอดนโยบายขององค์กรให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้อย่างถูกต้องครบถ้วน^{12,13} ประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จัดระบบให้ข้อมูลด้านบริการสุขภาพอย่างถูกต้อง ลดปัญหาข้อร้องเรียนบริการพยาบาล พัฒนาระบบการพยาบาลให้ทันสมัยรวดเร็ว ลดขั้นตอนการทำงานที่ยุ่งยากซับซ้อน และนำแนวคิดใหม่ ๆ มากำหนดแนวทางการพัฒนาการทำงานสู่ความเป็นเลิศได้อย่างสมดุล และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร ในด้านการจัดการการเปลี่ยนแปลง^{14,15} ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นมีความสามารถในการจัดการการเปลี่ยนแปลงโดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน และวางแผนตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม สื่อสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นทางการ และต่อเนื่องถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ โดยการสร้างแรงบันดาลใจให้การสนับสนุนและยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลง¹⁶⁻¹⁹ สอดคล้องกับสมการพยาบาล² ที่กำหนดให้ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นต้องมีความสามารถในการมีอิทธิพลต่อกลุ่ม โดยแสดงออกถึงการมีความคิดรวบยอด คิดวิเคราะห์และตัดสินใจแก้ปัญหา มีทักษะในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยใช้เหตุผล เสริมสร้างพลังอำนาจ มีความสามารถในการจูงใจ การเจรจาต่อรองและความขัดแย้ง ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ โดยมีเหตุผลใช้ไหวพริบ และข้อมูลเชิงประจักษ์ มีความคิดสร้างสรรค์ เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ พบว่า สอดคล้อง

กับเนตรพัฒนา ยาวีรัช²⁰ ที่กล่าวว่า ผู้นำต้องสามารถแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติที่ต้องอาศัยทักษะ ความสามารถและความมุ่งมั่นของผู้บริหารมีผู้รับผิดชอบต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์มีความยืดหยุ่นมุ่งเน้นวัฒนธรรม

สมรรถนะที่ 2 ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (professionalism) ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นต้องมีสมรรถนะด้านความเป็นผู้เชี่ยวชาญคือ ความสามารถในการกำหนดนโยบายเพื่อความปลอดภัย โดยกำหนดนโยบายแนวปฏิบัติและมาตรการที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาล ในการประเมินความเสี่ยงวิเคราะห์ข้อมูลด้านความปลอดภัย สามารถสื่อสารและส่งเสริมนโยบายดังกล่าวให้บุคลากรเข้าใจ และปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร²¹ ปรับปรุงคุณภาพทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในการวางแผนพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ประเมินผลการปฏิบัติงานวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ ระบุปัญหาและจุดอ่อน และนำเสนอแนวทางแก้ไขที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการศึกษา และเรียนรู้ในการสร้างและสนับสนุนโอกาสการเรียนรู้และการพัฒนาทางวิชาชีพสำหรับบุคลากรพยาบาล²² การจัดหาและส่งเสริมการเข้าร่วมการฝึกอบรม การศึกษาต่อเนื่อง การทำวิจัย และการเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรพยาบาลสามารถพัฒนาความรู้และทักษะที่ทันสมัย นำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพการให้การพยาบาล และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์รวมถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นหลักฐานอย่างเป็นระบบและเชื่อถือได้ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ ตัดสินใจ และวางแผนกลยุทธ์ในการบริหารจัดการด้านการพยาบาล และบริการสุขภาพได้ ดังที่ American Organization

for Nursing Leadership¹⁰ระบุว่าผู้นำต้องให้การสนับสนุนการเป็นแบบอย่างที่ดีในการมีความเชี่ยวชาญให้แก่เพื่อนร่วมงานปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับค่านิยมส่วนบุคคลและกำหนดความเหมาะสมกับวัฒนธรรมองค์กร การดูแลผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเกิดประโยชน์สูงสุดรวมทั้งเป็นผู้สนับสนุนการกำหนดนโยบายทางด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการบริการ ด้วยความสามารถในการปฏิบัติบทบาทผู้นำด้านการปฏิบัติการพยาบาล ที่มีการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในทุกศาสตร์สาขาวิชาได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยสอดคล้องกับแนวคิดของ Springer C. และคณะ²³ ที่กล่าวว่าการทำงานที่องค์กรมีบุคลากรที่มีศักยภาพสูงจะสามารถช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น ประสพผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ และยุพา เทอดอุดมธรรม⁹ สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม พฤติกรรมการแสดงออกของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่แสดงถึงการมีวิสัยทัศน์สามารถสร้างแรงจูงใจแก่ทีมให้ปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมาย มีทักษะในการทำงานเป็นทีมการตัดสินใจสามารถวิเคราะห์และแก้ปัญหาได้อย่างเป็นระบบ เจจ่าต่อรอง เพื่อแก้ปัญหาความขัดแย้งได้ และบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงได้อย่างราบรื่น รวมทั้งการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และมีภาวะทางอารมณ์

สมรรถนะที่ 3 ด้านการสื่อสาร และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health communications and technology) ผู้บริหารระดับต้นควรแสดงออกถึงความสามารถในการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยการสื่อสารได้อย่างชัดเจนถูกต้อง เพื่อให้ทุกคนในทีมเข้าใจได้อย่างถูกต้องเปิดโอกาสรับฟังความคิดเห็น และ

ข้อเสนอแนะจากบุคลากรในหน่วยงาน และยอมรับในความเห็นต่าง สามารถสร้างบรรยากาศที่เปิดกว้างในการสนทนา และสนับสนุนการสื่อสารสองทางระหว่างผู้บริหารและบุคลากร สามารถเลือกใช้ช่องทางและรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ พัฒนาช่องทางการสื่อสารระหว่างหน่วยงานในองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการข้อมูล การให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ ด้วย สอดคล้องกับ American Organization for Nursing Leadership¹⁰ ที่กล่าวว่า ความสามารถในการสื่อสารที่ชัดเจน แก่ทั้งลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอก ต้องมีความเข้าใจในการสื่อสารที่หลากหลาย เพื่อผลสำเร็จทางการสื่อสาร สามารถสื่อสารสิ่งที่ถูกต้อง และเป็นจริง พัฒนาและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ประกอบกับการบริหารจัดการความสัมพันธ์ ทักษะในการสื่อสาร และความสามารถในการเจรจาต่อรอง ทั้งในส่วนของผู้บริหารลำดับถัดไป ผู้ได้บังคับบัญชา และทักษะในการโน้มน้าวเพื่อให้ได้รับความร่วมมือในด้านต่าง ๆ

ในการพัฒนาและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารโดยการนำเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนา และปรับปรุงกระบวนการทางด้านการดูแลสุขภาพ และการบริหารจัดการทางด้านสุขภาพ และความคิดริเริ่มเพื่อใช้เทคโนโลยีในการปรับปรุงคุณภาพการบริการทางการแพทย์ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นควรสนับสนุนการใช้ช่องทางการสื่อสารอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพในหน่วยงานสามารถนำเทคโนโลยี

การสื่อสารมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงงานบริหารการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้บุคลากรแสดงความคิดเห็นในการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานได้ รวมถึงสร้างเครื่องมือที่ช่วยในการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น แบบฟอร์มการสื่อสาร ระบบการติดต่อสื่อสารภายใน หรือการเผยแพร่ข้อมูลผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้ สอดคล้องกับสภาการพยาบาล² ซึ่งกล่าวว่า การมีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการจัดการสื่อสารของหน่วยงาน การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและยืดหยุ่นระหว่างบุคคล การประสานงานในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ทั้งทีมงานภายในและภายนอกองค์กรและภาคีเครือข่าย และสารสนเทศที่เกี่ยวกับงานการพยาบาลและองค์กร ยุทธศาสตร์⁹ ด้านการสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพ พบว่า การรับส่งข้อมูลข่าวสารกับทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันสามารถประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพและสามารถนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการค้นคว้าข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพได้

สมรรถนะที่ 4 การจัดการทรัพยากร (resource management) การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นต้องมีสมรรถนะด้านความเป็นผู้เชี่ยวชาญเช่น การมีทักษะในการจัดทำงบประมาณ การวางแผนบริหารจัดการและใช้ทรัพยากรมนุษย์ การเงิน และวัสดุอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรให้มีประสิทธิภาพในการให้บริการด้านสุขภาพ วิเคราะห์และวางแผนจัดสรรงบประมาณ รวมถึงการวางแผนรายรับ และรายจ่ายในระยะยาวและระยะสั้น การจัดสรรทรัพยากรทางการเงินให้เหมาะสมกับความต้องการ

ของหน่วยงาน รวมถึงการติดตามและวิเคราะห์ผลการใช้จ่าย เพื่อทำการปรับปรุง และปรับแผนงานในอนาคตให้เหมาะสม รวมถึงการวิเคราะห์และประเมินผลการทำงานของบุคลากรในหน่วยงานอย่างมีระบบและเป็นธรรม โดยใช้เกณฑ์ และมาตรฐานที่ชัดเจนเพื่อวัดผลการปฏิบัติงาน รวมถึงระบุข้อเสนอแนะที่ให้นักงาานนำไปพัฒนาตนเองได้นอกจากผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นจะต้องมีความสามารถในการบริหารจัดการ ด้านการพัฒนาผู้ใต้บังคับบัญชาแล้ว ยังต้องประเมินผลปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชาด้วยความยุติธรรมปราศจากอคติ เพื่อนำผลการประเมินมาใช้ในการพัฒนาความรู้ความสามารถ และปรับปรุงการทำงานในการวางแผนพัฒนาความก้าวหน้าในงานแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาและใช้พิจารณาความดีความชอบในลำดับต่อไป¹⁰ นอกจากนั้นการวางแผนการจัดการทรัพยากรมนุษย์ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานของหน่วยงานเพื่อให้มีจำนวนและความสามารถของบุคลากรที่เพียงพอเหมาะสมกับความต้องการ รวมถึงการวางแผนพัฒนาแผนการสืบทอดเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น จากการศึกษาของ ยุพา เทอดอุดมธรรม⁹ ที่กล่าวว่า สมรรถนะด้านการบริหารจัดการทรัพยากร หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องวางแผนและควบคุมกำกับเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคล และวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ การบริหารจัดการอัตรากำลังของบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ การมอบหมายงานอย่างเหมาะสม การประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างยุติธรรม การสร้างขวัญกำลังใจ และการวางแผนในการพัฒนาบุคลากร รวมทั้งการบริหารจัดการพัสดุ และครุภัณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพ

สมรรถนะที่ 5 ด้านการจัดการเชิงธุรกิจ (business skill & principles) ผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นต้องมีสมรรถนะด้านการจัดการ

เชิงธุรกิจ โดยการวางแผนและบริหารจัดการทรัพยากรและกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยมุมมองทางธุรกิจ โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพทางการเงิน การตลาด การบริการสุขภาพและการดำเนินงานที่ยั่งยืน โดยกำหนดกลยุทธ์ด้านการจัดการเชิงธุรกิจในการวางแผนและพัฒนากลยุทธ์ทางธุรกิจที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้องค์กรสามารถแข่งขัน และเติบโตในตลาดสุขภาพที่มีการแข่งขันสูง ผู้บริหารต้องสามารถประเมินสภาพแวดล้อมทางธุรกิจ ปรับกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กรได้ การวิเคราะห์โอกาสทางการตลาดสุขภาพ ระบุและประเมินโอกาสทางการตลาดในอุตสาหกรรมสุขภาพ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน และขยายการบริการของโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชดาทิพย์ ดาราข⁷ ที่กล่าวว่า สมรรถนะด้านการจัดการเชิงธุรกิจ ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีภาวะการแข่งขันสูงทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่ต้องบริหารจัดการอย่างระมัดระวังเพื่อความอยู่รอด ดังนั้นจึงนำหลักการบริหารจัดการเชิงธุรกิจมาประยุกต์ จึงก่อให้เกิดทั้งประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อองค์กรในระดับหน่วยงาน เช่นเดียวกัน ผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นต้องสามารถเข้าใจกลยุทธ์เชิงธุรกิจที่สำคัญขององค์กรและสามารถบริหารจัดการหน่วยงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ วางแผนการบริการ สอดคล้องกับนโยบายการตลาดขององค์กร ที่ต้องวิเคราะห์ กำหนดกลยุทธ์ วางแผนบริการที่สอดคล้องกับนโยบายการตลาดและพัฒนาบริการทางการแพทย์ให้ตรงกับนโยบายการตลาดและเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้การบริการมีคุณภาพสูงและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและตลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่ง

American Organization for Nursing Leadership¹⁰ กล่าวว่า ความสามารถในการจัดการด้านการเงินโดยมีความเข้าระบบการเงินขององค์กร ใช้แนวคิดด้านการเศรษฐศาสตร์ การบริหารจัดการต้นทุนทางด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ความสามารถในการจัดการเชิงกลยุทธ์และความสามารถในการประยุกต์หลักการทางธุรกิจ รวมทั้งระบบการคิดไปสู่วิสัยทัศน์องค์กร การจัดการเชิงกลยุทธ์ และการจัดการด้านการบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคล การจัดการองค์กร ให้สอดคล้องกับการวางแผนทางการตลาด ด้านบริหารจัดการข้อมูล การบริหารจัดการความเสี่ยง การบริหารจัดการด้านคุณภาพ และความปลอดภัย²⁴

ข้อเสนอแนะ

1. วิจัยพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นโดยใช้เกณฑ์รูปรีค เพื่อให้เห็นคุณภาพของเกณฑ์ในการประเมินมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาศักยภาพในพยาบาลระดับปฏิบัติการเพื่อเตรียมการขึ้นสู่ตำแหน่งบริหารต่อไป

3. ควรมีการศึกษาศักยภาพภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน เพื่อพัฒนาความสามารถเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. Chuchai S. Personnel training in organizations. 8th ed. Bangkok: V Print; 1991.
2. JThailand Nursing Council. Competency of nursing and midwifery professionals. Bangkok: Siriyod Printing; 2010.
3. Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Professional nurse roles and responsibilities. Bangkok: Suetawan Publishing; 2018.
4. Boonjai S. Leadership and organizational management strategies for nursing organizations in the 21st century. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2008.
5. Janpen P. Development of competency framework for head nurses in Lamphun Hospital [Master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2012.
6. Areewan A. Teaching materials for the course on the development of research tools in nursing science. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; 2015.
7. Nathidathip D. Competencies of primary level nurses at Bangkok Hospital Medical Center [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014.
8. Kittisak J, Boonpitcha J, Threeyapan S. Development of competency framework for head nurses in McCormick Hospital, Chiang Mai. J Nurs Assoc Thai Nurs North Reg. 2020;26(1):90-99.

9. Yupa T. Development of a competency assessment tool for head nurses at Ban Phaeo Hospital (Public Organization) [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014.
10. American Organization for Nursing Leadership. AONL Nurse Leader Competencies: Core Competencies for Nurse Leadership. 2022;20(5):437-443.
11. Jarupan L. Development of a competency assessment tool for head nurses in Vajira Hospital. Kuakarun J Nurs. 2017;24(2):98-112.
12. Jarunya C. Competencies of neurosurgical nurses [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015.
13. Chongchit R, Areewan A. Development of a competency assessment tool for head nurses in Samut Prakan Hospital. J Police Nurs. 2019;11(2):305-315.
14. Nongphanga A. Development of a competency assessment tool for professional nurses at Police General Hospital [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011.
15. Pranee R. Competencies of head nurses in a Bangkok Metropolitan Administration Hospital [Master's thesis]. Bangkok: Christian University; 2014.
16. Muenthai L. Development of a competency assessment tool for head nurses at Surin Hospital [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017.
17. Netpanna Y. Leadership and strategic leadership. 8th ed. Bangkok: Central Express; 2013.
18. Thailand Nursing Council. Competency of nursing and midwifery professionals. Bangkok: Siriyod Printing; 2010.
19. Grove SK, Burns N, Gray J. The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. 7th ed. Saunders; 2013.
20. Office of the National Economic and Social Development Council. National strategy (2018-2037) [Internet]. 2018 [cited 2024 Aug 24]. Available from: <https://www.nesdc.go.th/>
21. Spencer C. The transition from staff nurse to ward leader. Nurs Times. 2014;110(41):12-14.
22. Krongjit LS. Components of the competencies of head nurses in tertiary hospitals in Suphanburi Province [Master's thesis]. Bangkok: Christian University; 2012.
23. Springer P, Payne K, Petermann B. Rating nursing performance based on behaviors. J Nurs Adm. 1998;28(1):39-45.
24. Wong KS, Lee HY, Chan KL. Leadership and Human Resource Development Competencies of First-Level Nurse Managers in Hong Kong. J Nurse Manager. 2019;27(5):1005-1013.
25. World Health Organization. Global health observatory data [Internet]. [cited 2024 Aug 24]. Available from: <https://www.who.int/data/gho>.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมในนักศึกษาแพทย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

ธมาพร เชี่ยวชาญ¹อลงกต ประสานศรี²ชิตชัย หาญวิ³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทักษะและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบทักษะและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย 1) โปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3) แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ ระยะเวลาวิจัย 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ paired sample t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง/ ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง/ พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง/ นักศึกษาแพทย

¹⁻³ อาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

¹ Corresponding Author, Email: Tamaporn.ch@bsru.ac.th

Research article

The Effect of Breast Self-Examination Program on Self-Examination Skills and Self-Examination Behavior in Female Students Bansomdejchaopraya Rajabhat University

*Tamaporn Chaiwcharn*¹*Alongkot Prasansri*²*Chidchai Hachawi*³**Abstract**

This research is quasi-experimental research. (Quasi-experimental research) to study and compare breast self-examination skills and behavior before and after participating in the program of the experimental group and the control group. and to study to compare breast self-examination skills and behavior before and after participating in the program between the experimental group and the control group. The research tools included 1) breast self-examination program. that the researcher created by applying protection motivation theory (Rogers) 2) general information questionnaire 3) breast self-examination skills assessment form 4) breast self-examination behavior questionnaire. The sample group is divided into the experimental group of 35 people and the control group of 35 people. The experimental group received a breast self-examination program that applied protection motivation theory (Rogers). The control group received normal instructions. Data collection 12 weeks, and data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-test, and independent t-test.

The study results were as follows the experiment, the experimental group had average scores on breast self-examination skills and behaviors. Statistically significantly higher than before the experiment ($p < 0.001$) After the experiment, the experimental and control groups had average scores on breast self-examination skills. The difference is not statistically significant. After the experiment, the experimental group had a significantly higher mean score for breast self-examination behavior than the control group ($p < 0.001$). The results of this study show that the breast self-examination program resulted in the sample having better breast self-examination skills and better breast self-examination behavior.

Keywords: breast self-examination program/ breast self-examination skills/ breast self-examination behavior/ female students

¹⁻³ Lecturer, Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Bansomdej Chaopraya Rajabhat University, Bangkok.

¹ Corresponding Author, Email: Tamaporn.ch@bsru.ac.th

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขทั้งระดับโลก และระดับประเทศ เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิง จากข้อมูลสถิติปี พ.ศ.2565 พบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมทั่วโลกประมาณ 2.3 ล้านคน¹ มีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 685,000 ราย² ซึ่งในประเทศไทยมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในเพศหญิงคือ มะเร็งเต้านม พบผู้ป่วย 654 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.8³

ในปัจจุบันยังไม่มีผลการศึกษาใดที่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัดว่าสาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งเต้านมคืออะไร แต่จากศึกษาพบว่ามะเร็งเต้านม สัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมเสี่ยง พันธุกรรม อาหาร และโภชนาการ ออร์โมนเพศ สารพิษต่าง ๆ ที่เป็นสารก่อมะเร็ง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสัมพันธ์กับความเป็นเมือง (Urbanization) เมื่อทำการศึกษาจึงพบความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมกับรายได้ต่อหัวประชากร เนื่องจากยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของมะเร็งเต้านม แต่ทราบเพียงปัจจัยเสี่ยง โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ เพศหญิง กับอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ และแนวโน้มของอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น ตามการพัฒนาประเทศ⁴

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสามารถทำได้หลายวิธี เช่น 1. การตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรม ซึ่งเป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ได้รับการยอมรับว่าดีที่สุด เป็นการตรวจเอกซเรย์เต้านมโดยใช้เครื่องมือเฉพาะ กดเต้านมให้แบนราบมากที่สุดและถ่ายภาพเต้านมข้างละ 2 ท่า อาจมีการทำอัลตราซาวด์เพิ่ม เพื่อช่วยในการวินิจฉัยหรือยืนยันว่าสิ่งที่พบผิดปกติใน

แมมโมแกรม ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัย มีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น 2. การตรวจเต้านมด้วย MRI (ภาพถ่ายท่อนคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า) เนื่องจากการตรวจ MRI มีราคาแพง ปัจจุบันแนะนำให้ทำ MRI ร่วมกับแมมโมแกรมเฉพาะในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของยีน BRCA (Breast cancer susceptibility gene) ตั้งแต่อายุ 30 ปีขึ้นไปหรือเคยมีประวัติได้รับการฉายรังสีปริมาณสูงบริเวณหน้าอกตั้งแต่อายุน้อย 3. การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการตรวจเต้านม และ 4. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งชนิดเดียวที่สามารถตรวจคัดกรองเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง การตรวจด้วยวิธีการคลำเต้านม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอีกทั้งหากพบความผิดปกติในเบื้องต้นจะสามารถรักษาได้ทันทั่วทั้ง การตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงเหมาะสมสำหรับบุคคลทั่วไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีปัจจัยหรือความเสี่ยงต่าง ๆ ต่อการเกิดมะเร็งเต้านมหรือตรวจเพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม⁵

สำหรับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หากโรคไม่มีการแพร่กระจาย การรักษาหลักคือการผ่าตัด ส่วนการรักษาตามหลัง ได้แก่ ยาเคมีบำบัด ยามุ่งเป้า ยาต้านฮอร์โมน การฉายรังสี ขึ้นอยู่กับการผ่าตัด ร่วมกับชนิดของมะเร็งเต้านม ซึ่งได้จากการย้อมพิเศษเพิ่มเติม หากก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่หรือมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองหลายต่อม ซึ่งไม่สามารถผ่าตัดได้ตั้งแต่แรก แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปอวัยวะที่ไกลออกไป อาจพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดหรือยาพุ่งเป้าก่อนการผ่าตัด หากมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นแล้ว การรักษาหลักคือการรักษาด้วยยา ซึ่งได้แก่ ยาเคมีบำบัด ยาพุ่งเป้า ยาต้านฮอร์โมน หรือยาภูมิคุ้มกันบำบัด ส่วนการฉายรังสีนั้น จะทำเพื่อ

ลดอาการที่เกิดจากการแพร่กระจาย เช่น อาการปวดจากการแพร่กระจายไปกระดูก หรือลดขนาดก้อนเพื่อลดอาการปวดศีรษะจากการแพร่กระจายไปสมอง การรักษาจะเร่งในผู้ป่วยแต่ละคนตลอดการรักษาจะใช้เสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 69,300 - 84,500 บาทต่อคน นับว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ดังนั้นหากผู้ป่วยมีการตรวจคัดกรองเต้านมด้วยตนเองก็จะสามารถพบมะเร็งได้ไวและรักษาได้อย่างรวดเร็ว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มะเร็งเต้านมพบในเพศหญิงที่มีอายุน้อยที่สุดคืออายุ 17 ปี⁷ ซึ่งเป็นช่วงอายุและเป็นวัยของนักศึกษาจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่านักศึกษาที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการตรวจเต้านมด้วยตนเองส่งผลให้นักศึกษามีความรู้ เจตคติและทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้น⁸ จากผลการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในนักศึกษาเพศหญิงชั้นปีที่ 3 สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 52 คน พบว่ามีนักศึกษาเพียง 15 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 28.80 ที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองใน 1 ปีที่ผ่านมา⁹ ทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญจึงเลือกศึกษาในนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา โดยจัดโปรแกรมอบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและสาธิตทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้นักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและสามารถเป็นแกนนำที่จะสาธิต

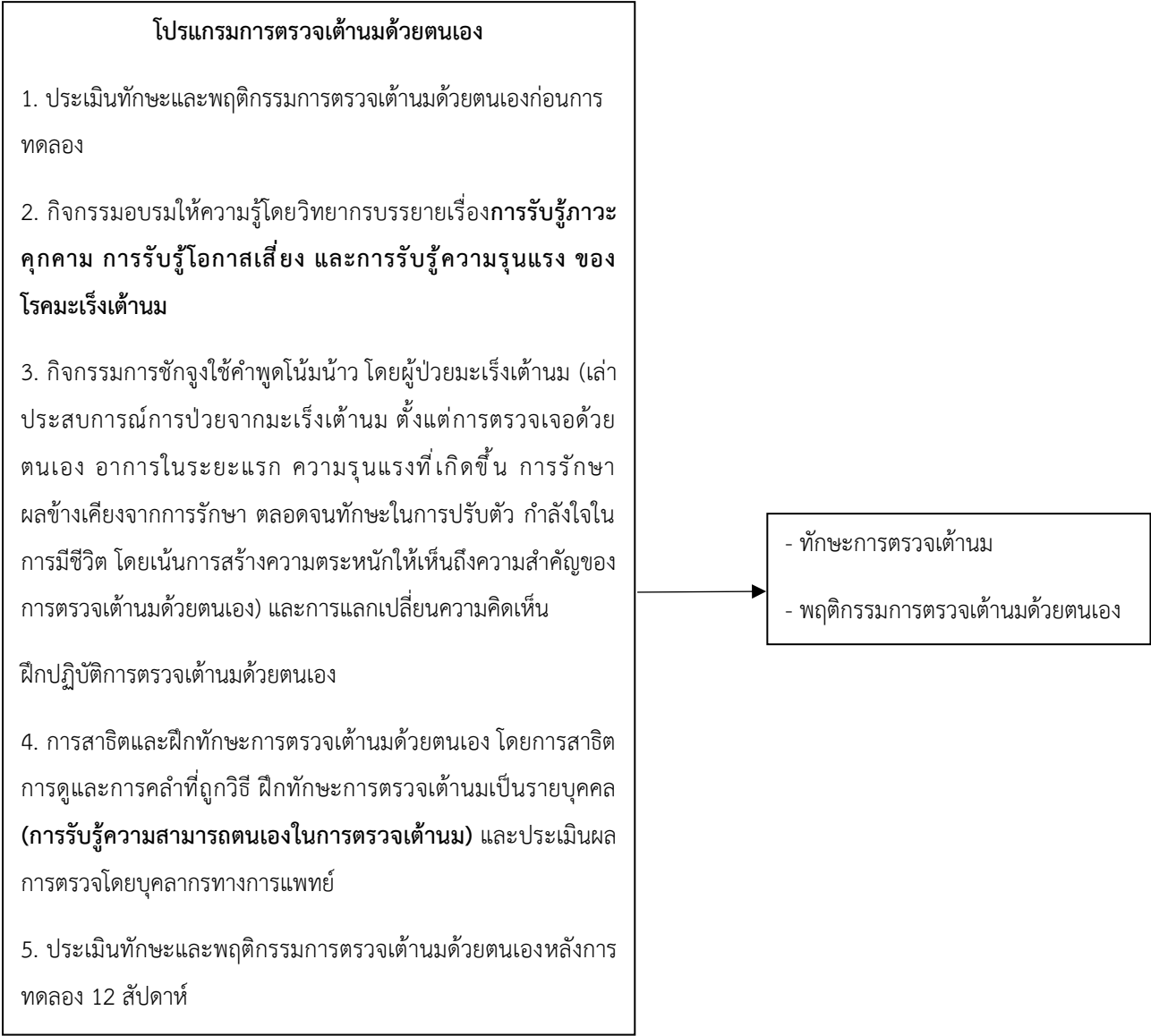
ทักษะการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองต่อไปจึงเลือกมาเป็นกลุ่มทดลอง โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เป็นทฤษฎีที่อธิบายผลการรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาผู้วิจัยใช้ทฤษฎีทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส¹⁰ มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งประกอบไปด้วยการรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถตนเอง โดยการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้โดยวิทยากรในเรื่อง ความหมายประเภท กายวิภาคศาสตร์ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ระดับความรุนแรง การรักษาวิธีป้องกันโรคมะเร็งเต้านม กิจกรรมการชักจูงใช้คำพูดโน้มน้าว โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กิจกรรมสาธิต และฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการสาธิตการดูและการคลำที่ถูกต้อง ฝึกทักษะการตรวจเต้านมเป็นรายบุคคลและประเมินผลการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ และวัดผลหลังดำเนินโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์ รายละเอียดดังรูปภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทักษะ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทักษะ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อน และ

หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

สมมติฐาน

1. คะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

4. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมในนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลสาขาสารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา มีจำนวนประชากรทั้งหมด 220 คน¹¹

กลุ่มตัวอย่างที่ในการวิจัยครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาลสาขาสารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ที่ใช้การเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และเป็นการทดสอบแบบทางเดียว ขนาดอิทธิพล (Effect size) $d = 0.8$ และให้อำนาจในการทดสอบ $1 - \beta = .90$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งหมด 56 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30 ดังนั้นการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน

โดยผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) นักศึกษาพยาบาลสาขาสารณสุขศาสตร์ ระดับปริญญาตรี คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสมเด็จพระเจ้าพระยา 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยโดยสมัครใจ 3) ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใน 1 ปีที่ผ่านมา เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) 1) มีปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ เกณฑ์ยุติ (Termination Criteria) 1) ขอดอนตัวระหว่างการดำเนินการเก็บข้อมูล 2) ลาออกจากมหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

1.1.1 กิจกรรมอบรมให้ความรู้โดยวิทยากรบรรยายเรื่องการรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง ของโรคมะเร็งเต้านม

1.1.2 กิจกรรมอบรมให้ความรู้โดยวิทยากรบรรยายเรื่องการรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง ของโรคมะเร็งเต้านม

1.1.3 การสาธิต และฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการสาธิต การดูและการคลำที่ถูกวิธี ฝึกทักษะการตรวจเต้านม

เป็นรายบุคคลและประเมินผลการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ประวัติประจำเดือน ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด ประวัติการเป็นโรคเมร็งในครอบครัว ประวัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประวัติการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งหมดจำนวน 7 ข้อ

2.2 แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบ่งเป็น ปฏิบัติถูกต้อง และปฏิบัติไม่ถูกต้อง การประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองหากปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน และหากปฏิบัติไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน

ความหมายของการประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนี้

ปฏิบัติถูกต้อง หมายถึง ตรวจได้ครบ และถูกต้องทั้งการดูและการคลำ

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง หมายถึง ตรวจได้ไม่ครบทุกท่าหรือการตรวจไม่ถูกต้อง

การแปลผลคะแนนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบ่งระดับของทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็น 3 ระดับ โดยใช้วิธีการการแจกแจงแบบสม่ำเสมอ (uniform distributions) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 6.00-8.00 หมายถึง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 3.00-5.99 หมายถึง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00-2.99 หมายถึง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนเอกสารตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านม มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

ความหมายของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง)

ปฏิบัติเป็นประจำ คือ ปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คือ ปฏิบัติตามข้อความนั้นแต่ทำไม่ครบ

ไม่ปฏิบัติเลย คือ ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนนข้อความเชิงบวกและลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 2 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้ 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติเลย ได้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบ่งระดับของพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็น 3 ระดับ โดยมีความกว้างของชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{14 - 0}{3} \\ &= 4.67 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 10 – 14 หมายถึง พฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 5 – 9 หมายถึง พฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0 – 4 หมายถึง พฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

โปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองฯ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินทักษะ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบสอบถาม พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้รับ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน เวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ พยาบาล 1 ท่าน อาจารย์สาธารณสุข 1 ท่าน ผู้วิจัย ได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(content validity) ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 1 คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์- ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson K-R 20) แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรม การตรวจเต้านม ด้วยตนเอง ได้เท่ากับ 0.74 และ 0.79 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏ บ้านสมเด็จเจ้าพระยา รหัสโครงการ COA No.670203 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการรักษาข้อมูล ความลับของกลุ่มตัวอย่าง และปฏิบัติการรักษา

สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม

กรณีกลุ่มควบคุม รับการสอนโดยปกติ จากวิทยากรคือ

1. ประเมินทักษะและพฤติกรรมการตรวจ เต้านมด้วยตนเองก่อนการทดลอง
2. กิจกรรมอบรมให้ความรู้โดยวิทยากร บรรยายเรื่องการรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้ โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง ของ โรคมะเร็งเต้านม
3. การสาธิตและฝึกทักษะการตรวจ เต้านมด้วยตนเอง โดยการสาธิตการดูและการคลำ ที่ถูกวิธี ฝึกทักษะการตรวจเต้านมเป็นรายบุคคล และประเมินผลการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์
4. ประเมินทักษะและพฤติกรรมการตรวจ เต้านมด้วยตนเองหลังการทดลอง 12 สัปดาห์

กรณีกลุ่มทดลอง รับการสอนโดยปกติ จากวิทยากรร่วมกับเข้าร่วมโปรแกรมการตรวจ เต้านมด้วยตนเอง

1. ประเมินทักษะและพฤติกรรมการตรวจ เต้านมด้วยตนเองก่อนการทดลอง
2. กิจกรรมอบรมให้ความรู้โดยวิทยากร บรรยายเรื่องการรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้ โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง ของ โรคมะเร็งเต้านม
3. กิจกรรมการชักจูงใช้คำพูดโน้มน้าว โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านม(เล่าประสบการณ์การป่วย จากมะเร็งเต้านม ตั้งแต่การตรวจเจอด้วยตนเอง อาการในระยะแรก ความรุนแรงที่เกิดขึ้น การรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษา ตลอดจนถึงทักษะใน

การปรับตัว กำลังใจในการมีชีวิต และเน้นการสร้าง
ความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของการตรวจ
เต้านมด้วยตนเอง) และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

4. การสาธิตและฝึกทักษะการตรวจ
เต้านมด้วยตนเอง โดยการสาธิตการดูและการคลำ
ที่ถูกวิธี ฝึกทักษะการตรวจเต้านมเป็นรายบุคคล
และประเมินผลการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์

5. ประเมินทักษะและพฤติกรรม การตรวจ
เต้านมด้วยตนเองหลังการทดลอง 12 สัปดาห์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็น
กลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 35 คน โดย
กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 19.9±1.2 ปี และ

กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 19.9±1.4 ปี ตามลำดับ
ดัชนีมวลกาย 21.4±5.2 kg/m² และ 22.6±5.7
kg/m² ตามลำดับ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 60.00
และ 51.40 ตามลำดับ ขณะตรวจเต้านมไม่มี
ประจำเดือน ร้อยละ 100 และ 100 ตามลำดับ
รอบประจำเดือน 27.9±2.0 และ 28.9±6.4
ตามลำดับ ไม่เคยมีประวัติการคุมกำเนิด ร้อยละ 80
และ 88.5 ตามลำดับ ไม่มีประวัติมะเร็งเต้านม
ในครอบครัว ร้อยละ 97.1 และ 94.3 ตามลำดับ
ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 100 และ
100ตามลำดับ ไม่เคยตรวจเต้านมโดยบุคลากร
ทางการแพทย์ ร้อยละ 97.10 และ 100 ตามลำดับ
(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 70)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
18 ปี	2	5.70	0	0.00
19 ปี	15	42.90	17	48.60
20 ปี	9	25.70	12	34.30
21 ปี	3	8.60	3	8.60
22 ปี	6	17.10	2	5.70
23 ปี	0	0.00	1	2.90
mean ± S.D., (min-max)	19.9±1.2, (18.0–22.0)		19.9±1.4, (19.0–23.0)	
ดัชนีมวลกาย				
ต่ำกว่าเกณฑ์	12	34.30	10	28.60
ปกติ	14	40.00	11	31.40
เกินเกณฑ์และอ้วน	9	25.70	14	40.00
mean ± S.D., (min-max)	21.4±5.2, (15.5–37.5)		22.6±5.7, (15.6–39.6)	
ชั้นปี				
ปี 1	21	60.00	18	51.40
ปี 2	7	20.00	11	31.40
ปี 3	3	8.60	2	5.70
ปี 4	4	11.40	4	11.40

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 70) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีประจำเดือนหรือไม่				
ไม่มี	35	100.00	35	100.00
มี	0	0.00	0	0.00
รอบประจำเดือน				
น้อยกว่า 28 วัน	9	25.70	8	22.90
18 – 30 วัน	26	74.30	24	68.60
มากกว่า 30 วัน	0	0.00	3	8.60
mean $\pm$ S.D., (min-max)	27.9 $\pm$ 2.0, (20.0 – 30.0)		28.9 $\pm$ 6.4, (18.0 – 60.0)	
ประวัติการคุมกำเนิด				
ไม่เคย	28	80.00	31	88.50
เคย กินยาคุม ปัจจุบันใช้อยู่	2	5.70	2	5.70
เคย กินยาคุม ปัจจุบันหยุดใช้	5	14.30	0	0.00
เคย ฉีดยาคุม ปัจจุบันหยุดใช้	0	0.00	1	2.90
เคย ยาคุมฉุกเฉิน ปัจจุบันหยุดใช้	0	0.00	1	2.90
ประวัติมีแรงต้านในครอบครัว				
ไม่มี	34	97.10	33	94.30
มี	1	2.90	2	5.70
เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง				
ไม่เคย	35	100.00	35	100.00
เคย	0	0.00	0	0.00
เคยตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์				
ไม่เคย	34	97.10	35	100.00
เคย	1	2.90	0	0.00

2. การเปรียบเทียบทักษะและพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ด้านทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < 0.001$) และด้านพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 2 แสดงผลเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 70)

การเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	$\bar{X}$ (S.D.)	t	p-value	$\bar{X}$ (S.D.)	t	p-value
ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		-20.58	<0.001		-22.07	<0.001*
ก่อนการทดลอง	0.94 (2.03)			0.69 (1.95)		
หลังการทดลอง	8.00 (0.00)			7.94 (0.24)		
พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		-19.28	<0.001		-11.91	<0.001*
ก่อนการทดลอง	2.23 (1.87)			2.06 (3.51)		
หลังการทดลอง	12.03 (2.57)			10.29 (2.71)		

*Paired sample t-test, significant at p-value <0.001

3. การเปรียบเทียบทักษะและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ด้านทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ และด้านพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 3 แสดงผลเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 70)

การเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p-value
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)		
ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง				
ก่อนการทดลอง	0.94 (2.03)	0.69 (1.95)	0.54	0.591
หลังการทดลอง	8.00 (0.00)	7.94 (0.24)	1.44	0.160
พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง				
ก่อนการทดลอง	2.23 (1.87)	2.06 (3.51)	0.26	0.799
หลังการทดลอง	12.03 (2.57)	10.29 (2.71)	2.76	0.007*

*Independent t-test, significant at p-value <0.001

การอภิปรายผล

ด้านทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีทักษะในการตรวจเต้านมที่ดีขึ้น และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของผู้วิจัยได้สอนสาธิตและฝึกทักษะในการตรวจเต้านมเป็นรายบุคคลเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม ทำให้ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีทักษะในการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง (2563)⁸ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความรู้ เจตคติและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เจตคติ และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$)

ด้านพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแรงจูงใจ

ในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้ 1. กิจกรรมอบรมให้ความรู้โดยวิทยากรบรรยายเรื่องการรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง ของโรคมะเร็งเต้านม 2. กิจกรรมการชักจูงใช้คำพูดโน้มน้าว โดยผู้ปวยมะเร็งเต้านม (เล่าประสบการณ์การป่วยจากมะเร็งเต้านม ตั้งแต่การตรวจเจอด้วยตนเอง อาการในระยะแรก ความรุนแรงที่เกิดขึ้น การรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษาตลอดจนทักษะในการปรับตัว กำลังใจในการมีชีวิตและเน้นการสร้างความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง) และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น 3. กิจกรรมการรับรู้ความสามารถตนเอง การสาธิตและฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการสาธิตการดูแลและการคลำที่ถูกต้อง ฝึกทักษะการตรวจเต้านมเป็นรายบุคคลและประเมินผลการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของศรีัญญา งามนิมิตและคณะ (2564)¹² ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านม และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของวัชรวิงค์ หวังมั่น (2564)¹³ ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้

เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของ นักศึกษาพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อน การทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำโปรแกรมการตรวจเต้านม ด้วยตนเองไปใช้กับนักศึกษาสาขาอื่นเพื่อให้ นักศึกษาสาขาอื่นมีทักษะและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2. ผู้บริหารของสถานศึกษา สามารถนำ ผลการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนและส่งเสริม การตรวจเต้านมด้วยตนเองในนักเรียนนักศึกษา เพื่อให้ให้นักเรียนนักศึกษามีทักษะการตรวจเต้านม ด้วยตนเองและคัดกรองความผิดปกติของเต้านม เบื้องต้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health. Organization Breast cancer. Cancer. [Internet]. 2024 [cited 2023 Sep 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. World Health Organization. Cancer. [Internet]. 2023[cited 2023 Oct 12]. Available from: [https:// www.who. int/news-room/fa](https://www.who.int/news-room/fa)

3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.]; ทะเบียนมะเร็งสำหรับ โรงพยาบาล พ.ศ. 2563; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก [https://www.nci. go.th /e_book/ hosbased_2563/index.htm](https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/index.htm).
4. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.]; สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก [http:// doh.hpc.go. th/data/ bse/BC0_riskFactor.pdf](http://doh.hpc.go.th/data/bse/BC0_riskFactor.pdf).
5. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย; การตรวจ คัดกรองมะเร็งเต้านม; 2565[เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก [https:// www.chulacancer.net/services-list- page.php?id=514](https://www.chulacancer.net/services-list-page.php?id=514)
6. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย; ประมาณการค่า ฉายรังสีในเวลาราชการ สำหรับโรคมะเร็ง ที่พบบ่อย; 2565[เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก[https://www.chulacancer. net/services-list-page.php?id=514](https://www.chulacancer.net/services-list-page.php?id=514).
7. มูลนิธิถันยรักษ์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มูลนิธิถันยรักษ์; หลักสูตรมะเร็งเต้านม รู้เร็ว รักษาได้; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก[http: //doh.hpc .go.th/data /bse/BC_ curri- culum.pdf](http://doh.hpc.go.th/data/bse/BC_curriculum.pdf).

8. ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, ศิวะพร ประยูรเทพ. ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความรู้ เจตคติ และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2564;13(4): 77-91
9. ฐมาพร เชี่ยวชาญ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา; ผลการสำรวจการตรวจเต้านมด้วยตนเองเบื้องต้นใน 1 ปีที่ผ่านมา; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://bsru-my.sharepoint.com/:x:/g/personal/6421802084_o365_bsru_ac_th/Eb8z6DG3d_ploseKwrm8XpwBxWbl-PuquGoD4EU9kSysg?e=1AGhx6
10. กมลมาลย์ วัชรินทร์เศรษฐสิน. การวิจัย ทฤษฎี และการปฏิบัติ กระบวนทัศน์ทฤษฎีในมุมมองพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.; 2564.
11. สำนักงานส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา; สถิตินักศึกษา; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 27 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://regis.nstru.ac.th/>.
12. ศรัญญา งามนิมิต, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, อนามัย นาอุดม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2564; 49(1): 148-159.
13. วัชรวิงค์ หวังมัน, ดวงกมล ปนเฉลียว, ทิพย์ฉิมพร เกษโกมล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์. 2564; 11(1): 1-14.

บทความวิจัย

ผลของการฝึกออกกำลังมือ และทำต่ออาการชาในผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับออกซาลิพลาติน ผ่านทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

กัมพล อินทรทะกุล¹ ชุริภรณ์ สีสกันตสุติ¹ อาวีวรรณ วิทยาธิกรณศักดิ์¹สุภาพรณ จำปาศรี¹ พิษญา บุญโยประการ¹ เมทินา มามะ¹กชกร ไพรัตน์² ณัฐพงศ์ อำทรัพย์³ ปิยรัตน์ ภาคลักษณ์⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกออกกำลังกายมือและทำต่ออาการชาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับออกซาลิพลาตินผ่านทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คัดกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเลือกแบบบล็อก จำนวน 52 ราย จัดเข้ากลุ่ม กลุ่มละ 26 ราย จำนวน 2 กลุ่ม มีกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการฝึกออกกำลังมือ และเท้า วัดอาการชาด้วยแบบวัดที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ t-test และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมด้วย ANCOVA

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนอาการชาก่อนการทดลอง มีอิทธิพลต่อคะแนนอาการชาหลังการทดลอง ($F(1, 49) = 164.12, p < .001$) ดังนั้น เมื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนอาการชาก่อนทดลอง พบว่า อาการชาหลังได้รับการฝึกออกกำลังกายมือและเท้าของกลุ่มทดลองมีระดับอาการชาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1, 49) = 39.81, p < .001$) จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การฝึกออกกำลังกายมือและเท้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถนำมาใช้เพื่อช่วยลดอาการชาที่เกิดขึ้นจากการได้รับออกซาลิพลาตินผ่านทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้

คำสำคัญ: การฝึกออกกำลังมือและเท้า/ อาการชา/ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก/ ออกซาลิพลาติน

¹ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A (เคมีบำบัด) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

² หัวหน้าสาขาการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

³ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ฯ

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หัวหน้าหน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร, Corresponding Author, Email: Piyarat@nmu.ac.th

Research article

The effect of hand and foot exercises training on symptoms of numbness in colorectal cancer patients receiving oxaliplatin via peripheral intravenous administration

*Kampon Introntakun¹ Chureeporn Silaguntsuti¹**Arveewan Vittayatigonnasak¹ Supapan Jamparsi¹**Pichaya Boonyopragarn¹ Methina Mamah¹**Kortchakorn Pairat² Nathapong Amsup³ Piyarat Parklug⁴*

Abstract

This experimental study aims to examine the effect of hand and foot exercise training on numbness symptoms in colorectal cancer patients receiving oxaliplatin via peripheral intravenous administration. The sample comprises patients diagnosed with colorectal cancer who receive care at Mahavajiravudh Ward 6A of Vajira Hospital. A total of 52 eligible participants were selected using a block selection method and divided into two groups of 26 participants each. The control group received standard nursing care, while the experimental group participated in hand and foot exercise training. Numbness symptoms were assessed using a measurement tool developed from a review of relevant literature. Data analysis included descriptive statistics, such as percentage, mean, and standard deviation, along with t-tests for hypothesis testing and analysis of covariance (ANCOVA) to assess variance.

The research results revealed that pre-exercise numbness scores significantly influenced post-exercise numbness scores ($F(1, 49) = 164.12, p < .001$). After adjusting for the effect of pre-exercise scores, the experimental group that received hand and foot exercise training showed a statistically significant reduction in post-exercise neuropathy symptoms compared to the control group ($F(1, 49) = 39.81, p < .001$). This study indicates that hand and foot exercise training can effectively alleviate numbness symptoms associated with oxaliplatin treatment in colorectal cancer patients.

Keywords: hand and foot exercises training/ symptoms of numbness/ colorectal cancer/ oxaliplatin

¹ Registered nurse at Mahavajiravudh ward 6A (chemotherapy), Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300

² Head of the Department of Obstetric and Gynecological Nursing, Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300

³ Department of Radiology, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

⁴ Assistant professor, Head of the nuclear medicine unit, Department of Radiology, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, 10300, Corresponding Author: Piyarat@nmu.ac.th

บทนำ

มะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 19.1 ล้านราย และเสียชีวิตกว่า 609,360 ราย ในประเทศไทย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจัดเป็นมะเร็งที่พบบ่อยติดอันดับ 1 ใน 5 โดยพบว่า มีผู้ป่วยชาย 6,874 ราย และผู้ป่วยหญิง 5,593 รายต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุหลักมาจากพฤติกรรม การบริโภคที่เปลี่ยนไปคล้ายชาวตะวันตก ซึ่งคาดการณ์ว่าภายใน 10 ปี จำนวนผู้ป่วยอาจเพิ่มขึ้นถึง 20,000 รายต่อปี ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตมากขึ้น⁽¹⁾

การรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีหลายวิธี ทั้งการผ่าตัด ฉายรังสี และเคมีบำบัด โดยเฉพาะเคมีบำบัดที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากสามารถรักษามะเร็งได้ทุกระยะ คือ อ็อกซาลิพลาติน (oxaliplatin) เป็นหนึ่งในเคมีบำบัดมาตรฐานที่ใช้ร่วมกับการผ่าตัดเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดการกลับเป็นซ้ำ อย่างไรก็ตาม การใช้ยาอ็อกซาลิพลาตินส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพที่เซลล์ประสาทเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างย่อย ๆ ภายในเซลล์ ซึ่งอาจเกิดจากการทำลายของสารพันธุกรรม กระบวนการอักเสบในระบบประสาท และการเสื่อมสภาพของแอกซอนเกิดพิษของเคมีบำบัดทำให้ร่างกายมีความผิดปกติของเส้นใยประสาท เกิดการอักเสบบาดเจ็บหรือมีการเสื่อมที่เยื่อหุ้มไมอีลินและไมโครทูบูลในแกนประสาทแอกซอนของเซลล์ประสาททำให้การนำกระแสประสาทไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำงานช้ากว่าปกติ ทำให้ชา ไม่รู้สึก หรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่ม เริ่มจากอวัยวะส่วนปลายของร่างกายคือ มือและเท้า⁽²⁾

อาการชาที่เกิดจากการใช้ยาอ็อกซาลิพลาติน มีความถี่สูง โดยพบในผู้ป่วยร้อยละ 90.3⁽³⁾ และสามารถเริ่มแสดงอาการได้ตั้งแต่การรักษาครั้งแรก รวมถึงอาการจะเพิ่มความรุนแรงเมื่อจำนวนการรักษาเพิ่มขึ้น อาการนี้อาจคงอยู่ได้นาน หลังจากการรักษาสิ้นสุดลง ซึ่งสามารถพบได้ถึง 1-8 ปีหลังการรักษา⁽⁴⁾ นอกจากนี้ อาการชา ยังส่งผลต่อ การตอบสนองทางประสาท ความรู้สึก และการทรงตัว ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน อาการทางระบบประสาทที่เกิดจากการใช้ยาอ็อกซาลิพลาตินส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายที่ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย ด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียด และด้านสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการพบปะกับผู้อื่น ความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้การทำงานลดลงและต้องหยุดงาน ซึ่งมีผลกระทบต่อรายได้ของผู้ป่วย การจัดการอาการชาอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญต่อการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นต้น⁽⁵⁻⁷⁾ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแล และการศึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการอาการชาของระบบประสาทส่วนปลาย โดยเฉพาะการส่งเสริมการออกกำลังกายที่สามารถช่วยลดอาการชาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^(5, 6) การศึกษาและพัฒนา รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และให้การสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

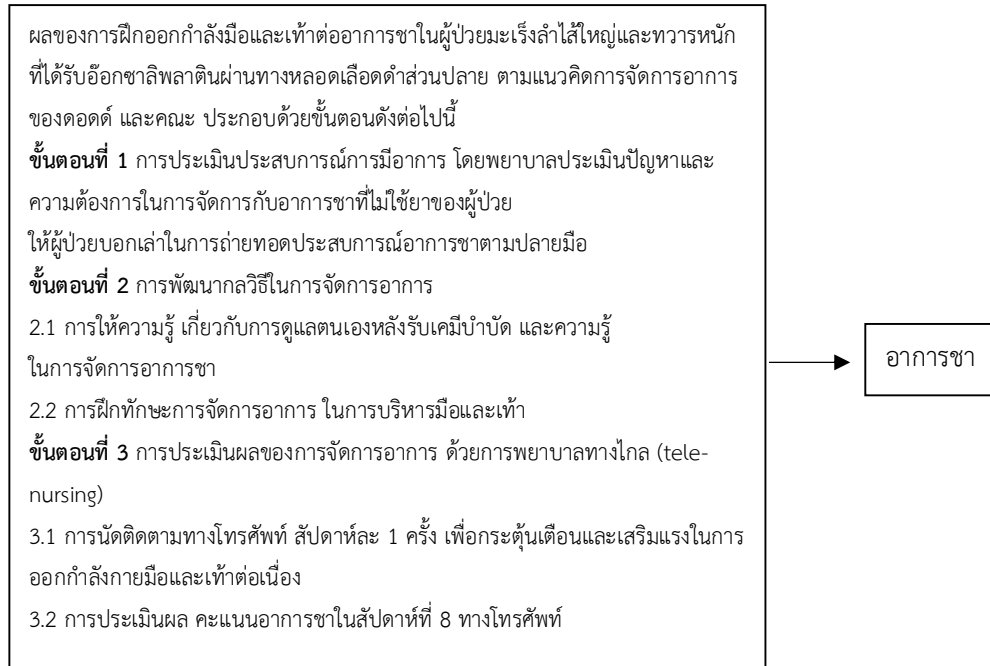
จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาอาการและการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด⁽⁸⁻¹⁷⁾ และพบการศึกษาที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อการลดความปวดหลังให้ยาอ็อกซาลิพลาตินแบบหยดทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย⁽¹⁸⁾ การศึกษานี้

อาจถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นในบริบทของไทย เนื่องจากการวิจัยเกี่ยวกับวิธีการลดอาการชาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับออกซาลิฟลาตินผ่านทางหลอดเลือดดำส่วนปลายยังไม่ชัดเจนเพียงพอ และจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า การบรรเทาอาการชาที่ไม่ใช่ยาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดประกอบด้วย การออกกำลังกาย การบริหารมือและเท้า การนวด การฝังเข็ม และการแช่น้ำอุ่น^(19, 21-28) โดยเฉพาะการบริหารมือและเท้าซึ่งช่วยลดความรุนแรงของอาการชาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การศึกษาของ ซิมเชคและเดมียร์ พบว่า การใช้แผ่นเย็นประคบร่วมกับการออกกำลังกายที่บ้านช่วยลดอาการชาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ การศึกษาของ เคล็คเนอร์ และคณะยังยืนยันว่าการบริหารร่างกายมือ และเท้า ช่วยลดความรุนแรงของอาการชาลงอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในต่างประเทศอาจมีความแตกต่างจากบริบทของประเทศไทย

ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาและพัฒนาชุดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการชาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยออกซาลิฟลาตินผ่านทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ตามแนวคิดการจัดการกับอาการของดอตต์และคณะ ซึ่งแนวคิดการจัดการกับอาการเป็นแนวคิดที่นิยมใช้ในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นแนวคิดที่เน้นให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการอาการแสดง และการหาแนวทางจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับออกซาลิฟลาตินแล้วมีอาการชาลดลง และช่วยส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพกลับเข้าสู่สภาพร่างกายที่ปกติได้เร็วที่สุด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการจัดการอาการของดอตต์ และคณะ มาประยุกต์ใช้เนื่องจากแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับการรับรู้และการจัดการอาการ โดยมุ่งเน้นถึงความสามารถของผู้ป่วยในการรับรู้ ปรับตัว และตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้นำเสนอวิธีการจัดการกับอาการชาผ่านการออกกำลังกายมือและเท้า ซึ่งถูกมองว่าเป็นกลยุทธ์ในการลดอาการชาและปรับปรุงการทำงานของระบบประสาทส่วนปลาย กระบวนการฝึกนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและกระตุ้นระบบประสาท ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของอาการชาได้ นอกจากนี้ แนวคิดการจัดการอาการยังเน้นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพของตนเอง การวิจัยนี้ยังมีความสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการ โดยการฝึกออกกำลังกายจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น พยาบาลทำหน้าที่สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกลวิธีที่ช่วยลดอาการชา ผลลัพธ์ของการวิจัยจะถูกประเมินตามแนวทางการประเมินผลของการจัดการอาการที่กำหนดโดยดอตต์ และคณะ ซึ่งครอบคลุมถึงการวัดความรุนแรงของอาการชาและประสิทธิภาพในการจัดการอาการ การใช้กรอบแนวคิดนี้จึงช่วยให้เห็นภาพชัดเจนว่า กลวิธีในการจัดการอาการผ่านการฝึกออกกำลังกายมีผลอย่างไรต่อการลดอาการชา และทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังสรุปโดยสังเขปเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการขา ก่อนทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการฝึกออกกำลังกาย และเท้า
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการขา หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการฝึกออกกำลังกาย และเท้า

คำถามการวิจัย

1. อาการขา ก่อนทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการฝึกออกกำลังกาย และเท้า แตกต่างกันหรือไม่
2. อาการขา หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการฝึกออกกำลังกาย และเท้า แตกต่างกันหรือไม่

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental Research) แบบสุ่ม และมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial design : RCT) โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) วัดผลก่อน และหลังทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักทุกระยะ

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มา รับการรักษาด้วยออกซิเจนผ่านทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล แบบไป-กลับ ใช้การคัดเลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกระยะของโรค และได้รับการรักษาด้วยยาอ็อกซาลิฟลาตินผ่านทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ตั้งแต่ cycle 3 ขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้สื่อสารได้ตามปกติได้
4. ECOG performance status ตั้งแต่ 0-2
5. มีอุปกรณ์ติดต่อสื่อสาร และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ และปฏิบัติตามกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80
2. มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง และไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้

ขนาดตัวอย่าง

ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.2 โดยกำหนดขนาดจากการศึกษาก่อนหน้านี้⁽²⁹⁾ ได้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง 0.5 กำหนดให้มีค่าการทดสอบที่ระดับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือกลุ่มละ 23 ราย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 46 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10 % เพื่อป้องกันการสูญหายได้กลุ่มตัวอย่างละ 26 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลองดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ชนิดของเคมีบำบัด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับอาการชาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งองค์ประกอบในการวัดระดับอาการชา มีด้านระบบประสาทรับรู้ความรู้สึก ด้านระบบประสาทสั่งการ และด้านระบบประสาทอัตโนมัติ เป็นมาตรวัด 5 ระดับ ระดับของอาการชาแบ่งเป็นคะแนนต่อไปนี้ ระดับคะแนน 0-12 มีระดับอาการชาในระดับเล็กน้อย, ระดับคะแนน 13-25 มีระดับอาการชาในระดับน้อย, ระดับคะแนน 26-38 มีระดับอาการชาในระดับปานกลาง, ระดับคะแนน 39-51 มีระดับอาการชาในระดับมาก, ระดับคะแนน 52-60 มีระดับอาการชาในระดับมากที่สุด ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน พบค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .90 ซึ่งเป็นระดับที่ยอมรับได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาทดลองกับผู้ป่วยมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .75

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ผลของการฝึกออกกำลังกายและเท้าต่ออาการชาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับอ็อกซาลิฟลาตินผ่านทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการอาการของ

ดอดส์ และคณะ ผู้วิจัยศึกษาปรากฏการณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับອອກซาลิพลาคินผ่านทาง หลอดเลือดดำส่วนปลาย ศึกษารูปแบบการ ให้การพยาบาล รวมถึงปัญหา อุปสรรค และ ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม กำหนดเนื้อหา สารสำคัญ เพื่อให้ข้อมูลที่น่าไปใช้ในการศึกษามี ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มเป้าหมาย วิธีการดำเนินการ และการประเมินผล รวมถึงความเหมาะสมของสื่อการสอนที่ใช้ในการสอน คือ คู่มือการจัดการอาการชาและแผ่นพับ ผู้วิจัยนำ ชุดการดูแลไปผ่านการตรวจสอบความตรงเชิง เนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา โดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้น นำชุดการ ดูแลที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับแก้ไขตาม คำแนะนำของ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการ ตรวจสอบแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถทำกิจกรรม ต่าง ๆ โดยลำดับขั้นตอน และระยะเวลาในการทำ กิจกรรมมีความเหมาะสมตามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง เป็นแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการออก กำลังมือและขาต่อเนื่องของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยสร้าง ขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการกับอาการ เพื่อสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ตามที่ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูล และ ฝึกปฏิบัติ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ .90 ตรวจสอบความเที่ยงโดย ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง ที่มีลักษณะคล้ายคลึง กับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ ได้เท่ากับจำนวน 15 ราย แล้วนำมาคำนวณหา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจาก คณะกรรมการ การจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย นวมินทราธิราช รหัสโครงการ COA038/2567 เป็นการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจและได้มีการ ลงนามในแบบฟอร์มยินยอม ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดถูก เก็บเป็นความลับ และจะทำลายหลังเสร็จสิ้น การวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ เป็นขั้นตอน ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการ อนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล และผ่านการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย นวมินทราธิราช ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประมาณ 6 เดือน

2. ผู้วิจัยพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ การพิจารณาจากแพทย์และทีมพยาบาลในหอผู้ป่วย มหาชิราวุธ 6A ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับອອກซาลิพลาคินทาง หลอดเลือดดำส่วนปลาย มีคุณสมบัติตรงตาม เกณฑ์คัดเข้าผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมด้วยวิธีการจัดสรรแบบบล็อกโดย กำหนดกลุ่มทดลองเป็นตัวอักษร “E” กลุ่มควบคุม เป็นตัวอักษร “C” แบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 4 คน สมดุลกันระหว่าง E และ C เรียงลำดับทำได้ 6 วิธี คือ CCEE, CECE, ECCE, ECEC, EECC และ CEEC หลังจากนั้นกำหนดหมายเลข 1-6 แก่วิธีเรียงลำดับ แต่ละบล็อก และใช้วิธีแบ่งกลุ่มอย่างง่าย เลือกหมายเลขเหล่านี้มาอีกครั้งจากตารางสุ่ม

ตัวเลข และเรียงลำดับวิธีตามลำดับรหัสของกลุ่มตัวอย่างใส่กระดาษรห้ส และวิธีเรียงลำดับลงในของปิดผนึกเอกสารเข้าร่วมโครงการวิจัยจนครบ

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดได้แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และขออนุญาตเข้าแนะนำตัวอธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย กำหนดการ และสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัย

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม

5. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติให้ทำแบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการชา ก่อนรับเคมีบำบัดและหลังรับเคมีบำบัดเข้าไปแล้ว 8 สัปดาห์ ทางโทรศัพท์

6. กลุ่มทดลองได้รับการสอนให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกายมือด้วยลูกบอลยาง โดยเริ่มจากการทำความสะอาดมือทั้งสองข้าง จากนั้นใช้ลูกบอลยางบีบให้สุดมือหรือแน่นสุด ค้างไว้ 2-3 วินาที แล้วปล่อยคลายออกสุดมือ ค้างไว้อีก 2-3 วินาที เรียกขั้นตอนนี้ว่า "บีบสุด-ปล่อยสุดมือ" เริ่มจากมือข้างที่ถนัดก่อน และนับเป็น 1 ครั้ง ผู้ป่วยต้องทำการบริหารนี้จำนวน 300 ครั้ง วันละ 3 ครั้ง เข้า กลางวัน และเย็น อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ การออกกำลังกายเท้าโดยเริ่มจากการทำความสะอาดเท้าและนั่งในท่าที่สบาย เริ่มจากการกระดกเท้า ขึ้น-ลง หมุนเท้าเข้าและออกเป็นวงกลม และหันฝ่าเท้าเข้าและออกนับเป็น 1 ครั้ง การบริหารนี้ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที วันละ 3 ครั้ง เข้า กลางวัน และเย็น อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์

7. เป็นการเก็บข้อมูลแบบ prospective ที่ได้รับอนุญาตจาก EC ของโรงพยาบาลศิริพยาบาล โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ใช้แบบการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเป็นสำคัญเก็บข้อมูลแบบ unidentified subjective โดยผู้วิจัยหลักและสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เพียงผู้เดียวเท่านั้นมีการอภิปรายผลโดยภาพรวม และมีการทำลายข้อมูลทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ภายในเวลาไม่เกิน 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Jamovi ซึ่งเป็นโปรแกรมมาตรฐานที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพรายงานด้วยการแจกแจง ค่าความถี่ และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ รายงานด้วยค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนอาการชา ก่อนทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบที
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการชา ภายหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้คะแนนของอาการชาขณะก่อนทดลองเป็นตัวแปรควบคุม

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับ อ็อกซาลิฟลาตินผ่านทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกบริหารมือและเท้า จำนวน 26 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 26 ราย กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 97.10 อายุเฉลี่ย 55.5 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 80.4 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 74.6 มีรายได้เฉลี่ย 18,671.43 บาทต่อเดือนในกลุ่มทดลอง 19,637.14 บาทต่อเดือนในกลุ่มควบคุม ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 62.9 และมีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 82.9 กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก อยู่ในระยะ 4 ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 48.6 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 27.8 มีกายอุปกรณ์ติดตัวเป็น ostomy ร้อยละ 48.6 จำนวนรอบของการรักษา (cycles) ส่วนใหญ่อยู่ที่รอบที่ 5 เป็นร้อยละ 75.6 ความเข้มข้นของ oxaliplatin ที่ได้รับเฉลี่ยอยู่ที่ 168 mg/m^2 เมื่อทดสอบความเท่าเทียมกันของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันของคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ($p > .05$) และทดสอบการกระจายของคะแนนอาการชา ด้วยสถิติ kolmogorov – smimov test พบว่า มีการกระจายเป็นแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติพารามตริก

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการชาของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน ($t=.14, P > .05$) มีคะแนนอาการชาเฉลี่ย ก่อนทดลอง 31.88 คะแนน ($SD = 8.05$) หลังทดลอง 31.42 คะแนน ($SD = 7.13$) ส่วนในกลุ่มทดลองอาการชาก่อน และหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.42, P < .001$) มีคะแนนอาการชาเฉลี่ย ก่อนทดลอง 31.77 คะแนน ($SD = 8.04$) หลังทดลอง 25.46 คะแนน ($SD = 5.78$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการชาก่อนทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วย t-test ($n = 52$)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม($n=26$)		กลุ่มทดลอง($n=26$)		df	t	p
	Mean	SD	Mean	SD			
อาการชา							
ก่อนการทดลอง	31.88	8.05	31.42	7.13	25	.14	.45
หลังการทดลอง	31.77	8.04	25.46	5.78	25	10.42	<.001

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการชาในกลุ่มตัวอย่าง จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ สถิติ ANCOVA ตามคุณสมบัติ homogeneity of regression across groups ผลการทดสอบ พบว่า คะแนนอาการชาก่อนการทดลองมีขนาดและทิศทางของความแปรปรวนในแต่ละกลุ่มเหมือนกัน ($F_{(1, 50)} = 3.18, p = .08$) และเมื่อทดสอบความเท่าเทียมกันของความแปรปรวน

ของความคลาดเคลื่อนในแต่ละกลุ่มด้วย Levene's test พบว่า มีความเท่าเทียมกันของความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในแต่ละกลุ่ม (Homogeneity of variance) ($F_{(1, 50)} = 2.00, p = .17$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น และพบว่าคะแนนอาการชาก่อนการทดลอง มีอิทธิพลต่อคะแนนอาการชาหลังการทดลอง ($F_{(1, 49)} = 164.12, p < .001$) ดังนั้น เมื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนอาการชา

ก่อนทดลอง พบว่า อาการชาหลังได้รับการฝึกออก
กำลังมือและเท้าของกลุ่มทดลองมีระดับอาการชา
น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($F_{(1, 49)} = 39.81, p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของอาการชา ภายหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนของอาการชาขณะก่อนทดลอง
เป็นตัวแปรควบคุม ($n = 52$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
คะแนนอาการชาก่อนทดลอง (covariate)	1886.00	1	1886.00	164.12	<.001
กลุ่ม (group)	457.44	1	457.44	39.81	<.001
ความคลาดเคลื่อน (error)	563.10	49	11.50		
ทั้งหมด (total)	45546.00	52			

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนทดลองระดับ
อาการชาของทั้ง 2 มีระดับอาการชาไม่แตกต่างกัน
คืออยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังกลุ่มที่ได้รับการ
ฝึกออกกำลังมือ และเท้า พบว่ามีระดับอาการชา
ลดลงอยู่ในระดับน้อย โดยระดับอาการชาลดลง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเทียบกับ
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อภิปรายได้ว่า
การออกกำลังกายมือ และเท้าเป็นวิธีการจัดการ
อาการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดการ
จัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ ซึ่งเน้นการ
ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่านการจัดการ
อาการ โดยกลุ่มที่ได้รับการฝึกออกกำลังกายแสดง
อาการชาลดลงอย่างชัดเจน และมีความร่วมมือใน
การฝึกถึงร้อยละ 80 จากการติดตามผลประเมิน
ทุกสัปดาห์ การค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษา
ก่อนหน้านี้ เช่น การศึกษาของ ซิมเสก และเดมรี

พบว่า การใช้แผ่นเย็นประคบร่วมกับการออกกำลัง
กายมือ และเท้าช่วยลดอาการชาและส่งเสริม
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมี
นัยสำคัญ ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ
โลเปซ และคณะ เป็นรูปแบบงานวิจัยเชิงทดลอง ให้
กลุ่มทดลองได้ออกกำลังกายเพื่อบรรเทาอาการชาที่
เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่าหลังจาก
ที่ได้ออกกำลังกายตามโปรแกรมที่ได้รับกลุ่ม
ตัวอย่างมีระดับอาการชาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ
และยังพบความสอดคล้องกับการศึกษาของ อิติ
โอะ และคณะ ซึ่งเป็นลักษณะการศึกษานำร่องให้
ผู้ป่วยได้ฝึกการออกกำลังทั้งในส่วนที่มีการรับรู้ว่า
ตนเองนั้นเกิดอาการรบกวนทางกายเกิดขึ้น ผล
การศึกษาพบว่าเมื่อกลุ่มทดลองมีระดับของอาการ
ชาลดลงและยังช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจาก
ผลข้างเคียงของอาการชาได้อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ทั้งนี้การออกกำลังมือและเท้าเป็นวิธีการที่

ง่ายและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน การศึกษานี้ช่วยสนับสนุนวิธีการ การออกกำลังมือ และเท้าว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการชา ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาอ็อกซาลิพลาติน และสามารถนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมต่อการจัดการอาการชาของระบบประสาทส่วนปลายจากการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลสามารถมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโดยการนำแนวทางการออกกำลังกายมือ และเท้ามาใช้ในการลดอาการชา ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านการป้องกันและการรักษาอาการชาของระบบประสาทส่วนปลาย อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาต่อยอดเพื่อสำรวจผลระยะยาวของการออกกำลังกายมือและเท้าต่ออาการชาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด รวมถึงการพัฒนาแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับสถานการณ์เฉพาะของผู้ป่วยในแต่ละราย

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการรักษาอ็อกซาลิพลาตินผ่านทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย หากนำผลการวิจัยไปใช้ควรคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เนื่องจากการนำผลการศึกษาไปใช้ในลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้และการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพียงหนึ่งตัวแปรเท่านั้น หากมีการต่อยอดพัฒนากระบวนการในการดูแลผู้ป่วยอาจจะเพิ่มตัวแปรด้านความปวด ด้านคุณภาพชีวิต เข้าไปจะช่วยให้งานวิจัยมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณการสนับสนุนทุนวิจัยจาก กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ในการส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A และฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่ให้การส่งเสริมการพัฒนางานประจำไปสู่แนวงานวิจัย สุดท้ายต้องขอบคุณนางสาวกฤษณา กองแสนแก้ว ที่เป็นผู้มอบกำลังใจและมีส่วนช่วยแนะแนวทางการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานการทำงานเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดและการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา. กรุงเทพมหานคร: นิเวศธรรมดาการพิมพ์; 2560.
2. Zajackowska R, Kocot-Kepska M, Leppert W, Wrzosek A, Mika J, Wordliczek J. Mechanisms of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Int J Mol Sci*. 2019;20(6):1451.
3. Hsu SY, Huang WS, Lee SH, Chu TP, Lin YC, Lu CH, et al. Incidence, severity, longitudinal trends and predictors of acute and chronic oxaliplatin-induced peripheral neuropathy in Taiwanese patients with colorectal cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019;28(2).

4. Stefansson M, Nygren P. Oxaliplatin added to fluoropyrimidine for adjuvant treatment of colorectal cancer is associated with long-term impairment of peripheral nerve sensory function and quality of life. *Acta Oncol.* 2016;55(9-10):1227-35.
5. Loprinzi CL, Lacchetti C, Bleeker J, Cavaletti G, Chauhan C, Hertz DL, et al. Prevention and management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in survivors of adult cancers: ASCO guideline update. *J Clin Oncol.* 2020;38(28):3325-48.
6. Maihöfner C, Diel I, Tesch H, Quandel T, Baron R. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy (CIPN): current therapies and topical treatment options with high-concentration capsaicin. *Support Care Cancer.* 2021;29(8):4223-38.
7. Introntakun K, Silaguntsuti C, Vittayatigonnasak A, Supawattanaobodee B, Parklug P. Effect of discharge planning for colorectal cancer patients using patterns METHOD-P on the knowledge of adverse reactions management after receiving chemotherapy. *Vajira Nurs J.* 2020;22(1):1-14.
8. Ladawan A, Petpichetchian W, Wiroonpanitch W. A survey of common symptoms of cancer patients in southern Thailand. *Songkla Med J.* 2011;23:134-42.
9. Natasonti A, Limamnuaylap S. Symptoms and symptom management of cancer patients receiving chemotherapy. *J Nurs Health.* 2009;32(1):12-24.
10. Panya-Inkaew P. Peripheral neuropathy from chemotherapy: Symptom management and patient outcomes. [Master's thesis]. Bangkok: Mahidol Univ.; 2019.
11. Malangphuethong R, Pongthavornkamol K, Sriyuktasuth A, Soparatnaphisal N. Symptom experiences, management strategies, and functional status in advanced lung cancer patients receiving chemotherapy. *J Nurs Sci.* 2009;27(2):69-78.
12. Suedi N, Pongthavornkamol K, Sriyuktasuth A, Sirithanaratnakul N. Symptom experiences and their effects on functional status in hematologic cancer patients receiving chemotherapy. *J Nurs Sci.* 2015;33(2):29-40.
13. Pudtong N, Aungsuroch Y, Jitpanya C. Symptom clusters in Thai patients with advanced lung cancer. *J Nurs Sci.* 2014;28:183-9.
14. Khamboon T, Pongthavornkamol K, Olson K, Wattanakitkrileart D, Viwatwongkasem C, Lausontornsiri W. Symptom experiences and symptom cluster across dimensions in Thais with advanced lung cancer. *Pac Rim Int J Nurs Res.* 2015;19(4):330-44.

15. Thanakun P, Jitpanya C, Padtong N. Peripheral neuropathy induced by chemotherapy in breast cancer patients and associated factors. *J Royal Thai Army Med.* 2020;73(4):243-52.
16. Sabumnet S, Seneha J, Puangkaew A, Soparatnaphisal N. Predicting factors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in colorectal cancer patients treated with chemotherapy. *J Police Nurs.* 2022;14(2):268-77.
17. Chaichan P, Methakanjanasak N. Peripheral neuropathy experiences in colorectal cancer patients receiving chemotherapy. *J Nurs Care Health.* 2020;38(2):24-32.
18. Watchra K, Seneha J, Pongthavornkamol K, Gorpaisal K. The effect of temperature control at oxaliplatin administration site on venous pain in colorectal cancer patients. *J Nurs Council.* 2021;36(3):103-17.
19. Simsek NY, Demir A. Cold application and exercise on development of peripheral neuropathy during taxane chemotherapy in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2021;8(3):255-66.
20. Kleckner IR, Kamen C, Gewandter JS, Mohile NA, Heckler CE, Culakova E, et al. Effects of exercise during chemotherapy on chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A multicenter, randomized controlled trial. *Support Care Cancer.* 2018;26(4):1019-28.
21. Lopez G, Eng C, Overman M, Ramirez D, Liu W, Beinhorn C, et al. A randomized pilot study of oncology massage to treat chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Sci Rep.* 2022;12(1):19023.
22. Ikio Y, Sagari A, Nakashima A, Matsuda D, Sawai T, Higashi T. Efficacy of combined hand exercise intervention in patients with chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A pilot randomized controlled trial. *Support Care Cancer.* 2022;30(6):4981-92.
23. Nunez de Arenas-Arroyo S, Cervero-Redondo I, Torres-Costoso A, Reina-Gutiérrez S, Lorenzo-García P, Martínez-Vizcaino V. Effects of exercise interventions to reduce chemotherapy-induced peripheral neuropathy severity: A meta-analysis. *Scand J Med Sci Sports.* 2023;33(7):1040-53.
24. Bao T, Seidman AD, Piulson L, Vertosick E, Chen X, Vickers AJ, et al. A phase IIA trial of acupuncture to reduce chemotherapy-induced peripheral neuropathy severity during neoadjuvant or adjuvant weekly paclitaxel chemotherapy in breast cancer patients. *Eur J Cancer.* 2018;101:12-9.
25. Oh PJ, Kim YL. Effectiveness of non-pharmacologic interventions in chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. *J Korean Acad Nurs.* 2018;48(2):123-42.

26. Rithirangsriroj K, Manchana T, Akkayagorn L. Efficacy of acupuncture in prevention of delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting in gynecologic cancer patients. *Gynecol Oncol.* 2015;136(1):82-6.
27. Kayıkcı EE, Can G. The effect of salt-water bath in the management of treatment-related peripheral neuropathy in cancer patients receiving taxane and platinum-based treatment. *EXPLORE.* 2021;18:54-60.
28. Lin JX, Chen ZH, Chen XW, Fan ZY, Huang XY, Li X. The effect of bundle of warmth care for patients with advanced colorectal cancer undergoing chemotherapy on reduction of oxaliplatin-related peripheral sensory neuropathy. *J Clin Oncol.* 2017;35(15 Suppl).
29. Pimbueng N, Wattana C, Harnirattisai T. Effect of a symptom management program on symptom severity and nutritional status in colorectal cancer patients receiving chemotherapy. *J Nurs Sci.* 2015;42:73-83.

บทความวิจัย

การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวทางการเตรียมความพร้อม เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยัน COVID-19

อำพัน วัฒนวัฒนา¹จันทร์รัตน์ วงศ์อารีย์สวัสดิ์²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการนำแนวทางการเตรียมความพร้อม ส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ไปใช้ กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ระยะที่ 1 จำนวน 342 คนเข้าร่วมพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ระยะที่ 2 จำนวน 44 คน ที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 และใช้แนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ขณะปฏิบัติงาน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 แบบสนทนากลุ่ม ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ไปใช้ และแบบวัดการปรับตัวของพยาบาล

ผลการวิจัย พบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครส่วนใหญ่ คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ 2) แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลครอบคลุม 5 มิติ คือ ด้านนโยบาย ด้านบุคลากร ด้านองค์ความรู้และสมรรถนะของบุคลากร ด้านการรักษาพยาบาล และด้านอาคารสถานที่และสิ่งสนับสนุนที่จำเป็น 3) ความเป็นไปได้ในการนำแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ไปใช้อยู่ในระดับมาก และ 4) พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วย COVID-19 หลังนำแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ไปใช้ มีคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้ง 4 ด้าน (mean=3.71, SD.=0.43) กล่าวได้ว่า พยาบาลมีการใช้แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 สามารถช่วยให้พยาบาลระดับปฏิบัติการปรับตัวได้ในระดับมาก

คำสำคัญ: แนวทางการเตรียมความพร้อม/ COVID-19/ การปรับตัว/ พยาบาลวิชาชีพ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองคณบดี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

² อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

Corresponding Author, Email: chantrarat@nmu.ac.th

Research article

Development and evaluation of the Preparedness Guideline to promote Adaptability of Professional Nurses who Provide Care for the Patient under Investigation and Confirmed Cases of COVID-19

*Ampan Vimonvattana¹**Chantrarat Vongareesawat²***Abstract**

This study aimed to develop and evaluate the preparedness guideline to promote adaptability of professional nurses who provide care for the patient under investigation and confirmed cases of COVID-19. The sample was composed of registered nurses at Vajira Hospital who met inclusion criteria and were divided into two phases. Phase 1, the 342 nurses were participated in the developing preparedness guideline. Phase 2, the 44 nurses who provided cares for the patient under investigation and confirmed cases of COVID-19 and deployed the preparedness guideline in their works. The research instruments included the preparedness guideline in providing cares for the patient under investigation and confirmed cases of COVID-19, a focus group discussion form approved by the experts, a feasibility assessment form of the preparedness guideline to promote adaptability of professional nurses who provide care for the patient under investigation and confirmed cases of COVID-19, and the adaptability questionnaire.

The result of implementing the preparedness guideline to promote adaptability of professional nurses who provide care for the patient under investigation and confirmed cases of COVID-19 revealed that 1) most of the samples are at a practitioner level; 2) the preparedness guideline included 5 dimensions: policy, personnel, knowledge and competence of personnel, medical services, workplace atmosphere and supporting vital facilities; 3) the possibility of using the preparedness guideline was high level; and 4) all professional nurses who provided care for the patient under investigation and confirmed cases of COVID-19 had the overall mean scores of the adaptability questionnaire at high level (Mean= 3.71, SD.=0.43). The result implied that the nurses who employed the preparedness guideline can increase their adaptability for providing care the patient under investigation and confirmed cases of COVID-19 at high level.

Keywords: the preparedness guideline/ COVID-19/ adaptability/ professional nurses

¹Registered nurse, Senior Professional Level, Deputy Dean, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

²Lecturer, Department of Psychiatric Nursing, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok. Corresponding Author, Email: chantrarat@nmu.ac.th

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ประกาศให้การระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (novel coronavirus 2019, 2019-nCoV) เป็น “ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ” (Public Health Emergency of International Concern หรือ PHEIC) ในวันที่ 30 มกราคม 2563 และประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคระบาด (epidemic) เป็นโรคระบาดครั้งใหญ่ของโลก (pandemic) อย่างเป็นทางการในเดือนมีนาคม 2563¹ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เรียกกันโดยย่อว่า โรค COVID-19 มาจากเชื้อ novel coronavirus ที่ก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยในระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่มีอาการเพียงเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ เริ่มถูกค้นพบครั้งแรกในเดือนธันวาคม 2562 ณ เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน²

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทั่วโลกมีรายงานผู้ป่วยยืนยันทั่วโลก รวม 209 ประเทศ ในวันที่ 9 พฤษภาคม 2563 จำนวน 4,043,058 ราย มีอาการขั้นวิกฤต 48,009 ราย เสียชีวิต 277,007 ราย โดยประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อยืนยันสูงสุด 10 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา สเปน อิตาลี สหราชอาณาจักร ฝรั่งเศส เยอรมนี บราซิล ตุรกี อิหร่าน และจีนเป็นอันดับที่ 11 มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อยืนยัน 82,887 ราย³ สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทยเมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2563 มีผู้ป่วยยืนยันสะสม 3,004 ราย ผู้ป่วยรายใหม่ 4 ราย เสียชีวิต 56 ราย ผู้ป่วยกลุ่มยืนยันเดินทางมาจากต่างประเทศและกักกันในพื้นที่ที่รัฐกำหนดมียอดผู้ป่วยสะสม 87 ราย ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์เฝ้าระวัง จำนวนสะสม 96,995 คน และรายใหม่ 3,311 คน⁴ สถานการณ์การระบาดของ

ของเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือโรคโควิด-19 ในประเทศไทยมีสถิติผู้ป่วยติดเชื้อทุกวัน แม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มลดลง แต่คงปฏิเสธไม่ได้ว่าผลกระทบของโควิด-19 จะอยู่กับสังคมไปอีกนาน ไม่ว่าจะเป็นมิติทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบสาธารณสุข การรับมือกับผลกระทบการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นประเด็นสำคัญที่สถานพยาบาลทั่วประเทศไทยรวมทั้งโรงพยาบาลวชิรพยาบาลยังคงดำเนินการด้านการป้องกัน ควบคุมการระบาด และการรักษาผู้ป่วยจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นสถานพยาบาลในกำกับของกรุงเทพมหานคร ให้ความสำคัญและเตรียมรับมือกับสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 มาโดยตลอด ตั้งแต่ช่วงก่อนการระบาด ช่วงการระบาด 1-2 เดือนแรก และช่วงการเตรียมตัวในระยะยาวจนถึงปัจจุบัน ระยะแรกของการระบาดส่งผลกระทบต่อ การดำเนินกิจการของโรงพยาบาลในทุกด้าน อาทิ การให้บริการ การจัดการทรัพยากร และกำลังคน โรงพยาบาลต้องจัดเตรียม และบริหารการใช้ทรัพยากร สาธารณสุขในการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างเร่งด่วน สำหรับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่ไม่เร่งด่วนทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการเลื่อนนัดออกไปก่อน หรือให้บริการด้วยระบบโทรเวชกรรม และจัดส่งยาทางไปรษณีย์ พร้อมทั้งจัดเตรียมหอผู้ป่วยเฉพาะโรค (cohort ward) เพื่อรองรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ให้เป็นไปตามมาตรฐานการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล สำหรับการบริหารจัดการด้านอัตรากำลังพยาบาลได้มีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทั้งจำนวน และลักษณะงาน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่าง

รวดเร็วดังกล่าวส่งผลกระทบต่อพยาบาลวิชาชีพ ทั้งทางตรงและทางอ้อม จากทฤษฎีทางการพยาบาล ของรอย⁵ (Roy's adaptation model) อธิบายว่า “บุคคล” หมายถึง สิ่งมีชีวิตประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เป็นหน่วยเดียวกัน บุคคล มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบุคคลจะมีการปรับตัวเพื่อรักษา ภาวะสมดุลของระบบ การปรับตัวที่ดีทำให้มนุษย์ เอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ดำรงชีวิตอยู่รอดได้ การปรับตัวของบุคคลเป็นระบบเปิดที่ประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (input) สิ่งนำออก (output) และ กระบวนการควบคุมและป้อนกลับ (control and feedback process) สิ่งนำเข้าระบบการปรับตัว เรียกว่า สิ่งเร้า (stimulus) ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิด การตอบสนอง สิ่งเร้า มีสามประเภท ได้แก่ สิ่งเร้า ตรง (focal stimulus) หมายถึง สิ่งเร้าที่เข้ามา กระทบระบบบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลต้องมีการตอบสนองโดยทันที สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่น ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่ ร่วมกับสิ่งเร้าตรงแล้วทำให้เกิดผลกระทบกับระบบ บุคคล และสิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) หมายถึง สิ่งแวดล้อมภายในหรือภายนอกตัวบุคคลซึ่งมี อิทธิพลต่อระบบบุคคลอย่างไม่แน่ชัดขึ้นอยู่กับ สถานการณ์ ผลรวมของสิ่งเร้าทั้งสามประเภทจะ ทำให้เกิดการปรับตัว (adaptation) ซึ่งมีสี่ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physiologic-physical mode) ด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept-group identity mode) ด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) และด้านการพึ่งพาพึ่งระหว่างกัน (interdependence mode) ซึ่งสามารถประเมิน ได้เป็นสองรูปแบบ คือ การปรับตัวที่ดี (adaptive response) และการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective response)^{5,6}

จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการแพทย์ ถือว่าเป็นด่านหน้า (frontline) ที่ต้องเผชิญกับ ความเสี่ยงสูงสุด⁷ ต้องสัมผัสกับผู้ป่วยและทำงาน หนักจนมีเวลาพักผ่อนน้อย ทำให้มีโอกาสจะเป็น ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มากที่สุด เสี่ยงที่อาจจะเป็น พาหะนำเชื้อโรคนี้ไปติดต่อสู่คนรอบข้างของตนเอง ส่งผลให้แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากร ทางการแพทย์ต้องหลีกเลี่ยงการพบปะครอบครัว ต้องใช้ชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ตลอดเวลาเพื่อปฏิบัติหน้าที่⁸ อีกทั้งอุปกรณ์ ป้องกันต่าง ๆ ในระยะแรกของการระบาด ไม่เพียงพอ ขาดแคลนทั้งหน้ากากอนามัย และ ถุงมือ นับเป็นความเสี่ยงครั้งใหญ่ที่พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ กล่าวได้ว่า สถานการณ์ COVID-19 ส่งผลต่อการปรับตัวของ พยาบาลวิชาชีพที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และหาก มีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมอาจส่งผลต่อ สภาพร่างกาย เช่น มีพยาบาลป่วยจากการติดเชื้อ COVID-19 จากผู้ป่วย ด้านอัตมโนทัศน์ มีความเครียด ความกังวลจากสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง เพราะสถานการณ์ COVID-19 ด้านบทบาทหน้าที่ ในฐานะพยาบาลวิชาชีพไม่อาจปฏิเสธหน้าที่ การดูแลผู้ป่วยได้ ในขณะเดียวกันบทบาทในฐานะ สมาชิกของครอบครัวส่วนตัวก็ยังมีบุคคลที่ พยาบาลวิชาชีพต้องดูแลทั้งพ่อ แม่ ลูก สามี หรือ ภรรยา แต่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร มีการทำงาน ในวงจำกัด การกักตัวอยู่โดดเดี่ยวช่วงพักงาน ล้วนส่งผลต่อสุขภาพจิตของพยาบาลทั้งสิ้น^{9,10,11,12}

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษา งานวิจัยในช่วงปี 2563-2564 ที่เกี่ยวกับแนวทาง การเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแล ผู้ป่วย COVID-19 ทั้งในต่างประเทศ และประเทศไทย

พบว่า ยังมีการศึกษาวิจัยจำนวนน้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของประเทศไทย สถานพยาบาลในประเทศไทยจะดำเนินการตามประกาศของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก แต่พบว่า ยังมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ ความเพียงพอของทรัพยากร สิ่งอำนวยความสะดวกในบริบทหน่วยงานแต่ละที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จากสถานพยาบาลชั้นนำในระดับตติยภูมิที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลชั้นนำก้าวหน้าแต่ละแห่ง จึงพยายามศึกษาวิจัย และพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลในแต่ละหน่วยงานเพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยบริบทและทรัพยากรในสิ่งแวดล้อมนั้น อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และปลอดภัยทั้งต่อบุคลากรและผู้ป่วย ผลการศึกษาของจริยา ชื่นศิริมงคล และ เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์¹³ เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้ทางเดินหายใจ (OPD ARI) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้อยู่ในระดับมาก และไม่พบอุบัติการณ์พยาบาลวิชาชีพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงาน

จากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษา งานวิจัยในช่วงปี 2563-2564 ที่เกี่ยวกับแนวทางการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย COVID-19 ทั้งในต่างประเทศ และประเทศไทย พบว่า ยังมีการศึกษาวิจัยจำนวนน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของประเทศไทย สถานพยาบาลในประเทศไทยจะดำเนินการตามประกาศของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก แต่พบว่า ยังมีข้อจำกัด

ในการนำไปใช้ความเพียงพอของทรัพยากร สิ่งอำนวยความสะดวกในบริบทหน่วยงานแต่ละที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จากสถานพยาบาลชั้นนำในระดับตติยภูมิที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลชั้นนำก้าวหน้าแต่ละแห่งจึงพยายามศึกษาวิจัย และพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลในแต่ละหน่วยงานเพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยบริบทและทรัพยากรในสิ่งแวดล้อมนั้นอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและปลอดภัยทั้งต่อบุคลากร และผู้ป่วย ผลการศึกษาของจริยา ชื่นศิริมงคล และ เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์¹³ เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้ทางเดินหายใจ (OPD ARI) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้อยู่ในระดับมาก และไม่พบอุบัติการณ์พยาบาลวิชาชีพ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงาน

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 รวมทั้งนำแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ นำไปใช้จริงในหอผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ในโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างปลอดภัย ปรับตัวได้ทำงานมีประสิทธิภาพ ในสถานการณ์ของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่ยังคงดำเนินอยู่

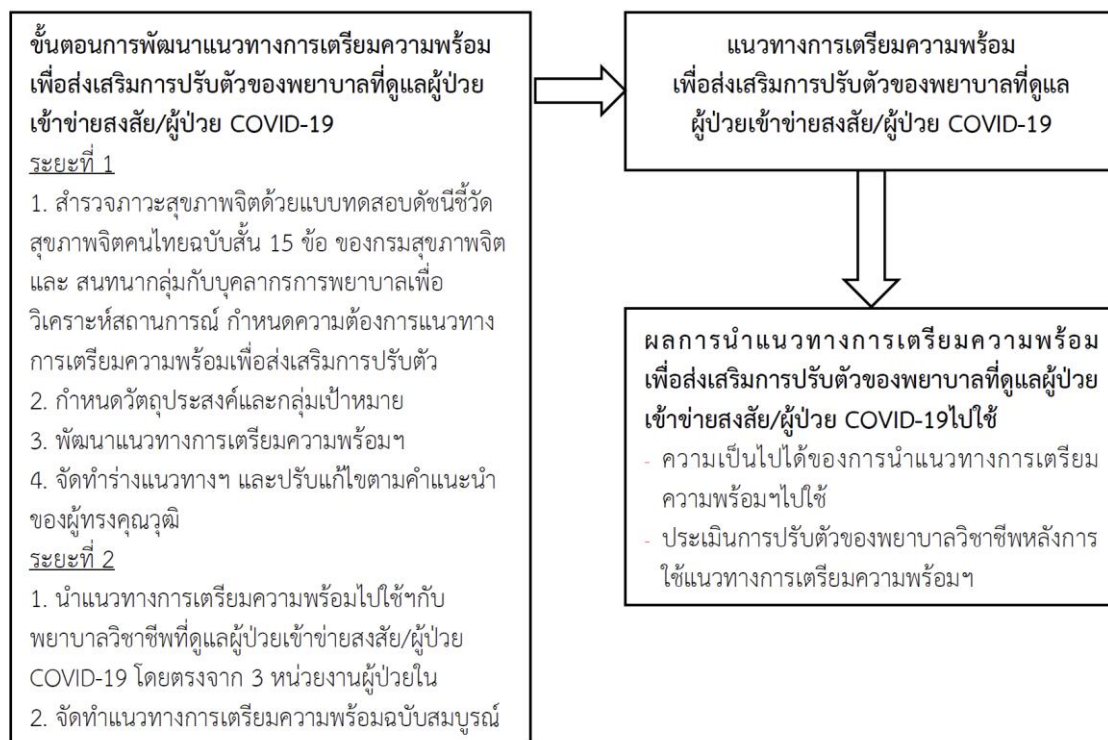
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19
2. ศึกษาผลการนำแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ไปใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของประชากรและกลุ่มตัวอย่างเพื่อพัฒนา และ

ศึกษาผลการนำแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ไปใช้ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model) มาออกแบบแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วย COVID-19 นั้น เริ่มดำเนินการเมื่อผู้วิจัยได้รับเอกสารการรับรองจากคณะกรรมการ

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ แล้ว และผ่านการประสานงานความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้า ผู้วิจัยได้ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยและแบ่งดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ สำหรับระยะที่ 2 เข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ณ หออภิบาลแยกโรค 1 (cohort ICU) หอผู้ป่วยแยกโรค 2 (cohort ward) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17A ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนมีนาคม 2564 ถึงเดือนธันวาคม 2564 และด้วยลักษณะงานนโยบาย สถานการณ์เฉพาะหน้า และภารกิจของกลุ่มตัวอย่างมีความเร่งรีบ พยาบาลวิชาชีพต้องการนำแนวทางที่พัฒนาและผ่านการปรับแก้ไขจากคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปใช้ในงานประจำทันที ผู้วิจัยจึงไม่ได้ประเมินการปรับตัวของพยาบาลวิชาชีพก่อนการใช้แนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ในการปฏิบัติงาน อาจเป็นข้อจำกัดด้านการวิจัยประการหนึ่ง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาแบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการนำแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ไปใช้ ดังนี้

ระยะที่ 1 สำรวจภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิเคราะห์สถานการณ์ และกำหนดความต้องการเพื่อจัดทำแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาล โดย

1. สำรวจภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์สถานการณ์ และกำหนดความต้องการโดยการสนทนากลุ่ม บุคลากรทางการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เกี่ยวกับปัญหาและแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาล

2. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19

3. การพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง และทบทวนการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อทางอากาศ SARS, MERS, EBOLA, COVID-19 ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ของประเทศไทยและต่างประเทศ

4. จัดทำร่างแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ส่งแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงทางเนื้อหา (content validity) ดำเนินการปรับแก้แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 2 การนำแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วย COVID-19 ปฏิบัติงานจริงภายในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดย

1. นำแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วย COVID-19 โดยตรงจาก 3 หน่วยงานรวม 44 คน

2. ประเมินการปรับตัวของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวทางการเตรียมความพร้อมฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราชินาธิราช (ข้อมูลจากฝ่ายการพยาบาล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2563) ระยะที่ 1 คือ พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลจำนวน 1,046 คน และระยะที่ 2 พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 โดยตรงได้แก่ หออภิบาลแยกโรค 1 (cohort ICU) หอผู้ป่วยแยกโรค 2 (cohort ward) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17A จำนวน 44 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการเปิดตารางของ Krejcie & Morgan¹⁴ ซึ่งเป็นการกำหนดขนาดตัวอย่างจากประชากรที่อ้างอิงมาจากการสำรวจจำนวนพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 1,046 คน (N=1,000, n=278; N=1,100, n=285) โดยขนาดตัวอย่าง คือ 285 คน ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลตัวอย่างทดแทนกรณีความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ของตัวอย่าง กล่าวคือ เก็บข้อมูลเพิ่มอีกจำนวน 57 คน รวมใช้ขนาดตัวอย่าง คือ 342 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบโควต้า ตามระดับบริหาร (หัวหน้าตึก หัวหน้าหน่วย) และระดับปฏิบัติการ ระยะที่ 2 คือ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 โดยตรงได้แก่ หออภิบาลแยกโรค 1 (cohort ICU) หอผู้ป่วยแยกโรค 2 (cohort ward) หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17A รวมจำนวน 44 คน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าในระยะที่ 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และระยะที่ 2 คือ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยัน COVID-19

โดยตรง เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย และเกณฑ์การหยุดการวิจัยคือเมื่อพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองระยะที่ 2 มีการติดเชื้อโรค COVID-19

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

คือ แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดความต้องการแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาล กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย พัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ และนำแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ไปทดลองใช้จริง/และการจัดทำแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ โดยพัฒนามาจากข้อมูลสำคัญ 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator Version 2007: TMHI-15) เป็นเครื่องมือวัดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต¹⁵ แบบทดสอบมีข้อคำถาม 15 ข้อ คะแนนเต็ม 45 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ของแบบทดสอบนี้มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70 การแปลผล และเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน 33-45 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (good) คะแนน 27-32 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (fair) คะแนน 26 หรือน้อยกว่า หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor) หากอาสาสมัครในโครงการวิจัยมีคะแนนที่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ผู้วิจัย

จะช่วยเหลือแนะนำเบื้องต้นโดยส่งต่อให้เข้ารับบริการการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญตามที่อาสาสมัครร้องขอ

ส่วนที่ 2 แบบสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ไปใช้ ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการประเมินประสิทธิภาพในการนำไปใช้ทางคลินิก ซึ่งพัฒนาโดยพิกุล นันทชัยพันธ์ และ ประทุมสร้อยวงศ์^{16,17} จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ความง่ายและความสะดวก ความชัดเจนในการนำไปใช้ ความเหมาะสมในการนำไปใช้ ความประหยัด และลดต้นทุน ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ และความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ ทั้งนี้ให้พยาบาลเป็นผู้ประเมินตนเองโดยใช้ Likert scale เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 3 หมายถึง มาก 2 หมายถึง ปานกลาง และ 1 หมายถึง น้อย เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยตามช่วงคะแนนใช้เกณฑ์ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.32-3.00 แสดงถึงความเป็นไปได้ของแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ไปใช้อยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.66-2.31 แสดงถึงความเป็นไปได้ของแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ไปใช้อยู่ในระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.65 แสดงถึงความเป็นไปได้ของแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ไปใช้อยู่ในระดับน้อย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครตามเกณฑ์คัดเข้าและแบบวัดการปรับตัวของพยาบาล สำหรับใช้

สอบถามการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ลักษณะเป็นแบบประเมินตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (The Roy adaptation model) มีจำนวนรวม 41 ข้อคำถาม โดยแบ่งออก 4 ด้านได้แก่

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (physical mode) หมายถึง พฤติกรรมการปรับตัวของพยาบาลวิชาชีพที่สนองตอบต่อความต้องการพื้นฐานของตนเองในเรื่องการรับรู้ความรู้สึก ทำหน้าที่ของระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ เพื่อให้การทำงานของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล สามารถประเมินได้จากการตรวจร่างกาย วัดปริมาณการได้รับออกซิเจน การตรวจพิเศษด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ การประเมินภาวะโภชนาการของพยาบาลวิชาชีพ การมีกิจกรรมและการพักผ่อน ภาวะโภชนาการ การขับถ่าย การรับรู้ความรู้สึก เป็นต้น มีจำนวน 11 ข้อคำถาม

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) หมายถึง การรับรู้จากความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับตัวเองของพยาบาลวิชาชีพ และปฏิกิริยาจากคนรอบข้าง เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (body image) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีจำนวน 12 ข้อคำถาม

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพได้ประเมินตนเองในด้านการทำบทบาทหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม/ส่วนงาน หรือการแสดงบทบาทตามตำแหน่งหน้าที่ ความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายได้เหมาะสม ไม่เกิดความรู้สึกขัดแย้งในใจ หรือแสดงความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่นั้นได้ มีจำนวน 8 ข้อคำถาม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 แบบสนทนากลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ไปใช้ และแบบวัดการปรับตัวของพยาบาล ผ่านการประเมินคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล 1 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 ท่าน แพทย์ที่รับผิดชอบด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลจำนวน 1 ท่าน พยาบาลที่รับผิดชอบด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ผู้วิจัยประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ไปใช้ และแบบวัดการปรับตัวของพยาบาลในกลุ่มอาสาสมัครมีความน่าเชื่อถือ (reliability) 0.89 จากการคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทาง Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP) เลขที่โครงการ 068/63 รับรองเมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2563 และต่ออายุรับรองครั้งที่ 1 วันที่รับรอง 26 กันยายน 2564

เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยตามแผน โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ ไม่มีการทดลองใด ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาวะทางร่างกาย และจิตใจของอาสาสมัครผู้ร่วมวิจัย อาสาสมัครสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลแก่ทีมผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ทำการป้องกันผลกระทบในการระบุถึงตัวผู้ให้ข้อมูล/อาสาสมัครโดยใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล การวิเคราะห์ และการนำเสนอผลในภาพรวม เมื่องานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ ข้อมูลการวิจัยจะถูกทำลายภายในระยะเวลา 3 ปี

วิธีการดำเนินการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 สำรวจภาวะสุขภาพจิตของพยาบาล วิเคราะห์สถานการณ์ และกำหนดความต้องการเพื่อจัดทำแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาล โดย

1. สำรวจภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง เพื่อทราบข้อมูลพื้นฐานของสภาพจิตใจความพร้อมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่มร่วมกับบุคลากรทางการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เกี่ยวกับปัญหาและแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาล ให้ครอบคลุมความต้องการในด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาหากัน

ผลการสนทนากลุ่ม ได้วิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดความต้องการที่สอดคล้องสรุปได้มี 5 ประเด็นหลักของสถานพยาบาล คือ ด้านนโยบาย ด้านบุคลากร ด้านองค์ความรู้ และ

สมรรถนะของบุคลากร ด้านการรักษาพยาบาล
ด้านอาคารสถานที่ และสิ่งสนับสนุนที่จำเป็น

2. กำหนดวัตถุประสงค์ และ
กลุ่มเป้าหมายของแนวทางการเตรียมความพร้อม
เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย
เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19

3. การพัฒนาแนวทางการเตรียม
ความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาล
ที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน
COVID-19 ศึกษาทบทวนวรรณกรรม และหลักฐาน
เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง และทบทวนการป้องกัน
การติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อ
ทางอากาศ SARS, MERS, EBOLA, COVID-19
ของโรงพยาบาลศิริพยาบาล ของประเทศไทย
และต่างประเทศ

4. จัดทำร่างแนวทางการเตรียม
ความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาล
ที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วย
ยืนยัน COVID-19 ส่งแนวทางการเตรียมความพร้อม
เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย
เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19
ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงทางเนื้อหา
(content validity) ดำเนินการปรับแก้แนวทาง
การเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของ
พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และ
ผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ตามคำแนะนำของ
ผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 2 การนำแนวทางการเตรียม
ความพร้อมฯ ไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย
เข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วย COVID-19 ปฏิบัติงานจริง
ภายในโรงพยาบาลศิริพยาบาล โดย

1. นำแนวทางการเตรียม
ความพร้อมฯ ไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแล

ผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วย COVID-19 โดยตรงจาก
3 หน่วยงาน รวมจำนวน 44 คน

2. ประเมินการปรับตัวของ
พยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวทางการเตรียม
ความพร้อมฯ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ใช้
แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริม
การปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์
สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19
เป็นพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่ง
พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ มีคะแนนเฉลี่ย
ของการประเมินภาวะสุขภาพจิตตนเองเท่ากับ
33.07 คะแนน (SD.=4.85) ซึ่งถือว่ามีความสุขภาพจิต
อยู่ในระดับมากกว่าคนทั่วไป (33-45 คะแนน)

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในบุคลากร
ทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับปัญหาและแนวทาง
การเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของ
พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และ
ผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 สะท้อนเกี่ยวกับอัตราการ
ผู้ให้คำปรึกษา ค่าตอบแทนพิเศษ อุปกรณ์ป้องกัน
และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่เพียงพอ
ทีมบุคลากรสนับสนุน ความรู้และทักษะใน
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยแยกตาม
ความรุนแรงของอาการ การเตรียมอุปกรณ์
ในการสื่อสารกับผู้ป่วย การจัดเตรียมที่พัก
สำหรับบุคลากร การดูแลด้านจิตใจ ความเครียด
ความวิตกกังวลและกิจกรรมผ่อนคลาย อาหาร
น้ำดื่ม และเครื่องแต่งกายที่เหมาะสม

2. แนวทางการเตรียมความพร้อม
เพื่อส่งเสริมการปรับตัว ประกอบด้วย การกำหนด
วัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย พัฒนาแนวทาง

การเตรียมความพร้อม จัดทำแนวทางการเตรียมความพร้อมฉบับสมบูรณ์ให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานครอบคลุมประเด็นสำคัญ 5 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านนโยบาย เน้นประเมินสถานการณ์โดย (1) ศึกษา ติดตาม และบูรณาการนโยบายของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ และโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 รวมถึงการดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 เพื่อนำมาวางแผนในการจัดบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบท (2) จัดตั้งศูนย์อำนวยการ COVID-19 ของโรงพยาบาล เพื่อสื่อสาร และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายที่สำคัญให้กับบุคลากรพยาบาลที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบันพร้อมทั้งฟังปัญหาพร้อมกับตัวแทนผู้ปฏิบัติงาน (3) โรงพยาบาลกำหนดแนวทางปฏิบัติในเรื่องที่สำคัญภายใต้แนวคิดผู้ป่วยปลอดภัย บุคลากรปลอดภัย เช่น แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ไปจนถึงแนวทางการจัดการศพ เพื่อให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐาน

2.2 ด้านบุคลากร มุ่งกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย โดยมีแนวทางในการบริหารอัตรากำลัง ให้เพียงพอ และเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงหลักการด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ กำหนดมาตรการปฏิบัติตนเองเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 กำหนดผู้รับผิดชอบด้านการบริหารพยาบาลให้ชัดเจน เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษา รับฟังปัญหา กำหนดค่าตอบแทนพิเศษที่เหมาะสมเพื่อเป็นกำลังใจ การเตรียม

ความพร้อมด้านความปลอดภัยในการใช้อุปกรณ์ป้องกันหรือการรับมือกับผู้ป่วย COVID-19 ทั้งยังเตรียมร่างกายบุคลากรให้แข็งแรง ควบคุมกับการเตรียมจิตใจให้เข้มแข็งและพร้อมรับผู้ป่วยอยู่เสมอ จัดทีมบุคลากรสนับสนุนการรักษาพยาบาล และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้ชัดเจน รวมทั้งการประเมินด้านจิตใจ ความเครียด ความวิตกกังวล จัดทำแนวทางในการดูแลและกิจกรรมผ่อนคลาย

2.3 ด้านองค์ความรู้และสมรรถนะของบุคลากร ดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เน้นการฝึกซ้อมการใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) มีการควบคุมกำกับ ฝึกสอนโดยผู้เชี่ยวชาญ จนผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจ ในมาตรการความปลอดภัย จัดเตรียมและทักษะในการใช้เครื่องมือพิเศษ เครื่องช่วยหายใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤต

2.4 ด้านการรักษาพยาบาล ดำเนินการจัดให้มีทีมแพทย์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง การจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้เพียงพอพร้อมใช้งาน กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ตามความเชี่ยวชาญของพยาบาล โดยแบ่งเป็น ผู้ป่วยอาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยอาการปานกลาง และผู้ป่วยอาการรุนแรงน้อย

2.5 ด้านอาคารสถานที่และสิ่งสนับสนุนที่จำเป็น เน้นให้มีการจัดเตรียมห้องตรวจ หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วย cohort ward แร่งดันลบ การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่เพียงพอ เช่น ชุด PPE, surgical mask /N95 แว่นตา face shield หมวก ถุงมือ ถุงเท้าพลาสติก และรองเท้าบูท

การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการสื่อสารในหอผู้ป่วย
การจัดเตรียมที่พักสำหรับบุคลากร การจัดเตรียม
ความพร้อมเรื่องอาหารน้ำดื่มสำหรับบุคลากร และ
การจัดเตรียมเสื้อผ้าเครื่องแต่งกายที่เหมาะสม

3. ผลลัพธ์ของการนำแนวทางการเตรียม
ความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาล
ที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน
COVID-19 ไปใช้ พบว่า

3.1 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ

จำนวน 200 คน ประเมินผลความเป็นไปได้ของ
การนำแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริม
การปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์
สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ไปใช้
อยู่ในระดับมาก (mean =3.55, SD.=0.49)
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเป็นไปได้ของการนำแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาล
ที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ไปใช้ (n=10)

ประเด็นการประเมินความเป็นไปได้	Mean	SD
1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวทางการเตรียมความพร้อมฯ	3.61	0.54
2. ความชัดเจนและเข้าใจตรงกันในการใช้แนวทางการเตรียมความพร้อมฯ	3.58	0.57
3. ความเหมาะสมในการใช้แนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ไปใช้ในหน่วยงานท่าน	3.56	0.56
4. ความประหยัดและลดต้นทุนทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ	3.42	0.58
5. ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางการเตรียมความพร้อมฯ	3.55	0.56
6. ความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางการเตรียมความพร้อมฯ ในหน่วยงานท่าน	3.58	0.54
รวม	3.55	0.49

3.2 พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย
เข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วย COVID-19 มีคะแนนเฉลี่ย
ของการปรับตัวในภาพรวมอยู่ในระดับมากทั้ง
4 ด้าน (mean= 3.71, SD.=0.43) เมื่อพิจารณา
รายด้านพบว่า การปรับตัวด้านร่างกายมีคะแนน
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (SD.=0.51) การปรับตัว
ด้านอัตมโนทัศน์มีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54
(SD.=0.37) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ มี
คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 (SD.=0.39) และ
การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน มีคะแนน
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 (SD.=0.47)

การอภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อม
เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย
เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19
ในช่วงสถานการณ์วิกฤตที่ผ่านมาเป็นสิ่งจำเป็น
เนื่องจากการควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียด
และภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลทำได้ยาก และ
การปฏิบัติหน้าที่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้า
ในหน่วยงานที่มีความเสี่ยง มีความไม่แน่นอน
ย่อมเพิ่มความวิตกกังวล ความเครียดให้แก่
พยาบาลวิชาชีพอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก¹⁸

พยาบาลวิชาชีพต้องปรับตัว และสร้างสมดุลทางใจด้วยตนเองในระยะที่มาตรการของรัฐบาลยังคงมีประกาศและแจ้งการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ๆ ตามสถานการณ์ ผู้วิจัยนำแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 พัฒนามาจากข้อคิดเห็นที่รวบรวมมาได้จากบุคลากรกลุ่มเป้าหมายตามแผนการวิจัย

ผลการนำแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ไปใช้ พบว่า อยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ มีคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองด้านภาวะสุขภาพจิตในระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 33-45 คะแนน หมายความว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป มีการปรับตัวได้ดี แม้จะเผชิญกับความเสี่ยงที่ท้าทาย จนได้รับฉายาพยาบาล คือ นักรบชุดขาว¹⁹ ที่อุทิศตนเสียสละ และรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มนอกเหนือจากหน้าที่หลักและสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนดโดยอัตโนมัติในช่วงการแพร่ระบาดใหญ่ของ COVID-19 อย่างเป็นที่ประจักษ์ นอกจากนี้ เมื่อพยาบาลวิชาชีพได้รับข้อมูลสื่อสารได้ชัดเจนครอบคลุมในเรื่องสำคัญ คือ ด้านนโยบาย ด้านบุคลากร ด้านองค์ความรู้สมรรถนะของบุคลากร ด้านการรักษา พยาบาล ด้านอาคารสถานที่ และสิ่งสนับสนุนที่จำเป็นย่อมช่วยสนับสนุนให้มีความมั่นใจ รู้สึกมั่นคงปลอดภัยในการทำงานในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน แต่สามารถทำงานได้อย่างมีระบบที่ปลอดภัยด้วยการสนับสนุนจากผู้บริหารในหน่วยงาน ซึ่งมีผลต่อความสามารถ

ในการปรับตัวได้ดีกว่าเดิม^{20,21,22} การใช้แนวทางการเตรียมความพร้อมจึงมีผลต่อการปรับตัวของผู้ใช้แนวปฏิบัติในทางที่ดีมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของนุชจรินทร์ ไชยสัง²³ ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้แนวคิดทฤษฎีของรอยออกแบบการเตรียมความพร้อม พบว่า ผู้ดูแล มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และผลการวิจัยของจริยา ชื่นศิริมงคล และเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์¹³ ที่ศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ห้องตรวจผู้ป่วยนอกติดเชื้อทางเดินหายใจ (OPD ARI) โรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่รายงานว่า ไม่พบอุบัติการณ์พยาบาลวิชาชีพติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อพยาบาลวิชาชีพได้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย/ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะเวลา 3 เดือน

แนวทางการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ส่งผลที่ดีต่อการปรับตัวที่ดีของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลวชิรพยาบาลอย่างมาก ภายหลังการวิจัยสิ้นสุดลง คณะผู้บริหารโรงพยาบาลวชิรพยาบาลได้พิจารณานำแนวทางการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยฯ ไปจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรที่เป็นผู้ติดเชื้อเข้าข่ายหรือผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ COVID-19 และประกาศบังคับใช้ เวียนแจ้งประกาศสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรทางการพยาบาล และบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ให้ทราบและปฏิบัติ ตั้งแต่เดือนเมษายน 2565 ทั้งนี้ แนวปฏิบัติฯ เพื่อดำเนินการป้องกันการติดเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อ

ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลนั้นจะมีการปรับปรุงตามข้อมูลใหม่ที่สำคัญในแต่ละช่วงของสถานการณ์ปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปโดยคณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อเพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพสูงสุคนอกจากนี้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาลได้ออกประกาศแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย COVID-19 หลังกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ประกาศลดระดับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรคติดต่ออันตรายเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังขณะปฏิบัติงานสำหรับบุคลากร ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมการแพร่กระจายของโรค และใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำแนวทางเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ไปใช้ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ (emerging disease) อื่น ๆ ได้ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานให้กับพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอื่น ๆ โดยอาจเพิ่มระบบการประเมิน ติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่พยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกองทุนวิจัยของมหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชขอขอบคุณอธิการบดีมหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราช คณะบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการรณรงค์ผู้ทรงคุณวุฒิอาสาสมัครในการวิจัยและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยได้สำเร็จ

อ้างอิง

1. World Health O. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health: interim guidance, 19 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. Contract No.: WHO/2019-nCov/HCW advice/2020.2.
2. Columbus C, Brust KB, Arroliga AC. 2019 novel coronavirus: an emerging global threat. Baylor University Medical Center Proceedings. 2020;33(2):209-12.
3. Department of Disease Control. Coronavirus Disease 2019 2020a [cited 2023 MAY 20]. Available from: <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e05e45e5946aa87c96e8ad65>.
4. Department of Disease Control. Coronavirus Disease 2019 in Thailand 2020b [cited 2023 MAY 20]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.
5. Fawcett J. Using the Roy Adaptation Model to Guide Research and/or Practice: Construction of Conceptual-Theoretical-Empirical Systems of Knowledge. Aquichan. 2009;9.

6. Badr Naga B, al-atiyyat N. Roy Adaptation Model: A Review. *Middle East Journal of Nursing*. 2013;7:58-61.
7. World Health O. Health workers exposure risk assessment and management in the context of COVID-19 virus: interim guidance, 4 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 2020. Contract No.: WHO/2019-Cov/HCW_risk assessment/2020.1.
8. Yuhong D, Guangyuan H, Huihua X, Hong Q, Xianglin Y. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *medRxiv*. 2020:2020.03.03.20030874.
9. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*. 2020;3(3):e203976-e.
10. Phutsang P, Nimnaun nitaya, Lavin W, Chaiviboontham S. Factors Related to Stress among Nursing Personnel under Quarantine during COVID-19 Pandemic. *VNURSE [Internet]*. 2024 Jun. 21 [cited 2024 Nov. 10];26(1):1-13. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/vnj/article/view/266629>
11. Giorgi G, Leon-Perez JM, Pignata S, Topa G, Mucci N. Addressing Risks: Mental Health, Work-Related Stress, and Occupational Disease Management to Enhance Well-Being 2019. *BioMed Research International*. 2020;2020(1):1863153.
12. Rigotti T, Yang LQ, Jiang Z, Newman A, De Cuyper N, Sekiguchi T. Work-Related Psychosocial Risk Factors and Coping Resources during the COVID-19 Crisis. *Appl Psychol*. 2021;70(1):3-15.
13. Chuensirimongkol J, lemphong L. Development of the Clinical Nursing Practice Guideline for the Patients under Investigation and/or infected with COVID-19 (Acute Respiratory Infection Room: ARI). *VNURSE [Internet]*. 2022 Dec. 26 [cited 2024 Nov. 19];24(2):27-38. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/vnj/article/view/259658>
14. Thato R. Nursing research: Concepts to Application. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University 2018.
15. Department of Mental Health. Thai Mental Health Indicator Version 2007 (TMHI-15) 2020 [cited 2023 MAY 20]. Available from: <https://www.dmh.go.th/test/thaihapnew/thi15/thi15.asp>.
16. Pikul N, Soivong P. Clinical nursing practice guideline: palliative care in adult patients. Quality Thai Trading Co., Ltd: Bangkok; 2012. (in Thai)

17. Pikul N, (2007). Quality assessment of the use of clinical nursing practice guideline. in training document of evidence base practice organized by Nursing Services Center during 3-4 June 2006. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)
18. Mulsrisuk S, Dharmakulsakti P, Keha C, Saisavoey N, Ratta-apha W, Lortrakul J. Stress and Factors Associated with Stress in Frontline Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic in Thailand. *Vajira Nursing Journal*. 2023;25(1):15-25.
19. Chawaphanth S, Sennun P, Tanasirijiranont R. Nurses and their 'Spirit of the Second Mile' service during Covid-19 pandemic. *Thai J Nursing Council*. 2021;36(1):5-17. (in Thai)
20. Kuy S, Gupta R, Correa R, Tsai R, Vohra S. Best Practices for a Covid-19 Preparedness Plan for Health Systems. *Catalyst non-issue content*. 2020;1(2).
21. Vagni M, Maiorano T, Giostra V, Pajardi D. Coping With COVID-19: Emergency Stress, Secondary Trauma and Self-Efficacy in Healthcare and Emergency Workers in Italy. *Frontiers in Psychology*. 2020;11.
22. Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924171.
23. Chaiyasaj, N. The Effect Preparation of Caregiver's to adaptation in Caring for End-of-Life Patients in Community. *Mahasarakham Hospital Journal*. 2019;15 (3): 45-54. (in Thai)

บทความวิจัย

ความชุกของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ในผู้ป่วยระบบประสาทสมองและระบบประสาทไขสันหลัง ของสถาบันประสาทวิทยา

อัญชลี ยศกรณ์¹จินตนา ฤทธารมย์²จันทร์เพ็ญ นพพรพรหม³ธนบูรณ์ วรกิจธำรงค์ชัย⁴ ธน อีระวรวงศ์⁴

บทคัดย่อ

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยระบบประสาทอาจรุนแรง นำไปสู่การเสียชีวิตได้ การวิจัยแบบศึกษาย้อนหลังครั้งนี้ ศึกษาความชุกของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ผู้ป่วยระบบประสาทสมองและระบบประสาทไขสันหลัง สถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่ตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือเวชระเบียนผู้ป่วย ใบรายงานผลการตรวจอัลตราซาวด์ และรายงานผลการตรวจอัลตราซาวด์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย การทดสอบไคสแควร์ และสถิติ simple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์โดยใช้ crude odds ratio และ 95% CI ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยระบบประสาทสมองและระบบประสาทไขสันหลังทั้งหมด 495,968 คน เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก 57 คน อัตราความชุกของโรคเท่ากับ 11.77 ต่อประชากรแสนคน ปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประเภทผู้ป่วยใน (OR = 2.24; 95% CI = 1.21-4.17) อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี (OR = 2.53; 95% CI = 1.41-4.56) กลุ่มผู้ป่วยระบบประสาทวิทยา (OR = 2.57; 95% CI = 1.17-5.66) กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทสมอง (OR = 4.88; 95% CI = 2.16-11.04) ใส่ central line (OR = 9.36; 95% CI = 1.67-52.43) และ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (OR = 2.66; 95% CI = 1.30-5.45) จากการศึกษาทำให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกนำไปสู่การเฝ้าระวัง การพัฒนาแนวทางการป้องกัน ในการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก/ ผู้ป่วยระบบประสาทวิทยา/ ผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทสมอง/ ผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทไขสันหลัง

^{1,3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

Corresponding Author, Email: Jintana@nmu.ac.th

⁴ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

Research article

Prevalence of Deep Vein Thrombosis in Patients with Brain and Spinal Nervous System in Neurological Institute of Thailand

*Anchalee Yosakorn¹**Jintana Rittharomya²**Chanpen Noppornprom³**Thanaboon Worakijthamrongchai⁴ Thon Thiraworawong⁴***Abstract**

Deep vein thrombosis is a complication in patients with brain and spinal nervous system, resulting in mortality. This study aimed to investigate the prevalence of deep vein thrombosis in patients with brain and spinal nervous system in the Neurological Institute of Thailand. This study was retrospective research. The sample consisted of 495,968 patients from October 2018 to September 2021. Data were collected using a patient medical record form, an ultrasound examination report stored in the patient's medical record, and an ultrasound examination report stored in the patient's computer system at the Neurology Institute. The research instrument was a patient personal information record form. Data were analyzed using descriptive statistics, simple logistic regression, crude odds ratio, and 95% CI at the 0.05 significance level.

Results: The study found that 495,968 patients with brain and spinal nervous systems developed deep vein thrombosis in 57 people, representing a prevalence rate of 11.77 per hundred thousand people. The factors associated with deep vein thrombosis were inpatient (OR = 2.24; 95% CI = 1.21-4.17), age lesser than or equal to 60 years (OR = 2.53; 95% CI = 1.41-4.56), type of neurological group (OR = 2.57; 95% CI = 1.17-5.66), type of neurosurgical brain syndrome (OR = 4.88; 95% CI = 2.16-11.04), central line insertion (OR = 9.36; 95% CI = 1.67-52.43), postoperative complications (OR = 2.66; 95% CI = 1.30-5.45). The study's results revealed risk factors associated with the development of deep vein thrombosis. This will lead to surveillance and prevention, including developing guidelines for preventing deep vein thrombosis, in order to provide more efficient patient care.

Keywords: deep vein thrombosis/ patients with neurological/ patients with neurosurgical/ patients with spinal nervous

^{1,3} Registered Nurse, Senior Professional Level, Neurological Institute of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Bangkok

² Assistant Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok.
Corresponding Author, Email: Jintana@nmu.ac.th

⁴ Doctor, Senior Professional Level, Neurological Institute of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Bangkok

บทนำ

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis: DVT) เกิดจากการจับตัวกันของเลือดเป็นลิ่มทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนได้ โดยมี 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังทฤษฎีของเวอร์ชอร์ (Virchow's triad) กล่าวไว้ ได้แก่ การไหลเวียนของเลือดลดลง (venous stasis) การบาดเจ็บของผนังหลอดเลือด (endothelial injury) และภาวะเลือดแข็งตัวเร็วผิดปกติ (hypercoagulable states)¹ ภาวะนี้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาและค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น แม้ภาวะนี้พบได้ไม่บ่อยแต่อาการที่เกิดขึ้นจากภาวะนี้มีความรุนแรงและนำไปสู่การเสียชีวิต² ซึ่งในผู้ป่วยระบบประสาทสมองและระบบประสาทไขสันหลังเป็นผู้ป่วยที่ถูกจำกัดความเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน เนื่องจากภาวะโรค ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดช้าลง ส่งผลให้เกิดการเกาะรวมกลุ่มของเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือด ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดดำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โดยแยกเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง³⁻⁵ และผู้ป่วยที่มีหัตถการที่เกี่ยวข้องกับกระดูกสันหลัง^{3,6-8} และพบว่า เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกหลังจากรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล 1 สัปดาห์⁹ ในผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท และผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ¹⁰ รวมไปถึงการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะทั่วไป ลักษณะทางคลินิก อัตราการเสียชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันใน

หลอดเลือดดำส่วนลึก¹¹ สำหรับงานวิจัย และการศึกษาในประเทศไทย พบการศึกษาการประเมินปัจจัยเสี่ยง และอุบัติการณ์การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ พบการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกร้อยละ 3.96 มีความสัมพันธ์กับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิด DVT¹² จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ DVT ในผู้ป่วยระบบประสาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะเวลาในการผ่าตัดและการใส่ central line⁸ ภาวะขาทั้งสองข้างอ่อนแรง และภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อที่ปอดหลังผ่าตัด⁹ จำนวนวันนอนบนเตียง ระดับความเสี่ยง DVT ชนิดของ central venous access วิธีการป้องกัน DVT¹³ ส่วนปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อการเกิดภาวะ DVT ได้แก่ เพศชาย อายุมากกว่าเท่ากับ 60 ปี โรคร่วมความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจ⁹ อายุ เพศ¹³ จากข้อมูลทางสถิติที่ผ่านมาของสถาบันประสาทวิทยา พบอุบัติการณ์การเกิด DVT ในกลุ่มผู้ป่วยระบบประสาทสมองและระบบประสาทไขสันหลัง ในแต่ละปี จำนวน 10-24 ราย ตั้งแต่ปี 2556-2560 ทั้งนี้ไม่พบการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะ DVT¹⁴ อย่างไรก็ตามยังไม่พบงานตีพิมพ์เผยแพร่ที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของกลุ่มผู้ป่วยระบบประสาทสมอง และระบบประสาทไขสันหลัง ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความชุกของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ในผู้ป่วยระบบประสาทสมองและระบบประสาทไขสันหลังของสถาบันประสาทวิทยา เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลในพัฒนาการพยาบาลและระบบในการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกในผู้ป่วยระบบประสาทสมองและระบบประสาทไขสันหลังของสถาบันประสาทวิทยา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความชุกของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกในผู้ป่วยระบบประสาทสมองและระบบประสาทไขสันหลังของสถาบันประสาทวิทยา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยระบบประสาทสมองและระบบประสาทไขสันหลังทั้งแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน ของสถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึง เดือนกันยายน 2564 กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 495,968 คน สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากสมุดทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจโดยใช้คลื่นเสียงเพื่อตรวจการไหลเวียนของหลอดเลือดดำ (doppler ultrasonography) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ใบรายงานผลการตรวจอัลตราซาวด์ที่ถูกจัดเก็บไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย และรายงานผลการตรวจอัลตราซาวด์ที่ถูกจัดเก็บไว้ในระบบคอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยในสถาบันประสาทวิทยา

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เวชระเบียนของผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทสมองและระบบประสาทไขสันหลังที่สงสัยว่าอาจมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกที่มีรายชื่อตามที่ระบุไว้ในสมุดทะเบียนที่ได้รับการตรวจโดยใช้คลื่นเสียงเพื่อตรวจการไหลเวียน

ของหลอดเลือดดำ ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2561 ถึง เดือนกันยายน 2564 เกณฑ์การคัดเข้าผู้ป่วยที่สงสัย DVT โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ DVT ของแผนกศัลยกรรมประสาท ประเมินจากข้อมูลของผู้ป่วยว่ามีปัจจัยเสี่ยงใดบ้างตามแบบประเมิน แบ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก (major) และปัจจัยเสี่ยงรอง (minor) หลังจากประเมินความเสี่ยงแล้ว หากพบว่ามี 2 major or 1 major 2 minor จะถูกจัดว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ DVT

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน และ/หรือไม่มีการลงข้อมูลระบุการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สิทธิการรักษา อาชีพ
- 2) แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพประกอบด้วย โรคประจำตัว การวินิจฉัย กลุ่มโรคของผู้ป่วย การผ่าตัด การใส่ central line และข้อมูลการใส่ central line อาการอ่อนแรง สภาวะผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ประวัติการรับประทานยาคุมกำเนิด ประวัติการสูบบุหรี่ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และ
- 3) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน ประกอบด้วย ผลการตรวจ doppler ultrasound ตำแหน่งที่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก อาการและอาการแสดงที่พบ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขโครงการ 64056 ลงวันที่ 4 ตุลาคม 2564 โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับการขอยกเว้นการขอคำยินยอมโดยได้รับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นการวิจัยที่เข้าข่ายการขอยกเว้นการขอคำยินยอมโดยได้รับข้อมูลซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในรูปแบบของภาพรวมไม่ได้ระบุตัวบุคคลและนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับอนุญาตการทำวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ เพื่อดูข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจโดยใช้คลื่นเสียงเพื่อตรวจการไหลเวียนของหลอดเลือดดำจากสมุทหะเบียนของแผนกตรวจรักษาพิเศษ เข้าพบหัวหน้าแผนกเวชสถิติ เพื่อขอข้อมูลของผู้ป่วยระบบประสาทสมอง และระบบประสาทไขสันหลังโดยรวมทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถาบันประสาทวิทยา และติดต่อแผนกเวชระเบียน ยืมเวชระเบียนตามรายชื่อผู้ป่วยที่ได้จากสมุทหะเบียนของแผนก ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึง เดือนกันยายน 2564 หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก

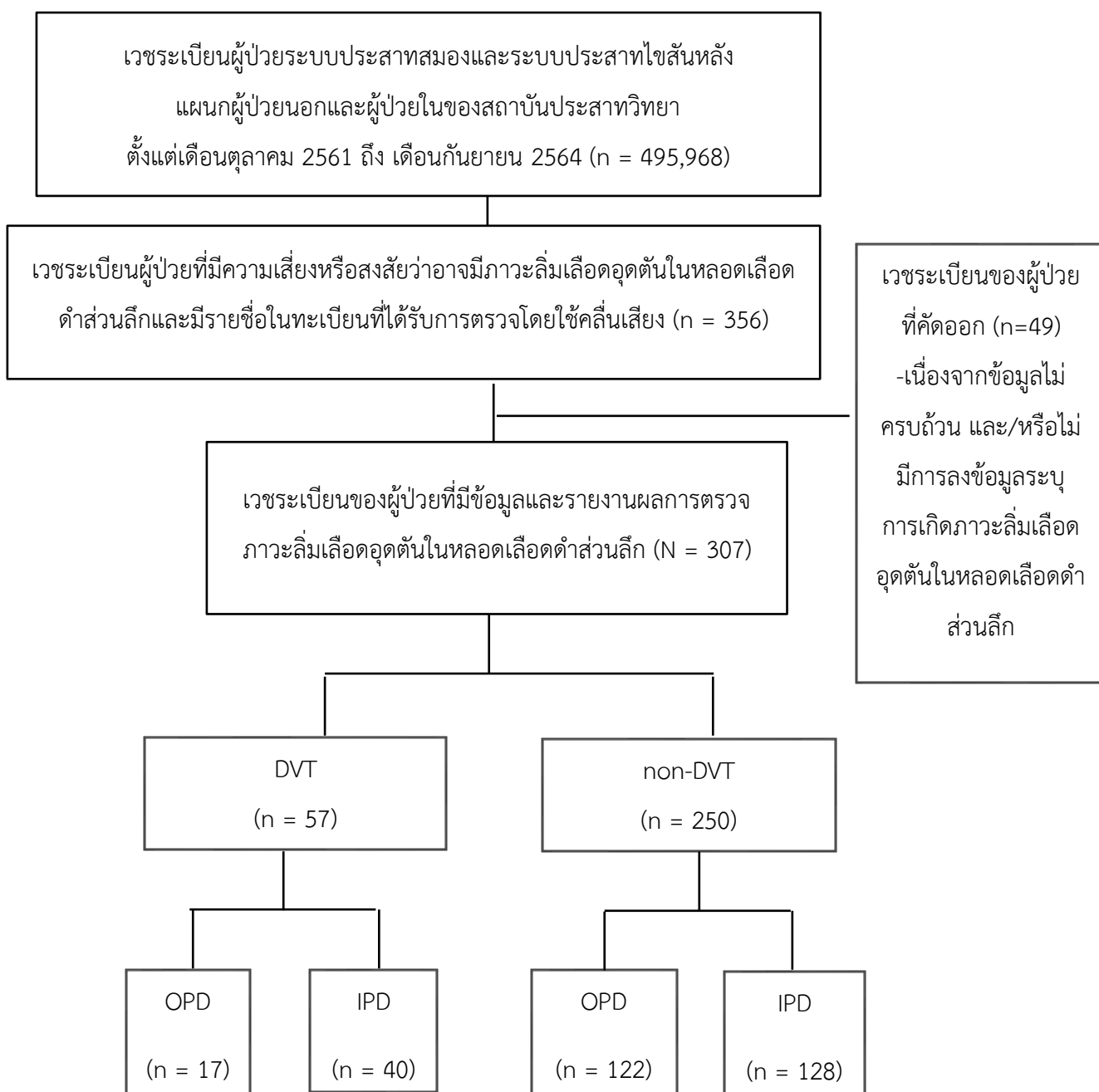
และนำไปทำการจัดเก็บอย่างเป็นระบบเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติบรรยาย โดยคำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้การทดสอบไคสแควร์สำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ สถิติ simple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์โดยใช้ crude odds ratio พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% ของ OR (95% confidence interval of odds ratio)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ประชากรคือเวชระเบียนของผู้ป่วยระบบประสาทสมอง และระบบประสาทไขสันหลัง แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึง เดือนกันยายน 2564 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 495,968 คน แยกเป็นประเภทผู้ป่วยนอก 484,091 คน ประเภทผู้ป่วยใน 11,877 คน โดยคัดเลือกกลุ่มที่มีความเสี่ยงหรือสงสัยว่าอาจมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก และมีรายชื่อตามที่ระบุไว้ในสมุทหะเบียนที่ได้รับการตรวจโดยใช้คลื่นเสียงเพื่อตรวจการไหลเวียนของหลอดเลือดดำ จำนวน 356 คน และมีเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกคัดออกจำนวน 49 คน เนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วน และ/หรือไม่มีการลงข้อมูลระบุการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 307 คน มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกจำนวน 57 คน แยกเป็นประเภทผู้ป่วยนอก 17 คน และประเภทผู้ป่วยใน 40 คน คิดเป็นอัตราความชุกของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกเท่ากับ 11.77 ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลในผู้ป่วยระบบประสาทสมอง และระบบประสาทไขสันหลัง กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงหรือสงสัยว่าอาจมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก แบ่งเป็นผู้ป่วยนอก 139 คน ผู้ป่วยใน 168 คน รวมจำนวน 307 คน พบว่ามีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก

จำนวน 57 คน ในจำนวนนี้ พบว่า เป็นผู้ป่วยนอก (OPD) ร้อยละ 29.8 ผู้ป่วยใน ร้อยละ 70.2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.2 มีอายุตั้งแต่ 12 ปี ถึงอายุ 94 ปี ส่วนใหญ่ อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 50.9 อายุเฉลี่ย 65.72 ± 13.20 ปี ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนดัชนีมวลกาย อยู่ในช่วง 25-29.9 (อ้วนระดับ 2) ร้อยละ 36.8 ส่วนใหญ่มีอาชีพงานบ้าน ร้อยละ 33.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=307)

ปัจจัยด้านลักษณะ	DVT (n=57)		No DVT (n=250)		รวม (n=307)	
ส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มผู้ป่วย						
ผู้ป่วยนอก	17	29.82	122	48.80	139	45.28
ผู้ป่วยใน	40	70.18	128	51.20	168	54.72
เพศ						
ชาย	21	36.84	108	43.20	129	42.02
หญิง	36	63.16	142	56.80	178	57.98
อายุ (ปี) (max = 94, min = 12, mean = 65.72, SD = 13.02)						
≤60	28	49.12	69	27.60	97	31.60
> 60	29	50.88	181	72.40	210	68.40
ดัชนีมวลกาย						
<18.5 (น้ำหนักน้อย)	6	10.53	22	8.80	28	9.12
18.5–22.9 (ปกติ)	13	22.81	60	24.00	73	23.78
23–24.9 (อ้วนระดับ 1)	8	14.03	39	15.60	47	15.31
25-29.9 (อ้วนระดับ 2)	21	36.84	78	31.20	99	32.25
≥30 (อ้วนระดับ 3)	9	15.79	51	20.40	60	19.54
อาชีพ						
รับราชการ	16	28.07	46	18.40	62	20.20
ค้าขาย	4	7.02	28	11.20	32	10.42
รับจ้าง	10	17.54	41	16.40	51	16.61
งานบ้าน	19	33.33	115	46.00	134	43.65
เกษตรกร	8	14.04	20	8.00	28	9.12

Abbreviations: DVT = deep vein thrombosis

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยระบบประสาทวิทยา ร้อยละ 39.4 รองลงมา คือกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทไขสันหลัง ร้อยละ 37.1 และกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทสมอง ร้อยละ 23.5 ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ร้อยละ 66.1 และรักษาโดยการผ่าตัด ร้อยละ 33.9 ส่วนใหญ่ไม่ใช่ central line ร้อยละ 98 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอาการอ่อนแรงมากกว่า 2 รยางค์ ร้อยละ 60.3 รองลงมาคือกลุ่มที่ไม่มีอาการอ่อนแรง ร้อยละ 36.8 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติรับประทานยาคุมกำเนิด ร้อยละ 99.7 และ ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 100 ชนิดของ DVT

ส่วนใหญ่เป็น proximal DVT ร้อยละ 8.2 ส่วนใหญ่มีอาการขาบวม ร้อยละ 98.4 ดังตารางที่ 2 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 104 ราย มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกจำนวน 20 คน ซึ่งส่วนใหญ่มีสภาวะก่อนผ่าตัด ASA class 3 ร้อยละ 28.1 ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดส่วนใหญ่ มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 65.38 และน้อยกว่า 3 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 34.62 มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการผ่าตัดที่ 6.66 ± 2.34 ชั่วโมง และมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ร้อยละ 34.62 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะด้านสุขภาพ (n=307)

ปัจจัยด้านลักษณะ ด้านสุขภาพ	DVT (n=57)		No DVT (n=250)		รวม (n=307)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว						
ไม่มี	11	19.30	53	21.20	64	20.85
มี (ความดันโลหิตสูง ไชมัน ในเลือดสูง เบาหวาน เนื้องอก มะเร็ง ต่อมลูกหมากโต)	46	80.70	197	78.80	243	79.15
การวินิจฉัยกลุ่มโรค						
ระบบประสาทวิทยา	24	42.11	97	38.80	121	39.41
ศัลยกรรมระบบประสาทสมอง	23	40.35	49	19.60	72	23.46
ศัลยกรรมระบบประสาทไขสันหลัง	10	17.54	104	41.60	114	37.13
การผ่าตัด						
ได้รับการผ่าตัด	20	35.09	84	33.60	104	33.88
ไม่ได้รับการผ่าตัด	37	64.91	166	66.40	203	66.12

ปัจจัยด้านลักษณะ	DVT (n=57)		No DVT (n=250)		รวม (n=307)	
ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การใส่ central line						
ใส่	4	7.02	2	0.80	6	1.95
ไม่ใส่	53	92.98	248	99.20	301	98.05
จำนวนรอยง่ามที่อ่อนแรง						
< 2 รอยง่าม	1	1.75	8	3.20	9	2.93
≥ 2 รอยง่าม	41	71.93	144	57.60	185	60.26
ไม่มี	15	26.32	98	39.20	113	36.81
ประวัติรับประทานยา						
คุมกำเนิด						
มี	1	1.75	0	0.00	1	0.33
ไม่มี	56	98.25	250	100.00	306	99.67
ประวัติการสูบบุหรี่						
มี	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ไม่มี	57	100.00	250	100.0	307	100.00
ชนิดของ DVT						
ไม่มี	0	0.00	250	100.00	250	81.43
proximal	25	43.86	0	0.00	25	8.15
distal	11	19.30	0	0.00	11	3.58
mixed	21	36.84	0	0.00	21	6.84
อาการและอาการแสดง						
ขาบวม	57	100.00	245	98.00	302	98.37
ขาไม่บวม	0	0.00	5	2.00	5	1.66

Abbreviations: DVT = deep vein thrombosis

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัด (n=104)

ปัจจัยด้านลักษณะ	DVT (n=20)		No DVT (n=84)		รวม (n=104)	
ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สภาวะผู้ป่วยก่อนผ่าตัด						
(ASA class)						
class 1	0	0.00	2	2.38	2	1.92
class 2	3	15.00	26	30.95	29	27.88
class 3	16	80.00	54	64.29	70	67.31
class 4	1	5.00	2	2.38	3	2.89
operative time						
< 1 ชั่วโมง	1	5.00	3	3.57	4	3.85
< 2 ชั่วโมง	4	20.00	4	4.76	8	7.69
< 3 ชั่วโมง	3	15.00	21	25.00	24	23.08
< 4 ชั่วโมง	4	20.00	21	25.00	25	24.04
≥ 4 ชั่วโมง	8	40.00	35	41.67	43	41.34
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด						
มี	14	70.00	22	26.20	36	34.62
ไม่มี	6	30.00	62	73.80	68	65.38

Abbreviations: DVT = deep vein thrombosis; ASA class = American Society of Anesthesiologist classification

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงเดี่ยวที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ประเภทของผู้ป่วยใน (OR = 2.24; 95% CI = 1.21-4.17) ช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี

(OR = 2.53; 95% CI = 1.41-4.56) กลุ่มผู้ป่วยระบบประสาทวิทยา (OR = 2.57; 95% CI = 1.17 - 5.66) กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทสมอง (OR = 4.88; 95% CI = 2.16-11.04) การใส่ central line (OR = 9.36; 95% CI = 1.67-52.43) มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (OR = 2.66; 95% CI = 1.30-5.45) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงเดี่ยวที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน
ในหลอดเลือดดำส่วนลึก (n = 307)

ปัจจัย	DVT (n=57)	No DVT (n=250)	crude OR	95%CI	p-value
กลุ่มผู้ป่วย					.012
ผู้ป่วยนอก	17	122	1.00	-	
ผู้ป่วยใน	40	128	2.24	1.21-4.17	
อายุ (ปี)					.002
≤ 60	28	69	2.53	1.41-4.56	
> 60	29	181	1.00	-	
กลุ่มโรค					.003
ระบบประสาทวิทยา	24	97	2.57	1.17-5.66	
ศัลยกรรมระบบประสาทสมอง	23	49	4.88	2.16-11.04	
ศัลยกรรมระบบประสาทไขสันหลัง	10	104	1.00	-	
การใส่ central line					.011
ใส่	4	2	9.36	1.67-52.43	
ไม่ใส่	53	248	1.00	-	
ภาวะแทรกซ้อน					.001
มี	14	22	2.66	1.30-5.45	
ไม่มี	6	62	1.00	-	

Abbreviations: DVT = deep vein thrombosis; OR = Odds Ratio; CI = confident interval, p-value < .05

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์และผลงานวิจัย สามารถอธิบายและตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ความชุกของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกในผู้ป่วยระบบประสาทสมองและระบบประสาทไขสันหลังของสถาบันประสาทวิทยา

ในช่วงเดือนตุลาคม 2561 ถึง เดือนกันยายน 2564 มีอัตราความชุกของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก เท่ากับ 11.77 ต่อประชากรแสนคน โดยเกิด DVT ในกลุ่มผู้ป่วยระบบประสาทสมอง ศัลยกรรมระบบประสาทสมอง ศัลยกรรมระบบประสาทไขสันหลัง ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้พร่องความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึง

ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ประกอบกับระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิวิน ขาวประภา¹⁵ ที่ศึกษาในผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 180 ราย พบความชุกของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันที่ร้อยละ 3.3 ในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทสมองและกระดูกสันหลัง พบว่า ส่วนใหญ่มักเกิดอุบัติการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกในช่วง 1 สัปดาห์ภายหลังจากได้รับการผ่าตัด และเกิดกับการผ่าตัดสมองมากกว่าการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ร้อยละ 7.7 และร้อยละ 1.5 ตามลำดับ³ ในผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหลังจากรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ร้อยละ 35.7⁹ ในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ร้อยละ 2.3¹⁰ การศึกษาของปาร์คและคณะ¹⁶ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจำนวน 21,261 คน พบอุบัติการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ร้อยละ 2.09 และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทจำนวน 204 คน พบอุบัติการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ร้อยละ 30.9¹⁷ ทั้งนี้สถาบันประสาทวิทยา มี care map ของการดูแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูกสันหลังในเรื่องของการกระตุ้นผู้ป่วย early ambulation ภายใน 48 ชั่วโมง กรณีที่ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ไม่เกิน 2 ระดับ และในด้านการป้องกันการเกิด DVT จะมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด DVT ในผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังทุกราย และมีการดูแลตามระดับความเสี่ยงที่ประเมิน เช่น การทำ ankle exercise การใช้ intermittent pneumatic compression ซึ่งแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด DVT ของสถาบันประสาท

ทางศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคระบบประสาทไขสันหลังเป็นหน่วยงานที่พัฒนาเครื่องมือดังกล่าวมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยนอกเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกจำนวน 17 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบประสาทวิทยา 8 ราย ศัลยกรรมระบบประสาทสมอง 5 ราย และ ศัลยกรรมระบบประสาทไขสันหลัง 4 ราย ได้รับการตรวจ doppler ultrasonography เพื่อให้การวินิจฉัยว่าเป็น DVT ทั้งนี้สถาบันประสาทวิทยามีการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด DVT ที่ทางศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคระบบประสาทไขสันหลังเป็นหน่วยงานที่พัฒนาเครื่องมือดังกล่าวมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ ประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงหรือสงสัย DVT โดยแบ่งความเสี่ยงออกเป็น 2 กลุ่มคือ เสี่ยงมาก กับเสี่ยงน้อย ให้การดูแลตามระดับความเสี่ยงที่ประเมิน ดูแลตามมาตรฐานมี care map ของการดูแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูกสันหลัง ในเรื่องของการกระตุ้นผู้ป่วย early ambulation ภายใน 48 ชั่วโมง กรณีที่ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ไม่เกิน 2 ระดับ ภายหลังได้รับการวินิจฉัย DVT ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยา กลุ่ม low molecular weight heparin (LMWH) และยา warfarin เป็นรายบุคคล โดยคำนึงถึงภาวะเลือดออกผิดปกติเป็นสำคัญ และพิจารณาส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่องตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Virchow Triad¹ ที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิด DVT ไว้ว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ venous stasis, endothelial injury และ hypercoagulation ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความผิดปกติของระบบประสาทวิทยา

ระบบประสาทสมองและไขสันหลัง ที่มักจะมาโรงพยาบาลด้วยเรื่องของภาวะอ่อนแรง มักมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยอย่างน้อย 1 ใน 3 ด้าน ได้แก่ venous stasis สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดชนิดซีเมนต์ยึดกระดูกสันหลัง พบว่า ภาวะขาอ่อนแรงสัมพันธ์กับการเกิด DVT⁷

กลุ่มผู้ป่วยในเกิดภาวะ DVT จำนวน 40 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบประสาทวิทยา 16 ราย ศัลยกรรมระบบประสาทสมอง 18 ราย และ ศัลยกรรมระบบประสาทไขสันหลัง 6 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีจำนวนรายกระดูกที่อ่อนแรง 2 รยางค์หรือมากกว่าและมีภาวะหลอดเลือดดำอุดตันส่วนลึกที่ขาระดับเหนือเข่า และทุกรายมีอาการขาบวม อ้างถึงแนวคิดทฤษฎีของ Virchow Triad¹ ที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิด DVT กล่าวได้ว่าผู้ป่วยใน ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด หรือเปิดหลอดเลือดดำ (central line) จึงมีภัยอันตรายต่อผนังหลอดเลือด (vessel wall injury) อีกทั้งอยู่ในภาวะนอนติดเตียง อ่อนแรง หลังผ่าตัด ทำให้ไม่เคลื่อนไหวนานเกิน 48 ชั่วโมง สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ พบว่า ผู้ป่วยในโรคระบบประสาทที่มีภาวะ DVT มีอาการขาบวม และขาอ่อนแรง⁴

จากการศึกษาพบว่า ประเภทของผู้ป่วยใน มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไว้เป็นผู้ป่วยใน มีภาวะโรคที่รุนแรงสมควรเข้ารับการนอนรักษาในโรงพยาบาลจากสถานะของความเจ็บป่วยส่งผลต่อการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ลดลง ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดในร่างกายลดลง รวมถึงการไหลเวียนเลือดกลับสู่หัวใจ อาจก่อให้เกิด

การอุดตันของหลอดเลือดดำได้¹⁸ อีกทั้งการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน และการได้รับการผ่าตัดใหญ่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดในระดับปานกลางถึงระดับสูง¹⁹ ในผู้ที่ใช้เวลาในการผ่าตัดมากกว่า 4 ชั่วโมง และการห้ามลุกจากเตียง มากกว่า 72 ชั่วโมง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก³ อธิบายได้ตามทฤษฎี Virchow's triad¹ ที่กล่าวไว้ว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ประกอบด้วย ภาวะที่ทำให้มีการไหลเวียนของเลือดช้าลง (venous stasis) ซึ่งการศึกษานี้ผู้ป่วยในมีภาวะถูกจำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียง ภาวะอ่อนแรงหลังผ่าตัด ทำให้ไม่เคลื่อนไหวนานเกิน 48 ชั่วโมง และมีภัยอันตรายต่อผนังหลอดเลือด (vessel wall injury) จากการได้รับการผ่าตัดหรือเปิดหลอดเลือดดำ (central line)

จากการศึกษานี้ พบว่า ช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก เมื่อเทียบกับคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ พบว่า ผู้ที่มีอายุระหว่าง 47-75 ปี เป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (OR = 1.76, 95% CI 1.10-2.81; P = 0.018)²⁰ สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีที่กล่าวว่าโดยปกติเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย มักเริ่มเสื่อมเมื่อเข้าสู่ช่วงอายุ 30 ปีเป็นต้นไป ส่งผลต่อความเสื่อมและการอักเสบของของเซลล์ในผนังหลอดเลือดดำจากการที่ผนังหลอดเลือดดำหนาตัวขึ้น ล้นของหลอดเลือดดำหนาตัวขึ้น และความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง¹⁸

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มผู้ป่วย ศัลยกรรมระบบประสาทสมอง และกลุ่มผู้ป่วย ระบบประสาทวิทยา มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ซึ่งพบด้วย ว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวร้อยละ 79.2 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไสมันในเลือดสูง เบาหวาน และมะเร็ง สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ การศึกษาของ ชีวิน ขาวประภา¹⁵ ที่ศึกษาในผู้ป่วย ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง จำนวน 180 คน พบว่า เพศหญิง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเนื้องอกสมอง เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา ของ Ganau และคณะ³ ที่ พบว่า ปัจจัยหลักของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง เนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง ขนาดใหญ่ที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 6 เซนติเมตร เนื้องอกสมองประเภท glioblastoma³ รวมทั้ง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหรือเพิ่งได้รับการผ่าตัด นับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันใน หลอดเลือดดำส่วนลึก (OR = 3.03, 95% CI 1.89 - 4.86; P<0.001)²⁰ และพบว่า ร้อยละ 30.71 ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดแล้วเกิด อุบัติการณ์ของหลอดเลือดดำอักเสบอุดตันซึ่งเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกตามมา¹⁸ และการศึกษาตัวแปรต่าง ๆ กับการเกิดภาวะ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกใน กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (OR = 3.159, 95% CI 1.465-6.816; P = 0.003) และเพศหญิง (OR = 0.174, 95% CI 0.054-0.568; P = 0.004)¹⁷

อย่างไรก็ตามการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์ กับการเกิด DVT ในผู้ป่วยโรกระบบประสาท ศัลยศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม^{9,13}

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การใส่ central line และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน ในหลอดเลือดดำส่วนลึก เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ มี ภาวะดังกล่าว สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีที่กล่าวว่า การสอดใส่สายอุปกรณ์เข้าสู่หลอดเลือดดำ ส่งผลต่อการเกิดการอักเสบของของเซลล์ใน ผนังหลอดเลือดดำ จากการที่ผนังหลอดเลือดดำ หนาตัวขึ้น และความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด ลดลง¹³ อีกทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลัง การผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวอยู่ใน โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานขึ้น ส่งผลต่อ ความสามารถในการทำกิจกรรม และการเคลื่อนไหว ร่างกายได้ลดลง มีผลต่อการไหลเวียนเลือด ในร่างกายลดลง อาจก่อให้เกิดการอุดตันของ หลอดเลือดดำได้¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาก่อน หน้าที่พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด DVT ในผู้ป่วยโรกระบบประสาทศัลยศาสตร์ ได้แก่ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง^{8,11}

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยระบบประสาท และระบบประสาทไขสันหลังมีความชุกของการเกิด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก อีกทั้งพบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด ภาวะ DVT ซึ่งมีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ และ ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ สามารถนำไปพิจารณา ในการควบคุมหรือลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ในการให้ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ที่เจาะจงเฉพาะในแต่ละกลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทสมอง กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทไขสันหลัง และกลุ่มผู้ป่วยระบบประสาทวิทยา เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก และอาจนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้

1.2 ควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูล กำหนดแนวทางปฏิบัติหรือการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

การสร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่งการเรียนรู้ และสนับสนุนให้บุคลากรในทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลนำปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการปฏิบัติงาน นำสู่กระบวนการวิจัย เพื่อให้เกิดองค์ความรู้และวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุมและปลอดภัยได้มากยิ่งขึ้น โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญที่จะนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับการดูแลผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Lurie JM, Png CYM, Subramaniam S, Chen S, Chapman E, Aboubakr A, et al. Virchow's triad in "silent" deep vein thrombosis. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2019;5:640-5.
2. Anupoomchaiya P, Sukperm A, Rojnuckarin P, Sa-Ing V. Automatic Diagnosis Model for Risk Factors of Symptomatic Venous Thromboembolism based on Machine Learning 19th International Conference on Electrical Engineering/Electronics, Computer, Telecommunications and Information Technology; 24 - 27 May 2022; Hilton Hua Hin Resort. Thailand: n.p.; 2022. P. 1-1.
3. Ganau M, Prisco L, Cebula H, Todeschi J, Abid H, Ligarotti G, et al. Risk of Deep vein thrombosis in neurosurgery: State of the art on prophylaxis protocols and best clinical practices. J Clin Neurosci [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 21];45: 60-66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28890040/>
4. Nakajima M, Uyama E, Suga T, Honda S, Ando Y. Deep venous thrombosis in patients with neurological disease: a multicenter, prospective study. J Clin Neurosci. 2021;91:214-8.
5. Nakajima M, Watari M, Ando Y, Ueda M. Asymptomatic deep venous thrombosis identified on routine screening in patients with hospitalized neurological diseases. J Clin Neurosci. 2022;9102:13-20.
6. Chen HW, Wu WT, Wang JH, Lin CL, Hsu CY. The risk of venous thromboembolism after thoracolumbar spine surgery: a population-based cohort study. J Clin Med. 2023;12(2):1-11. doi: 10.3390/jcm12020613.

7. Fan W, Qiao T, You Y, Zhang J, Gao J. Perioperative prevalence of deep vein thrombosis in patients with percutaneous kyphoplasty: a retrospective study with routine ultrasonography. 2020;99(10):1-4. doi: 10.1097/MD.00000000000019402.
8. Nimmons S, Rizkalla J, Solis J, Dawkins J, Syed I. Design and retrospective application of a spine trauma DVT prophylaxis protocol on level I trauma center patient database. 2022;12(7): 1321-9. doi: 10.1177/2192568220979139.
9. Zhang P, Bian Y, Xu F, Lian L, Zhu S, Tang Z, et al. The incidence and characteristics of venous thromboembolism in neurocritical care patients: a prospective observational study. Clin Appl Thromb Hemost [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 2];27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32090609/>
10. Rinaldo L, Brown DA, Bhargava AG, Rusheen AE, Naylor RM, Gilder HE, et al. Venous thromboembolic events in patients undergoing craniotomy for tumor resection: incidence, predictors, and review of literature. J Neurosurg [Internet]. 2019 [cited 2023 Nov 2];132. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30611138/>
11. วรวิทย์ โชติวารังกุล. ผู้ป่วยหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขาอุดตันในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2561;3:71-84.
12. ไสว นรสาร, ช่อทิพย์ คชเสนี, ยุภา สุนทรกิจ รัชดาภรณ์ ใจหา, ธเนศ ศรีภูมิ, พงศศิษฐ์ สิงห์ศน์. การประเมินปัจจัยเสี่ยงและอุบัติการณ์การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึกโดยใช้คะแนนคาปรินีในผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามธิบดี. วารสารกองการพยาบาล. 2563;47(2):20-31.
13. Rethinasamy R, Alias A, Kandasamy R, Raffiq A, Looi MC, Hillda T. Deep vein thrombosis and the neurosurgical patient. Malays J Med Sci [Internet]. 2019 [cited 2023 Nov 2]; 26(5):139-47. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31728126/>
14. เวชสถิติสถาบันประสาทวิทยา. สถิติผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2556-2560. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา; 2561.
15. ชีวิน ขาวประภา. ความชุกการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2563;2:13-21.
16. Park JH, Lee KE, Yu YM, Park YH, Choi SA. Incidence and risk factors for venous thromboembolism after spine surgery in Korean patients. World Neurosurgery. 2019;128: e289-e307.
17. Li J, Ren X, Zhu X, Chen H, Lin Z, Huang M, et al. Clinical Predictive Factors of Lower Extremity Deep Vein Thrombosis in Relative High-Risk Patients after Neurosurgery: A Retrospective Study. Dis Markers [Internet]. (2020) [cited 2022 Feb 21];2020:[1-7]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7294362/>

- 18.Akrivou D, Perlepe G, Kirgou P, Gourgoulanis KI, Malli F. Pathophysiological aspects of aging in venous thromboembolism: an update. *Medicina*. 2022;58:1-14.
- 19.Linnemann B, Rott H, Zott R, Hart C. Venous thromboembolism issues in women. *Hamostaseologie*. 2022;5:290-9.
- 20.Spirk D, Sebastian T, Beer JH, Mazzolai L, Aujesky D, Hayoz D, et al. Role of age, sex, and specific provoking factors on the distal versus proximal presentation of first symptomatic deep vein thrombosis: analysis of the SWISS venous thromboembolism registry (SWIVTER). *Intern Emerg Med*. 2022;17:799-803.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม ด้านโภชนาการและระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางในชุมชน

ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์¹อุดมพร ยิ่งไพบูลย์สุข²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit: HCT) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับ HCT ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี เคยไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนมาแล้ว เมื่ออายุครรภ์ 16-28 สัปดาห์ มีระดับ HCT ของการฝากครรภ์ครั้งแรก ต่ำกว่าร้อยละ 33 พักอาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดนครปฐม เลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัย คือ 1) โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจาง ด้วยกรอบแนวคิดของเพนเดอร์และสร้างประสบการณ์ความสำเร็จผ่านตัวแบบจากสื่อวิดีโอและการสื่อสารทางออนไลน์ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับ HCT กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามขั้นตอนของโปรแกรมที่บ้าน 2 ครั้ง และผ่านทางออนไลน์ 2 ครั้ง ผลการวิจัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับ HCT สูงกว่ากลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับ HCT สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์/ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น/ ภาวะโลหิตจาง/ พฤติกรรมด้านโภชนาการ/ ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง

¹ รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพฯ

Email: prapaiwan.da@ssru.ac.th

² ดร.อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ กาญจนบุรี มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดกาญจนบุรี

Corresponding Author, Email: Udoporn.yi@western.ac.th

Research article

Effects of health promotion programs on nutritional behavior and hematocrit levels of adolescence pregnant women with anemia in the community

*Prapaiwan Danradit¹**Udomporn Yingpaiboonsuk²***Abstract**

This research was a quasi-experimental research with two groups pre-test-post-test design. The objectives were to compare nutritional behavior and hematocrit levels after health promotion program between the control and the experiment groups and to compare nutritional behavior and hematocrit levels between pre- and post- health promotion program in the experiment group. The samples included pregnant women under 20 years old who had to attended antenatal care at 16-28 weeks of pregnancy at a public or private hospital, governmental hospitals or private clinics, hematocrit levels below 33% and lived in communities in Nakorn Pathom province. There were 60 samples who were selected by purposive sampling and divided into two groups of 30 samples and assigned to the control and the experiment groups. Research tools were: 1) health promotion program for teenage pregnant women applied from Pender's conceptual framework and built success experience through video and online media. 2) questionnaires of nutritional behavior and hematocrit levels. The samples received health promotion twice at home and twice via telephone or online media. The samples received health promotion twice at home and twice via telephone or online media. The research results showed that, after health promotion program, the experiment group had higher levels of nutritional behavior and hematocrit levels than the control group. In the experiment group, the health behavior and hematocrit levels after health promotion program were higher than health behavior and hematocrit level before the program with statistical significance at 0.01.

Keywords: health promotion program by Pender/ teenage pregnant women/ anemia, nutritional behavior/ hematocrit level

¹ Associated Professor, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok
Email: prapaiwan.da@ssru.ac.th

² Dr. Lecturer, Faculty of Nursing Kanchanaburi, Western University, Kanchanaburi province
Corresponding Author, Email: Udomporn.yi@western.ac.th

บทนำ

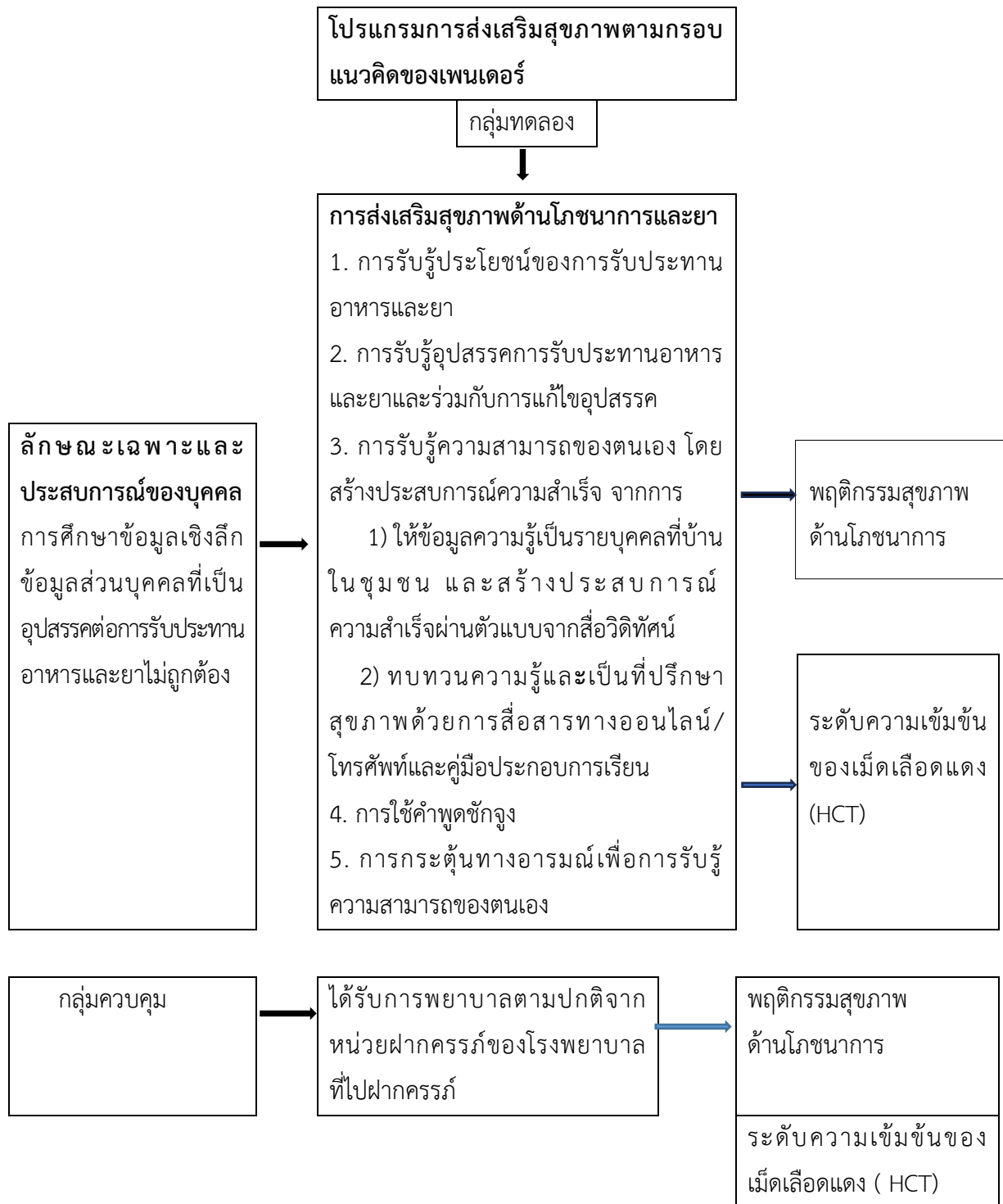
ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะแทรกซ้อนทางโลหิตที่พบได้บ่อยในการตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ หมายถึง ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit: HCT) ต่ำกว่า 33 เปอร์เซ็นต์¹ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและมากขึ้นในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยสุติแพทย์จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าดูแลพิเศษ เพราะอายุน้อย ร่างกายและจิตใจยังไม่เจริญสมบูรณ์เต็มรูปแบบ มีความต้องการอาหาร และระยะเวลาเพื่อพัฒนาร่างกายและจิตใจต่อไปอีกจนกว่าอายุครบ 20 ปี จึงเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ โดยสอดคล้องกับผลการศึกษา ในปี 2556-2558² ที่ศึกษาผู้คลอดทั้งหมด 24,068 คน ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับมารดาที่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ผลการศึกษา พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุ 10-19 ปี) ตั้งครรภ์ จำนวน 3,186 คน (13.24%) มีภาวะแทรกซ้อนที่พบแตกต่างกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์ (อายุ 20-34 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทารกแรกคลอดน้ำหนัก <2,500 กรัม (16.64%) ทารกคลอดก่อนกำหนด (14.31%) และภาวะเลือดจางก่อนคลอด (14.09%)² และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรัชญา หอมทรัพย์³ และมรกต สุวรรณนิช⁴ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจะมีผลต่อมารดาตั้งครรภ์ คือ การทำงานของหัวใจทำงานหนักขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว โอกาสติดเชื้อต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ช่วงการคลอดและหลังคลอด มีผลกระทบซ้ำต่อมารดาจากการเสียเลือด คือ ทำให้เกิดภาวะช็อก หรือ heart failure ได้ นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และมีผลต่อทารกในครรภ์ด้วย คือ ทารกน้ำหนักน้อยกว่าปกติ หรือทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เพิ่มอัตราการตายปริกำเนิด

และการคลอดก่อนกำหนด มีเหล็กสะสมน้อยกว่าปกติ หากไม่ได้รับธาตุเหล็กเสริมหลังคลอด จะมีพัฒนาการและเจริญเติบโตของสมองที่ช้ากว่าเด็กทั่วไป⁵ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางร่วมด้วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์เป็นอย่างมาก ซึ่งทีมสุขภาพที่ให้บริการการดูแลมารดาที่มาฝากครรภ์ ควรให้ความสนใจช่วยเหลือ/เฝ้าดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางอย่างใกล้ชิด สาเหตุของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจากการศึกษาพบว่า 80% เกิดจากการได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอต่อความต้องการที่สูงขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์⁵ ไม่ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กเพิ่มรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง เพราะแหล่งที่มาของธาตุเหล็ก ส่วนใหญ่จะได้มาจากการรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กที่ได้รับเพิ่มระหว่างมาฝากครรภ์^{3,6,7} ส่วนสาเหตุอื่นเป็นผลมาจากการฝากครรภ์ล่าช้า เพราะเป็นการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ ขาดความใส่ใจและไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน³ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและยา จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของทีมสุขภาพ

จากสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไปฝากครรภ์ ส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำที่จำเป็น จากทีมสุขภาพในหน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลที่ไปฝากครรภ์ และได้รับแจกแผ่นพับความรู้สั้น ๆ ไปอ่านทบทวนที่บ้าน ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษนอกเหนือจากสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป การให้คำแนะนำดังกล่าวหรือการส่งเสริมสุขภาพทีมสุขภาพสามารถให้บริการได้ ทั้งในหน่วยฝากครรภ์และในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์

วัยรุ่นในชุมชน จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของทีมสุขภาพที่สามารถนำมาใช้⁴ เพราะสามารถให้คำแนะนำแบบเจาะลึกเป็นรายบุคคลตามปัญหาและสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง และอุปสรรคของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น^{8,9} จากข้อมูลดังกล่าว ทีมสุขภาพควรจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางในชุมชนด้วยเมื่อพบทวนวรรณกรรมและการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการช่วยเหลือและจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางในคลินิกฝากครรภ์ ของโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยใช้กรอบแนวคิดที่หลากหลาย เช่น กรอบแนวคิดของของเพนเดอร์ การให้ความรู้ การสร้างปฏิสัมพันธ์ และการใช้สื่อแอปพลิเคชันในตัวโปรแกรม¹⁰⁻¹⁸ แต่การศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น เป็นโปรแกรมที่ทดลองและศึกษาในโรงพยาบาล และจากการติดตาม พบว่าสถิติภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในปัจจุบันลดลงบ้าง¹⁹ แต่คาดว่าจะคงมีอยู่ตลอดไปอีกนาน เพราะยังมีการเกิดของคนรุ่นใหม่ที่เป็นวัยรุ่น และวัยรุ่นกลุ่มนี้จะมีการตั้งครรภ์ในสภาพที่ยังไม่พร้อม

ด้วยสาเหตุต่าง ๆ กัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมตามธรรมชาติของมนุษย์ ส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระหว่างตั้งครรภ์และมีอันตรายต่อมารดา และทารกที่เกิดมา จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อไปเรื่อย ๆ ด้วยโปรแกรมที่มีนวัตกรรมใหม่ ๆ ต่อไป ประกอบกับสังคมปัจจุบันเป็นโลกอินเทอร์เน็ต มนุษย์ส่วนใหญ่ใช้การสื่อสารและเรียนรู้ต่าง ๆ จากสื่อวิดิทัศน์และสื่อแอปพลิเคชัน แต่ไม่พบการศึกษาที่ใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์ในโปรแกรม ร่วมกับการสร้างประสบการณ์ความสำเร็จผ่านตัวแบบจากสื่อวิดิทัศน์ และให้ข้อมูลความรู้ผ่านช่องทางออนไลน์ที่บ้าน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับ HCT ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางในชุมชน ด้วยกรอบแนวคิดของเพนเดอร์²⁰ ด้วยการสร้างประสบการณ์ความสำเร็จผ่านตัวแบบจากสื่อวิดิทัศน์ที่บ้าน และการสื่อสารทางออนไลน์/ โทรศัพท์ รายละเอียดดังภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับ HCT หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับ HCT ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-test – post-test design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอยะรังและอำเภอหนองบัว จังหวัดนครราชสีมา เลือกรูปแบบเจาะจงจำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน (พื้นที่เขตอำเภอหนองบัว) กลุ่มควบคุม (พื้นที่เขตอำเภอชุมพวง) จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ คือ เคยไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนมาแล้ว เมื่ออายุครรภ์ 16-28 สัปดาห์ มีระดับ HCT ของการฝากครรภ์ครั้งแรก ต่ำกว่าร้อยละ 33 มีใบ/สมุดฝากครรภ์ ก่อนและหรือในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ประวัติเป็นโรคเลือด กลุ่มอื่น ๆ เช่น ธาลัสซีเมีย ภาวะพร่องเอนไซม์ G-6PD หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากขนาดอิทธิพล ของการวิจัยแบบสองกลุ่มที่วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้โปรแกรม G*power 3.1²¹ ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ค่าเฉลี่ยของพันธิพา จารณีย์¹⁰ ที่คล้ายกับการศึกษาครั้งนี้มาคำนวณ โดยกำหนดระดับ

นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (power of the test) ที่ยอมรับได้ร้อยละ 80 กำหนดค่าอิทธิพลที่ระดับ 0.68 ได้ขนาดกลุ่มทดลอง 28 คน กลุ่มควบคุม 28 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางในชุมชนด้วยกรอบแนวคิดของเพนเดอร์²⁰ เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและยา แก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชนที่บ้าน ประกอบด้วย 1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานอาหารและยาไม่ถูกต้อง 2) เอกสารคู่มือโภชนาการสำหรับสตรีตั้งครรภ์ และเอกสารอาหารทดแทนสำหรับให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นประกอบการเรียนรู้และนำไปทบทวนเมื่อกลับบ้าน²² 3) สื่อวิดีโอประกอบด้วย ชุดที่ 1 เรื่องโรคโลหิตจางการป้องกันโรค²³ และสื่อวิดีโอชุดที่ 2 อาหารสำหรับสตรีตั้งครรภ์ เรื่องสูงตีสมนส่วน²⁴

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการรักษา ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยครอบครัว ต่อเดือนจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ สถานภาพสมรส น้ำหนัก และระดับ HCT ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามของ ปรียาภรณ์ บุญยัง²⁵ มีจำนวน 30 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็น rating scale 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางวัน (2 คะแนน) ปฏิบัติน้อยมาก

(1 คะแนน) โดยกำหนดการแปลความของคะแนน ดังนี้ พฤติกรรมการรับประทานอาหารในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 3.00-2.33 ระดับปานกลาง 2.32-1.66 ระดับน้อย 1.00-1.65²⁶

การแปลผล ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit: HCT) ใช้เกณฑ์กำหนดค่าปกติของ องค์การอนามัยโลก¹ และเกณฑ์ของ พญ.ชลธิชา ตานา⁵ แปลผลดังนี้

ค่าปกติ หรือไม่มีภาวะโลหิตจางในระหว่างตั้งครรภ์ คือ ระดับ HCT $\geq$ ร้อยละ 33 ค่าต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คือ ระดับ HCT ต่ำกว่าร้อยละ 33

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และนำแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ไปหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เลือกใช้เฉพาะข้อที่ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหา รายข้อ (I-CVI) มากกว่าและเท่ากับ 0.66

2. ความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไป try out กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถาม และนำมาหาค่า reliability ด้วยสูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยง = 0.89

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง โดยติดต่อเครือข่ายอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่ อำเภอพุทธมณฑล และอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เพื่อให้เป็นตัวแทนติดต่อ/ แนะนำ

และพาคณะวิจัยเข้าไปพบสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน ในเขตพื้นที่ดังกล่าว และดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติคัดเข้าจากการสัมภาษณ์ และดูรายละเอียดในประวัติฝากครรภ์ บันทึกค่า HCT

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 2 ครั้ง และผ่านทางออนไลน์/โทรศัพท์ 2 ครั้ง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่บ้าน โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่ เป็นผู้นัดและนำไปพบสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่ออายุครรภ์ 16-28 สัปดาห์เพื่อดำเนินการวิจัยโดยแจ้งประโยชน์ที่ได้รับ การดำเนินการในโปรแกรมตามเงื่อนไขของจริยธรรมในมนุษย์ และดำเนินการส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ โดยสร้างประสบการณ์ความสำเร็จผ่านตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์และการสื่อสารทางออนไลน์ โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ ประเมินปัญหาสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ สาเหตุและอุปสรรคของการปฏิบัติกรรับประทานอาหาร และยาไม่ถูกต้อง จากข้อมูลสมุดฝากครรภ์และสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อประเมินอุปสรรคต่อการรับประทานอาหารและยาไม่ถูกต้อง และขออนุญาตบันทึกสื่อวีดิทัศน์ ชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ลงในโทรศัพท์มือถือ บอกรายละเอียดออนไลน์ของผู้วิจัยที่สามารถติดต่อเพิ่มเติมและปรึกษาได้ และ pre-test

2. ส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ประโยชน์ของรับประทานอาหาร และยา ดังนี้

2.1 ภาวะโลหิตจาง ให้ข้อมูลความรู้เรื่อง ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยอธิบาย และยกตัวอย่างประโยชน์ อุปสรรค

และสถิติภาวะแทรกซ้อนที่พบในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางที่ผ่านมา สาเหตุของการรับประทานอาหารและยาไม่ถูกต้อง หลังจากนั้นให้ชมสื่อวิดีโอทัศน์ชุดที่ 1 เรื่อง โรคโลหิตจาง การป้องกันโรค จากคอมพิวเตอร์พกพาของผู้วิจัย เป็นสื่อมัลติมีเดียเดียวของกรมอนามัย²² ที่ผู้วิจัยได้บันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์พกพาของผู้วิจัยใช้เวลาชม 30 นาที หลังจากชมสื่อวิดีโอทัศน์ชุดที่ 1 เสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยอธิบาย ทบทวนซ้ำ เน้นการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค และความสามารถของตนเอง และยกตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจากตัวแบบสื่อวิดีโอทัศน์ ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และลดภาวะโลหิตจางได้ บุตรเกิดมาปลอดภัย

2.2 การรับประทานอาหาร ให้ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารแต่ละหมู่ ชนิดอาหาร ปริมาณอาหารอาหารทดแทนในแต่ละหมู่ อาหารที่ต้องรับประทานเพิ่มในแต่ละช่วงอายุครรภ์ อาหารที่ต้องหลีกเลี่ยง อาหารที่ต้องรับประทานเครื่องดื่มที่ต้องดื่มเป็นประจำและที่ต้องงด โดยให้ชมสื่อวิดีโอทัศน์ชุดที่ 2 เรื่อง สูงดีสมส่วน สตรีตั้งครรภ์กินอย่างไรให้ลูกสูงดีสมส่วน จากคอมพิวเตอร์พกพาของผู้วิจัย เป็นสื่อวิดีโอทัศน์ของกรมอนามัย²³ ที่ผู้วิจัยได้บันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์พกพาของผู้วิจัย ใช้เวลาชม 10 นาที หลังจากชมสื่อวิดีโอทัศน์ชุดที่ 2 เสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยอธิบายทบทวนซ้ำ เน้นกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับป้องกันภาวะโลหิตจางที่เกิดกับในวัยรุ่นที่อายุน้อย ยังต้องเพิ่มอาหารอะไรบ้างเพราะต้องรับประทานเพื่อร่างกายตนเองที่เป็นวัยรุ่นด้วย และแจกคู่มือโภชนาการสำหรับสตรีตั้งครรภ์ และแจกเอกสารอาหารทดแทน²² สำหรับนำไปทบทวนที่บ้าน

2.3 การรับประทานยา ให้ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งเกี่ยวกับยาเสริมธาตุเหล็ก ยาโฟเลต ยาตัวอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น ยาแก้แพ้ท้อง เกี่ยวกับชื่อยา สีของยา ประโยชน์ ขนาดยาที่ต้องรับประทานแต่ละวัน อาการข้างเคียง

2.4 การมาพบแพทย์ตามนัด ให้ข้อมูลระบบ ขั้นตอน และอายุครรภ์ที่แพทย์นัดให้มาฝากครรภ์ การประเมินเพื่อค้นหาความผิดปกติในแต่ละช่วงอายุครรภ์ การให้คำแนะนำและช่วยเหลือเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีร่างกายสมบูรณ์ในแต่ละช่วงอายุครรภ์ ความผิดปกติ/ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอะไรบ้างและการช่วยเหลือ/การรักษา

2.5 ให้คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการคัดกรองที่ตรวจพบผิดปกติ (ถ้ามี) และการให้คำแนะนำภาวะไม่สุขสบายที่มีผลมาจากการตั้งครรภ์ซ้ำ เหมือนบทบาทของพยาบาลในคลินิกฝากครรภ์

3. ส่งเสริมสุขภาพการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารและยาไม่ถูกต้อง โดยนำข้อมูลจาก การประเมินปัญหาสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ สาเหตุและอุปสรรคของการปฏิบัติไม่ถูกต้อง (การรับประทานอาหารและยา) ของกิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นแนวทางการร่วมกันแก้ไข เช่น ยากจนไม่มีรายได้ สามเษมิไม่รับผิดชอบเรื่องเงิน ไม่มีเงินซื้ออาหาร ไม่เปิดเผยการตั้งครรภ์ ปกปิดว่าท้อง ไม่อยากอ้วนรักสวยรักงาม ไม่อยากกินอาหารยาหมิ่น แพ้ท้องไม่อยากกินยา

4. ส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยระหว่างดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ในกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยใช้วิธีส่งเสริมสุขภาพ โดยสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ โดยการใช้คำพูดชักจูง

การกระตุ้นทางอารมณ์เพื่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และสามารถปรึกษาเพิ่มเติมได้ทางออนไลน์ที่เคยให้ไว้

5. อธิบายขั้นตอนที่จะดำเนินการตามโปรแกรมผ่านทางออนไลน์ในครั้งต่อไปอย่างละเอียด และข้อมูลในสมุดฝากครรภ์จุดที่ผู้วิจัยจะซักถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบพร้อมทั้งนัดแนะการดำเนินงานครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 ส่งเสริมสุขภาพผ่านทางออนไลน์/โทรศัพท์ 2 ครั้ง ที่บ้าน เมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ (30 นาที) ก่อนดำเนินการซักถามการไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชนมาอีกรอบหรือยังหลังจากเมื่อพบกันครั้งที่แล้ว

1. สร้างสัมพันธภาพ ทักทายและดำเนินการตามโปรแกรมโดยซักประวัติ และประเมินภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ เหมือนพยาบาลในคลินิกฝากครรภ์ แต่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยใช้ข้อมูลจากสมุดฝากครรภ์ตอบ ตามที่เคยอธิบายไว้แล้วในกิจกรรมครั้งที่ 1 แต่เน้นการประเมิน น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น อาการคลื่นไส้ อาเจียนจากยาเสริมธาตุเหล็ก การรับประทานอาหาร และประเมินระดับ HCT จากสมุดฝากครรภ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่าง อ่านตอบ

2. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการรับประทาน อาหาร ยา การมาตรวจตามแพทย์นัด ที่เคยให้ข้อมูลไปแล้ว ถ้าตอบได้ไม่ชัดเจน หรือกลุ่มตัวอย่างอ่านตอบว่า ค่า HCT ไม่เพิ่มขึ้นหรือเพิ่มเล็กน้อย ให้ข้อมูลซ้ำ

3. ทบทวนอุปสรรคในการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทาน อาหาร ยา การมาตรวจตามแพทย์นัด ถ้ามีร่วมกันแก้ไขปัญหา และเสนอแนะแนวทางที่ถูกต้องให้

4. ชี้แนะ ส่งเสริม ช่องทางความสามารถตนเองที่สามารถปฏิบัติได้

กิจกรรมครั้งที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพผ่านทางออนไลน์และโทรศัพท์ เมื่ออายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ (เวลา 30 นาที)

- ดำเนินการเช่นเดียวกับกิจกรรมครั้งที่ 2
- ระหว่างดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในแต่ละกิจกรรม ผู้วิจัยใช้วิธีส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้วยการใช้คำพูดชักจูงการกระตุ้นทางอารมณ์ ตลอดดำเนินการของโปรแกรม เช่น ระหว่างดำเนินการตามโปรแกรมผ่านทางออนไลน์และทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจะแสดงคำพูด เสี่ยงการโต้ตอบ ที่เมตตา เอื้ออาทร เป็นห่วง ผูกมิตร มีอารมณ์ที่ดีงาม เป็นที่ปรึกษาที่ดี ให้ความเอื้ออาทร และยินดีที่จะช่วยเหลือตลอดเวลา

กิจกรรมครั้งที่ 4 ส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน เมื่ออายุครรภ์ 36-40 สัปดาห์ (เวลา 30 นาที) สร้างสัมพันธภาพ ทักทาย ซักประวัติ และประเมินภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เหมือนบทบาทพยาบาลในคลินิกฝากครรภ์ซ้ำ และแนะนำอาการแสดงที่ต้องไปคลอดที่โรงพยาบาล (อาการเจ็บครรภ์เตือนและเจ็บครรภ์จริง) และ post-test

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยการพบกลุ่มตัวอย่างชุมชนที่บ้าน 2 ครั้งและผ่านทางออนไลน์/โทรศัพท์ 1 ครั้ง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่บ้านด้วยตนเอง โดยผู้นำเข้าไป คือ อสม. เมื่ออายุครรภ์ 16-28 สัปดาห์ ตามวันเวลาที่นัดแนะกันไว้ในขั้นตอนการเตรียมการ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งจุดประสงค์ของโปรแกรมการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่าง การดำเนินการตามเงื่อนไขของ

จริยธรรมในมนุษย์ ได้แก่ การรักษาความลับ การถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างและอื่น ๆ ซ้ำ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเป็นกลุ่มตัวอย่างแน่นอน จึงดำเนินการต่อด้วยจัดบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติฝากครรภ์และค่า HCT

- pre-test

- ช่วงอายุครรภ์ 20-36 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง ไปฝากครรภ์และได้รับคำแนะนำตามปกติ ของโรงพยาบาลที่ไปฝากครรภ์

- นัดแนะวันเวลาที่พบกัน ครั้งต่อไป เมื่ออายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ เพื่อ post-test

กิจกรรมครั้งที่ 2 ผ่านทางโทรศัพท์ เมื่ออายุครรภ์ 20-36 สัปดาห์ ด้วยการสนทนา พูดคุยซักถามภาวะไม่สุขสบาย เพื่อสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมครั้งที่ 3 พบกลุ่มตัวอย่าง ในชุมชนที่บ้านเมื่ออายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ และ post-test

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูล การรักษา ของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ

2. ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรม ด้านโภชนาการและระดับ HCT หลังการเข้าร่วม โปรแกรมในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมของ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ independent t-test

3. ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรม ด้านโภชนาการและระดับ HCT การเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น วิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้ ได้รับใบรับรองจริยธรรม รหัส COA.1-004/2024 มหาวิทยาลัยราชภัฏ สวนสุนันทา และผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยคำนึงถึง การรักษาความลับและผลกระทบที่มีต่อผู้ให้ข้อมูล ตลอดการดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ อายุ 19 ปี (46.70% และ 53.30%) มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 12-15 สัปดาห์ (43.30% และ 50.00%) จำนวนครั้งที่ ตั้งครรภ์ คือ ครั้งที่ 1 (86.70% และ 90.00%) ระดับการศึกษา ปวช. (36.70% และ 30.00%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (86.70% และ 83.30%) รายได้ของครอบครัวพอใช้ (83.30% และ 83.30%) ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับสามี (43.30% และ 36.70%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
19 ปี	14	46.70	16	53.30
18 ปี	9	30.00	8	26.70
17 ปี	7	23.30	6	20.00
ฝากครรภ์ครั้งแรก (อายุครรภ์)				
ต่ำกว่า 12 สัปดาห์	8	26.70	5	16.70
12-15 สัปดาห์	13	43.30	15	50.00
16-19 สัปดาห์	9	30.00	10	33.30
จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์				
ครั้งที่ 1	26	86.70	27	90.00
ครั้งที่ 2	3	10.00	2	6.67
ครั้งที่ 3	1	3.30	1	3.30
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	0	0	3	10.00
ประถมศึกษา	2	6.67	6	20.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	26.67	5	16.67
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	30.00	7	23.33
ปวช.	11	36.70	9	30.00
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	26	86.70	25	83.30
รับจ้าง	4	13.30	5	16.67
รายได้ของครอบครัว				
พอใช้	25	83.30	25	83.30
ไม่พอใช้	5	26.70	5	26.70
ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับใคร				
สามี	13	43.33	11	36.67
ครอบครัวสามี	6	20.00	10	33.33
ครอบครัวตนเอง	11	36.67	9	30.00

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับ HCT ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ผลการวิจัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับ HCT สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมี

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และระดับ HCT ในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์ปกติ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเล็กน้อย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับ HCT หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ตัวแปร	หลังการเข้าร่วมโปรแกรม			แปลผล	Independent t-test	p-value
	n	mean	SD			
พฤติกรรมด้านโภชนาการ						
กลุ่มทดลอง	30	2.50	0.13	ดี	3.51	0.01**
กลุ่มควบคุม	30	2.36	0.17	ปานกลาง		
ระดับ HCT						
กลุ่มทดลอง	30	36.80	1.79	สูง กว่า เกณฑ์ปกติ	7.31	0.01**
กลุ่มควบคุม	30	33.22	2.08	ต่ำกว่า เกณฑ์ปกติเล็กน้อย		

**มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p > 0.01$)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับ HCT ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับ HCT สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย

พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดีและระดับ HCT ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ หลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับ HCT ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง			แปลผล	paired t-test	p-value
	n	mean	SD			
พฤติกรรมด้านโภชนาการ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	2.35	0.18	ปานกลาง		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	2.50	0.13	ดี	6.34	0.01**
ระดับ HCT						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	31.45	1.27	ต่ำกว่า เกณฑ์ปกติ		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	36.80	1.79	สูงกว่า เกณฑ์ปกติ	13.63	0.01**

**มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p > 0.01$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น หลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย พฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับ HCT สูงกว่า กลุ่มควบคุม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมี พฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับ HCT สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 อภิปรายได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้มี ประสิทธิภาพในระดับดี เป็นผลมาจากกิจกรรมใน ตัวโปรแกรมที่ดำเนินการวิจัยใช้กรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ เป็นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้วย การสร้างประสบการณ์ความสำเร็จผ่านตัวแบบจาก สื่อวิดีโอ และให้ข้อมูลความรู้ทางออนไลน์ และมีการอธิบายที่เน้นให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค และความสามารถตนเอง ใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์เพื่อเกิดแรงจูงใจใน การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และยา ที่ถูกต้อง ก่อนดำเนินการกิจกรรมมีการสัมภาษณ์ เชิงลึกข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อประเมินปัญหา และ

อุปสรรคต่อการรับประทานอาหาร และยาไม่ถูกต้อง และในกิจกรรมมีสื่อวิดีโอที่ 1 และชุดที่ 2 ที่ผู้วิจัยลงข้อมูลไว้ในโทรศัพท์มือถือของสตรี ตั้งครรภ์วัยรุ่น และมีคู่มือประกอบการเรียน สามารถทบทวนความรู้ได้ง่าย มีที่ปรึกษาทาง ออนไลน์กับผู้วิจัยได้อีก การศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึง กับการศึกษาของรุดา เอ บี ดี ราห์แมน และคณะ (2022)¹⁶ ที่ศึกษา พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิต ราง ในกลุ่มทดลอง มีระดับ HCT และทัศนคติหลัง เข้าร่วมโปรแกรม mobile messaging application สูง กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ปรมารณ วชิรวณิชกิจ เอมพร รตินธร และ วรณา พาหุวัฒนกร (2022)¹⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริม โภชนาการโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อน้ำหนักตัวที่ เพิ่มขึ้น และการหายจากภาวะโลหิตรางในสตรี ตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตรางจากการขาดธาตุ เหล็ก ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีส่วนของ ผู้ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์

มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีสัดส่วนผู้ที่หายจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ อิติพร สุวรรณอำภา และทัศนีย์วรรณ พุกษามะธานันท์ (2023)¹¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ผลการวิจัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ สร้อยฟ้า ปิ่นสุวรรณ (2021)¹² ที่ศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในกลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าฮีมาโตคริตเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ มีเพียงคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม ขณะที่ค่าฮีมาโตคริตมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และคล้ายคลึงกับการศึกษาผลของโปรแกรมที่ใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์ และกรอบแนวคิดคนอื่น ๆ อีกหลายคน ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง หลังทดลอง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร/ ระดับ HCT เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน¹³⁻¹⁸ แต่ไม่พบการศึกษาที่สอดคล้องกันกับการวิจัยครั้งนี้ ที่ใช้การทดลองโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ ร่วมกับการสร้างประสบการณ์ความสำเร็จผ่านตัวแบบจากสื่อวิดีโอที่บันทึกที่บ้าน และการสื่อสารทางออนไลน์/โทรศัพท์ ต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการ

และระดับ HCT ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางในชุมชน

สรุปผลการวิจัย โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการ และระดับ HCT ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางในชุมชน ด้วยการสร้างประสบการณ์ความสำเร็จผ่านตัวแบบจากสื่อวิดีโอและให้ข้อมูลความรู้ทางออนไลน์ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ สามารถนำไปส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ทีมสุขภาพในโรงพยาบาล ควรมีทีมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางในชุมชน เพื่อดูแลต่อเนื่องหลังฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแล้วด้วยโปรแกรมกรอบแนวคิดของเพนเดอร์และการสื่อสารด้วยแอปพลิเคชันที่ทันสมัย ทันโลกปัจจุบันเพิ่มขึ้นและต่อเนื่อง เนื่องจากโลกปัจจุบันเปลี่ยนแปลงและนิยมใช้การให้ความรู้ด้านสุขภาพต่าง ๆ ด้วยแอปพลิเคชันจำนวนมาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์ มานี จำเริญ และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านของอำเภอยะรังและอำเภอศรีนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ที่ให้ความช่วยเหลือในการติดต่อ แนะนำ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการวิจัยในชุมชนที่บ้านของสตรีตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Iron deficiency anemia: Assessment, prevention, and control. A guide for program manager. [Internet]. 2001 [cited 2022 July 13]. Available from: www.who.int/publications/m/item/iron-children-6to23--archived-iron-deficiency-anaemia-assessment-prevention-and-control.
2. Saejueng K, Kittithanesuan Y, Songthamwat M, Saeng-aroon P, Summart U, Songthamwat S, et al. Complications of Adolescent Pregnancy: a Multicenter Retrospective Cohort Study. Udonthani Hospital Medical Journal. 2022;30(3):446-459. (in Thai)
3. Homsup P. Prevalence and Factors Associated with Anemia Among Young Adolescent Pregnancy at King Narai Hospital. Region 4-5 Medical Journal. 2023;42(2): 253-262. (in Thai)
4. Suwanwanich M. Factors Associated with Inadequate Antenatal Care of Pregnant Women Delivered in Ratchaburi Hospital. Region 4-5 Medical Journal. 2020;39(4):648-654. (in Thai)
5. Tana C. Anemia in pregnant women. [Internet]. 2017 [cited 2023 July 23]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/5679/>. (in Thai)
6. Nanthawong N. Prevalence and risk factors related to preterm birth among teenage pregnancy in Chaiyaphum Hospital. Chaiyaphum medical journal. 2020; 42(2): 69-81. (in Thai)
7. Sookdee J, Wanaratwichit C. Factors affecting iron deficiency anemia among pregnant women_receiving antenatal care at sub-districts health promoting hospital. Journal of health sciences research. 2016;10(1):2-7. (in Thai)
8. Komphayak J. Provide nursing care by teaching health. The Thai journal of nursing council. 1999;14(3):1-9. [Internet]. 1999 [cited 2023 august 10]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/2273/2101>. (in Thai)
9. Pensirinapa N. Unit 1 Concepts and principles regarding health education and health promotion. In. Textbook of health education and health promotion. p.21. Department of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University; 2022. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 21] Available from: <https://www.stou.ac.th/schools/shs/DOCUMENTS/54126.pd>. (in Thai)
10. Vachiravanichkij P, Ratinthorn A, Phahuwatanakorn A. Effect of a Nutritional Promoting Program using Social Media on Gestational Weight Gain and Recovery from Anemia in Adolescent Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia. Kuakarun Journal of Nursing. 2023;30(2):329-344. (in Thai)

- 11.Suwanampa T, Purksametanan T, Effects of a Mobile Application-Based Health Education Program on Health Literacy in Pregnant Women. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2023;38 (10):99-111.
- 12.Lamoh S, Youngwanichsetha S, Thitimapong B.The Effects of Nutrition Promotion Program on Food and Iron Supplement Consumption Behaviors and Hematocrit among Teenage Pregnant Women. *NJPH*. 2021;31(1):224-236.
- 13.Pinsuwan S, Chatchawet W, Chunuan S. Effectiveness of Interactive Learning via Multimedia Technology with Family Support Program among Pregnant Women with Anemia: A Quasi-Experimental Study. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2022. 26;(4):600-612. (in Thai)
- 14.Jaranai P, Nirattharadorn M, Buaboon N. The Effect of a Nutrition Promotion Program on The Nutritional Health Behavior and Hematocrit Levels of Adolescent Pregnant Women. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2018;30(1):59-69. (in Thai)
- 15.Boonyaprapapan T, Sangin S, Siriarunrat S. Effects of the Educative Supportive Program on Self-care Behavior and Hematocrit Level among Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2018;26(4):40-50. (in Thai)
- 16.Abd Rahman R, Idris IB, Md Isa Z, Abd Rahman R. The effectiveness of a theory based intervention program for pregnant women with anemia: A randomized control trial. *PLoS ONE*. 2022;17(12): e0278192.
- 17.Sunuwar DR, Sangroula RK, Shakya NS, Yadav R, Chaudhary NK, Effect of nutrition education on hemoglobin level in pregnant women: A quasi-experimental study. *PLoS ONE*.2019;14 (3): e0213982.
- 18.Triharini M, Sulistyono A, Adriani M, Devy SR. The Effect of Health Promotion Intervention on Anemia Prevention Behavior and Haemoglobin Level in Pregnant Women: Based on Health Promotion Model and Self Determination Theory. *Jurnal Ners*. 2019;14(1):92-100.
- 19.Bureau of Reproductive Health. Statistics on Adolescent Births, Thailand 2021. Department of Health, Ministry of Public Health; 2022. [Internet]. 2002 [cited 2023 March] Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/202309/m_magazine/35430/4304/file_download/0894bec3f84c29b9737917fe50da548a.pdf.
- 20.Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Boston:Pearson; 2011.

21. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 2012;41(4), 1149-1160.
22. Office of Health Promotion. Antenatal care manual for public health personnel. Department of Health, Ministry of Public Health; 2022. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 8] Available from: <https://hp.anamai.moph.go.th/th/mch-emag/download/?did=210292&id=94595&reload=>.
23. Department of Health. Video media set 1, Anemia and prevention. Ministry of Public Health. [Internet]. 2023 [cited 2023 July 23]. Available from: [https:// multimedia.anamai.moph.go.th/video-knowledges/video_blood_3](https://multimedia.anamai.moph.go.th/video-knowledges/video_blood_3).
24. Women's and early childhood nutrition promotion group. Video media set 2, What should pregnant women eat to make their baby grow tall?. Ministry of Public Health. [Internet]. 2019 [cited 2023 July 23]. Available from: [https:// multimedia.anamai.moph.go.th/video-knowledges/ep-3-pregnants-nutrition-for-optimum-growth-child/](https://multimedia.anamai.moph.go.th/video-knowledges/ep-3-pregnants-nutrition-for-optimum-growth-child/).
25. Boonyang P. Pregnant women at Charoenkrungpracharak hospital, Bangkok. [Thesis] Master of education degree in health education, Srinakharinwirot University; 2005. (in Thai)
26. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. New York: Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall; 1971.

บทความวิจัย

การพัฒนาระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สุรัฐ อ่อนละมูล¹วัลยา ตูพานิช²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์ระบบ การออกแบบระบบ ทดลองใช้ระบบและตรวจสอบคุณภาพ ตัวอย่าง 77 คน คือ นักศึกษาพยาบาล 65 คน และอาจารย์พยาบาล 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง แบบประเมินคุณภาพระบบ แบบประเมินความพึงพอใจการใช้ระบบบริการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหา เท่ากับ .67-1.00 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82, .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ dependent t-test และวิเคราะห์เนื้อหา content analysis

ผลการวิจัย พบว่า 1) สภาพปัญหาการให้บริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ได้แก่ อุปกรณ์บางอย่างไม่เพียงพอ ไม่ทันสมัยเหมือนในหอผู้ป่วยจริง สถานที่ค่อนข้างเล็กไม่สามารถรองรับนักศึกษาจำนวนมากได้ เวลาเปิด 8.00-16.00 น. นักศึกษาเลิกเรียนมาใช้บริการไม่ทัน และมีจำนวนบุคลากรน้อย 2) การออกแบบระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงครั้งนี้เริ่มจากการตั้งเป้าหมายให้การบริการอย่างมืออาชีพ จัดสรรบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอ จัดการให้บริการทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการสอน โดยมีการประเมินคุณภาพระบบบริการ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เพื่อการปรับปรุงพัฒนาต่อไป 3) ระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพในระดับสูง และผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบบริการมาก-มากที่สุด จากผลการวิจัยผู้ให้บริการควรใช้ระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงนี้ต่อเนื่องไป และนำระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงไปขยายผลใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ สะดวกรวดเร็ว ตรงตามต้องการ

คำสำคัญ: การพัฒนา/ ระบบบริการ/ ห้องปฏิบัติการเสมือนจริง

¹ นักวิชาการโสตทัศนศึกษาชำนาญการ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

Corresponding Author, Email: walaya@nmu.ac.th

Research article

Development of A Simulation Lab Service System, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

*Surat Onlamool¹**Walaya tupanich²***Abstract**

This study aimed to develop a simulation lab service system at Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. The research consisted of 3 phases: system analysis, system design, and system trial/quality testing. The sample group comprised 77 people, including 65 nursing students and 12 nursing instructors selected with purposive sampling. Data collection employed semi-structured interviews, a system quality assessment, and an assessment of system service use satisfaction. The research instruments were checked for content validity by 5 experts. The Index of Objective Congruence (IOC) was .67 - 1.00, and reliability was measured by Cronbach's alpha coefficient at .82 and .83, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent t-test (p-value < .05) and content analysis.

The research findings revealed the following: 1) The problems in the service system of the simulation lab included insufficient and outdated equipment compared to real hospital wards, small space unable to accommodate large groups of students, limited operating hours (8:00 AM - 4:00 PM) preventing students from coming to use the services on time after classes, and a shortage of staff. 2) The design of this simulated lab service system aimed to provide professional services, allocate adequate personnel, budget, and materials/equipment. Services were arranged before, during, and after classes, with evaluation of service quality and user satisfaction to guide improvements; 3) The developed service system was of high quality, and users expressed high to very highest satisfaction with the system. Based on the findings, service providers should use the simulation lab service system continuously and expand the use the simulation lab service system to other units to promote high-quality, convenient, and responsive services for users as needed.

Keywords: development/ service system/ simulation Lab

¹ Audiovisual academic, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok

² Assistant Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok

Corresponding Author, Email: walaya@nmu.ac.th

บทนำ

คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลที่จัดการเรียนการสอนตามมาตรฐานในระดับอุดมศึกษา และสอดคล้องตามความต้องการของสังคมและประเทศชาติ ได้รับทุนสนับสนุนในการจัดการศึกษาพยาบาลจากกรุงเทพมหานคร จึงมีบทบาทสำคัญในการผลิตบัณฑิตพยาบาลและพัฒนากำลังคนด้านการพยาบาลของกรุงเทพมหานครให้มีสมรรถนะทางวิชาชีพเพื่อร่วมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตคนเมือง ตามวิสัยทัศน์ “คณะพยาบาลศาสตร์ชั้นนำที่เชี่ยวชาญการดูแลสุขภาพคนเมืองภายในปี 2570” การจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมุ่งผลิตบัณฑิตโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีทักษะศตวรรษที่ 21 เป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต มีจิตสาธารณะ มีภาวะผู้นำ คิดอย่างมีวิจารณญาณ มีทักษะการคิดเชิงนวัตกรรม รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคม เป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง มีความกล้าหาญทางจริยธรรม ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพ และมีทักษะปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อดูแลสุขภาพคนเมือง¹

การพัฒนาคณะฯ ให้บรรลุวิสัยทัศน์ดังที่ ตั้งไว้ นั้น ได้ดำเนินการโดยกำหนดแผนยุทธศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2564–2567) พัฒนาศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ (excellence learning resource center) ส่งผลให้ต้องมีการพัฒนาระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง (simulation lab) ให้มีคุณภาพ เพื่อเป็นสถานที่ให้ผู้สอนใช้ในการสอนโดยสถานการณ์จำลอง ซึ่งจะช่วยให้

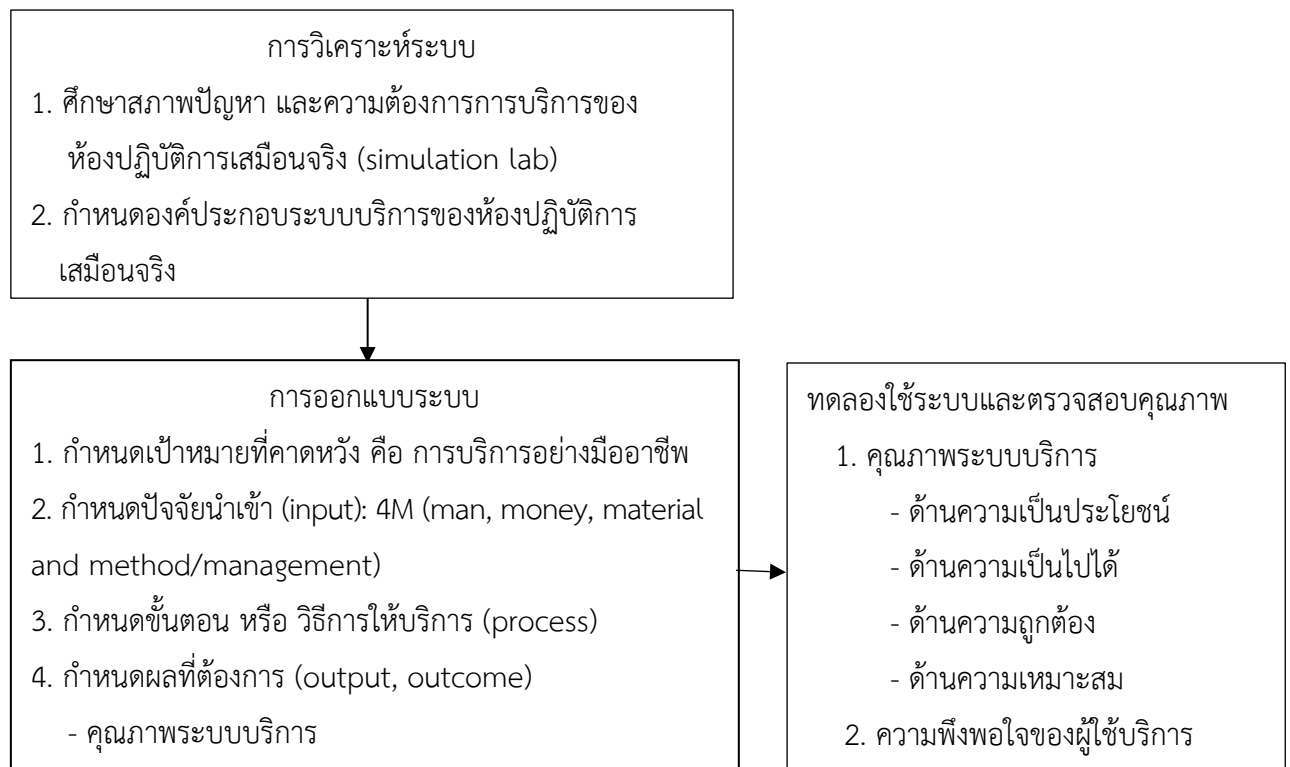
ผู้เรียนคือนักศึกษาพยาบาลได้ฝึกทดลองปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงในสถานพยาบาล โดยการสอนในสถานการณ์จำลอง (simulation) จะมีบทบาทข้อมูล และกติกากการเล่นที่สะท้อนความเป็นจริง และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ในสถานการณ์นั้น โดยใช้ข้อมูลที่มีสภาพคล้ายจริงในการตัดสินใจ และแก้ปัญหาต่าง ๆ ในลักษณะเดียวกับที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง²⁻⁵ ปัจจุบันคณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มีห้องปฏิบัติการเสมือนจริง (simulation lab) แต่ยังไม่สามารถให้บริการหรือใช้งานในการสอนได้อย่างเต็มรูปแบบ เนื่องจากวัสดุอุปกรณ์ยังมีจำนวนไม่เพียงพอ บางอย่างไม่เสมือนจริง แนวปฏิบัติการให้บริการและการประเมินผลยังขาดความชัดเจน สถานการณ์จำลองยังมีจำนวนไม่มาก ไม่ครอบคลุมการพยาบาลทุกสาขา และไม่มีเจ้าหน้าที่เทคนิคที่มีความชำนาญเฉพาะประจำห้องปฏิบัติการเสมือนจริง

ผู้บริหารของคณะฯ จึงได้มอบหมายให้ฝ่ายบริการทางการศึกษาดูแลรับผิดชอบจัดสรรบุคลากรในฝ่ายไปช่วยงานห้องปฏิบัติการเสมือนจริงในวันเวลาที่ มีการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลอง (simulation) ซึ่งงานโสตทัศนูปกรณ์เป็นงานหนึ่งในฝ่ายบริการทางการศึกษา ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานที่คอยสนับสนุนการเรียนการสอนและกิจกรรมต่าง ๆ ในด้านภาพและเสียงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกคณะฯ เช่น งานติดตั้งอุปกรณ์ การยืม-คืนอุปกรณ์ งานถ่ายภาพ ถ่ายวิดีโอ ตกแต่ง ตัดต่อภาพ เสียง วิดีโอ งานนำเสนอ (presentation) งานดูแลระบบภาพและเสียงในห้องเรียนในกิจกรรมต่าง ๆ งานออกแบบสื่อการเรียนการสอน สื่อสิ่งพิมพ์ ป้าย โปสเตอร์ สติกเกอร์ อินโฟกราฟิกส์ (infographics) รวมถึงการให้

คำปรึกษา การแก้ปัญหา อำนวยความสะดวกให้กับ อาจารย์ วิทยากร นักศึกษาพยาบาลทั้งระดับปริญญาตรี บัณฑิตศึกษา และประกาศนียบัตร เพื่อให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพ และดำเนินการเรียนการสอนได้อย่างต่อเนื่อง จึงมีคุณสมบัติที่เชื่อว่าจะสามารถช่วยงานห้องปฏิบัติการเสมือนจริงได้เบื้องต้น จึงได้มอบหมายให้เจ้าหน้าที่โสตทัศนศึกษา 2 คน ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนไปปฏิบัติหน้าที่ด้านเทคนิคช่วยอาจารย์ในห้องปฏิบัติการเสมือนจริง พร้อมกับมีแผนส่งไปฝึกอบรมเพิ่มทักษะการปฏิบัติงานในฐานะเจ้าหน้าที่เทคนิคประจำห้องปฏิบัติการเสมือนจริง เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถในการให้บริการที่สนับสนุนการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ดังนั้น เพื่อให้การบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงมีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้สอน ผู้เรียน ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ว่าควรมีลักษณะอย่างไร มีองค์ประกอบอะไรบ้าง และมีกระบวนการให้บริการเป็นอย่างไรที่จะเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้เกี่ยวข้องในการจัดการเรียนการสอนรูปแบบสถานการณ์จำลองให้เสมือนจริง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (system theory)⁶⁻⁸ มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) ปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ จุดมุ่งหมาย ทรัพยากรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) กระบวนการ (process) ได้แก่ ขั้นตอนการทํากิจกรรมหรือขั้นตอนการดำเนินงาน และ 3) ผลลัพธ์ (output, outcome) ซึ่งเป็นผลงาน ผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่ได้ โดยแต่ละส่วนจะต้องมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและผสมผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์การอย่างเป็นระบบ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบนี้จะต้องมีความสัมพันธ์ต่อกันและกันและทำงานร่วมกันเป็นวัฏจักร เมื่อส่วนใดส่วนหนึ่งมีปัญหาหรือไม่ทำงานส่วนอื่นก็จะหยุดชะงักไปด้วย นอกจากนี้ระบบยังมีความสัมพันธ์ต่อสภาพแวดล้อม (environment) อย่างใกล้ชิดที่อาจกล่าวได้ว่าระบบจะได้รับข้อมูลนำเข้าจากสิ่งแวดล้อมและระบบจะสร้างหรือผลิตผลงานให้กับสิ่งแวดล้อมหรือไม่ อย่างไร โดยมีส่วนใดที่จะต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขหรือไม่ เราจึงต้องอาศัยข้อมูลป้อนกลับของระบบทฤษฎี (feedback) ซึ่งจะช่วยให้องค์การสามารถปรับปรุงระบบ ตัวป้อน (input) อย่างเป็นกระบวนการ (process) มากยิ่งขึ้น หรือผลย้อนกลับ (feedback) เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของระบบ



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง (simulation lab) คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบและการประเมินคุณภาพ ประกอบด้วย การวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ระบบ ระยะที่ 2 การออกแบบระบบ ระยะที่ 3 ทดลองใช้ระบบ และตรวจสอบคุณภาพของระบบ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อพัฒนาระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง (simulation lab) สำหรับผู้ให้บริการ ในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 ถึง ตุลาคม 2566

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ

อาจารย์พยาบาล 12 คน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3, 4 จำนวน 65 คน รวม 77 คน ของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้วิธีคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากเกณฑ์⁹

จำนวนประชากร	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
จำนวนประชากรทั้งหมดหลักร้อย	15-30 %
จำนวนประชากรทั้งหมดหลักพัน	10-15 %
จำนวนประชากรทั้งหมดหลักหมื่น	5-10 %

การวิจัยครั้งนี้จำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักร้อย จึงใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 15-30 % ได้แก่ อาจารย์ 75 คน ใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ 12-23 คน ผู้ใช้บริการ ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3, 4 จำนวน 400 คน ใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้ตั้งแต่ 65-129 คน ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 15% คือ อาจารย์พยาบาล 12 คน นักศึกษาพยาบาล จำนวน 65 คน

รวม 77 คน โดยผู้วิจัยจะกำหนดจำนวนตามสัดส่วนของนักศึกษา ผู้ให้บริการห้องปฏิบัติการจำลอง เพื่อให้เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม ป้องกันการไม่เป็น homogenous เหนือการคิดเข้า

1. อาจารย์พยาบาลที่สอนในรายวิชาที่ใช้บริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง

2. นักศึกษาพยาบาล (พยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3, 4) ที่เคยใช้บริการห้องปฏิบัติการเสมือนจริง

3. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

4. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

2. ต้องการออกจากการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงคณะพยาบาลศาสตร์ เก็บการุณย์ โดยการศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการการให้บริการฯ ในนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาล โดยการเก็บข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม (questionnaire) การวิจัยนี้ประชากรทั้งหมดเป็นหลักร้อย จึงใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 15 % นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3, 4 จำนวน 65 คน อาจารย์พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการสอนในห้องปฏิบัติการจำลองจำนวน 12 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวน ณ วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยสุ่มเลือกนักศึกษาในปี 3, 4 และอาจารย์แต่ละภาควิชาฯ ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) แบบไม่แทนที่ให้ครบตามจำนวนตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้ในแต่ละกลุ่ม ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้การสนทนากลุ่มนักศึกษา พยาบาล กลุ่มอาจารย์พยาบาล และกลุ่มผู้ดูแลระบบ กลุ่มละ 6-12 คน ร่วมกันศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสังเคราะห์ แล้วนำข้อมูลมากำหนดเป็นองค์ประกอบของระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง

ระยะที่ 2 การออกแบบระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง (simulation lab) โดยผู้วิจัยนำผลข้อมูลที่เตรียมไว้จากระยะที่ 1 มาพัฒนาระบบดังนี้

2.1 กำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน หรือเป้าหมายที่คาดหวัง คือ การบริการอย่างมืออาชีพ

2.2 กำหนดปัจจัยนำเข้า (input) ที่จะไปช่วยให้กระบวนการสามารถดำเนินงานได้อย่างราบรื่น ได้แก่ เจ้าหน้าที่เทคนิคผู้ให้บริการฯ (man) งบประมาณที่ใช้ในการพัฒนาการให้บริการฯ (money) อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ให้บริการฯ (material) วิธีการ/การจัดการบริการฯ (method/management)

2.3 กำหนดขั้นตอนหรือวิธีการให้บริการที่จะทำให้เกิดผลตามที่ต้องการประกอบด้วย 1) การบริการก่อนสอน ได้แก่ การขอใช้ห้อง การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ สถานที่ ฯลฯ 2) การบริการระหว่างสอน ได้แก่ การช่วยดำเนินการทางเทคนิค การแก้ปัญหาและตัดสินใจ ฯลฯ 3) การบริการหลังการสอน ได้แก่ การจัดเก็บอุปกรณ์ สถานที่ การประเมินผลการบริการ การเก็บรวบรวมข้อมูล การรายงาน การปรับปรุงพัฒนาการบริการ ฯลฯ

2.4 กำหนดผลที่ต้องการ (output, outcome) ได้แก่ 1) คุณภาพระบบบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐานการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความถูกต้อง และความเหมาะสม 2) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอยู่ในระดับมาก

ระยะที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพของระบบมี 2 ขั้นตอน คือ

3.1 ก่อนนำระบบไปทดลองใช้ ตรวจสอบคุณภาพของระบบด้านความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของระบบ โดยสอบถามผู้เชี่ยวชาญด้านการบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงจำนวน 3 ท่าน รวมทั้งให้พิจารณาความตรงตามทฤษฎีระบบ

3.2 การตรวจสอบคุณภาพของระบบบริการฯ ด้านความเป็นไปได้ ความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ และความถูกต้อง รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยทดลองใช้ระบบ ในปีการศึกษา 2566 กลุ่มที่ศึกษาประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล จำนวน 12 คน นักศึกษาพยาบาล จำนวน 65 คน ของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง (simulation lab) ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ก่อนนำไปทดลองใช้ตรวจสอบคุณภาพของระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงด้วยแบบประเมินคุณภาพระบบบริการประกอบด้วยด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความถูกต้อง และด้านความเหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (แนวคำถามการสนทนากลุ่ม) แบบประเมินคุณภาพระบบบริการ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้บริการฯ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้เกณฑ์การประเมินของลิเกิร์ต (Likert) ซึ่งแบ่งคะแนนเป็น 5 ช่วง คือ น้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก และมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวิจัยที่มีความสำคัญเนื่องจากต้องนำไปเก็บข้อมูลให้ได้ความจริงและความถูกต้องมากที่สุดจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำไปสู่ผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือ ซึ่งการหาคุณภาพเครื่องมือมีรายละเอียด¹⁰ ดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence = IOC) โดยสอบถามผู้เชี่ยวชาญด้านระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ นักเทคนิคห้องปฏิบัติการ (simulation lab) 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน นักวิจัยและประเมินผลทางการศึกษา 1 ท่าน และปรับแก้ระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือเกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป¹¹

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่มีความคงที่ ความคงเส้นคงวาของค่าที่วัดได้ และการวิจัยครั้งนี้ทำการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยตรวจสอบเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามคุณภาพระบบบริการ และความพึงพอใจต่อการใช้บริการฯ ที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขหลังจากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดสอบ

หาค่าความเชื่อมั่นกับนักศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลในพื้นที่บริบทใกล้เคียงและคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นจึงนำไปวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาคของแต่ละตัวแปร ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือและยอมรับได้ว่าควรมากกว่า 0.70¹²⁻¹³ โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่า 0.82 และ 0.83 ตามลำดับ จึงจะนำแบบสอบถามมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หมายเลขรับรอง KFN-IRB2021-7 วันที่ให้การรับรอง 3 พฤศจิกายน 2564 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลตามแผนการวิจัย อาสาสมัครสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลแก่ทีมผู้วิจัย ทีมผู้วิจัยได้ทำการป้องกันผลกระทบในการระบุถึงตัวผู้ให้ข้อมูล โดยใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล แปลงข้อมูลเสียงเป็นข้อมูลตัวอักษรไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ โดยข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลจะนำเสนอสรุปผลในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น หลังเสร็จสิ้นการวิจัยและได้รับการตีพิมพ์

เผยแพร่ข้อมูลจะถูกทำลาย ดังนั้นจะไม่ทำ ความเสียหายใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและสถาบันที่สังกัด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลเกี่ยวกับหลักการและวิธีสร้างระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง (simulation lab)
2. ออกแบบและสร้างระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง
3. นำระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา และประเมินคุณภาพของระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงทั้งในด้านเนื้อหาและเทคนิค แล้วนำข้อเสนอแนะต่าง ๆ กลับมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ
4. ทดลองใช้ (try out) ระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นกับผู้เกี่ยวข้องที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และปรับปรุงแก้ไขระบบบริการให้สมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย
5. สร้างแบบประเมินคุณภาพระบบบริการฯ โดยศึกษาแนวทางการสร้างแบบประเมินจากหนังสือเทคนิคการสร้างแบบประเมินและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างแบบประเมินขึ้นมา 1 ฉบับ นำแบบประเมินที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) และนำแบบประเมินที่ผ่านเกณฑ์มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) แล้วนำแบบประเมินที่สมบูรณ์ไปใช้ในการทดลองจริง
6. สร้างแบบประเมินความพึงพอใจ เพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ได้แก่ อาจารย์ และนักศึกษาที่มีต่อระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง โดยศึกษาแนวทางการสร้างแบบประเมินความพึงพอใจ โดยใช้แบบวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และ

มากที่สุด นำแบบประเมินความพึงพอใจไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านแบบทดสอบ และด้านภาษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมในด้านการใช้ภาษาและความหมาย ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ นำแบบประเมินความพึงพอใจไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้ระบบบริการฯ

7. ทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ นัดหมายวันเวลาดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล จัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเก็บข้อมูล ทดลองใช้ระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วบันทึกข้อมูลผลการทดลอง

8. ดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดการดำเนินการวิจัย และให้ใช้ระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง เมื่อใช้บริการเสร็จให้ผู้ให้บริการทำแบบสอบถามคุณภาพบริการ และความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพระบบบริการ และความพึงพอใจต่อการใช้ก่อนและหลังใช้ระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงโดยใช้สถิติ t-test

3. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มวิเคราะห์เนื้อหา content analysis

ผลการวิจัย

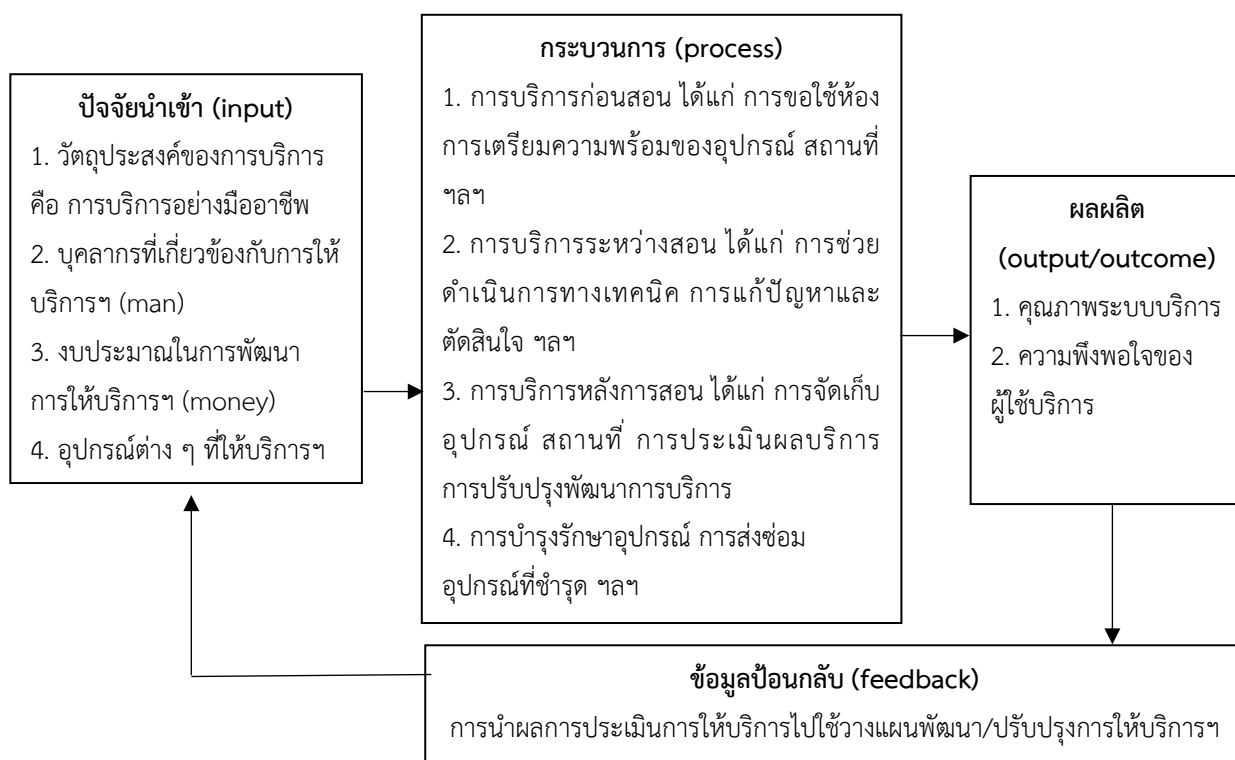
ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ศึกษาสภาพปัญหา และ

ความต้องการการให้บริการในนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาล พบว่า ด้านวัสดุอุปกรณ์บางอย่างไม่เพียงพอต่อความต้องการ/จำนวนของนักศึกษา/ในช่วงเวลาที่ใช้งานพร้อมกัน อุปกรณ์ไม่ทันสมัยเหมือนในหอผู้ป่วยจริง หุ่นไม่พร้อมใช้เนื่องจากมีบางส่วนชำรุดจากการใช้งานมานาน ด้านสถานที่ค่อนข้างเล็กไม่สามารถรองรับนักศึกษาจำนวนมากได้ ห้องที่มีรูปแบบเต็มระบบมีเพียงห้องเดียวทำให้ไม่เพียงพอต่อการใช้งานทั้งหุ่น SimMan และ SimMom เนื่องจากมีหุ่นเพียงอย่างละ 1 ตัวทำให้ใช้งานมากและเกิดการเสื่อมชำรุดได้ เวลาเปิดการให้บริการจำกัดในเวลาราชการ 8.00-16.00 น. นักศึกษาเลิกเรียนเย็นมาใช้บริการไม่ทัน ด้านบุคลากรยังไม่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะประจำห้องปฏิบัติการเสมือนจริง และจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลเกี่ยวกับหลักการ วิธีสร้างระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงให้มีคุณภาพ พบว่า มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการของระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้า (input) 2) กระบวนการ (process) 3) ผลลัพธ์ (output, outcome) และ 4) ข้อมูลป้อนกลับ (feedback)

ระยะที่ 2 การออกแบบระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ โดยเริ่มด้วยการตั้งวัตถุประสงค์/เป้าหมายให้การบริการอย่างมืออาชีพ จัดสรรเพิ่มจำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฯ และส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาทักษะให้มีความเชี่ยวชาญในด้านเทคนิคการใช้หุ่นจำลอง SimMan, SimMom มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเป็นตัวแทนของคณะทำหน้าที่วางแผนการปรับปรุงพัฒนาห้องปฏิบัติการเสมือนจริงให้มีคุณภาพ จัดตั้งงบประมาณประจำปี เพื่อใช้ในการพัฒนาการให้บริการฯ จัดซื้อหรือจัดหาวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ

ให้มีจำนวนที่เพียงพอ มีคุณภาพเสมือนจริง จัดให้มีการบริการครอบคลุมทั้งในระยก่อนการสอน ระหว่างการสอน และหลังการสอน โดยการบริการก่อนสอน มีตั้งแต่บริการ การขอใช้ห้องด้วยระบบออนไลน์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการได้ตลอดเวลา จัดเตรียมอุปกรณ์และสถานที่ให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ เพียงพอกับจำนวนผู้ใช้บริการ การบริการระหว่างสอน จัดให้มีบุคลากรทำหน้าที่ช่วยดำเนินการทางเทคนิคการใช้หุ่นจำลอง คอยดูแลแก้ไขปัญหาและตัดสินใจร่วมกับอาจารย์

ผู้สอน ส่วนการบริการหลังการสอน จะมี การดำเนินการจัดเก็บอุปกรณ์ สถานที่ และจัดการบำรุงรักษาอุปกรณ์ ประสานงานนำส่งอุปกรณ์ที่ชำรุดไปซ่อมบำรุงให้สามารถใช้งานได้ ฯลฯ อีกทั้งมีการประเมินคุณภาพระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอย่างสม่ำเสมอ แล้วนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนาบริการต่อไป ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงหลังการทดลอง

ตัวแปร	เวลาประเมิน	n	M	SD	t	df	p-value
คุณภาพระบบบริการของ ห้องปฏิบัติการเสมือนจริง	ก่อนใช้ บริการ	77	3.35	0.22	52.043	76	<.001
	หลังใช้บริการ	77	4.66	0.31			
ด้านความเป็นประโยชน์	ก่อนใช้ บริการ	77	3.92	0.20	25.535	76	<.001
	หลังใช้บริการ	77	4.75	0.37			
ด้านความเป็นไปได้	ก่อนใช้ บริการ	77	3.01	0.33	35.891	76	<.001
	หลังใช้บริการ	77	4.54	0.43			
ด้านความเหมาะสม	ก่อนใช้ บริการ	77	3.05	0.42	32.001	76	<.001
	หลังใช้บริการ	77	4.55	0.43			
ด้านความถูกต้องครอบคลุม	ก่อนใช้ บริการ	77	3.20	0.36	41.833	76	<.001
	หลังใช้บริการ	77	4.71	0.37			

*p-value < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า คุณภาพระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ในด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม ด้านความถูกต้องครอบคลุม หลังใช้บริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้บริการในทุกด้าน โดยคุณภาพระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ผู้ใช้บริการมีคะแนนเฉลี่ยก่อนใช้บริการเท่ากับ 3.35 (SD = 0.22) และมีคะแนนเฉลี่ยหลังใช้บริการเพิ่มขึ้น เท่ากับ 4.66 (SD = 0.31)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงหลังการทดลอง

ตัวแปร	เวลาประเมิน	n	M	SD	t	df	p-value
ความพึงพอใจต่อระบบบริการของ ห้องปฏิบัติการเสมือนจริง	ก่อนใช้บริการ	77	3.39	0.23	46.053	76	<.001
	หลังใช้บริการ	77	4.45	0.31			
ด้านการให้บริการ	ก่อนใช้บริการ	77	3.10	0.29	40.341	76	<.001
	หลังใช้บริการ	77	4.53	0.34			
ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการ	ก่อนใช้บริการ	77	4.23	0.31	18.880	76	<.001
	หลังใช้บริการ	77	4.84	0.33			

ตัวแปร	เวลาประเมิน	n	M	SD	t	df	p-value
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก (อุปกรณ์/สถานที่)	ก่อนใช้บริการ	77	2.85	0.37	34.546	76	<.001
	หลังใช้บริการ	77	3.98	0.53			

*p-value < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจต่อระบบของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ในด้านการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการด้านสิ่งอำนวยความสะดวก (อุปกรณ์/สถานที่) หลังใช้บริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้บริการในทุกด้าน โดยความพึงพอใจต่อระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ผู้ใช้บริการมีคะแนนเฉลี่ยก่อนใช้บริการ เท่ากับ 3.39 (SD = 0.23) และมีคะแนนเฉลี่ยหลังใช้บริการเพิ่มขึ้น เท่ากับ 4.45 (SD = 0.31)

การอภิปรายผล

การพัฒนาระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยนำผลการวิเคราะห์ระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง การศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการการให้บริการของนักศึกษาและอาจารย์ที่ใช้ห้องปฏิบัติการเสมือนจริงมาใช้ในการออกแบบพัฒนาระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริงจนได้ระบบบริการฯ ที่ดีที่สุด ผ่านองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) ผลลัพธ์ (output, outcome) และข้อมูลป้อนกลับ (feedback) ตามแนวคิดทฤษฎีระบบ⁶⁻⁸ โดยเริ่มด้วยการตั้งวัตถุประสงค์/เป้าหมายให้การบริการอย่างมืออาชีพ จัดสรรบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ให้เพียงพอ จัดให้มีการบริการครอบคลุมทั้งใน

ระยะก่อนสอน ระหว่างการสอน และหลังการสอน โดยมีการประเมินคุณภาพระบบบริการ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอย่างสม่ำเสมอ แล้วนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนาบริการต่อไป โดยระบบการให้บริการเริ่มตั้งแต่ 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่คาดหวังให้เกิด คือ “การบริการอย่างมืออาชีพ” การจัดสรรอัตรากำลังคนปฏิบัติงานดูแลให้บริการ การแต่งตั้งให้บุคคล หรือกลุ่มบุคคลในรูปแบบคณะกรรมการเป็นตัวแทนขององค์กร ทำหน้าที่ดูแลบริหารจัดการวางแผนการให้บริการ และปรับปรุงพัฒนาห้องปฏิบัติการเสมือนจริงให้มีคุณภาพ¹⁴ มีการจัดทำงบประมาณในการพัฒนาการให้บริการฯ อย่างเพียงพอเหมาะสมในทุกปีงบประมาณ จัดหาวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฯ ตามความต้องการของผู้ใช้บริการ และมีทั้งคุณภาพ ปริมาณจำนวนเพียงพอต่อการใช้งาน 2) ในส่วนของกระบวนการให้บริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง (process) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 2.1) การบริการก่อนสอน เช่น การขอใช้ห้อง การเตรียมความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ฯลฯ 2.2) การบริการระหว่างสอน เช่น การช่วยดำเนินการทางเทคนิค การอำนวยความสะดวกต่าง ๆ การแก้ปัญหา และตัดสินใจ ฯลฯ 2.3) การบริการหลังการสอน เช่น การจัดเก็บอุปกรณ์ สถานที่ การประเมินผลบริการ การปรับปรุงพัฒนาการบริการ และ 2.4) การบำรุงรักษาอุปกรณ์ การส่งซ่อมอุปกรณ์ที่ชำรุด ฯลฯ เพื่อความคุ้มค่า

คุ้มค่าและมีของใช้งานอย่างเพียงพอ ซึ่งแต่ละขั้นตอนควรมีความชัดเจน ใช้บริการง่าย สะดวก รวดเร็ว เป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้บริการ เพื่อให้ได้ผลผลิต คือระบบบริการที่มีคุณภาพ ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจในการให้บริการ ตลอดจนในระบบบริการควรมีการประเมินผล การใช้บริการอย่างสม่ำเสมอเพื่อการนำผลการประเมินการให้บริการไปใช้วางแผนพัฒนา/ปรับปรุงการให้บริการฯ ต่อไป (feedback)

หลังการพัฒนากระบวนการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง พบว่า ระบบบริการมีคุณภาพทั้ง 4 ด้าน คือด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม ด้านความถูกต้องครอบคลุม หลังใช้บริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้บริการในทุกด้าน สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานทางการศึกษา 4 หมวดมาตรฐานคือ มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (utility standards) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (feasibility standards) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (propriety standards) และมาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (accuracy standards) ของคณะกรรมการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐาน การประเมินการศึกษา (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation)¹⁵ จึงสรุปได้ว่า ระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง มีคุณภาพตามเกณฑ์ ด้านความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ และ ความถูกต้องครอบคลุมสามารถนำไปใช้ใน สถานการณ์จริงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย ผู้บริหารสถาบันการศึกษา ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ในส่วนปัจจัยนำเข้า

โดยการจัดสรรบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ ดำเนินกระบวนการบริการอย่างเป็นขั้นตอนครบทั้ง 3 ระยะ ตั้งแต่ก่อน-ระหว่าง-หลังให้บริการ และมีการประเมินคุณภาพและความพึงพอใจ การให้บริการเป็นประจำสม่ำเสมอ เพื่อให้การบริการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ

2. ด้านการปฏิบัติงาน ระบบบริการของห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในสถาบันการศึกษาพยาบาล โดยเป็นเครื่องมือสำหรับอาจารย์ในการสอนปฏิบัติการเสมือนจริง

3. ด้านการทำวิจัย ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาการใช้ระบบบริการระยะยาวเชิงลึก ในมุมมองของทั้งผู้เรียน และผู้สอน เพื่อให้ได้สารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาการสอนผ่านห้องปฏิบัติการเสมือนจริง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (Navamindradhiraj University Research fund)

เอกสารอ้างอิง

1. Bachelor of Nursing Science Program, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University; 2021.
2. Khaemmane T. Teaching science. Knowledge for organizing an effective learning process. Bangkok: Chulalongkorn University; 2023.

3. Chancharoen T. Learning management towards Thai education 4.0. Graduate Studies Journal. Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, 2019;13(3):216-229.
4. Hansopha R, Suphakitjo S, Chuson P, Sonsuwan S. Bungane M. Learning Management in the 21st Century: Theory into Practice, Dhammathit Academic Journal, 2020;20(2):163-172.
5. Panich W. Ways to create learning for students in the 21st century. Bangkok: Sodsri-Saritwong Foundation; 2012.
6. Rodprasert P. Policy and Planning: Principles and Theory. Bangkok: Natikun Printing; 2000.
7. Phimonrattanakarn S. Systems theory. [Internet]. 2022 [cited 2022]. Available from: https://elcls.ssru.ac.th/~anuch_na/pluginfile.php/232/mod_resource/content/1
8. Churchman, C.W. The Systems Approach. New York: Dell, 1968. [cited 2022]. Available from: <https://maymayny.wordpress.com/2014/10/26/system-theory/>
9. Srisa-at B. Preliminary research. 9th ed. Bangkok: Suviriyasan; 2013.
10. Kitteerawutthawong N. Public health research: from principles to practice. Phitsanulok: Rattanasuwan Printing; 2017.
11. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Dutch Journal of Educational Research, 1977;2,49-60.
12. DeVellis, R.F. Scale Development: Theory and Applications. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2012.
13. Wanichbancha K. Wanichbancha T. Using spss for windows in analysis. Information. 31th ed. Bangkok: Samlada; 2024.
14. Suraarmart K. Quality Improvement Model for Laboratory Standard in Sub-district Health Promoting Hospital in Chaturapakphiman, Roi-Et [dissertation M.S. Public Health]. Mahasarakham University; 2017.
15. Madaus, G. F., Scriven, M. S., & Stufflebeam, D. L. (Eds.). Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation. Boston: Kluwer-Nijhoff; 1983.

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพจิต ต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

สุธิภาณจน์ ไชยลาภ¹จันทรัตน์ วงศ์อารีย์สวัสดิ์² พรพรหม รุจิไพโรจน์²วัลยา ตูพานิช³ณัฐนันท์ วัฒนวิการ⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพจิต และความตระหนักรู้มาพัฒนาโปรแกรมฯ ในการศึกษาค้นคว้า รูปแบบการวิจัยเป็นวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน ระยะเวลาศึกษา 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพจิต และความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าทีแบบจับคู่ และการทดสอบค่าทีแบบอิสระ ผลการวิจัย พบว่า 1) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตฯ และความตระหนักรู้โดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และ 2) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตฯ และความตระหนักรู้โดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้นโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพจิต สามารถทำให้นักเรียนมีแนวโน้มของความรู้และความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้มากกว่าการเรียนรู้ด้วยตนเองจากแผ่นพับร่วมกับการได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพจิต

คำสำคัญ: ความรู้ทางสุขภาพจิต/ การป้องกันปัจจัยเสี่ยง/ ความเครียด/ ภาวะซึมเศร้า/ วัยรุ่น

¹ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร กรุงเทพฯ

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

⁴ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

Corresponding Author, E mail: nattanawat@nmu.ac.th

วันที่รับ 24 พฤศจิกายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 16 ธันวาคม 2567 วันที่ตอบรับ 25 ธันวาคม 2567

Research article

The Effectiveness of Mental Health Literacy Enhancement Program on Awareness in Prevention of Risk Factors for Stress and Depression Among Adolescents in Dusit District, Bangkok Metropolis

*Suteekarn Chaivalap*¹*Chantrarat Vongareesawat*² *Pornprom Rujipairoch*²*Walaya Tupanich*³*Nattanan Wattanawikan*⁴

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of a mental health literacy enhancement program on raising awareness of risk factor prevention for stress and depression among student in urban areas of Bangkok. The concepts of mental health literacy and awareness were applied to the program development. The research took a quasi-experimental approach with a two group pre-posttest design. The sample consisted of 70 senior high school students in Dusit District, Bangkok, who were divided equally into experimental and control groups of 35 participants each. The data collection instruments included a general information record, a mental health literacy questionnaire, and a stress and depression a risk prevention awareness questionnaire. The study was conducted over four weeks, with data collected at week 1 and week 4. Data analysis was performed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests. The research revealed the following: 1) at posttest, the experimental group exhibited higher mean score for mental health literacy and awareness than at pretest ($p\text{-value}>.05$) 2) at posttest, the experimental group demonstrated a statistically significant higher mean score for mental health literacy and awareness than the control group, but without statistical significance. Therefore, the mental health literacy the mental health literacy promotion program can increase students literacy and awareness about prevention risk factors for stress and depression better than self-learning from a brochure combined with receiving advice on mental health promotion.

Keywords: mental health literacy/ risk prevention/ stress/ depression/ adolescents

¹ Associate Professor, Faculty of Nursing, Shinawatra University, Bangkok

² Instructor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok

³ Assistant Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok

⁴ Instructor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok

Corresponding Author, Email: nattanan.wat@nmu.ac.th

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากในวัยรุ่นทั่วโลก มีผลการศึกษาาระหว่างปี ค.ศ. 2005-2015 พบว่า อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นถึง 18.4 เท่า⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย วัยรุ่นมีแนวโน้มจะมีปัญหาทางอารมณ์จนไปถึงภาวะซึมเศร้า จากข้อมูลสำรวจวัยรุ่นระหว่างอายุ 11-19 ปี ทั่วประเทศ จำนวน 5,345 คน พบว่า มีวัยรุ่นมากถึง 2 ใน 3 ที่มีภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็น ซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 49.8 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 13.2 ซึมเศร้ามาก ร้อยละ 3.2 และซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.7 โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงมากกว่าเพศชาย และมีความคิดอยากตายสูงถึงร้อยละ 20.5 เคยคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.1 และเคยคิดพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.4 อีกทั้งยังพบว่า อายุ 15-19 ปี มีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าอายุ 11-14 ปี มีการสำรวจความชุกภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นใน 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ กรุงเทพมหานครถูกจัดอยู่ในเขตสุขภาพที่ 13 ซึ่งมีความชุกของความเสี่ยงภาวะเศร้าในวัยรุ่นอยู่ในลำดับที่สามของประเทศไทย จากผลการศึกษาความชุกของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วงอายุ 11-19 ปี ทั่วประเทศ โดยอยู่ในระดับซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 49 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 17.9 ซึมเศร้ามาก ร้อยละ 5 และซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 1.2 ซึ่งเมื่อประเมินระดับความเสี่ยงฆ่าตัวตาย อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 14 ปานกลาง ร้อยละ 7.9 และสูง ร้อยละ 2.4⁽²⁾ นอกจากนี้อุบัติการณ์ความเครียดในนักเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนมากกว่าครึ่งมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ มากไปกว่านั้นบริบทความเป็นเขตเมืองอาจได้รับผลกระทบมากกว่าเขตชนบทหรือต่างจังหวัด ที่ผ่านมายังไม่มี

การรวบรวมข้อมูลของภาวะเครียดและซึมเศร้าของวัยรุ่นในแต่ละเขต ส่วนใหญ่นำเสนอเป็นภาพรวมของกรุงเทพมหานคร แต่เขตดุสิตจัดเป็นเขตพื้นที่สำคัญของกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นพื้นที่ใหญ่และมีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นมาก มีลักษณะของความเป็นเขตเมืองโดดเด่น มีโรงเรียนจำนวนมาก ซึ่งจะสะท้อนปัญหาความเครียด และซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ชัดเจน นอกจากนี้ จากการศึกษา มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดหลายปัจจัย ได้แก่ สถานศึกษา คุณครู การเรียน อนาคต การจัดสรรเวลา และครอบครัว สาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว คนใกล้ชิด เพื่อนฝูง การถูกดูต่ำ และปัญหาผิดหวังในความรัก รวมทั้งยังขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองเมื่อเผชิญปัญหา ทำให้เกิดความคิดอยากทำร้ายตนเอง และคิดฆ่าตัวตาย ปัจจัยทั้งหมดนี้ล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดกับวัยรุ่น⁽³⁾ อีกทั้งพัฒนาการตามช่วงวัยของวัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่มีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ส่งผลให้มีอารมณ์แปรปรวนได้ง่ายกว่าช่วงวัยอื่น จึงทำให้วัยรุ่นในประเทศไทย และกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตทั้งภาวะซึมเศร้า และความเครียดเพิ่มสูงขึ้น

ความรู้ทางสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของประชาชนทุกช่วงวัย ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และความรู้เท่าทัน⁽⁴⁾ การส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะนำไปสู่ความตระหนักรู้ต่อการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การปรับเปลี่ยนความคิด และมุมมองของชีวิต ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มความมีคุณค่าและ

การเติบโตในตนเองมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้⁽⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และความตระหนักรู้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในวัยรุ่น และการส่งเสริมในโรงเรียนส่วนใหญ่ ยังเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองจากแผ่นพับร่วมกับการได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพจิต จากปัญหาที่กล่าวมา การประยุกต์ใช้แนวคิด ความรอบรู้ทางสุขภาพของ ดอน นัทปิม⁽⁴⁾ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และความตระหนักรู้ในวัยรุ่นมีความเหมาะสม เนื่องจากองค์ประกอบของแนวคิดนี้ มีความสอดคล้องกับพัฒนาการของวัยรุ่นทางด้านสังคม และสติปัญญา คือ เป็นช่วงวัยที่เริ่มสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนและเรียนรู้บทบาททางสังคม มีความสามารถในการวิเคราะห์และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง กล่าวคือการเสริมสร้างให้วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิต ผ่านการใช้ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลในช่องทางต่าง ๆ ที่ดีของวัยรุ่น ให้สามารถเข้าถึงข้อมูล และสามารถตัดสินใจเลือกรับฟังและอ่านข้อมูลที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ นำไปสู่การเลือกปฏิบัติในชีวิตของตนเองและเผยแพร่ความรู้ให้กับผู้อื่นได้อย่างภาคภูมิใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และความตระหนักรู้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในวัยรุ่น และการส่งเสริมในโรงเรียนส่วนใหญ่ ยังเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองจากแผ่นพับร่วมกับการได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพจิต จากปัญหาที่กล่าวมา การประยุกต์ใช้แนวคิด ความรอบรู้ทางสุขภาพของ ดอน นัทปิม⁽⁴⁾

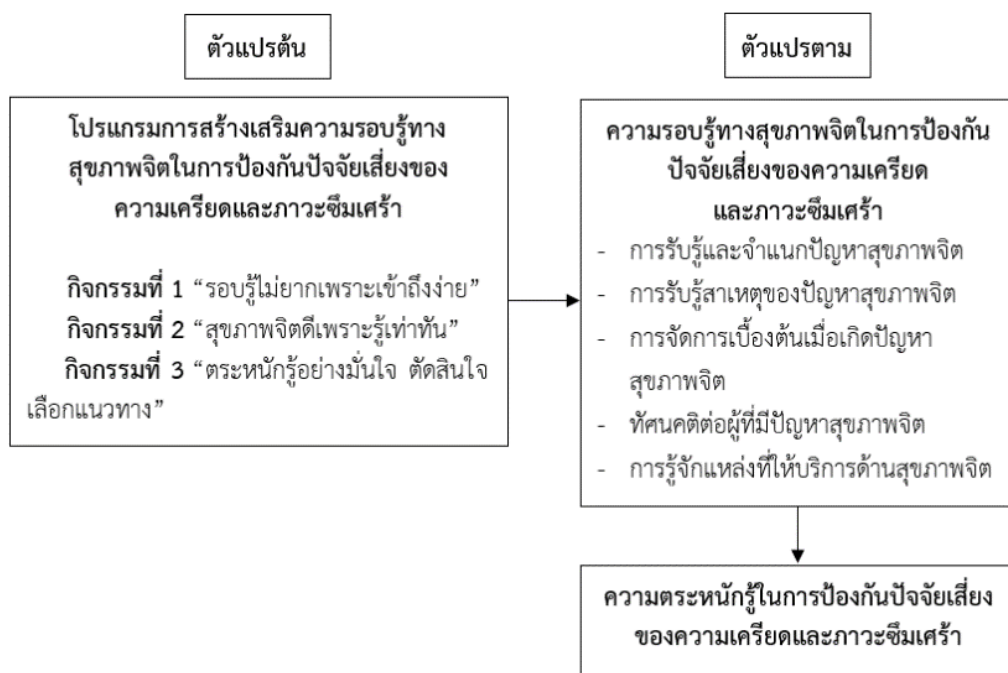
เพื่อเสริมสร้าง ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และความตระหนักรู้ในวัยรุ่นมีความเหมาะสม เนื่องจากองค์ประกอบของแนวคิดนี้ มีความสอดคล้องกับพัฒนาการของวัยรุ่นทางด้านสังคมและสติปัญญา คือ เป็นช่วงวัยที่เริ่มสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนและเรียนรู้บทบาททางสังคม มีความสามารถในการวิเคราะห์และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง กล่าวคือการเสริมสร้างให้วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิต ผ่านการใช้ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลในช่องทางต่าง ๆ ที่ดีของวัยรุ่น ให้สามารถเข้าถึงข้อมูล และสามารถตัดสินใจเลือกรับฟัง และอ่านข้อมูลที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ นำไปสู่การเลือกปฏิบัติในชีวิตของตนเองและเผยแพร่ความรู้ให้กับผู้อื่นได้อย่างภาคภูมิใจ

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร โดยนำแนวคิด ความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) และความตระหนักรู้ (awareness) นำมาพัฒนาโปรแกรมกระบวนการและกิจกรรมในการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพจิต (mental health literacy) โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต สามารถปฏิบัติตัว มีทักษะในการจัดการกับความเครียด ความตระหนักรู้ในการป้องกันความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม และสามารถปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตให้ดีขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้ในอนาคต และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรในเขตเมืองต่อไป และเป็นแนวทางของบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพจิต ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพจิตของดอน นัทปิม⁽⁴⁾ มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิต การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต การจัดการปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเองได้ ทักษะที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และการรู้จักแหล่งที่ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมีความครอบคลุมทั้งการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ทักษะในการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม รวมไปถึงทักษะในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตเพื่อให้ตนเองมีความสุขและสบายใจ ดังนั้น หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับที่ดีจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพจิต

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพจิตและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-posttest design)

ประชากร คือ วัยรุ่นซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่ผ่านตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นนักเรียนมีสมาร์ทโฟน แท็บเล็ต หรืออุปกรณ์สื่อสารอย่างใดอย่างหนึ่งที่ใช้อินเทอร์เน็ตได้ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สื่อสารด้วยการพูด และฟังภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดจนสิ้นสุดโครงการ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณตามสูตรการหาขนาดตัวอย่างของงานวิจัย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (two independent sample) ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.80 กำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ (level of significance) ที่ระดับ .05 ($\alpha=.05$) และกำหนดขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.50 และค่าขนาดของอิทธิพลกลุ่ม (effect size) คำนวณจากค่าเฉลี่ยคะแนน อ้างอิงจากงานวิจัยที่ผ่านมา⁽⁸⁾ เพื่อป้องกันความผิดพลาด จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ต่อกลุ่ม⁽⁹⁾ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ จำนวน 38 คนต่อกลุ่ม รวมเป็น 76 คน โดยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกสถานที่ที่ใช้ในการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ โดยคัดเลือกโรงเรียนสองแห่ง ในเขตดุสิตของ

กรุงเทพมหานครที่มีลักษณะบริบทของโรงเรียนใกล้เคียงกันมากที่สุด การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับฉลากห้องเรียนที่ได้เข้าร่วม โรงเรียนละ 1 ห้องเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบบันทึก

แบบตรวจสอบรายการ และกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม การแสวงหาใช้บริการให้ความช่วยเหลือ การสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพจิต สถานะทางสุขภาพ การใช้บุหรี่สารเสพติดหรือยาบางชนิด

2. แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพจิต

ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิต ด้านการรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต ด้านการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ด้านทัศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ด้านการรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต และด้านวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอย่างรู้เท่าทัน

3. แบบสอบถามความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า

อาสาสมัครกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมฯ ในการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรู้ทางสุขภาพจิต (mental health literacy) ในการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความรู้ทางสุขภาพจิตและความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 กิจกรรม รวมใช้เวลา 1 ชั่วโมง 10 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 "รอบรู้ไม่ยากเพราะเข้าถึงง่าย" เป็นกิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลา 10 นาที โดยอธิบายให้ความรู้ร่วมกับสาธิตการใช้สื่อ Line official และให้อาสาสมัครฝึกปฏิบัติใช้งาน Line official ย้อนกลับ

กิจกรรมที่ 2 "สุขภาพจิตดีเพราะเข้าใจรู้เท่าทัน" เป็นกิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลา 30 นาที โดยให้อาสาสมัครฝึกวางแผนการตระหนักรู้เพื่อการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าจากแบบฝึกวางแผนปฏิบัติ เช่น การจำแนกอาการเครียดและอาการเศร้าได้ การเข้าใจสาเหตุของความเครียดและซึมเศร้า และเทคนิคการคลายความเครียดด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 3 "ตระหนักรู้อย่างมั่นใจตัดสินใจเลือกแนวทาง" เป็นกิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลา 30 นาที โดยให้อาสาสมัครอภิปรายสิ่งที่ได้เรียนรู้ให้กับผู้วิจัยตามคู่มือความรู้ทางสุขภาพจิต

และเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ที่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้อาสาสมัครสามารถโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยนและตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต และการรู้จักเลือกแหล่งบริการเพื่อขอรับความช่วยเหลือผ่านการใช้สื่ออย่างเหมาะสม และการประยุกต์ใช้ความรู้ผ่านสื่อในการจัดการและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและให้คำแนะนำเบื้องต้นกับผู้อื่นได้ โดยทีมผู้วิจัยอธิบายวิธีการรู้เท่าทันปัญหาสุขภาพจิตผ่านสื่อ Line official ตามคู่มือและให้นำไปปฏิบัติจริง จากนั้นโทรศัพท์ติดตามรายบุคคล ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ จำนวน 1 ครั้ง เป็นเวลา 20 นาที เพื่อทบทวนความรู้และการปฏิบัติ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและอาจสามารถบอกหรือแนะนำต่อได้

คุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามโดยผ่านการตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหาของโปรแกรมและแบบสอบถามโดยรวมจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน แพทย์จำนวน 1 ท่าน พยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 2 ท่าน พบว่าโปรแกรมและชุดแบบสอบถามโดยรวม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีค่า IOC มากกว่า 0.60 และผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน ไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมปลาย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) .934 และ .729 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้รับ หนังสืออนุมัติเลขที่ COA 178/2564 วันที่อนุมัติ 14 สิงหาคม 2564 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามเกณฑ์ ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนอย่าง เคร่งครัด โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจง จากผู้วิจัยในรายละเอียดเกี่ยวกับที่มา และ วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนที่ จะได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของ การวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้า ร่วมการวิจัย ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ไม่มีสิ่งใด ปิดบังซ่อนเร้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอม ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ดำเนินการทดลอง และ เก็บข้อมูลตามแผนการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้ จะถูกเก็บเป็นความลับและเผยแพร่ข้อมูลนำเสนอ ผลในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น หลังได้รับ การตีพิมพ์เผยแพร่จะถูกทำลาย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้อบรมผู้ช่วยนักวิจัยถึงแนวทางการรวบรวมข้อมูลและดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูล 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และ ความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4 เป็นเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้แบบสอบถาม ในการวิจัย โดยดำเนินการที่ห้องประชุมในโรงเรียน ของกลุ่มทดลอง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลอนามัยโรงเรียน

ในพื้นที่ โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการป้องกันปัจจัย เสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลการวิจัยในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปพร้อม ๆ กัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM SPSS statistics version 26 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และ ความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนและหลัง การทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที่แบบจับคู่ (paired t-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และ ความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนและหลัง การทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที่แบบอิสระ (independent t-test)

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอม และเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 38 คน เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม คงเหลือกลุ่มทดลอง 35 คน เนื่องจากติดการเรียนการสอน จำนวน 3 คน

และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน เนื่องจากติดการเรียนการสอนเช่นเดียวกัน จำนวน 3 คน คงเหลือ 70 คน คิดเป็นอัตราการสูญหาย ร้อยละ 7.89

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นชาย ร้อยละ 40 และ 54.29 ตามลำดับ อายุ อยู่ในช่วงวัยรุ่น 16.46 ± 0.51 ปี และ 16.69 ± 0.72 ปี ตามลำดับ น้ำหนักเฉลี่ย 58.14 ± 13.43 กก. และ 59.01 ± 16.91 กก. ตามลำดับ มีระดับ การศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 100 กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีสิ่งที่ใช้คลายเครียด ร้อยละ 80 และ 88.57 ตามลำดับ ได้แก่ บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า หรือ ยาเส้น ร้อยละ 5.71 และ 0.00 ตามลำดับ สารเสพติด

ร้อยละ 5.71 และ 2.86 ตามลำดับ ยาคลายเครียด ร้อยละ 0.00 และ 8.57 ตามลำดับ และสิ่งที่ใช้ คลายเครียดอื่น ๆ ร้อยละ 74.29 และ 80 ตามลำดับ เมื่อนำข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกัน โดยทำการทดสอบ ข้อตกลงเบื้องต้น โดยหาค่า homogeneity of variance (homogeneity assumption) และทดสอบ Levene's test หากค่า t ไม่ sig (มีค่ามากกว่า .05) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแปรปรวน ไม่แตกต่างกัน ผลการทดสอบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		p
	n	%	n	%	
เพศ					
ชาย	14	40.00	19	54.29	.243 ^d
หญิง	19	54.29	16	45.71	
อื่น ๆ	2	5.71	0	0.00	
อายุ (ปี), mean $\pm$ SD	16.46 ± 0.51		16.69 ± 0.72		.128 ^c
min. – max.	(16 – 17)		(15 – 18)		
น้ำหนัก (กก.), mean $\pm$ SD	58.14 ± 13.43		59.01 ± 16.91		.815 ^c
min. – max.	(44 – 109)		(39 – 121)		
สิ่งที่ใช้เป็นประจำเพื่อคลายเครียด					
บุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า/ยาเส้น	2	5.71	0	0.00	.493 ^d
สุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	0	0.00	0	0.00	NA
สารเสพติด	2	5.71	1	2.86	1.000 ^d
ยาคลายเครียด	0	0.00	3	8.57	.239 ^d
อื่น ๆ	26	74.29	28	80.00	.569 ^c

^aIndependent samples t-test, ^bMann-Whitney U test, ^cChi-square test or ^dFisher's exact test.

ข้อที่มีสัญลักษณ์ * เลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง ของความเครียด ในด้านที่ 5 การรู้จักแหล่งที่ ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ด้านที่ 6 วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอย่างรู้เท่าทัน และโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ส่วนด้านที่ 1

การรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิต ด้านที่ 2 การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต และด้านที่ 3 การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ แต่ด้านที่ 4 ทักษะติดต่อผู้ที่มี ปัญหาสุขภาพจิต ภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อน การทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลอง ($n=35$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		T	p
	M	SD	M	SD		
ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า						
ด้านที่ 1 การรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิต	1.43	0.92	1.51	0.85	0.552	.585
ด้านที่ 2 การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต	7.00	2.07	7.31	2.04	0.809	.424
ด้านที่ 3 การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต	37.46	8.75	39.86	7.09	1.686	.101
ด้านที่ 4 ทักษะติดต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต	37.91	7.34	37.23	6.62	-0.615	.542
ด้านที่ 5 การรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต	26.40	9.66	32.20	10.20	3.683	.001*
ด้านที่ 6 วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอย่างรู้เท่าทัน	33.37	10.28	37.40	8.77	2.386	.023*
ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยรวม	143.57	27.01	155.51	24.27	3.168	.003*

*significant at $p\text{-value} < .05$

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า โดยรวม ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

แต่มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลอง (n=35)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
ความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยรวม	37.51	5.72	38.74	4.93	1.290	.206

*significant at p-value<.05

ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้าในด้านที่ 5 การรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ส่วนด้านที่ 6 วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอย่างรู้เท่าทัน และโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่ด้านที่ 1 การรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิต และด้านที่ 4 ทศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ส่วนด้านที่ 2 การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต และด้านที่ 3 การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าจำแนกรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p
	(n = 35)		(n = 35)			
	M	SD	M	SD		

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า						
ด้านที่ 1 การรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิต						
ก่อนการทดลอง	1.43	0.92	1.66	0.73	-1.157	.252
หลังการทดลอง	1.51	0.85	1.89	0.32	-2.409	.020*
ด้านที่ 2 การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต						
ก่อนการทดลอง	7.00	2.07	7.77	1.57	-1.754	.084
หลังการทดลอง	7.31	2.04	7.89	1.16	-1.441	.155
ด้านที่ 3 การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต						
ก่อนการทดลอง	37.46	8.75	41.66	6.80	-2.243	.028*
หลังการทดลอง	39.86	7.09	42.97	6.22	-1.953	.055

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p
	(n = 35)		(n = 35)			
	M	SD	M	SD		

ด้านที่ 4 ทศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต						
ก่อนการทดลอง	37.91	7.34	37.83	7.43	0.049	.961
หลังการทดลอง	37.23	6.62	40.57	6.17	-2.186	.032*
ด้านที่ 5 การรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต						
ก่อนการทดลอง	26.40	9.66	24.37	8.05	0.955	.343
หลังการทดลอง	32.20	10.20	24.11	6.04	4.036	<.001*
ด้านที่ 6 วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอย่างรู้เท่าทัน						
ก่อนการทดลอง	33.37	10.28	36.14	9.52	-1.170	.246
หลังการทดลอง	37.40	8.77	36.17	7.03	0.647	.520
ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยรวม						
ก่อนการทดลอง	143.57	27.01	149.43	22.55	-0.985	.328
หลังการทดลอง	155.51	24.27	153.60	17.83	0.376	.708

*significant at p-value<.05

‡ adjusted mean difference estimated by ANCOVA with multiple comparisons using Bonferroni test, adjusted for baseline value

ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สูงขึ้นแต่ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ มีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัย ทางสถิติ (p-value<.05) ดังตารางที่ 5 เสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยรวม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า จำแนกรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p
	(n=35)		(n=35)			
	M	SD	M	SD		
ความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยรวม						
ก่อนการทดลอง	37.51	5.72	41.49	5.49	-2.965	.004*
หลังการทดลอง	38.74	4.93	43.37	3.77	-4.413	<.001*

*significant at p-value<.05

‡ adjusted mean difference estimated by ANCOVA with multiple comparisons using Bonferroni test, adjusted for baseline value

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้าโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.168$, $p=.003$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า

คะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้าโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลอง ($t=2.357$, $p=.024$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้าโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=70$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดโดยรวม								
ก่อนการทดลอง	143.57	27.01	ปานกลาง	149.43	22.55	ปานกลาง	-0.985	.328
หลังการทดลอง	155.51	24.27	ปานกลาง	153.60	17.83	ปานกลาง	0.376	.197
t = 3.168, p = 0.003*			t = 1.473, p = 0.150					

*significant at $p\text{-value} < .05$

‡adjusted mean difference estimated by ANCOVA with multiple comparisons using Bonferroni test, adjusted for baseline value

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.290$, $p=.206$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า

คะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดโดยรวม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.357$, $p=.024$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (N=70)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดโดยรวม								
ก่อนการทดลอง	37.51	5.72	ปานกลาง	41.49	5.49	สูง	-2.965	.004*
หลังการทดลอง	38.74	4.93	ปานกลาง	43.37	3.77	สูง	-4.413	.002*
	t = 1.290, p = 0.206			t = 2.357, p = 0.024*				

*significant at p-value<.05

‡ adjusted mean difference estimated by ANCOVA with multiple comparisons using Bonferroni test, adjusted for baseline value

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพจิตของวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดโดยรวม ภายหลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิต ด้านการรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต ด้านการจัดการเบื้องต้น เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ด้านการรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต และด้านวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอย่างรู้เท่าทัน นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยยังเพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ถึงแม้ว่าจะไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจมีผลกระทบมาจากกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตฯ โดยรวมต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ตั้งแต่ก่อนการทดลอง

จากคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตที่เพิ่มสูงขึ้นของกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วานิศา ประโยชน์มี และคณะ (2563)⁽⁶⁾ ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

ความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกัน และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ชลดา กิ่งมาลา และคณะ (2566)⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพทางเพศก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกัน และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ซึ่งทำให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพจิตมาพัฒนาโปรแกรมฯ ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นไปตามกระบวนการของแนวคิด คือ ผู้วิจัยที่มีความรู้และเชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตจัดทำ Line official โดยแนบคู่มือความรู้ด้านสุขภาพจิต เกี่ยวกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า การจำแนกอาการสาเหตุ และการปรับทัศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาความเครียดและภาวะซึมเศร้าและฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคการคลายเครียดด้วยตนเอง เพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่มาจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ร่วมกับการบรรยายเกี่ยวกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยสรุป และอภิปรายสิ่งที่

ได้เรียนรู้แสดงถึงความเข้าใจ และเกิดการโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนของวัยรุ่นร่วมกันกับผู้วิจัย ซึ่งการออกแบบโปรแกรมลักษณะนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา⁽¹¹⁾ ที่มีการมุ่งเน้นกิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ให้เพิ่มขึ้นของวัยรุ่นผ่านโปรแกรมฯ ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต และการรู้จักเลือกแหล่งบริการเพื่อขอรับความช่วยเหลือผ่านการใช้สื่ออย่างเหมาะสม นำไปสู่การจัดการและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและให้คำแนะนำเบื้องต้นกับผู้อื่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹²⁾ ที่พบว่า การใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพจิตช่วยเพิ่มทักษะในการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต การค้นหาแหล่งข้อมูลสุขภาพจิต และการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ

ถึงแม้ว่าความรู้ทางสุขภาพจิตด้านทัศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติให้เหมาะสมมีความจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ร่วมกับการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมและมีความต่อเนื่องของกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์⁽¹³⁾ ซึ่งโปรแกรมฯ ในการศึกษาครั้งนี้มีทำกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมเพียง 1 ครั้ง ใน 1 เดือน อาจจะไม่เพียงพอต่อการสร้างทัศนคติที่เหมาะสม

คะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยรวมภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนความตระหนักรู้ทางสุขภาพจิตฯ โดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความตระหนักรู้ในตนเองและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นสูงกว่าก่อนการทดลอง

และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยการศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบจำลองการให้ข้อมูลแรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ของฟิชเชอร์ และฟิชเชอร์ (1992) ร่วมกับทฤษฎีความตระหนักรู้ในตนเอง ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมที่ดีนั้นต้องเกิดจากการได้รับข้อมูลอย่างถูกต้อง เมื่อได้รับข้อมูลที่ดี ได้รับแรงจูงใจให้มีการแสดงออกและมีทักษะพฤติกรรมที่ถูกต้องสม่ำเสมอ จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพในเชิงบวก⁽¹⁴⁾ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับองค์ประกอบของแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของ ดอน นัทปัม (2008)⁽⁴⁾ ถึงแม้ว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามอาจมีผลกระทบมาจากกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้โดยรวมต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบตั้งแต่ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพจิตมีผลในการเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพจิตให้กับวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านการรู้จักแหล่งช่วยเหลือและการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอย่างรู้เท่าทัน ซึ่งอาจช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลอนามัยโรงเรียน และสถานศึกษา โดยเฉพาะครูผู้สอนวิชาสุขศึกษา และครูประจำห้องพยาบาลสามารถนำโปรแกรมที่ศึกษานี้ ไปประยุกต์ให้เข้ากับนักเรียนในชั้นมัธยมต้นและมัธยมปลายได้ โดยมุ่งเน้นให้นักเรียนมีการตอบคำถาม อภิปราย

แสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน เพื่อให้ทราบว่านักเรียนมีความรู้ และความตระหนักรู้ต่อการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าอย่างไร และส่งเสริมให้มีความถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งนำไปสู่การมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และความตระหนักรู้ต่อการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น แต่โปรแกรมนี้ยังไม่สามารถพัฒนานักเรียนให้มีทัศนคติต่อผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตให้ดีขึ้นจากเดิมได้ ผู้ที่สนใจควรเพิ่มการทำกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์ กิจกรรมแบบมีส่วนร่วมที่มีความต่อเนื่องจะเสริมการเปลี่ยนด้านทัศนคติที่ดีของวัยรุ่นให้เพิ่มขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับช่วงวัยรุ่นมากยิ่งขึ้นเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตให้นำไปสู่การมีความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าให้สูงขึ้น โดยประยุกต์ใช้กลวิธีต่าง ๆ ให้มีความหลากหลาย นอกเหนือจากการบรรยายความรู้ อาจมีการทำกิจกรรมกระตุ้น อย่างน้อย 1-3 ครั้ง ภายใน 1 เดือน เพื่อให้คอยเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเป็นระยะ ๆ และเสนอแนะให้มีการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตให้เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเรื่องของสุขภาพจิตอาจเป็นการเรียนรู้ใหม่ที่นอกเหนือจากหนังสือเรียนชั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นมัธยมปลาย จึงอาจเป็นเรื่องที่ต้องทำความเข้าใจมากกว่าสุขภาพทางกายและเรื่องอื่น ๆ

2. ควรให้คุณครูในโรงเรียน โดยเฉพาะครูผู้สอนวิชาสุขศึกษา หรือครูประจำห้องพยาบาล

ได้เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่ถูกต้อง ให้มีความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้าที่ดีและเหมาะสม สามารถเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือวัยรุ่นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นได้

3. ภายหลังเก็บรวบรวมก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเสร็จสิ้น ควรมีการคำนวณค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามที่ศึกษาก่อน เพื่อให้เห็นความแตกต่างของข้อมูลทั้งสองกลุ่ม ก่อนดำเนินการในขั้นถัดไป แต่หากดำเนินการจนสิ้นสุดโปรแกรมในขั้นวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อค่าผลลัพธ์ก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน ควรมีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ซึ่งจะให้ผลการศึกษาเหมือนกับการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้าของประชากรคนเมืองในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร” ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (Navamindrathiraj university research fund) ปี พ.ศ. 2565

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545-1602.
2. Panyawong W, Jullagas N, Srithong S, Punyagupta P. Prevalence of depression and suicide risk in Thai adolescents: A survey of schools in 13 health districts. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2020;28(2):136-149. (in Thai)
3. Rujirungsijareon N, Limsuwan N, Hongsaguansri S, Yongyuan B. Factors associated with stress levels in secondary school students under Bangkok metropolitan administration. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*. 2021;66(1):53-68. (in Thai)
4. Nutbeem D. The evolving concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine*. 2008;67: 2072-2078.
5. Chanaphan N, Srisupawit W, Siriphol S, Manosuthikul S, Phetchat S. The relationship between social support and self-awareness with self-reintegration among patients with depression. *Thai Journal of Nursing Council*. 2013;28(2):44-57. (in Thai)
6. Prayochmee V, Sikaow O, Prasertsong C. The Effects of Health Literacy Program on Health Literacy and Sexual Prevention Behaviors among Junior High School Students. *Journal of the Royal Thai Academy of Nursing*. 2020;21(2):150-157. (in Thai)
7. Thanomsang N. *Population and samples: Sample size, sampling methods, allocation, and sample size in research* [Internet]. 2017 [cited 2021]. Available from: <http://home.kku.ac.th/nikom>.
8. Sukphun A, Kingmala C, Paengsuk P, Yeunyaw T, Wangman V. Effect of health literacy development program and health behaviors among working-age population. *Journal of Public Health Research*. 2020; 29(3):419-429. (in Thai)
9. Polit, D. F., & Hunger, B. P. *Nursing Research: Principles and Methods*. In Philadelphia: Lippincott. 1995.
10. Kingmala C, Sookpool A, Pangsook P, Kimthong S. Effectiveness of sexual health literacy promotion program among adolescents. *Journal of Health Research*. 2023;17(2):131-142. (in Thai)
11. Deanamjeud W, Srisang P. Health literacy in self-care for good health among the elderly in Bangkok: A case study of promoting health literacy in older adults. *Vajira Medical Journal and Urban Medicine Journal*. 2019;63(Suppl):73-82. (in Thai)

12.Thangkrothok P. Mental health literacy:

Concepts and applications for mental health problem prevention among the elderly. *Chiang Mai Medical Journal*. 2020;59(3):163-72. (in Thai)

13.Pongthong W, Auemaneekul N,

Powwattana A. Effects of a theory of the planned behavior-based program for intention not to drink alcohol among secondary school female students in Chiang Rai Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2024;25(2):411-9. (in Thai)

14.Kansukcharearn A, Pinchaleaw D,

Keskomon T. The effects of a self-awareness and behavioral skills development program on self-awareness and repeated pregnancy prevention behaviors in teenage mothers, Phetchaburi Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurse*. 2022;23(2):248-257. (in Thai)

บทความวิชาการ

การป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัด ด้วยน้ำมันสกัดธรรมชาติ

วิทย์กวิณท์ วรกิตติจรูญ¹ศุภานุช ไร่แต่ง²

บทคัดย่อ

ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็ง โดยสามารถพบได้ในระยะเฉียบพลันตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหลังเริ่มให้ยาเคมีบำบัด และยังคงอยู่เป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนได้ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดหลังจากการได้รับยาเคมีบำบัดในรอบที่สองขึ้นไป ทั้งนี้พบว่ามีอุบัติการณ์สูงทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ในประเทศไทยภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัดสามารถพบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดในวันที่สามถึงสี่ และส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ ตลอดจนสถานะเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้ป่วยอีกด้วย ดังนั้น บทความนี้ถูกเขียนขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัดแก่พยาบาลผู้ดูแล โดยสามารถพิจารณาเลือกใช้น้ำมันสกัดชนิดต่าง ๆ เช่น น้ำมันงา น้ำมันเทียนดำ และน้ำมันคาร์โมมายล์ในการทำผิวหนังเหนือหลอดเลือดดำที่รับยาได้ เป็นการนำความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในบทความนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตลอดจนช่วยลดอัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยมะเร็งได้

คำสำคัญ: การป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ/ หลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัด/ น้ำมันสกัดธรรมชาติ

¹ อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

² อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ Corresponding Author, Email: Suphanuch@nmu.ac.th

Review article

Prevention for Chemotherapy-induce Phlebitis with tropical extract Oil

*Vitkawin Vorakitticharoon¹**Suphanuch Raitang²*

Abstract

Chemotherapy-induced phlebitis (CIP) is a significant complication for cancer patients. CIP can develop as an acute phase within 24 hours after chemotherapy and is commonly observed during the second dose. The incidence of CIP is high not only in Thailand but also in other countries. In Thailand, CIP is often detected in cancer patients between the 3rd and 4th days of the chemotherapy cycle. CIP can affect patients physically, mentally, and socioeconomically. This article serves as a resource for nurses in preventing chemotherapy-induced phlebitis, exploring the potential use of various essential oils, including sesame oil, *Nigella sativa* extract oil, and chamomile oil, for topical application on the skin overlying the veins used for drug administration. It represents the application of evidence-based knowledge aimed at enhancing cancer patient care and reducing the incidence of chemotherapy-induced phlebitis.

Keywords: prevention for phlebitis/ chemotherapy-induce phlebitis/ tropical extract Oil

¹ Lecturer, Department of Medical & Surgical Nursing, Kuakarun Faculty of Nursing,
Navamindradhiraj University, Bangkok

² Lecturer, Department of Medical & Surgical Nursing, Kuakarun Faculty of Nursing,
Navamindradhiraj University, Bangkok. Corresponding Author, Email: Suphanuch@nmu.ac.th

บทนำ

มะเร็งเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกที่ส่งผลกระทบต่อคนทุกเพศและทุกช่วงวัย ในแต่ละปีทั่วโลกจะพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ และผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากสถิติปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 19.3 ล้านราย ขณะที่ผู้เสียชีวิต 10.0 ล้านราย โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 21.9 ล้านราย และเสียชีวิต 11.4 ล้านราย¹ สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 190,636 ราย² การรักษามะเร็งสามารถทำได้หลายวิธี³ อาทิ การผ่าตัด (surgery) ภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy) รังสีรักษา (radiotherapy) ฮอโมนบำบัด (hormonal therapy) และ เคมีบำบัด (chemotherapy) ในปี พ.ศ. 2565 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รายงานพบการใช้เคมีบำบัดในการรักษามะเร็งร้อยละ 42.0 ตามด้วยรังสีรักษาร้อยละ 30.0 และการผ่าตัดร้อยละ 25.8 ตามลำดับ⁴ จะเห็นได้ว่าเคมีบำบัดถูกนำมาใช้ในการรักษามะเร็งมากที่สุด

ในการเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนั้นผู้ป่วยจะได้รับการเปิดหลอดเลือดดำเพื่อให้สารน้ำก่อนจากนั้นจึงเริ่มรับยาเคมีบำบัดตามสูตรในแผนการรักษา โดยตัวยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการสังเคราะห์สารพันธุกรรม (DNA) นำไปสู่การยับยั้งกระบวนการแบ่งเซลล์มะเร็ง ด้วยคุณสมบัติดังกล่าวทำให้เซลล์ผนังหลอดเลือดดำในตำแหน่งที่ให้อาถูกทำลาย และเกิดการอักเสบตามไปด้วย เรียกว่า “หลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัด (chemotherapy induced phlebitis)” โดยพบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 70⁵⁻⁹ ซึ่งการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบมีปัจจัยและสาเหตุการเกิดหลายประการ ได้แก่ ตำแหน่งที่เปิดเส้น ชนิด และขนาดของเข็มเทคนิคในการบริหารยา สูตรของยา

ระยะเวลาที่ใช้ในการให้อาเคมีบำบัด รวมถึงปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย โดยพบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการอักเสบของหลอดเลือดดำคือ คุณสมบัติทางเคมีของยาเคมีบำบัด ซึ่งเมื่อมีการบริหารทางหลอดเลือดดำยาจะสัมผัสกับเซลล์หลอดเลือด และเป็นจุดเริ่มต้นของการระคายเคืองต่อผนังหลอดเลือดได้⁹

พยาธิสรีรวิทยาการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัด

พยาบาลเป็นผู้บริหารยาเคมีบำบัดตามสูตรที่แพทย์มีคำสั่งการรักษา โดยเมื่อยาเคมีบำบัดเข้าสู่หลอดเลือดดำส่งผลให้ผนังหลอดเลือดดำถูกทำลาย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของหลอดเลือดบริเวณที่ให้อา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยาเคมีบำบัดที่มีองค์ประกอบของยาฟลูออโรอูราซิล (5-fluorouracil)⁷ มีอุบัติการณ์สอดคล้องสูงถึงร้อยละ 80 โดยสารเคมีจากยาจะทำลายเซลล์เยื่อชั้นในของหลอดเลือดดำ (tunica intima) ส่งผลให้การผลิตไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) และพรอสตาไซคลิน (prostacyclin) ลดลง ในทางกลับกันมีการผลิตเอ็นโดทีลิน (endothelin) และธรอมบอกเซน (thromboxane) เพิ่มขึ้น ทำให้มีการเกาะตัวของเกล็ดเลือดกับพื้นผิวผนังหลอดเลือด และหลอดเลือดหดตัวเพิ่มขึ้นเป็นผลให้เกิดการเสื่อมสภาพของผนังหลอดเลือดดำบริเวณนั้น นอกจากนี้การที่เซลล์เยื่อชั้นในของหลอดเลือดดำถูกทำลายจากสารเคมีในยาจะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารอนุมูลอิสระออกมาจากโปรตีนกรดอะมิโนที่เรียกว่าไทโรซีน (tyrosine) ไปกระตุ้นสร้างเมลานิน (melanin) ในเมลานocyte (melanocyte) ในผิวหนังชั้นนอกทำให้เห็นผิวหนังเหนือตำแหน่งหลอดเลือดดำเกิดลักษณะเป็นรอยดำ (hyperpigmentation)^{6,10}

อาการและการแสดงของหลอดเลือดดำ อักเสบจากยาเคมีบำบัด

ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำติดต่อกันนานเกิน 24 ชั่วโมง มีโอกาสที่จะเกิดหลอดเลือดดำอักเสบได้¹¹ ผู้ป่วยมักจะปวดตามแนวหลอดเลือดที่ให้ยาเคมีบำบัด ร่วมกับมีอาการบวมแดงและมีไข้ สามารถอธิบายอาการตามความรุนแรงของหลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัด เป็น 5 ระดับ ตามนิยามของฮาริสส์และคณะ^{5,12} และแปลฉบับภาษาไทยโดย วิทย์กวิณท์ วรกิตติจรูญ และคณะ⁹ ดังนี้

ระดับที่ 0 ไม่อักเสบ (none) หมายถึง ไม่แสดงอาการ

ระดับที่ 1 อักเสบเล็กน้อย (mild) หมายถึง มี 1 อาการหรือมากกว่า ได้แก่ ปวดเล็กน้อย หรือกดปวดมีรอยแดงรอบบริเวณที่เป็ดหลอดเลือด แต่รัศมีน้อยกว่า 5 เซนติเมตร แนวหลอดเลือดมีสีคล้ำ ไม่มีอาการบวมยังคลำไม่พบแนวหลอดเลือดแข็ง และไม่มีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันมากนัก

ระดับที่ 2 อักเสบปานกลาง (moderate) มีอาการปานกลาง หมายถึง มีอาการแสดงหนึ่งในสามอาการ ได้แก่ 1) ปวดตามแนวหลอดเลือดระดับปานกลาง (4-7 คะแนนจาก 10 คะแนน) 2) คลำพบแนวหลอดเลือดแข็งเป็นลำ หรือ 3) มีรอยแดงบริเวณที่เป็ดหลอดเลือดโดยมีรัศมีเกินกว่า 5 เซนติเมตร โดยระดับนี้ผู้ป่วยยังไม่มีอาการบวม และยังไม่กระทบกับกิจวัตรประจำวันมากนัก

ระดับที่ 3 ปรากฏร่องรอยการอักเสบ (marker) หมายถึง มีอาการแสดงตั้งแต่ 2 อาการหรือมากกว่าขึ้นไป ได้แก่ 1) ปวดตามแนวหลอดเลือดระดับปานกลาง (4-7 คะแนนจาก 10 คะแนน) 2) คลำพบแนวหลอดเลือดแข็งเป็นลำ 3) มีรอยแดง

บริเวณที่เป็ดหลอดเลือดโดยมีรัศมีเกินกว่า 5 เซนติเมตร 4) บวมในแขนข้างที่เป็ดหลอดเลือดให้ยาเคมีบำบัด หรือ 5) มีอาการของแขนบางอย่างที่กระทบต่อกิจวัตรหรือปวดมากขณะทำกิจกรรม

ระดับที่ 4 อักเสบรุนแรง (severe) หมายถึง มีอาการแสดงตั้งแต่ 2 อาการหรือมากกว่าขึ้นไป ได้แก่ 1) ปวดระดับรุนแรง (8-10 คะแนน) 2) คลำพบแนวหลอดเลือดดำแข็งเป็นลำ 3) มีอาการแสดงของการอักเสบ ปวด บวม แดง และมีไข้ แขนข้างที่มีอาการไม่สามารถทำกิจวัตรได้ และ 4) ไม่สามารถใช้เส้นเลือดหรือแขนข้างนั้นให้ยาได้อีก

ผลกระทบจากภาวะหลอดเลือดดำ อักเสบจากยาเคมีบำบัด

หลอดเลือดดำอักเสบเป็นภาวะคุกคามชีวิตอย่างหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัดจะมีอาการทุกขุทรมานร่างกาย นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จากการรักษาย่อมต้องมีการรักษาให้ภาวะแทรกซ้อนนั้นหายด้วย เช่นเดียวกับการอักเสบของหลอดเลือดดำดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ดังจะกล่าวถึงต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ป่วยทุกขุทรมานจากอาการปวดในตำแหน่งหลอดเลือดดำที่อักเสบ ในรายที่มีการอักเสบรุนแรง อาจพบมีไข้ ผิวน้ำ และหลอดเลือดบริเวณที่แทงเข็มหนาตัวขึ้น และแข็ง (induration) สีผิวน้ำบริเวณที่ได้รับยาเคมีบำบัดเข้มขึ้น (hyperpigmentation)¹³ อาจคลำแนวหลอดเลือดได้เป็นลำยาวทำให้ไม่สามารถแทงเข็มเพื่อให้ยาเคมีบำบัดในตำแหน่งเดิมได้อีก ต้องเปลี่ยนตำแหน่งการแทงเข็มใหม่ทำให้ทุกขุทรมานจากการแทงเข็มมากขึ้น นอกจากนี้เมื่อหลอดเลือดอักเสบจะมีความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดภายในหลอดเลือด อาจก่อตัวเกิดลิ่มเลือดในผนังหลอดเลือดดำ (thrombophlebitis) และมีโอกาส

เกิดการอุดตันของหลอดเลือดจากลิ่มเลือด (embolism) ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตหากหลุดไปในตำแหน่งหลอดเลือดสำคัญ เช่น หลอดเลือดบริเวณสมอง เป็นต้น รวมถึงเข็มที่ยังคาอยู่ในหลอดเลือดดำที่อักเสบ อาจส่งผลให้เซลล์เนื้อเยื่อพัฒนาไปสู่ผิวหนังอักเสบ (cellulitis) และติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงได้¹⁴

2. ผลกระทบด้านจิตอารมณ์ ผู้ป่วยมะเร็งระหว่างได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมักมีภาวะบีบคั้นด้านจิตอารมณ์ โดยพบอาการซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว และรู้สึกไม่แน่นอน¹⁵ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบที่เกิดขึ้นจากการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามและอันตรายต่อตนเอง ทำให้เกิดภาวะบีบคั้นด้านจิตอารมณ์เพิ่มขึ้น¹⁶

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า เมื่อเกิดหลอดเลือดดำอักเสบขึ้น จำเป็นที่จะต้องได้รับการเปลี่ยนตำแหน่งการแทงเข็มใหม่ หรือหากไม่มีตำแหน่งที่สามารถแทงเข็มใหม่ได้อีก แพทย์อาจพิจารณาใส่สายสวนหลอดเลือดดำฝังใต้ผิวหนัง (port-A-catheter) แทนการแทงเข็มเข้าทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทำให้มีค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์เพิ่มขึ้น รวมถึงในรายที่มีการอักเสบของหลอดเลือดดำและติดเชื้อทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษาและนอนโรงพยาบาลนานขึ้น¹⁷ แม้จะไม่มีรายงานค่าใช้จ่ายในการรักษาหลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัดโดยตรงแต่การรายงานประมาณการค่าใช้จ่ายต่อการอักเสบหนึ่งตำแหน่งจะเพิ่มขึ้น

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า หลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัดนั้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ รวมถึงสังคม และเศรษฐกิจ ทั้งนี้ การป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนนี้มีความสำคัญ และเกี่ยวข้องกับ

ทุกฝ่ายทั้งบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแล และตัวผู้ป่วยมะเร็งที่จะต้องดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนนี้ หากสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้น่าจะช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้ด้วย

การดูแลสุขภาพหลอดเลือดดำ และผิวหนังจากภายนอกด้วยน้ำมันสกัดเย็น

ผู้ป่วยมะเร็งจำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองให้พร้อมรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในทุกระยะตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังการรับยาเคมีบำบัด เพื่อให้การรักษาเกิดประสิทธิผลสูงสุด ในปัจจุบันมีข้อเสนอแนะการดูแลสุขภาพหลอดเลือดดำ และผิวหนังจากภายนอก ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องมารับยาเคมีบำบัดร่วมกับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อย่างอื่นด้วยนั้น สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพหลอดเลือดดำให้สามารถรับยาเคมีบำบัดได้ตามแผนการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีน้ำมันสกัดหลายชนิดที่สามารถด้านการอักเสบของผิวหนังและหลอดเลือดดำจากการได้รับยาเคมีบำบัดรวมถึงสารน้ำชนิดอื่น ๆ⁸ อาทิ น้ำมันงา (sesame extract oil)¹⁸⁻²⁰ น้ำมันเทียนดำ (nigella sativa extract oil)^{7,9} และน้ำมันดอกคาร์โมมายล์ (chamomilla recutita flower extract oil)^{21,22} โดยรายละเอียด และผลลัพธ์แต่ละการศึกษามีดังแสดงในตารางที่ 1

น้ำมันงา (sesame extract oil) ถูกใช้ทางการแพทย์ในแถบประเทศตะวันออกกลาง โดยเฉพาะอิหร่าน ในน้ำมันงามีองค์ประกอบของลิกันแน (lignans) เซซาโมลิน (sesamol) และเซซามิน (sesamin) ซึ่งมีส่วนสำคัญในทางเภสัชวิทยา อาทิ มีบทบาทในการยับยั้งการเติบโตของเซลล์มะเร็ง ออกฤทธิ์ด้านการเพิ่มจำนวนลดระดับคอเลสเตอรอล นอกจากนี้ น้ำมันงายังเพิ่มการออกซิเดชันของกรดไขมันของเอนไซม์ อีกทั้ง

ยังส่งเสริมการต้านอนุมูลอิสระของวิตามินอี ในน้ำมันงา อย่างไรก็ตามน้ำมันงาได้รับการยอมรับ ในทางการแพทย์ว่าเป็นสารตั้งต้นของยาปฏิชีวนะ วิตามินและฮอร์โมนสเตียรอยด์ นอกจากนี้ยังยับยั้ง การเกิดมะเร็งอีกด้วย กล่าวโดยสรุป น้ำมันงา มีประโยชน์ในทางการแพทย์อย่างมาก ไม่ว่าจะเป็น คุณสมบัติต้านอนุมูลอิสระ ต้านการอักเสบ รวมถึง ด้านการติดเชื้อด้วย โดยมีการศึกษาผลของ การทาน้ำมันเทียนดำสกัดเปรียบเทียบกับขี้ผึ้ง ไนโตรกลีเซอริน (nitroglycerin ointment) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดโดยวัดผลลัพธ์ คือการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัด ในระยะ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง พบว่า น้ำมันเทียนดำ ให้คุณสมบัติในการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำ อักเสบไม่แตกต่างกับการดูแลมาตรฐานด้วยขี้ผึ้ง ไนโตรกลีเซอรินอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)^{8,20}

น้ำมันเทียนดำ (nigella sativa extract oil) ซึ่งเป็นพืชพื้นเมืองที่มีถิ่นกำเนิดในประเทศ แถบตะวันออกกลาง การศึกษาองค์ประกอบ ทางเคมี พบว่า เทียนดำมีองค์ประกอบหลักของ น้ำมันเทียนดำเป็นอนุพันธ์ของควิโนน คือ ไธโมควิโนน (thymoquinone) มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ โดยยับยั้ง การหลั่งสารที่ทำให้เกิดการอักเสบหลายชนิด เช่น ธรอมบอกเซน (thromboxane), ลิวโคไตรน (leucotrien), ไซโคลออกซิจีเนส (cyclooxygenase), ไลโปออกซิจีเนส (lipoxigenase) เป็นต้น และ พบว่า มีคุณสมบัติ ยับยั้งการปลดปล่อยฮีสตามีนอีกด้วย⁷ ส่งผลให้ มีฤทธิ์ในการต้านการอักเสบได้ นอกจากนี้ยัง พบว่า ไธโมควิโนนจากน้ำมันหอมระเหยของเมล็ดเทียนดำ มีฤทธิ์ต้านจุลชีพที่เป็นแกรมบวก และยังมีฤทธิ์ ในการต้านมะเร็ง (anticancer activity) โดย เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ natural killer cell ในผู้ป่วยมะเร็งขั้นสูง อีกทั้งจากการศึกษาองค์ประกอบของสารสกัดน้ำมันจาก

เมล็ดเทียนดำ พบว่า มีฤทธิ์ในการขับอนุมูลอิสระ และกระตุ้นการงอกของไฟโบรบลาสต์ของเหงือก ช่วยสมานแผลในปากของมนุษย์ได้เร็วขึ้น^{7,8} และ ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของน้ำมันเทียนดำ ในการป้องกันการอักเสบอีกหลายการศึกษา นอกจากนี้ยัง พบว่า เมื่อทาน้ำมันเทียนดำตามแนว หลอดเลือดดำที่ให้อาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีดังกล่าวเกิดหลอดเลือดดำ อักเสบช้ากว่ากลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)⁹

น้ำมันดอกคาร์โมมายล์ (chamomilla recutita flower extract oil) เป็นสมุนไพรที่ได้ ทั่วทุกมุมโลกทั้งทวีปยุโรป ทวีปอเมริกา ทวีปแอฟริกา รวมถึงทวีปเอเชีย โดยในประเทศไทย พบว่า มีเพาะพันธุ์เพื่อวิจัยในแถบจังหวัดเชียงราย ในน้ำมันสกัดจากดอกคาร์โมมายล์มีองค์ประกอบ ของสารต้านอนุมูลอิสระกลุ่มฟลาโวนอยด์ (flavonoids) คูมารินส์ (coumarins) และ น้ำมันหอมระเหย (volatile oils) ทำให้มีฤทธิ์ ทางเภสัชวิทยาในการต้านการอักเสบ (anti-inflammatory) ต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) และต้านจุลชีพ (antimicrobial) โดยในน้ำมัน หอมระเหยจากดอกคาร์โมมายล์มีองค์ประกอบ ของอัลฟาไบโซโบลอล (alpha-bisabolol) มีฤทธิ์ ยับยั้งการหลั่งพรอสตาแกรนดิน อีทู (prostaglandin E2) ช่วยต้านการอักเสบ นอกจากนี้แอปิเจนนิน (apigenin) ในกลุ่มฟลาโวนอยด์ยังมีฤทธิ์ยับยั้ง การสังเคราะห์ไนตริกออกไซด์ (nitric oxide synthase : NOS) รวมถึงยับยั้งการสร้างอินเตอลิคิน (interleukin-6) ทำให้กระบวนการอักเสบถูกตัดตอน จากการทดลองปิดกั้นสุม้ำมันคาร์โมมายล์ ตามแนวหลอดเลือดดำที่ให้อาเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการทาน้ำมันคาร์โมมายล์ ร่องรอยของหลอดเลือดดำอักเสบหายเร็วกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .05$)^{2, 21}

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดการศึกษาผลของน้ำมันสกัดธรรมชาติชนิดต่าง ๆ ต่อการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ (n=6)

รายละเอียดการวิจัย (n=6)			วิธีการทดลอง	ผลการวิจัย*
Treatment	กลุ่มตัวอย่าง	เคมีบำบัดที่ได้รับ		
น้ำมันงา (sesame extract) ^{8, 18 20}	30-70	5-fluorouracil	ใช้น้ำมันงา 5 หยด ทาตามแนวหลอดเลือดดำวันละ 2 ครั้ง	กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของหลอดเลือดดำอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มที่ทำน้ำมันงาเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในระดับ 1 ขณะที่กลุ่มทดลองเกิดหลอดเลือดดำอักเสบตั้งแต่ระดับ 1, 2 และ 3
	20-60	FOLFOX-4 protocol	ใช้น้ำมันงา 10 หยด (ประมาณ 3 มล.) ทาตามแนวหลอดเลือดดำโดยรอบรัศมี 10 ซม. นวดประมาณ 5 นาที	กลุ่มทดลองมีความปวดตามแนวหลอดเลือดดำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระยะ 7 วัน
18-65	unknow		แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม จากนั้นเตรียมผิวหนังด้วยหลักปราศจากเชื้อแล้วทาสารทดลอง 3 ชนิด ได้แก่ น้ำมันงา ซีลีโนไตรกลีเซอริน และ เบตาดีน ห่างจากจุดเปิดหลอดเลือดดำประมาณ 1.5 ซม. รอบแนวหลอดเลือดดำรัศมี 2x4 ตร.ซม.	อุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบในกลุ่มตัวอย่างที่ทาน้ำมันงา ซีลีโนไตรกลีเซอริน และ เบตาดีน ไม่แตกต่างกันทั้งในระยะ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญ
น้ำมันเทียนดำ (nigella sativa oil) ^{7 9}	25-75	FOLFOX-4 5-fluorouracil +cisplatin	ใช้น้ำมันเทียนดำ 5 หยด ทาตามแนวหลอดเลือดดำวันละ 2 ครั้ง (เช้า และก่อนนอน) ห่างจากจุดเปิดหลอดเลือด 10 ซม. ตั้งแต่วันแรกถึงวันที่สามของการเข้ารับเคมีบำบัด	กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของหลอดเลือดดำอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและสามารถชะลอการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบได้นานถึง 72 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดการศึกษาค้นคว้าของน้ำมันสกัดธรรมชาติชนิดต่าง ๆ ต่อการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ (n=6) (ต่อ)

รายละเอียดการวิจัย (n=6)			วิธีการทดลอง	ผลการวิจัย*
Treatment	กลุ่มตัวอย่าง	เคมีบำบัดที่ได้รับ		
น้ำมันดอกคาโรโมมายล์ (chamomilla recutita flower extract) ^{21, 22}	20-30 ตัวอย่าง	unknown	แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 5 กลุ่ม หลังจากถอนเข็มออก จากตำแหน่ง กลุ่มตัวอย่างได้รับการปิดด้วยก๊อสชุ่ม น้ำมันดอกคาโรโมมายล์ในความเข้มข้นที่ 1.25%, 2.5%, 5% และ 10% ตามลำดับ และพันด้วยฟิล์มใส ทั้งไว้เป็นเวลา 5 นาที 4 ครั้ง ทั้งหมด 3 รอบต่อวัน (เช้า กลางวัน ก่อนนอน)	ที่ความเข้มข้น 2.5% มีผลให้หลอดเลือดดำ อักเสบหายไ้ขึ้น โดยระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่าง มีหลอดเลือดดำอักเสบน้อยกว่าความเข้มข้นอื่น

*p<.05

บทสรุป

พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมสุขภาพหลอดเลือดจากภายนอกได้จากการทบทวนวรรณกรรมผลลัพธ์ที่ดีขึ้นหลังการทดลองส่วนใหญ่ พบว่า สามารถช่วยป้องกันอุบัติการณ์ และลดระดับความรุนแรงรวมถึงชะลอการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัด พยาบาลสามารถพิจารณาเลือกใช้น้ำมันสกัดเย็นเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัดได้อย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตามการทาน้ำมันสกัดเย็นเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัดอาจทำได้เฉพาะรายที่ยังไม่ปรากฏรอยดำตามแนวหลอดเลือด และอาจจำกัดเฉพาะรายที่ไม่แสดงอาการแพ้สารสกัดในน้ำมันชนิดนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทอิสระในการให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เข้ารับการรักษได้ตามแผนการรักษาที่วางไว้ การทาน้ำมันตามแนวหลอดเลือดถือเป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถทำได้โดยตรงซึ่งไม่ได้มีการถูกล่าเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยทางใดทางหนึ่ง อย่างไรก็ตามแม้งานวิจัยที่ผ่านมาไม่ได้มีการรายงานเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงการแพ้น้ำมันสกัดเย็น แต่ในการนำน้ำมันสกัดเย็นไปใช้ทาผิวของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องรับยาเคมีบำบัด พยาบาลจำเป็นต้องทดสอบอาการแพ้ซึ่งทำได้โดยทาน้ำมันบริเวณท้องแขน หรือผิวที่ใกล้เคียงกับแนวหลอดเลือด หากไม่ปรากฏอาการแพ้ใน 24 ชั่วโมง พยาบาลจึงสามารถพิจารณาให้การดูแลด้วยวิธีดังกล่าวได้ แม้งานวิจัยที่ผ่านมาจะ พบว่าน้ำมันสกัดเย็นชนิดต่าง ๆ มีความสามารถในการป้องกันรวมถึงลดความรุนแรงของหลอดเลือดดำ

อักเสบได้ เพื่อให้มีแนวทางในการเลือกพิจารณาใช้น้ำมันอย่างเป็นรูปธรรมอาจมีการออกแบบการวิจัยในลักษณะของเทียบประสิทธิภาพของน้ำมันแต่ละชนิด

กิตติกรรมประกาศ

ทุนสนับสนุนการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์
เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เอกสารอ้างอิง

1. Elflein J. Predicted number of new cancer cases worldwide from 2020 to 2040. 2022.
2. World health Organization. The global cancer observatory. 2020 May10, 2022.
3. Wang L, Lankhorst L, Bernards R. Exploiting senescence for the treatment of cancer. *Nature Reviews Cancer*. 2022;22(6):340-55.
4. National Cancer Institute. Hospital-Based Cancer Registry 2021. 2022.
5. Harris V, Hughes M, Roberts R, Dolan G, Williams EM. The Development and Testing of a Chemotherapy-Induced Phlebitis Severity (CIPS) Scale for Patients Receiving Anthracycline Chemotherapy for Breast Cancer. *Journal of Clinical medicine*. 2020;9(3):1-2.
6. Han J, Owji S, Agarwal A, Kamat S, Luu Y, Mubasher A, et al. Bortezomib-Induced Reticular Eruption in Patient with Multiple Myeloma. *Dermatopathology (Basel)*. 2023;10(3):226-30.

7. Behnamfar N, Yekta ZP, Mojab F, Naeini SMK. The effect of nigella sativa oil on the prevention of phlebitis induced by chemotherapy: a clinical trial. *BioMedicine*. 2019;9(3):32-8.
8. Goulart CB, Custodio CS, Vasques CI, Ferreira EB, Diniz dos Reis PE. Effectiveness of topical interventions to prevent or treat intravenous therapy-related phlebitis: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2020;29(13-14):2138-49.
9. Vorakitticharoon T, Vuttanon N, Srirat C, Vichitrakoonthavon S. Effect of the Supportive-Educative Nursing Program on Phlebitis Occurrence among Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2024; 31(1):1-14.
10. Macklin D. Phlebitis: A painful complication of peripheral IV catheterization that may be prevented. *The American Journal of Nursing*. 2003;103(2):55-60.
11. Mielke N, Johnson S, Karabon P, Bahl A. A prospective sonographic evaluation of peripheral intravenous catheter associated thrombophlebitis. *The Journal of Vascular Access*. 2022;23(5):754-63.
12. Sudhakar S, Jacob A, Hegde NN, Chaudhary RK, Mateti UV, Shetty V. Evaluation of chemotherapy infusion and phlebitis among cancer patients: A prospective observational single-center study. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*. 2023;29(8):1944-50.
13. Akyurek FT, Sari N, Ugurluoglu C, Kurtipek GS. Serpentine supravenuous hyperpigmentation related to carboplatin and vinorelbine chemotherapy: A case report. *Dermatologic Therapy Journal*. 2019;32(4):e12981.
14. Evangelos T, Abdulazeez S. Improving the frequency of visual infusion phlebitis (VIP) scoring on an oncology ward. *BMJ Quality Improvement Reports*. 2014;3(1):1-2.
15. Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, Katikireddi SV, Smith DJ. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer Journal*. 2019;19(1):1-8.
16. Thasaneesuwana S, Nilmanat K. Psychological Distress in Patient with Cancer Undergoing Chemotherapy and Nursing Care. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2019;39(4):110-19.
17. Prapai Chengtawee, Suwannee Sirilerttrakul. Factors Related to Depressive Episode among the Colorectal Cancer Patients Receiving chemotherapy: A Case Study at Oncology Unit, Ramathibodi Hospital. *Srinagarind Medical Journal*. 2017;32(1): 63-70.
18. Nekuzad N, Ashke Torab T, Mojab F, Alavi-Majd H, Azadeh P, Ehtejab G. Effect of external use of sesame oil in the prevention of chemotherapy-induced phlebitis. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*. 2012;11(4):1065-71.

19. Shamloo MBB, Nasiri M, Maneiy M, Dorchin M, Mojab F, Bahrami H, et al. Effects of topical sesame (*Sesamum indicum*) oil on the pain severity of chemotherapy-induced phlebitis in patients with colorectal cancer: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2019;35:78-85.
20. Safikani Mohammadzadeh N, Elahi N, Molavynejad S, Maraghi E, Ehsanpor A. Comparing the Effects of Sesame Oil vs. Nitroglycerin Ointment on the Incidence of Chemotherapy-Induced Phlebitis: A Single Blind Clinical Trial. *Asian Pacific Journal of cancer Prevention*. 2023; 24(4):1113-7.
21. Maleki M, Mardani A, Manouchehri M, Ashghali Farahani M, Vaismoradi M, Glarcher M. Effect of Chamomile on the Complications of Cancer: A Systematic Review. *Integrative Cancer Therapies*. 2023;22:1-13.
22. Reis PE, Carvalho EC, Bueno PC, Bastos JK. Clinical application of *Chamomilla recutita* in phlebitis: dose response curve study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19(1):3-10.

บทความวิชาการ

กลยุทธ์ในการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21

พิมพ์วิมล ยงใจยุทธ¹วัลภา อรัญนะภูมิ²

บทคัดย่อ

ในยุคศตวรรษที่ 21 ที่เต็มไปด้วยกระแสแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างสังคม ประชากร เศรษฐกิจและเทคโนโลยี การแข่งขันทางธุรกิจสุขภาพ การเข้าสู่ยุค VUCA World ที่เต็มไปด้วยความซับซ้อน และยากเกินกว่าจะคาดเดา ส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นอย่างมาก ทุกองค์กร จึงจำเป็นต้องมีการปรับตัวให้ทันต่อภาวะการณดังกล่าวเพื่อให้สามารถอยู่รอด และเติบโตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพหนึ่งที่มีบุคลากรในระบบบริการสุขภาพมากที่สุด และเป็นกำลังสำคัญ ในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีผู้บริหารทางการพยาบาล เป็นหัวเรือใหญ่ ที่จะนำพาองค์กรฝ่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว บทความนี้นำเสนอกลยุทธ์ ในการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 เนื่องจากโลกในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผู้บริหารไม่เพียงแต่บริหารได้เท่านั้น แต่จำเป็นต้องมีสมรรถนะภาวะผู้นำที่เหมาะสมในศตวรรษที่ 21 ซึ่งใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์เข้ามามีส่วนช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งด้านการบริหารองค์กร และการดูแล สุขภาพของผู้รับบริการให้บรรลุตามเป้าหมาย โดยกลยุทธ์เริ่มตั้งแต่ การวิเคราะห์ตนเอง การกำหนดเป้าหมาย การระบุและเรียงลำดับความสำคัญในการพัฒนาตนเอง ตลอดจนการวางแผนพัฒนาภาวะผู้นำ อันจะนำไปสู่ การนำพาองค์กรให้อยู่รอด และตอบสนองต่อการแข่งขันในศตวรรษที่ 21 อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การบริหารการพยาบาล/ การพัฒนาภาวะผู้นำ/ การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล/ การพัฒนา ภาวะผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21/ ศักยภาพการแข่งขันในศตวรรษที่ 21

¹ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต คณะพัฒนารัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพฯ

² อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ Corresponding Author, E-mail: vanlapa@nmu.ac.th

Review article

Strategies for Developing Nursing Leadership in the 21st century*Pimwimon Yongchaiyoot*¹*Vanlapa Arannapoom*²**Abstract**

In the 21st century, characterized by rapid changes in social structures, demographics, economy, and technology, as well as increasing competition in the healthcare industry, Thailand's healthcare system faces significant challenges. The emergence of the VUCA world, defined by volatility, uncertainty, complexity, and ambiguity, has further amplified these challenges. As a result, organizations must adapt to these changes to survive and grow. Nursing organizations, which comprise the largest workforce in the healthcare system and play a crucial role in driving healthcare services toward achieving established goals, must be particularly agile. Nursing administrators, as key leaders, are tasked with guiding their organizations through these rapid changes. This article presents strategies for developing nursing leadership in the 21st century. In a constantly evolving world, administrators must not only manage but also possess leadership competencies suited to this century. This includes utilizing artificial intelligence to analyze both organizational management and patient care data to achieve desired outcomes. The strategies begin with self-assessment, goal-setting, prioritizing personal development, and creating a leadership development plan. These measures are essential in ensuring that organizations can thrive and respond effectively to competition in the 21st century.

Keywords: nursing administration/ leadership development/ nursing leadership development/ development of nursing leadership in 21st century/ the potential for competition in the 21st century

¹ Ph.D. Student, Faculty of Human Resource Development, Ramkhamhaeng University, Bangkok

² Instructor, Department of Nursing Administration and Professional, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok. Corresponding Author, E-mail: vanlapa@nmu.ac.th.

บทนำ

ในยุคศตวรรษที่ 21 ทัวโลกกำลังเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของกระแสโลกาภิวัตน์ ด้วยความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ ความล้ำสมัยของเทคโนโลยี การก้าวเข้าสู่สังคมโลกยุคใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน เช่น โครงสร้างประชากร โครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี เป็นต้น สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา-19 ซึ่งสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนและยากเกินกว่าจะคาดเดาได้นี้ ถูกเรียกว่า “VUCA world” ประกอบกับการแข่งขันทางธุรกิจและการลงทุนต่าง ๆ โดยหนึ่งในการแข่งขันทางธุรกิจที่สำคัญคือ กลุ่มสาธารณสุข และเทคโนโลยีทางการแพทย์ จากข้อมูลองค์การสหประชาชาติโดยสำนักการเศรษฐกิจ และสังคมพบว่า โลกกำลังเผชิญปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ปัจจุบันประชากรโลกมีอยู่ที่ราว 8,000 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2050 ประชากรโลกจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 9,700 ล้านคน หลายประเทศทั่วโลกกำลังประสบกับการเติบโตอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุ เนื่องจากเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่ก้าวหน้าส่งผลให้ประชากรโลกมีอายุที่ยืนยาวขึ้น¹ สำหรับประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้เกิดการพัฒนา ระบบสุขภาพและบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วตามการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ ในปี 2566 โรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศมีจำนวน 399 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป 354 แห่ง หรือร้อยละ 88.7 และโรงพยาบาลเฉพาะโรค 45 แห่ง หรือร้อยละ 11.3² โรงพยาบาลหลายแห่งได้ปรับปรุงพัฒนาด้านการอำนวยความสะดวก การให้บริการการดูแลรักษาที่มีคุณภาพมากขึ้น เพิ่มศักยภาพใน

การบริหารจัดการโรงพยาบาลเอกชนเริ่มมีการปรับกลยุทธ์เพื่อรองรับกลุ่มลูกค้าให้หลากหลายระดับมากขึ้น เพื่อเพิ่มขีดความสามารถการแข่งขันในโลกยุคศตวรรษที่ 21³ การเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อน และรวดเร็ว ถือได้ว่าเป็นความท้าทายและโจทย์ที่ยิ่งใหญ่ของผู้บริหารในทุกองค์กรที่บริหารจัดการอย่างไร เพื่อให้องค์กรอยู่รอดท่ามกลางสถานการณ์ดังกล่าว⁴ ด้วยเหตุนี้ สภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses, ICN) จึงผลักดันและสนับสนุนการพัฒนา ศักยภาพผู้นำทางการพยาบาล ให้มีความเข้มแข็ง และมีความพร้อมที่จะรับมือกับทักษะ และความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพที่เป็นไปได้ในอนาคต มีการผลักดัน และสนับสนุน ผู้นำทางการพยาบาล เพื่อให้แก้ไขและตอบสนอง ต่อปัญหาทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในยุคปัจจุบันและอนาคต

อย่างไรก็ตามเป็นที่ตระหนักดีอยู่แล้วว่าการบริหารองค์กรทั้งในภาครัฐและเอกชนต้องเผชิญกับการแข่งขันที่สูงขึ้น แนวทางการบริหารแบบเดิมไม่สามารถนำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จเหมือนดังในอดีต ดังนั้น ผู้บริหารจึงจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ที่มีความเหนือกว่าคู่แข่ง และต้องมีความรวดเร็วในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การแข่งขันที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ⁵ ประกอบกับการที่องค์กรจะมีผู้นำที่สามารถนำพาองค์กรสู่การบรรลุตามเป้าหมายท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนได้นั้น กลับเป็นความท้าทายอย่างยิ่ง เนื่องจากไม่มีผู้นำคนใดที่จะรู้ทุกเรื่องในทันที และเก่งในการใช้ทักษะการแก้ไขปัญหาในทุกสถานการณ์⁶ ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาภาวะผู้นำจึงเป็นสิ่งจำเป็นในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เนื่องจากสภาพแวดล้อมทางธุรกิจและสังคมในปัจจุบันเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน และ

แนวโน้มทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้นำต้องสามารถปรับตัวได้ทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อองค์กรต้องเผชิญกับความท้าทายใหม่ ๆ ผู้นำที่มีภาวะผู้นำที่ดีจะสามารถนำทางและสร้างวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน การพัฒนาภาวะผู้นำจึงช่วยให้ผู้นำมีทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล และประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง รวมถึงยังมีผลต่อการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เข้มแข็ง ผู้นำที่มีทักษะในการสื่อสารและสร้างแรงจูงใจสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีภายในองค์กร ทำให้ทุกคนมีความรับผิดชอบต่อนโยบายขององค์กร การฝึกฝนและพัฒนาภาวะผู้นำจึงไม่เพียงแต่เป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลง แต่ยังเป็นการสร้างอนาคตที่ยั่งยืนให้กับองค์กรในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอีกด้วย

องค์กรพยาบาลเป็นองค์กรวิชาชีพหนึ่งที่มีบุคลากรในระบบบริการสุขภาพมากที่สุด และเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีผู้นำทางการพยาบาลเป็นหัวเรือใหญ่ ที่จะนำองค์กรฟันฝ่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยสภาการพยาบาล⁷ ได้กำหนดแผนกลยุทธ์การพยาบาล และการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2565-2569 ระบุถึงทิศทางกลยุทธ์ที่ 3 ด้านภาวะผู้นำ โดยมีความสำคัญ คือ การส่งเสริมและพัฒนาภาวะผู้นำและการบริหารจัดการของพยาบาลทุกระดับ เพื่อสร้างความเข้มแข็งขององค์กรพยาบาล สอดคล้องกับ สมรรถนะกลางของพยาบาลวิชาชีพ สมรรถนะที่ 4 ที่กำหนดให้พยาบาลต้องมีภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ⁸ เพราะฉะนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ในการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 เพื่อเป็น

ตัวกำหนดทิศทางการดำเนินงานให้มีความชัดเจน และก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องได้อย่างท่วงที นำพาองค์กรไปสู่เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

ดังนั้น ผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ต้องมีความสามารถในการปรับตัว และตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน (VUCA) การสร้างกลยุทธ์ที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยผู้เขียนรวบรวมและผสมผสานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะในการเป็นผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 จากแหล่งต่าง ๆ ทั้งต่างประเทศ และประเทศไทย เพื่อสรุปเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดสมรรถนะในการเป็นผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ของ Cathy Rick⁹ และสมรรถนะผู้นำทางการพยาบาลของ สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2559)¹⁰ รวมถึงสมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล ของ อารี ชิวเกษมสุข (2560)¹¹ โดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญ ประกอบด้วย

- 1) การวิเคราะห์ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายในทักษะที่ต้องการพัฒนา
- 2) การระบุ และเรียงลำดับความสำคัญ ความต้องการในการพัฒนา
- 3) การวางแผน การพัฒนาและเสนอแผนการพัฒนา และ
- 4) การถ่ายทอดความรู้ที่ได้สู่บุคคลอื่น ทั้งนี้การประยุกต์ใช้กลยุทธ์เหล่านี้จะช่วยให้ผู้นำทางการพยาบาลมีสมรรถนะภาวะผู้นำ ที่สามารถจัดการกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่ไม่แน่นอนได้ดียิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่การนำพาองค์กรให้อยู่รอดและเติบโตได้อย่างมีประสิทธิภาพตามที่คาดหวัง

ความสำคัญในการพัฒนาภาวะผู้นำ ทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21

ในศตวรรษที่ 21 สมรรถนะของผู้นำทางการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วในหลากหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นเทคโนโลยี สังคม และระบบการดูแลสุขภาพ ผู้นำทางการพยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะที่สามารถขับเคลื่อนองค์กรให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้เขียนจึงสรุปความสำคัญในการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21¹²⁻¹⁴ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี
โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาในด้านของนวัตกรรมทางสุขภาพ เทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (AI) และระบบสารสนเทศทางสุขภาพ ซึ่งเข้ามามีส่วนช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงแก้ปัญหาการบริหารจัดการและการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นผู้นำทางการพยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจและนำเทคโนโลยีมาใช้ในการปรับปรุงการดูแล และการจัดการระบบสุขภาพ

2. ระบบสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าสู่สังคมสูงอายุ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของนโยบายสุขภาพ ซึ่งผู้นำทางการพยาบาลต้องมีสมรรถนะในการจัดการระบบสุขภาพที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องอย่างทันทั่วทั้งที่

3. การตัดสินใจจากข้อมูลเชิงประจักษ์
ผู้นำทางการพยาบาลต้องใช้ข้อมูลจากการวิจัยและหลักฐานทางวิชาการในการตัดสินใจ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และการบริหารจัดการองค์กร

สรุปได้ว่า การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 จะช่วยส่งเสริมให้มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยเฉพาะปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการนำข้อมูลเชิงลึกมาประกอบการวางแผนกลยุทธ์ ซึ่งจะทำให้การบริหารจัดการองค์กรมีความแม่นยำ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ภายใต้ระบบสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อให้สามารถตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการบริหารจัดการ และการดูแลผู้ป่วย ตามวิสัยทัศน์ขององค์กร รวมถึงสามารถนำพาองค์กรฟันฝ่าอุปสรรคไปสู่ความสำเร็จได้ตามที่มุ่งหวัง

ความหมายของการพัฒนาภาวะผู้นำ ทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21

การพัฒนาภาวะผู้นำถูกนำมาใช้ครั้งแรกในช่วงทศวรรษ 1930 กับงานของ Kurt Lewin ซึ่งเป็นผู้นำในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงองค์กร ต่อมาในช่วงทศวรรษ 1940 มีการส่งเสริมอย่างกว้างขวางโดยนำแนวคิดจากจิตวิทยา และการจัดการเข้ามาช่วยในการพัฒนาทักษะผู้นำ จนมาถึงช่วงทศวรรษ 1980 ได้มีการเริ่มต้นศึกษาการทำงานและการบริหารทรัพยากรมนุษย์ เพื่อพัฒนาให้ผู้นำมีความสามารถ มีทักษะ และเป็นประโยชน์ต่อองค์กรในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของภาวะผู้นำไว้มากมาย ดังนี้

ภาวะผู้นำ คือ ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้นำและผู้ตาม โดยผู้นำมีความสามารถในการจูงใจ สร้างแรงบันดาลใจ สร้างอิทธิพลให้เกิดขึ้นต่อผู้ตาม สร้างความเชื่อมั่น โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน¹⁵

การพัฒนาภาวะผู้นำ หมายถึง การพัฒนาที่สามารถกระทำการผ่านการศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์การทำงานได้ การพัฒนาภาวะผู้นำจึงเป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ผู้นำต้องพัฒนาตนเองให้มีความสามารถเพิ่มพูน พัฒนาทักษะให้เกิดขึ้นอยู่เสมอ และนำความรู้ต่าง ๆ นั้นมาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงาน¹⁶

ภาวะผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 หมายถึง พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ และมีความน่าเชื่อถือ ซึ่งให้การดูแลอย่างกระตือรือร้นในสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่หลากหลาย มีความซื่อสัตย์ ความเห็นอกเห็นใจ ความอ่อนน้อมถ่อมตน ความมุ่งมั่นต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการคิดเชิงวิพากษ์เพื่อใช้ในการสร้างนวัตกรรมที่ช่วยปรับปรุงสุขภาพของผู้ป่วยและชุมชน มีความเป็นพันธมิตรด้านการดูแลสุขภาพกับทีมสุขภาพ สนับสนุนวัฒนธรรมด้านสุขภาพระดับโลก มีความกล้าหาญพร้อมรับมือกับทุกความท้าทายด้านการดูแลสุขภาพ¹⁷

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 หมายถึง การพัฒนาที่สามารถกระทำการผ่านการศึกษา การฝึกอบรม ประสบการณ์การทำงาน เพื่อพัฒนาผู้นำทางการพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญ มีความน่าเชื่อถือ มีความซื่อสัตย์ ความเห็นอกเห็นใจ ความอ่อนน้อมถ่อมตน ความมุ่งมั่นต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีการใช้หลักฐานและการคิดเชิงวิพากษ์เพื่อใช้ในการสร้างนวัตกรรมที่ช่วยปรับปรุงสุขภาพของผู้ป่วยและชุมชน มีความเป็นพันธมิตรด้านการดูแลสุขภาพกับทีมสุขภาพ สนับสนุนวัฒนธรรมด้านสุขภาพระดับโลก มีความกล้าหาญ พร้อมรับมือกับทุกความท้าทายด้านการดูแลสุขภาพ เพื่อนำ

องค์กรพยาบาลไปสู่เป้าหมายในยุคการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความแตกต่างระหว่างภาวะผู้นำและผู้บริหาร

การบริหารองค์กรและการจัดการทีมงานมักจะพบว่า “ผู้นำ” (leader) และ “ผู้บริหาร” (manager) มีบทบาทที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน แต่ทั้งสองบทบาทนี้มีความสำคัญ และมีความสามารถในการสนับสนุนซึ่งกันและกันในการพัฒนาองค์กร โดยความแตกต่างระหว่างผู้นำ และผู้บริหารนั้นมีหลายประการ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้¹⁸

1. การสร้างแรงบันดาลใจ ผู้นำใช้การสร้างแรงบันดาลใจ และการกระตุ้นเพื่อให้ทีมมีความมุ่งมั่น และเชื่อมั่นในวิสัยทัศน์ที่นำเสนอ ผู้นำจะสร้างความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่ง และส่งเสริมความร่วมมือ ขณะที่ผู้บริหารมักจะมุ่งเน้นที่การบริหารจัดการทรัพยากร และการติดตามผลลัพธ์ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น ผู้บริหารจะจัดการกับงาน และปัญหาโดยมุ่งเน้นการปฏิบัติ และประสิทธิภาพ

2. การตัดสินใจและการจัดการ ผู้นำมักจะสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับประเด็นความเสี่ยงและเป็นนวัตกรรม เนื่องจากมองไปที่การเปลี่ยนแปลงและการพัฒนานวัตกรรม ขณะที่ผู้บริหารมักจะตัดสินใจโดยอิงจากข้อมูล และประสบการณ์ที่มีอยู่แล้ว โดยมุ่งเน้นการรักษาความเสถียร และการจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ทักษะและวิธีการ ผู้นำต้องมีทักษะในการสร้างแรงบันดาลใจและการสื่อสารที่ดี รวมถึงทักษะในการบริหารความเปลี่ยนแปลง และการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ดี ขณะที่ผู้บริหารต้องมีทักษะในการวางแผน การจัดการทรัพยากร และการติดตามผล ซึ่งต้องการการจัดระเบียบ

และความสามารถในการแก้ไขปัญหาในระดับปฏิบัติการ

4. การจัดการทีม ผู้นำมักจะสร้างสภาพแวดล้อมที่เปิดกว้างสำหรับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการพัฒนาของสมาชิกในทีม ขณะที่ผู้บริหารมักจะมุ่งเน้นการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบให้ชัดเจน รวมถึงการตรวจสอบการทำงานและผลลัพธ์ แม้ว่าผู้นำและผู้บริหารจะมีความแตกต่างกันในหลายด้าน แต่ในความเป็นจริงแล้ว บทบาททั้งสองมักจะมีการทับซ้อนกัน และบุคคลหนึ่งอาจทำหน้าที่ทั้งสองอย่างได้ดี โดยการผสมผสานระหว่างวิสัยทัศน์ที่กว้างขวางและการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้เขียนขอสรุปว่า ผู้นำทางการพยาบาลมุ่งเน้นการสร้างแรงบันดาลใจ และการพัฒนาทีมพยาบาล เช่น การส่งเสริมการปฏิบัติที่ดี และการสนับสนุนการพัฒนาทักษะ โดยทำงานร่วมกับทีมพยาบาลเพื่อสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ขณะที่ผู้บริหารทางการพยาบาล มุ่งเน้นการจัดการและบริหารงานอย่างเป็นระบบ เช่น การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การจัดการงบประมาณ และการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้การดำเนินงานของหน่วยงานพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และองค์กร

สรุปได้ว่า ความแตกต่างระหว่างภาวะผู้นำและผู้บริหารที่สำคัญ คือด้านแนวคิด และวิสัยทัศน์ โดยผู้นำมักจะมองไปข้างหน้าและมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับอนาคต ผู้นำมักจะสร้างแรงบันดาลใจให้กับทีม และมีความสามารถในการนำทางให้ทีมเดินไปสู่เป้าหมายใหญ่หรือการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ขณะที่ผู้บริหารมักจะมุ่งเน้นไปที่การจัดการและการดำเนินงานในปัจจุบัน ผู้บริหารจะดูแล

การดำเนินการให้เป็นไปตามแผนและมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยมักจะมุ่งเน้นที่การจัดระเบียบ และการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน

ทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล

ผู้นำทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการขับเคลื่อนบริการสุขภาพ เพื่อให้องค์กรพยาบาลดำเนินงานไปสู่ความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ โดยภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลถือได้ว่ามีอิทธิพลอย่างมากต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลในองค์กร การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งเพื่อก่อให้เกิดผลดีต่อองค์กร และผู้ที่ได้รับการพัฒนา ผู้เขียนได้ทบทวน และศึกษาแนวคิดและทฤษฎีและการวิจัยเกี่ยวกับภาวะผู้นำ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน สามารถแบ่งทฤษฎีภาวะผู้นำได้ 4 กลุ่ม¹⁹ ดังนี้

1. ทฤษฎีมหาบุรุษ และทฤษฎีคุณลักษณะ (great man theory/trait theory) เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 18 ซึ่งผู้นำตามทฤษฎีนี้มีวิวัฒนาการมาเป็นลำดับแรก ๆ เชื่อว่าภาวะผู้นำเป็นสิ่งที่ติดตัวแต่กำเนิด ไม่สามารถเรียนรู้หรือเสริมสร้างให้เกิดขึ้นภายหลังได้ โดยลักษณะของผู้นำจะมีความเฉพาะตัว คุณลักษณะผู้นำ ประกอบด้วยคุณลักษณะทางกายภาพ เช่น ส่วนสูง ลักษณะท่าทาง ความคล่องแคล่วทางวาจา เป็นต้น

2. ทฤษฎีเชิงพฤติกรรม (behavioral theory) เริ่มมีการศึกษาในช่วงปลายปี 1940 เนื่องจากนักวิชาการเชื่อว่าผู้นำมีความแตกต่างของพฤติกรรม กล่าวคือมีทั้งผู้นำที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ แต่จะยึดนำพฤติกรรมที่ทำให้ผู้นำประสบความสำเร็จมาใช้ในการจัดการในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย เนื่องจากเชื่อว่าผู้นำอย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อ

การบริหารจัดการองค์กรให้สำเร็จ จึงมีการศึกษาคุณลักษณะด้านพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมแบบมุ่งเนื้องาน พฤติกรรมแบบมุ่งความสัมพันธ์ ฯลฯ เป็นต้น

3. ทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ (contingency theory) โดยทฤษฎีนี้ จะให้ความสำคัญกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น ลักษณะของการทำงานของผู้นำ ลักษณะสิ่งแวดล้อมภายนอก เป็นต้น ผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ตลอดจนยอมให้ผู้ปฏิบัติงานมีอิสระในการทำงานมากขึ้น เน้นการแลกเปลี่ยนประโยชน์ระหว่างผู้นำกับผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ต่างก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ต่างอำนวยความสะดวกซึ่งกันและกัน ต่างฝ่ายต่างได้รับผลประโยชน์ตอบแทน

4. ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (transformational leadership theory) ซึ่งปัจจุบันการศึกษาภาวะผู้นำให้ความสนใจไปที่บทบาทของผู้นำในการสร้างและส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยเน้นการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงที่มีผลที่ยั่งยืนในบุคลากรและองค์กร โดยผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะจูงใจผู้ตาม เช่น ให้คำตอบแทน ให้ตำแหน่ง เป็นต้น ทั้งนี้ผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะมีลักษณะที่ทำให้ผู้ตามเกิดความไว้วางใจ จงรักภักดี และความเคารพต่อผู้นำจนสามารถสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานได้ตามที่คาดหวังหรือเกินความคาดหวังได้

สรุปได้ว่า ภาวะผู้นำทางการพยาบาลสามารถ แบ่งได้เป็น 4 กลุ่มทฤษฎีหลัก ได้แก่ ทฤษฎีมหาบุรุษและทฤษฎีคุณลักษณะซึ่งเชื่อว่าภาวะผู้นำเป็นสิ่งที่ติดตัวแต่กำเนิด ทฤษฎีเชิงพฤติกรรมที่เน้นพฤติกรรมของผู้นำที่นำไปสู่ความสำเร็จ ทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม และทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เน้นการสร้าง และ

ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงในองค์กรอย่างยั่งยืน ซึ่งแต่ละทฤษฎีที่กล่าวมานั้นถือได้ว่าเป็นกรอบพื้นฐานในการนำไปวางแผนพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล เพื่อให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ และสามารถนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จทันต่อยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมรรถนะในการเป็นผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21

วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพ ส่งผลกระทบบอย่างมีนัยสำคัญต่อสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในยุคสมัยใหม่ ซึ่งผู้บริหารการพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ และทักษะที่หลากหลาย เพื่อใช้เป็นอาวุธในยามที่ต้องบริหารจัดการต่อสถานการณ์ท้าทายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด โดย Cathy Rick⁹ กล่าวถึง สมรรถนะในการเป็นผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 เรียกว่า The “5 eyes” ประกอบด้วย 5 สมรรถนะ ดังนี้

1. สมรรถนะด้านนวัตกรรม (innovation)

จากการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและศตวรรษที่ 21 ส่งผลให้ผู้บริหารพยาบาลจะต้องมีความพร้อมในการบริหารจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา โดยใช้แนวทางที่เป็นนวัตกรรมใหม่ ซึ่งขับเคลื่อนด้วยข้อมูลเป็นหลัก (data-driven approaches) สามารถใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ โดยการนำข้อมูลเชิงลึกมาประกอบการวางแผนกลยุทธ์ ซึ่งจะทำให้การบริหารจัดการองค์กรมีความแม่นยำและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น¹²⁻¹³ ทั้งนี้ นวัตกรรมไม่เพียงเป็นสิ่งแปลกใหม่อย่างเดียว แต่ต้องออกแบบมาอย่างดี เพื่อให้บรรลุผลตามที่ตั้งไว้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงผู้นำจำเป็นต้องเป็นแบบอย่างในการใช้นวัตกรรมในการแก้ไขปัญหา

ทางการแพทย์สามารถช่วยในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ในการติดตามสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้นำสามารถปรับแผนการดูแลได้อย่างทันที่ และสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามได้

2. สมรรถนะด้านความมุ่งมั่น และความเคารพระหว่างกัน (interprofessional commitment and respect) การทำงานเป็นทีมถือได้ว่าเป็นหัวใจหลักในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยคนหนึ่งไม่สามารถถูกดูแลโดยวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งได้ ต้องมีการประสานงานร่วมกัน พึงพาอาศัยซึ่งกันและกันของทีมสหสาขาวิชา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน และที่สำคัญต้องทำงานภายใต้ขอบเขตวิชาชีพของตน

3. สมรรถนะด้านสารสนเทศ (informatics) ปัจจุบันระบบสารสนเทศทางคลินิก (clinical information systems) เข้ามามีส่วนช่วยในการทำงานของบุคลากรทางสุขภาพเป็นอย่างมาก จึงมีความจำเป็นต้องมีการบันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างทันที่ สำหรับใช้ในการพิจารณาให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ทางเลือกในการรักษา และผลที่ตามมาของการรักษา เพื่อเพิ่มการดูแลที่มีคุณภาพดีขึ้นและการบริหารจัดการธุรกิจอย่างมีประสิทธิภาพ

4. สมรรถนะด้านข้อมูลเชิงลึก (insight) ผู้นำที่ชาญฉลาดจะกำหนดวิสัยทัศน์ และวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ และมีความเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงที่เป็นพลวัตย่อมส่งผลกระทบต่อลักษณะที่ซับซ้อนของการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ กำลังคน สภาพแวดล้อมการทำงาน การจัดการความเสี่ยงขององค์กร รวมถึงความต้องการของผู้ป่วย และ

มีการปฏิบัติงานตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งทางคลินิกและการบริหารจัดการ

5. สมรรถนะด้านซื่อสัตย์สุจริต (integrity) ความไว้วางใจและความเคารพระหว่างสมาชิกในทีมดูแลสุขภาพ และสภาพแวดล้อมที่ช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มขอบเขตของตน กล้าที่จะแบ่งปันมุมมองที่แตกต่างด้วยความเคารพและร่วมมือกัน เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพสูงสุดให้กับผู้ป่วย ซึ่งความไว้วางใจและความเคารพจะได้รับก็ต่อเมื่อผู้นำบริหารงานโดยยึดหลักความถูกต้อง เชื่อถือได้ เป็นจริง และโปร่งใส สำหรับผู้นำที่แสดงให้เห็นถึงความซื่อสัตย์ในศตวรรษที่ 21 จำเป็นต้องมีระดับความสามารถในการเปิดกว้างในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ด้วยหลักคุณธรรมอันสูงส่งในทุกงาน โดยเน้นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งความปลอดภัยจะช่วยจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความคงอยู่ในงาน เมื่อตนรู้สึกปลอดภัยที่จะพูดหรือแบ่งปันสิ่งที่เกื้อบผิตพลาด โดยไม่กลัวตักงาน

การบริหารจัดการในศตวรรษที่ 21 ผู้บริหารการพยาบาลต้องมีสมรรถนะที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นด้าน นวัตกรรม ความมุ่งมั่น การใช้สารสนเทศทางคลินิก ข้อมูลเชิงลึก ความซื่อสัตย์การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีวิสัยทัศน์และความสามารถในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ รวมถึงบริหารองค์กรด้วยความโปร่งใสและยึดหลักคุณธรรม ผู้นำที่มีสมรรถนะเหล่านี้จะสามารถนำองค์กรสู่ความสำเร็จ และสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน ดังนั้น องค์กรจึงต้องพัฒนาภาวะผู้นำให้มีความพร้อมในการขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุเป้าหมายท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่ไม่หยุดยั้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ในการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21

ผู้บริหารการพยาบาลเป็นกลไกสำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนนโยบายของโรงพยาบาลลงสู่ระดับปฏิบัติการ ซึ่งการที่องค์กรมีผู้นำที่มีความเก่งรอบรู้ในทุกสถานการณ์ จะสามารถนำพาองค์กรฟันฝ่าอุปสรรคไปได้อย่างเต็มภาคภูมิท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงที่มีความซับซ้อน และไม่หยุดนิ่ง แต่หากมองในความเป็นจริงแล้วว่าการจะเป็นผู้นำที่เก่งและน่าองค์กรได้นั้น จำเป็นจะต้องใช้หลากหลายกลยุทธ์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาภาวะผู้นำ ให้ผู้นำมีความรู้ความสามารถ และมีความแข็งแกร่งมากพอที่จะเป็นแกนนำหลักในการนำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จได้ จากการทบทวนวรรณกรรม การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลมีหลากหลายแนวทาง ซึ่งผู้เขียนได้สรุปกลยุทธ์ในการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21⁹⁻¹¹ ไว้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ตนเองเพื่อค้นหาส่วนที่ต้องพัฒนา

กลยุทธ์ในการพัฒนาจำเป็นต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาทักษะและความสามารถของตนเอง เพื่อให้สามารถทำงานหรือทำภารกิจต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยวิเคราะห์ช่องว่างของส่วนที่ต้องการพัฒนา ขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการนี้ ประกอบด้วย

1.1 การกำหนดเป้าหมาย (goals) เป็นขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการพัฒนาตนเอง เนื่องจากช่วยให้ผู้นำทางการพยาบาลมีทิศทางที่ชัดเจนในการพัฒนาทักษะ และความสามารถ โดยการเริ่มต้นจากการประเมินตนเองเพื่อระบุสิ่งที่ต้องการบรรลุ ผู้นำทางการพยาบาลจำเป็นต้องประเมินตนเอง ต้องมีการตั้งคำถามว่าต้องการเป็นอะไร และต้องการ

พัฒนาในด้านใด หากต้องการเป็นผู้นำที่ดีต้องพิจารณาว่าทักษะไหนที่สำคัญ เช่น การเรียนรู้ทักษะใหม่ในงาน การเป็นผู้นำที่ดีในองค์กร หรือการเสริมสร้างความชำนาญในงานที่ทำอยู่ให้ดีขึ้น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตัดสินใจที่ดี หรือการสร้างแรงจูงใจในทีม เป็นต้น

1.2 การวิเคราะห์ความสามารถ (abilities) เป็นการวิเคราะห์สิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ (จุดเด่น-จุดด้อย) โดยทำการประเมินความสามารถของตนเองโดยเฉพาะ จุดเด่นที่มี และจุดที่ยังต้องพัฒนาต่อไป เช่น ความชำนาญในการใช้เทคโนโลยีใหม่ ทักษะการสื่อสาร หรือการจัดการเวลา เป็นต้น

1.3 การรับรู้สิ่งที่ เป็นอยู่ (perceptions) การเข้าใจและรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว ช่วยในการตีความ และวิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เข้าใจมากขึ้น และตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเข้าใจและตีความสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว เช่น การเข้าใจแนวโน้มในตลาด การเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงาน หรือการทบทวนผลงานที่เคยทำ เป็นต้น

1.4 มาตรฐาน (standard) มาตรฐานหรือเกณฑ์ที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์หรือการกระทำ ศึกษาทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 รวมถึงสมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล เพื่อดูมาตรฐานเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินว่าการดำเนินงานมีความสำเร็จตามเป้าหมายหรือไม่ เมื่อได้ทำการวิเคราะห์ตนเองเรียบร้อยแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการระบุ และเรียงลำดับความสำคัญของความต้องการในการพัฒนาตนเอง

2. การระบุและเรียงลำดับความสำคัญ ความต้องการในการพัฒนา คือขั้นตอนสำคัญของกลยุทธ์สำหรับการประเมินและจัดลำดับทักษะ

หรือความรู้ที่เราต้องการพัฒนาตนเองให้มีความสำคัญตามลำดับ เพื่อให้สามารถมุ่งเน้นการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพและเป็นระเบียบมากขึ้น เพื่อวางแผนพัฒนารายบุคคล มีดังนี้

2.1 เริ่มต้นด้วยการระบุความต้องการหรือทักษะที่ต้องการพัฒนา เช่น ทักษะเชิงบุคคลิก (เช่น การจัดการเวลา การทำงานร่วมกับผู้อื่น) ทักษะเชิงวิชาชีพ (เช่น การเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่) หรือความรู้ทางกายภาพ (เช่น การฝึกซ้อมหรือการฝึกท่าทางในการสื่อสาร)

2.2. ประเมินความสำคัญของแต่ละความต้องการตามลำดับ เพื่อที่จะทำให้การพัฒนามีความเป็นระเบียบและเป็นประสิทธิภาพมากที่สุด โดยให้ความสำคัญตามความต้องการของการใช้งานจริง หลังจากที่ได้รับรู้ความต้องการและประเมินความสำคัญแล้ว ให้ทำการกำหนดลำดับของความสำคัญตามลำดับที่สำคัญที่สุด โดยมีข้อพิจารณาเช่น ความสำคัญในการประสานงานกับผู้อื่น ความสำคัญในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับงานปัจจุบันหรืออนาคต หรือความสำคัญในการเตรียมพร้อมสำหรับอนาคต

2.3 เรียงลำดับความสำคัญของความต้องการ ทำการวางแผนการพัฒนาดตนเอง โดยเน้นที่ความสำคัญสูงสุดและมุ่งหมายที่ชัดเจน เช่น วางแผนการเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นผ่านการศึกษาต่าง ๆ การสมัครอบรมหรืออบรมภายในองค์กร หรือการเข้าร่วมกิจกรรมที่เพิ่มทักษะ ทำการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาอย่างชัดเจน เช่น ต้องการทักษะใหม่นี้จะช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้นในภาพรวม ต้องการเป็นผู้นำที่เชื่อถือได้ในองค์กร หรือต้องการเตรียมความพร้อมสำหรับตำแหน่งหรือโอกาสใหม่ในอนาคต

3. การวางแผนการพัฒนา และเสนอแผนการพัฒนาดตนเอง เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการสร้างเส้นทางที่ชัดเจนเพื่อการเติบโตและความสำเร็จในอนาคต โดยการดำเนินการตามขั้นตอนที่ชัดเจนจะช่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาดตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นระเบียบ โดยหลังจากการวิเคราะห์ตนเองเพื่อค้นหาส่วนที่ต้องพัฒนา และเรียงลำดับความสำคัญความต้องการในการพัฒนาเรียบร้อยแล้ว ขั้นตอนการวางแผนการพัฒนาและเสนอแผนการพัฒนาดตนเองจะเป็นกระบวนการถัดมา

3.1 การกำหนดกลยุทธ์ และกิจกรรม เมื่อมีการตั้งเป้าหมายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะปัจจุบันแล้ว ขั้นตอนถัดไปคือการวางแผนกลยุทธ์ และกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อบรรลุเป้าหมาย กลยุทธ์อาจรวมถึงการเลือกหลักสูตรการเรียนรู้ การเข้าร่วมการอบรม การหาประสบการณ์ใหม่ ๆ หรือการพัฒนาทักษะเฉพาะทางที่จำเป็น นอกจากนี้ ยังควรวางแผนกิจกรรมที่มีความหลากหลาย เช่น การอ่านหนังสือที่เกี่ยวข้อง การเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) หรือการทำโครงการที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถสรุปวิธีการได้ดังนี้

3.1.1 การพัฒนาดตนเอง (self-development) การพัฒนาดตนเอง และการฝึกอบรมมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นผู้นำทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการขององค์กรและผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ โดยการพัฒนาดตนเอง (self-development) เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความมุ่งมั่นและความพยายามอย่างต่อเนื่อง เช่น การฝึกฝนทักษะการนำ (leadership skills) ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแรงบันดาลใจและการตัดสินใจที่ดี

การจัดการเวลา (time management) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและการพัฒนาทักษะเชิงส่วนบุคคล (personal skills) เช่น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการแก้ปัญหา

3.1.2 การพัฒนา และฝึกอบรมภายในองค์กร (on the job training)

เป็นวิธีการเรียนรู้ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การเรียนรู้ และพัฒนาผ่านประสบการณ์จริงในสถานที่ทำงาน โดยมีการรับการโค้ช หรือการสอนจากผู้บังคับบัญชา หรือผู้เชี่ยวชาญภายในองค์กร การทำเช่นนี้ช่วยให้พนักงานสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ทันที และได้รับข้อเสนอแนะแบบทันที

3.1.3 การพัฒนา และฝึกอบรมภายนอกองค์กร (outside training)

เป็นวิธีช่วยในการเสริมสร้างทักษะและความรู้ใหม่ ๆ การเข้าร่วมการอบรมหรือหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับงานที่จัดขึ้นโดยหน่วยงานภายนอก เช่น การอบรมสัมมนาหรือการเรียนรู้ผ่านการศึกษเพิ่มเติม จะช่วยให้บุคลากรสามารถเข้าถึงความรู้และเทคนิคใหม่ ๆ ที่อาจจะไม่สามารถหาได้จากการฝึกอบรมภายในองค์กร การเรียนรู้จากแหล่งภายนอกยังสามารถเปิดโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแนวทางปฏิบัติที่ดีจากมืออาชีพในสาขาต่าง ๆ ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้ในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 การจัดลำดับความสำคัญ การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมและกลยุทธ์ที่ต้องทำเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้สามารถจัดการเวลา และทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดลำดับความสำคัญจะช่วยให้ทราบว่าอะไรเป็นสิ่งที่ควรทำก่อน และหลัง รวมถึงการจัดการกับภารกิจที่มีความสำคัญสูงสุด เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ตามที่กำหนด

3.3 การติดตามและประเมินผล การติดตามและประเมินผลการพัฒนาตนเอง

เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการตรวจสอบความก้าวหน้าและความสำเร็จ การติดตามผลควรทำเป็นระยะ ๆ เช่น ทุกเดือนหรือทุกไตรมาส เพื่อตรวจสอบว่าแผนการพัฒนานั้นได้ผลตามที่คาดหวังหรือไม่ การประเมินผลช่วยในการปรับปรุงแผนการพัฒนาให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.4 การปรับปรุงและปรับแผน การพัฒนาเป็นกระบวนการที่ไม่สิ้นสุด เมื่อได้รับผลการประเมินแล้ว การปรับปรุงและปรับแผนการพัฒนาเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการใหม่ ๆ การเรียนรู้จากความผิดพลาดและประสบการณ์จริงจะช่วยให้ปรับปรุงแผนให้ดียิ่งขึ้น

3.5 การสร้างแผนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ การสร้างแผนการพัฒนาควรมีความชัดเจนและเป็นระบบ การสร้างแผนที่มีการกำหนดระยะเวลาและทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการเป็นสิ่งสำคัญ แผนการพัฒนาควรประกอบด้วยรายละเอียดของกิจกรรมที่ต้องทำเวลาในการดำเนินการ และวิธีการในการตรวจสอบผลลัพธ์

3.6 การสร้างแรงจูงใจ การรักษาความมุ่งมั่นและแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนและมีความสำคัญจะช่วยให้รู้สึกถึงความสำเร็จและกระตุ้นให้ทำงานอย่างต่อเนื่อง

3.7 การมีแผนสำรอง ในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการตามแผนที่กำหนดได้ตามที่คาดหวัง การมีแผนสำรอง (contingency plan) เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งช่วยให้สามารถปรับตัวได้อย่างรวดเร็วเมื่อเผชิญกับปัญหาหรือความท้าทายที่ไม่คาดคิด การวางแผนการพัฒนา และการเสนอแผนการพัฒนาตนเองจึงเป็นกระบวนการ

ที่ต้องการความละเอียดรอบคอบ และการวางแผนอย่างมีระบบ การดำเนินการตามแผนที่ชัดเจน และมีการติดตามประเมินผลจะช่วยให้สามารถพัฒนาทักษะและความสามารถได้ตามเป้าหมายที่กำหนดและพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

4. การถ่ายทอดความรู้ การถ่ายทอดความรู้เป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาตนเอง เพื่อให้สามารถนำความรู้ และทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานหรือชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต การถ่ายทอดความรู้ช่วยให้เราสามารถพัฒนาทักษะการสื่อสารและการอธิบายให้ชัดเจน การทำเช่นนี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้อื่นเรียนรู้ได้ดีขึ้น แต่ยังทำให้เราเองมีความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับเนื้อหาที่เรียนรู้ การสอนหรือการแชร์ความรู้ มักจะต้องมีการเตรียมการและการวางแผนที่ดี ซึ่งสามารถช่วยให้เราพัฒนาทักษะการจัดการเวลา และการวางแผนได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การถ่ายทอดความรู้ยังสามารถสร้างโอกาสในการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการสร้างความร่วมมือในทีม การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นสามารถเสริมสร้างความเข้าใจและความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่หลากหลายได้ดีขึ้น สุดท้ายคือการนำความรู้ และทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน และการทำงานสามารถช่วยให้เราพัฒนา และเติบโตอย่างต่อเนื่อง การปรับตัวและใช้ความรู้ใหม่ ๆ ในการแก้ปัญหาหรือการพัฒนางานสามารถเพิ่มประสิทธิภาพ และช่วยให้เราประสบความสำเร็จในอนาคต

สรุป

กลยุทธ์การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะ

ในยุคศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นยุคที่เต็มไปด้วยการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านเทคโนโลยี สังคม และการดูแลสุขภาพ การพัฒนาภาวะผู้นำไม่เพียงแต่ช่วยให้บุคคลสามารถวิเคราะห์ และระบุความต้องการในการพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบ แต่ยังเป็นส่วนสำคัญในการเตรียมความพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้นำทางการพยาบาล ในหลายด้าน เนื่องจากการพัฒนาภาวะผู้นำเป็นกระบวนการพัฒนาตนเอง โดยจะช่วยให้บุคคลสามารถวิเคราะห์และระบุความต้องการในการพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบ โดยใช้กระบวนการทั้งหมด 4 ขั้นตอน เริ่มจาก 1) การวิเคราะห์ตนเอง เพื่อค้นหาส่วนที่ต้องพัฒนา ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน วิเคราะห์ความสามารถและความต้องการ แล้วเรียงลำดับความสำคัญของทักษะที่ต้องการพัฒนา หลังจากนั้นจึงเข้าสู่ลำดับถัดมา 2) การระบุและเรียงลำดับความสำคัญความต้องการในการพัฒนา 3) การวางแผนการพัฒนา และเสนอแผนการพัฒนา และ 4) การถ่ายทอดความรู้ที่ได้สู่บุคคลอื่น การประยุกต์ใช้กลยุทธ์เหล่านี้จะช่วยให้ผู้นำทางการพยาบาลมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ทั้งยังสามารถสร้างความเชื่อมั่นในทีมงานและพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีภายในองค์กร การเรียนรู้จากประสบการณ์ และการฝึกอบรมทั้งภายในและภายนอกองค์กรจะช่วยเพิ่มทักษะและความรู้ เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับความท้าทายใหม่ ๆ ในอนาคต ดังนั้น กลยุทธ์การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล เป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างมากในวงการด้านการพยาบาล ไม่เพียงแต่เป็นการเพิ่มความสามารถในการนำทีม และการบริหารจัดการเท่านั้น แต่ยังเป็นการสร้างภูมิปัญญาองค์กร และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการให้บริการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และปลอดภัยเนื่องจากผู้นำทางการพยาบาล

มีบทบาทสำคัญในการนำทีม และอำนวยความสะดวกให้กับบุคลากรทางการพยาบาล ในการให้บริการดูแลผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วย ในทางที่เหมาะสมที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2022: Summary of Results. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3; 2022.
2. กองสถิติเศรษฐกิจ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาล เอกชน พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติพยากรณ์, สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
3. พูลสุข นิลกิจศรานนท์. แนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรมปี 2563-65 “ธุรกิจโรงพยาบาล เอกชน”. KRUNGSRI RESEARCH. 2563 September:1-15.
4. Leelahakorn P, Ekpetch C, Charurnsuk B. Teacher Leadership in Secondary Schools under The Office of the Basic Education Commission in Upper Southern Region. Journal of Education Thaksin University. 2015;15(1):95-100.
5. ยุภาพร ยุภาศ. กลยุทธ์กับการบริหารงาน Strategies and Management. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2562;6(1):353-62.
6. พลอยชมพู ทับเอน, มณีสุข จัยเอี่ยม และ อนัสสา โรจนตระกูล. การพัฒนาภาวะผู้นำ: จากทฤษฎีสู่แนวทางการปฏิบัติที่ดีในองค์กร. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2565 December 30;7(12):304-19.
7. สภาการพยาบาล. แผนกลยุทธ์การพยาบาล และการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2565-2569. นนทบุรี: บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด; 2565.
8. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่องสมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิปัตร์และได้รับวุฒิปัตร์/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ [Internet]. 2561 [cited 2024 Jul 30]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>.
9. Rick C. Competence in executive nursing leadership for the 21st century: The 5 eyes. Nurse Leader. 2014;12(2):64-6.
10. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล: ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล หน่วยที่ 1-5. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2559.
11. อารี ชิวเกษมสุข. สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล แนวคิดและการพัฒนา (พิมพ์ครั้งที่ 3). ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
12. Ronquillo CE, Peltonen LM, Pruinelli L, Chu CH, Bakken S, Beduschi A, Cato K, Hardiker N, Junger A, Michalowski M, Nyrup R. Artificial intelligence in nursing: Priorities and opportunities from an international invitational think-tank of the Nursing and Artificial Intelligence Leadership Collaborative. Journal of advanced nursing. 2021 Sep;77(9):3707-17.

13. Risling TL, Low C. Advocating for safe, quality and just care: what nursing leaders need to know about artificial intelligence in healthcare delivery. *Nursing Leadership* (1910-622X). 2019 Apr 1;32(2).
14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Lippincott Williams & Wilkins; 2022 Aug 16.
15. Bass BM, Avolio BJ. Improving organizational effectiveness through transformational leadership. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994.
16. เอกราช โสมจิตพิมานเวช. รูปแบบการบริหารโรงเรียนเอกชนที่มีประสิทธิผล สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 1. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2560.
17. Cline D, Crenshaw JT, Woods S. Nurse leader: a definition for the 21st century. *Nurse Leader*. 2022;20(4):381-4.
18. เรมวล นันทศุภวัฒน์. ภาวะผู้นำทางการพยาบาลในองค์กร. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
19. Marquis BL, Huston CJ. Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application. 9th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2017.

บทความวิชาการ

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดแผลผิวหนังอักเสบ จากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้: กรณีศึกษา

ชานนท์ ขนานใต้¹

พัชรินทร์ เวทสม²

บทคัดย่อ

แผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence-associated dermatitis: IAD) เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดแผลกดทับ และลดความสำเร็จของตัวชี้วัดที่สำคัญในหอผู้ป่วยวิกฤต บทความนี้ มุ่งเน้นที่จะนำเสนอ 1) ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผล IAD 2) กลไกการเกิดแผล IAD 3) เครื่องมือประเมิน ความเสี่ยงและเครื่องมือประเมินความรุนแรงของแผล IAD และ 4) การดูแลแผล IAD ตามระดับความรุนแรง โดยบูรณาการกรอบแนวคิดวงจรป้องกันและจัดการแผล IAD ลงสู่การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดแผล IAD ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผลการดูแล พบว่า การใช้กรอบแนวคิดวงจรป้องกันและจัดการแผล IAD ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลแผล IAD สามารถลดความรุนแรง และส่งเสริมการหายของ แผล IAD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: แผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้/ ผู้ป่วยวิกฤต/ หลักฐานเชิงประจักษ์/ การพยาบาล

¹⁻² พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยมหายาธาตุมหาวิทยาลัยราชภัฏ 9B ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

¹ Corresponding Author, Email: Chanon.khanantai@gmail.com

วันที่รับ 29 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 24 ตุลาคม 2567 วันที่ตอบรับ 29 ตุลาคม 2567

Review article

Care for Critically Ill Patients with Incontinence-Associated Dermatitis: A Case Study

*Chanon Khanantai*¹*Patcharin Wetsom*²**Abstract**

Incontinence-associated dermatitis (IAD) is a leading cause of pressure injury and negatively impacts the achievement of key performance indicators in critical care units. This article aims to present: 1) risk factors for the development of IAD, 2) the mechanisms of IAD formation, 3) risk assessment tools and severity assessment tools for IAD 4) prevention and management of IAD based on severity levels. Results of care showing the integration of IAD prevention and management cycle framework along with evidence-based practices in critically ill patients with IAD that effectively reduce IAD severity and promote IAD healing.

Keywords: Incontinence-Associated Dermatitis (IAD)/ critically ill patients/ evidence based practice/ nursing care

¹⁻² Registered Nurse at Mahavajiravudh ward 9B, Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

¹ Corresponding Author, Email: Chanon.khanantai@gmail.com

บทนำ

แผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence-Associated Dermatitis: IAD) เป็นการอักเสบของผิวหนังที่สัมผัสกับปัสสาวะ และอุจจาระหรือทั้งสองอย่างอย่างต่อเนื่องหรือบ่อยครั้ง จนทำให้ผิวหนังชั้นผิวหนังกำพร้าและชั้นหนังแท้บริเวณดังกล่าวมีอาการอักเสบ แดง อาจมีหรือไม่มีการเปิดออกของผิวหนัง¹ แผล IAD เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยวิกฤต การศึกษาย้อนหลังในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตเกิดแผล IAD ถึงร้อยละ 27² และในประเทศไทยพบรายงานการเกิดแผล IAD ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งสูงถึงร้อยละ 33.33³ ในต่างประเทศมีรายงานผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้เกิดแผล IAD เฉลี่ยในระยะเวลาเพียง 4 วันหลังเข้ารับรักษาตัว เร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่เกิดเฉลี่ยในระยะเวลา 13 วัน⁴ อาจมาจากปัจจัยเสี่ยงหรือความรุนแรงของพยาธิสภาพการดำเนินของโรคที่แตกต่างกัน

นอกเหนือจากอาการผื่น บวม และแดงของแผล IAD ผู้ป่วยมักมีอาการคัน ปวด แสบร้อน และมีเลือดออก เมื่อผิวหนังบริเวณที่เป็นแผล IAD เปิด อาจพัฒนาเป็นแผลกดทับระดับที่ 2 ได้¹ ในผู้ป่วยวิกฤตที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พยาบาลต้องมึบทบาทสำคัญในการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และดูแลหลังการขับถ่าย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียคุณค่าในตนเองเกิดความเครียดและวิตกกังวล นอกจากนี้แผล IAD ยังส่งผลให้ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผล IAD ถึง 1.3 เท่า และยังเพิ่มค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลรักษาสูงกว่า

กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผล IAD เฉลี่ย 36,657 ดอลลาร์สหรัฐ² รวมถึงส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากร เช่น การจัดการความปวด การป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วย

พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตนอกจากจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้เกิดความคงที่ของสัญญาณชีพ หรือการใช้กระบวนการรักษาและเทคโนโลยีพยุงชีพขั้นสูงแล้ว การดูแลพื้นฐานด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล โดยเฉพาะการดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการเกิดแผล IAD จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการเข้ารับการรักษ และสะท้อนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์นำเสนอเกี่ยวกับแผล IAD ในผู้ป่วยวิกฤตครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง กลไกการเกิดเครื่องมือประเมินความเสี่ยงและเครื่องมือประเมินความรุนแรงของแผล IAD การป้องกัน และการดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ตามระดับความรุนแรง โดยบูรณาการกรอบแนวคิดวงจรป้องกันและจัดการแผล IAD ลงสู่การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดแผล IAD ขณะเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผล IAD ในผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบปัจจัยของการเกิดแผล IAD ในผู้ป่วยวิกฤต⁵⁻⁷ ดังนี้

ปัจจัยภายในผู้ป่วย ได้แก่ 1) เพศ พบในผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องจากที่มีท่อปัสสาวะสั้นกว่าเพศชาย ทำให้ผิวหนังบริเวณก้นกบและฝีเย็บสัมผัสกับปัสสาวะและอุจจาระได้มากกว่า 2) อายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังชั้นบนที่บางตัวลง มีการสะสมของไขมันและน้ำในชั้นผิวหนังน้อยลงเป็นผลให้ผิวหนังบอบบางเกิดแผล IAD ได้ง่าย 3) โรคประจำตัวเบาหวาน ย่อมมี

ความผิดปกติของหลอดเลือดและความเข้มข้นของปริมาณเลือดที่จะนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงผิวหนังน้อยลง 4) อุณหภูมิร่างกาย โดยเฉพาะอุณหภูมิที่มากกว่า 38 องศาเซลเซียส และ 4) ความสามารถในการเคลื่อนไหว ซึ่งผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวให้อยู่บนเตียงจากความรุนแรงของโรค หรือบางส่วนเป็นผู้ป่วยติดเตียงมีความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยอยู่แล้ว

สำหรับปัจจัยภายนอก ได้แก่ 1) การได้รับยากลุ่มบีบหลอดเลือด เป็นผลให้หลอดเลือดฝอยบริเวณผิวหนังหดตัวทำให้มีเลือดไหลเวียนมาเลี้ยงลดน้อยลง 2) การใช้ยากล่อมประสาท ซึ่งทำให้การรับรู้และช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง หรือทำให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายของตนเองได้ 3) การถ่ายอุจจาระเหลว 4) จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระที่มากกว่า 3 ครั้งต่อวัน 5) การได้รับอาหารทางสายยางอย่างรวดเร็วหรือชนิดอาหารที่มีความเข้มข้นสูง อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องร่วงแบบออสโมติก (osmotic diarrhea) 6) การใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นสาเหตุสำคัญให้จำกัดกิจกรรมให้อยู่เพียงบนเตียง 7) การใช้ยาปฏิชีวนะ มีรายงานว่ายา vancomycin, linezolid, fluconazole, piperacillin sodium-tazobactam sodium เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดแผล IAD และเป็นตัวทำนายการเกิดอาการถ่ายเหลว (antibiotic-associated diarrhea (AAD) ในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม⁸) 8) ความอับชื้น จากการใช้แผ่นรองขับที่ไม่ระบายอากาศ และไม่สามารถรองขับได้เหมาะสมหรือมีประสิทธิภาพ และ 9) แรงเสียดสีและแรงเฉือนจากการขัดถูเมื่อทำความสะอาดหลังขับถ่ายล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแผล IAD ในผู้ป่วยวิกฤต⁹ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดแผล IAD ในผู้ป่วยวิกฤต จึงควรให้

ความสำคัญกับการประเมินและจัดการดูแลอย่างเหมาะสมเพื่อลดผลกระทบต่อนผู้ป่วย

กลไกการเกิดแผล IAD

แผล IAD โดยทั่วไปเกิดขึ้นจาก 2 องค์ประกอบสำคัญ คือ ผิวหนัง และสิ่งสัมผัสที่กระทำต่อผิวหนังทั้งที่เป็นของเหลว สารเคมี เชื้อโรค และแรงกล โดยมีกลไกการเกิด ดังนี้⁴

1. การสัมผัสกับสารเคมี โดยเฉพาะการใช้สบู่ที่มีค่าความเป็นด่างสูง จะทำให้ผิวหนังชั้นนอกสุดที่เรียกว่า acid mantle ประกอบไปด้วยเซลล์ไขมันและเซลล์ผิวหนังที่ตาย ส่งผลให้ผิวหนังขาดเกราะป้องกันตามธรรมชาติ

2. การเปลี่ยนแปลงของค่าสมดุลกรดต่าง (pH) ซึ่งปกติผิวหนังมีค่า pH อยู่ในช่วง 5-6 กรณีที่มีปัสสาวะและอุจจาระมาผสมกัน จะทำให้แบคทีเรียเฮลิโคไพโลรี (H.pylori) ในอุจจาระซึ่งสามารถสร้าง urease ซึ่งเปลี่ยนยูเรียในปัสสาวะให้เป็นแอมโมเนียซึ่งมีความเป็นด่างมากขึ้นเป็นผลทำให้เกิดการระคายเคืองและอักเสบของผิวหนังหรือในกรณีที่อุจจาระมีลักษณะเหลวจะทำให้เอนไซม์ protease และ lipase ย่อยโปรตีน และไขมันที่หนังกำพร้าชั้นนอกสุดทำให้ผิวหนังเกิดการอักเสบได้

3. การเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์บริเวณผิวหนัง เมื่อผิวหนังเกิดความอับชื้นที่มากเกินไปร่วมกับผิวหนังที่ขาดความสมดุลของกรดต่าง และมีการสัมผัสกับปัสสาวะและอุจจาระอย่างต่อเนื่องเป็นผลให้ไขมันที่เคลือบผิวหนัง (sebum) ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นตัวละลายไขมันมีหน้าที่ป้องกันผิวหนังเสียไปถูกทำลาย ทำให้แบคทีเรียเจริญเติบโตบริเวณผิวหนังได้

4. การทำความสะอาดผิวหนัง การขัดถูผิวหนังขณะทำความสะอาดจะเป็นการเพิ่มการระคายเคืองของผิวหนังเนื่องจากผิวหนังที่มี

ความเปื่อยขึ้นจะมีแรงเสียดทานสูงซึ่งทำให้เกิดการถลอกหรือฉีกขาดของผิวหนังได้ง่ายกว่าผิวแห้ง ส่งผลให้ผิวหนังชั้นนอกส่วนของ stratum corneum เกิดการถลอกได้

เครื่องมือประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงในการเกิดแผล IAD

ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือที่หลากหลายสำหรับประเมินความเสี่ยง และความรุนแรงในการเกิดแผล IAD บทความนี้จะขอ ยกตัวอย่าง 3 เครื่องมือที่ใช้บ่อย คือ 1) Perinium Assessment Tool (PAT) 2) Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT) และ 3) The Ghent Global IAD Categorization Tool (GLOBIAD) ดังนี้

1. แบบประเมิน Perinium Assessment Tool (PAT)¹⁰ เป็นแบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผล IAD จาก 4 ปัจจัย แต่ละปัจจัย ให้คะแนน 1-3 ตามลำดับความเสี่ยง ดังนี้

1.1 ลักษณะความเข้มข้นของ ปัสสาวะและอุจจาระ แบ่งระดับคะแนนได้เป็น อุจจาระเหลวเป็นน้ำและหรือมีปัสสาวะร่วมด้วย เท่ากับ 3 คะแนน อุจจาระเป็นน้ำปนเนื้อหรือ อาจมีปัสสาวะร่วมด้วย เท่ากับ 2 คะแนน อุจจาระ มีลักษณะปกติหรืออาจมีปัสสาวะร่วมด้วย เท่ากับ 1 คะแนน

1.2 ระยะเวลาเปลี่ยนแผ่นรองซับ แบ่งระดับคะแนนได้เป็นเปลี่ยนทุก 2 ชั่วโมง เท่ากับ 3 คะแนน เปลี่ยนทุก 4 ชั่วโมง เท่ากับ 2 คะแนน เปลี่ยนทุก 8 ชั่วโมง เท่ากับ 1 คะแนน

1.3 สภาพผิวหนังบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ แบ่งระดับคะแนนได้เป็นผิวหนังถลอก ฉีกขาดหรืออาจมีการอักเสบที่ผิวหนัง เท่ากับ 3 คะแนน ผิวหนังแดงหรืออาจมีการอักเสบที่

ผิวหนังและการติดเชื้อราที่ผิวหนัง 2 คะแนน สภาพผิวหนังปกติ เท่ากับ 1 คะแนน

1.4 ปัจจัยเสริมได้แก่ ภาวะอัลบูมินต่ำ การได้รับยาปฏิชีวนะ การใส่สายยางให้อาหาร การติดเชื้อแบคทีเรียชนิดรุนแรง การประเมิน ปัจจัยเสี่ยง แบ่งระดับคะแนนได้เป็นปัจจัยเสี่ยง มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อ เท่ากับ 3 คะแนน มีปัจจัยเสริม 2 ข้อ เท่ากับ 2 คะแนน ไม่มี ปัจจัยเสี่ยงหรือมีเพียง 1 ข้อ เท่ากับ 1 คะแนน

คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 4-12 คะแนน คะแนน 4-6 หมายถึง มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดแผล IAD อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 7-12 หมายถึง มีความเสี่ยงสูงจนถึงมีแผล IAD แล้ว

2. เครื่องมือ Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT)¹¹ เครื่องมือ แบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 5 ระดับ คือ

2.1 ระดับความเสี่ยงสูง (high risk) คือ ลักษณะของผิวปกติ ไม่แดงหรือไม่อุ่นกว่า บริเวณใกล้เคียง อาจเริ่มมีรอยบริเวณผิวหนังหรือสี ของผิวหนังเริ่มเปลี่ยนเป็นซีด คล้ำขึ้น ร่วมกับมี ภาวะถ่ายเหลวมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/วัน หรือ มีปัสสาวะหรืออุจจาระเล็ด

2.2 ระดับเริ่มเกิดแผล (early IAD) คือ ลักษณะของผิวเป็นสีชมพูหรือแดง ใน ผู้ป่วยที่ผิวคล้ำ ผิวหนังบริเวณนั้นอาจเปลี่ยนเป็นสี ซีด เหลือง หรือมีสีดำคล้ำ ม่วง มากกว่าผิวหนัง บริเวณอื่น ไม่มีขอบเขตชัดเจน ไม่มีรอยถลอกหรือ รอยฉีกขาดของผิวหนัง ไม่มีตุ่มน้ำใส เมื่อสัมผัสผิว จะอุ่นกว่าบริเวณอื่นอาจรู้สึกแสบหรือเจ็บขณะ ถูกสัมผัส

2.3 ระดับแผลรุนแรงปานกลาง (moderate IAD) คือ ลักษณะของผิวจะมีสีแดงสด หรือแดงจัดในคนผิวสีเข้ม ผิวมักจะเปื้อนมันเงา และขึ้นร่วมกับมีการซึมของซีรั่ม (serum) หรือ

จุดเลือดออก มีตุ่มพองหรือตุ่มน้ำเล็ก ๆ อาจมีผิวเปิดออกเป็นบริเวณเล็ก ๆ พบว่า บริเวณนี้มีอุณหภูมิที่อุ่นหรือร้อนขึ้น เมื่อเทียบกับส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยอาจมีอาการปวด แสบ ร้อน

2.4 ระดับแผลรุนแรง (severe IAD) คือ ลักษณะของผิวจะเป็นแผลเปิดระดับตื้น สีแดงและมีการซึมของซีรั่มหรือเลือดบริเวณผิวหนังชั้นหนังแท้ (dermis) หรือหนังกำพร้า (epidermis) อาจลอกออกเมื่อสิ่งขับหลังติดกับผิวสัมผัสอื่นและมีอาการ อาการแสดงของผิวหนังติดเชื้อร่วมด้วย

2.5 มีผื่นจากการติดเชื้อรา (fungal-appearing rash) คือ เกิดรอยผื่นเชื้อราบริเวณขอบของรอยแดง (อาจมีสีขาว เหลือง หรือแดงเข้มในคนผิวคล้ำ) ผิวหนังมีลักษณะเหมือนเม็ดสิวหรือจุดผื่นแดง ร่วมกับผู้ป่วยอาจมีอาการคัน สามารถเกิดขึ้นได้ทุกระดับของความรุนแรง

สำหรับเครื่องมือ PAT score และ IADIT ได้ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยมีค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ใช้ แบบประเมินในระดับดี และตรวจสอบคุณภาพ พบว่า ความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องของภาษา และความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินอยู่ในเกณฑ์ดีเช่นเดียวกัน¹²

3. เครื่องมือ The Ghent Global IAD Categorization Tool (GLOBIAD)¹² โดยมีเกณฑ์ประเมิน คือ category 0 หมายถึง ผิวหนังปกติ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงสีผิว อุณหภูมิเมื่อเทียบกับส่วนอื่นของร่างกาย category 1 หมายถึง ผิวหนังเปลี่ยนเป็นสีแดงหรือเป็นผื่น อาจมีอาการบวมร่วมด้วย แต่ยังไม่มียอดลอกฉีกขาดของผิวหนัง ร่วมกับอาการแสบร้อน โดยแบ่งย่อยได้ 2 กลุ่ม คือ 1) category 1A หมายถึง พบรอยแดงแต่ไม่มีการติดเชื้อบริเวณผิวหนัง 2) category 1B หมายถึง พบรอยแดงและมีการติดเชื้อบริเวณ

ผิวหนัง และ category 2 หมายถึง ผิวหนังมียอดลอกถึงชั้น dermis หรือ epidermis ลอกหรือพบรอยฉีกขาดของผิวหนังบางส่วนหรือทั้งหมดอาจมีเลือดซึม ผิวแดงเป็นเงา ร่วมกับมีอาการปวดแสบร้อนและมีอาการ และอาการแสดงของภาวะติดเชื้อร่วมด้วย โดยแบ่งย่อยได้ 2 กลุ่ม คือ 1) category 2A หมายถึง ผิวหนังมียอดแดงลอก ฉีกขาดแต่ไม่มีการติดเชื้อบริเวณผิวหนัง และ category 2B หมายถึง ผิวหนังมียอดลอกหรือฉีกขาดและมีการติดเชื้อบริเวณผิวหนัง

บทความนี้ผู้เขียนเลือกใช้แบบประเมิน PAT score และ IADIT เนื่องจากเครื่องมือมีความเข้าใจง่าย เหมาะสมกับบริบทที่ผู้เขียนดูแลผู้ป่วย และเครื่องมือมีคุณภาพระดับสูง อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้แบบประเมินความเสี่ยง และความรุนแรงของแผล IAD พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจ และเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทที่ดูแลผู้ป่วย

การดูแลแผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

1. การประเมินผิวหนัง โดยการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผล IAD ร่วมกับการตรวจร่างกาย หรือการใช้ข้อมูลทางด้านคลินิก เช่น ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยวิกฤตที่มีการถ่ายเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน และประเมินทันทีเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา^{3,9,13}

2. การทำความสะอาด ทำความสะอาดทันทีหรือทิ้งไว้ไม่เกิน 15 นาที เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ³ ทำความสะอาดโดยใช้น้ำสะอาด หรือสบู่ที่มีค่า pH 5.4-5.9 เลี่ยงผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดที่มีค่าความเป็นด่างสูงหรือมีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และน้ำหอม อาจใช้สำลีชุบน้ำสะอาดเช็ดผิวหนัง

อย่างเบามือ ในลักษณะเป็นเกลียว (spiral motion) หรือเป็นวงกลม (circular motion)¹³ ซับทำความสะอาดด้วยผ้าหรือกระดาษชำระเนื้อนุ่ม หลักการสำคัญในการทำทำความสะอาด คือ ไม่ขัด เช็ด ถู บริเวณผิวหนังเนื่องจากจะเพิ่มกระบวนการอักเสบ และทำให้ผิวหนังเกิดแผลพัฒนาเป็นแผลกดทับได้³ ในปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปที่ไม่ต้องใช้น้ำล้างออก (No-rinse skin cleanser®) แต่ยังไม่ครอบคลุมในสิทธิการรักษา ทำการพ่นห่างจากบริเวณผิวหนังที่จะทำความสะอาด ประมาณ 10 เซนติเมตร พ่นทิ้งไว้ 5 วินาที แล้วซับทำความสะอาดด้วยผ้าหรือกระดาษชำระเนื้อนุ่ม สามารถพ่นทำความสะอาดซ้ำจนสะอาด ไม่จำเป็นต้องล้างน้ำออก ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวสามารถใช้แทนน้ำเปล่าหรือสบู่ กรณีใช้ผลิตภัณฑ์กลุ่ม zinc oxide ซึ่งมีความหนืดล้างออกยาก ควรล้างคราบออกจากราบเหลืองให้สะอาด ส่วนเนื้อครีมของผลิตภัณฑ์ที่เคลือบบนผิวหนังพยายามล้างออกให้ได้มากที่สุดเพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค³

3. การดูแลผิวหนัง ปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์เคลือบปกป้องผิวหนังหลายกลุ่ม¹⁴ ดังนี้

ผลิตภัณฑ์กลุ่ม petrolatum มีลักษณะโปร่งใสประเมนผิวหนังได้ง่าย สามารถเคลือบปกป้องผิวหนัง แต่ผลิตภัณฑ์ไม่ติดทนผิวหนัง มีความเหนียวเหนอะหนะ และสามารถอุดตันรูขุมขน จึงควรทาบาง ๆ ใช้กับผิวหนังปกติเพื่อป้องกันแผล IAD

ผลิตภัณฑ์กลุ่ม zinc oxide ลดการระคายเคือง ใช้กับแผลผิวหนังที่ถูกทำลายได้เนื่องจากมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ และผลิตภัณฑ์มีความเหนียวหนืด เช็ดออกยาก มีสีขาวทึบทำให้ประเมนแผลยาก

ผลิตภัณฑ์กลุ่ม dimethicone ช่วยเพิ่มความชุ่มชื้น ล้างออกง่าย ไม่เหนียวเหนอะหนะ ทำให้การทำทำความสะอาดไม่ต้องขัดถู แต่ผลิตภัณฑ์ไม่ติดทนผิวหนัง และป้องกันอุจจาระเหลวสัมผัสผิวหนังได้ต่ำ

ผลิตภัณฑ์กลุ่ม acrylate terpolymer ช่วยลดการระคายเคือง มีความติดทนผิวหนังดี ลักษณะโปร่งแสง ประเมนผิวหนังได้ง่าย เนื่องจากมีคุณสมบัติเกาะติดผิวหนังจึงอาจทำให้อุดตันรูขุมขน

ผู้เขียนเสนอแนะการดูแลผิวหนังผู้ป่วยวิกฤตที่เสี่ยงและเกิดแผล IAD แล้ว ตามเกณฑ์ของเครื่องมือ Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT) และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

3.1 กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นโดยใช้โลชั่น ครีม หรือครีมปกป้องผิวหนัง (skin barrier cream) หรือใช้ปิโตรเลียมเจลทาบาง ๆ^{3,13} นอกจากนี้ยังมีผลิตภัณฑ์ Cavilon cream® หากผู้ป่วยสามารถจ่ายส่วนเกินการรักษาได้ แนะนำใช้โดยทาบาง ๆ เกลี่ยให้ครีมซึมเข้าทั่วผิวหนัง หรือใช้ No sting barrier film spray® ฉีดพ่นให้ห่างจากบริเวณผิวหนัง ประมาณ 10 เซนติเมตร ทิ้งไว้ให้แห้ง 20-30 วินาที เหวละ 1 ครั้ง โดยเลือกใช้อย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อลดความซับซ้อนของการใช้ผลิตภัณฑ์^{3,14}

3.2 กลุ่มที่เริ่มเกิดแผล (early IAD) พิจารณาใช้ผลิตภัณฑ์ซิงค์ออกไซด์เพสต์ (zinc oxide paste) ทาบนผิวหนังที่เริ่มเป็นแผลบริเวณผิเย็บ รอบอวัยวะสืบพันธุ์ และบริเวณผิวหนังที่สัมผัสอุจจาระและปัสสาวะ เนื่องจากซิงค์ออกไซด์เป็นยาบรรเทาอาการระคายเคืองของผิวหนัง ออกฤทธิ์ช่วยปกป้องผิวจากสารก่อความระคายเคืองและความชื้น กรณีผู้ป่วยสามารถจ่ายส่วนเกินการรักษาพยาบาลได้แนะนำให้

ผลิตภัณฑ์ Cavilon cream® ทาบาง ๆ เคลือบให้ครีมซึมเข้าทั่วผิวหนัง หรือใช้ No sting barrier film spray® เหมือนผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง^{3,14}

3.3 กลุ่มที่เกิดแผลระดับปานกลาง (moderate IAD) พิจารณาใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของซิงค์ ออกไซด์เพสต์ (zinc oxide paste) ผสมกับกัมปีโตรเลียมเจลในอัตรา 1 ต่อ 1 ใช้เข้า-เย็น หลังการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ¹⁵ กรณีผู้ป่วยสามารถจ่ายส่วนเกินค่ารักษาพยาบาลได้แนะนำให้ญาติซื้อผลิตภัณฑ์กลุ่ม zinc oxide เช่น Conveen® หรือ D-science® เป็นต้น โดยทาคลุมทั่วแผลและผิวหนังใช้เข้า-เย็น และหลังการขับถ่าย³ กรณีแผลของผู้ป่วยมีสิ่งคัดหลั่งซึมให้ใช้เทคนิค hydrocolloid crusting method (HCM) โดยใช้แป้ง stomahesive powder โรยบริเวณที่เป็นแผลหรือมีสิ่งคัดหลั่งซึม และปิดแปะส่วนเกินออก จากนั้นฉีดสเปรย์ No sting barrier film spray® ทับบริเวณแป้งเพื่อยึดแป้งให้อยู่ติดผิวหนังจนกว่าสเปรย์จะแห้ง และโรยแป้งทับด้วยวิธีการเดิมนี้ 3 ครั้ง ขั้นตอนนี้ช่วยเพิ่มระยะเวลาในการปกป้องผิวหนัง และลดความเปียกชื้น¹⁶ กลุ่มนี้อาจต้องให้แพทย์พิจารณาในการใส่สายสวนปัสสาวะ^{3,13} เพื่อลดการระคายเคืองของผิวหนังจากการสัมผัสกับปัสสาวะ

3.4 กลุ่มที่เกิดแผลระดับรุนแรง (severe IAD) ให้การดูแลผู้ป่วยเหมือนในกลุ่มที่เกิดแผลระดับปานกลาง นอกจากนี้กลุ่มนี้จำเป็นต้องให้แพทย์มีแผนการรักษาใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อช่วยลดการระคายเคืองบริเวณผิวหนังจากการสัมผัสปัสสาวะ¹⁵ นอกจากนี้อาจต้องจัดการอาการรบกวนอื่น ๆ ให้ผู้ป่วยด้วย เช่น อาการปวด แสบ คัน เป็นต้น^{3,13}

3.5 กลุ่มมีผื่นจากการติดเชื้อรา (fungal-appearing rash) ให้การดูแลตามระดับความรุนแรง

ของแผล ร่วมกับรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใช้ยาต้านเชื้อรา เช่น ฟลูโคนาโซล (fluconazole) ชนิดครีมหรือผง นอกจากนี้อาจใช้ผลิตภัณฑ์กลุ่ม No sting barrier film spray® ฉีดพ่นซ้ำภายหลังขั้นตอนการใช้ยาต้านเชื้อรา ตามแผนการรักษา^{3,14}

4. การจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณเตียงผู้ป่วย ให้มีความสะอาด มีสภาพแวดล้อมอุณหภูมิความร้อนขึ้นในห้องผู้ป่วยเหมาะสม และมีการปูพื้นนอนที่เรียบตึง^{3,13}

5. การส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว กระตุ้นการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยให้ไปขับถ่ายในห้องน้ำ หรือใช้หมอนอน หลีกเลียงการใช้แผ่นรองขับสำเร็จรูป เพราะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผิวหนังถูกทำลายหากเลือกแผ่นรองขับที่มีคุณลักษณะไม่เหมาะสมกับสิ่งขับถ่าย และมีการใช้ที่ไม่ถูกต้อง และการตะแคงตัวยังช่วยลดการสัมผัสของผิวหนังกับปัสสาวะ และอุจจาระ หรือแผ่นรองขับ เป็นผลให้ความรุนแรงของแผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ลดน้อยลง รวมถึงการเปิดผิกระบายนให้ผิวหนังที่เกิดแผล IAD ได้สัมผัสกับอากาศจะทำให้แผล IAD แห้งมากขึ้น^{3,13,17}

6. การส่งเสริมโภชนาการ โดยเฉพาะจำเป็นต้องได้รับสารอาหารพวกโปรตีนเพื่อให้เนื้อเยื่อบริเวณแผล IAD เกิดสมานหายเร็วขึ้น^{11,17}

บทความนี้ผู้เขียนนำเสนอการบูรณาการหลักการดูแลข้างต้นร่วมกับกรอบแนวคิดวงจรป้องกันและจัดการแผลของสมาคมแผลประเทศแคนาดา¹⁸ ซึ่งมี 5 ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดแผล IAD และนำเสนอผลลัพธ์เฉพาะด้านผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วย ผู้เขียนมีการประเมินปัจจัยและความเสี่ยงในการเกิดแผล IAD

อาการรบกวนจากการเกิดแผล IAD เช่น อาการ แสบ คัน ปวด เป็นต้น ประเมินกิจวัตรประจำวัน โดยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ภาวะง่วงซึมของริชมอนด์ (Richmond Agitation Sedation Scale: RASS) เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตบางรายมีความรุนแรงของ พยาธิสภาพของโรค แพทย์จำเป็นต้องใช้ ยาแก้ปวดประสาทเพื่อให้ผู้ป่วยหลับจึงมีผลต่อการสื่อสารและส่งเสริมการทำกิจกรรมของผู้ป่วย เศรษฐฐานะทางการเงินและสิทธิการรักษาเพื่อ พิจารณาความเหมาะสมกับการเลือกใช้อุปกรณ์ ที่ใช้ดูแลแผล IAD

2. การตั้งเป้าหมายในการดูแล ครอบคลุม การป้องกันหรือลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผล IAD การหายของแผล และการควบคุมอาการรบกวน จากการเกิดแผล IAD

3. การกำหนดสมาชิกและบทบาทของ สมาชิกในการดูแลร่วมกันเป็นทีม โดยให้มีแกนนำ ที่สำคัญ คือ 1) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 2) พยาบาล ที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโททางการ พยาบาล 3) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย และ 4) ทีมแพทย์

4. การจัดทำแผนการดูแล ป้องกัน การเกิดแผลและการดูแลแผล IAD เพื่อให้มั่นใจว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันแผล IAD ผู้เขียนมีการบริหารจัดการ 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วย ทีมแพทย์และพยาบาลมีการประเมิน และลดปัจจัย ความเสี่ยงในการเกิดแผล IAD ร่วมกันทุกวัน มีการดูแลแผล IAD ตามระดับความรุนแรงของ เครื่องมือ IADIT 2) ด้านบุคลากรมีการนิเทศ ให้ความรู้ ทักษะปฏิบัติในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ และการดูแลแผล IAD ทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ

ทุก 3 เดือน และรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ อาทิ การประชุมปรึกษาก่อน-หลังการปฏิบัติงาน การสอนข้างเตียง และมีการลงบันทึกในบันทึก ทางพยาบาลร่วมกับสื่อสารผ่านการส่งเวร 3) ด้านสิ่งแวดล้อมและบริบทของหน่วยงาน จัดให้ การเกิดแผล IAD เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของหน่วยงาน

5. การประเมินผลลัพธ์ ผู้เขียนประเมิน ผลลัพธ์ 1) ด้านผู้ป่วย คือ การลดปัจจัยเสี่ยง มีความก้าวหน้าในการหายของแผล และอาการ รบกวนได้รับการจัดการ 2) ด้านบุคลากรมีความรู้ และทักษะปฏิบัติในการดูแลแผล IAD 3) การเก็บ รวบรวมสถิติร้อยละการเกิดมีการทบทวนร่วมกัน ทุกเดือนระหว่างในทีมพยาบาลและแพทย์ผู้ดูแล

กรณีศึกษาที่ 1

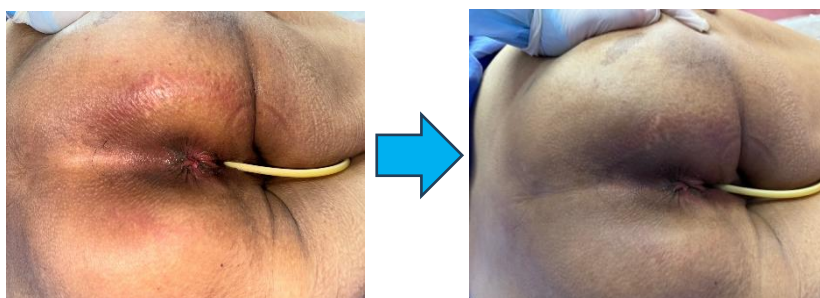
ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี วินิจฉัย Covid-19 with septic shock with pneumonia สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขณะรับการรักษา ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (tracheal tube) ได้รับ ยาแก้ปวดประสาทหลายชนิด และยาบีบหลอดเลือด (vasopressors) ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ประเมิน RASS score เท่ากับ -3 คะแนน หมายถึง หลับปานกลาง โดยมีการลืมตาเมื่อเรียกแต่ไม่ สบตา ประเมิน PAT score แรกรับเท่ากับ 4 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำต่อการเกิด แผล IAD ภายหลังจากเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย วิกฤตวันที่ 2 แพทย์เริ่มให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทาง nasogastric tube ซึ่งเป็นอาหารทาง การแพทย์สูตรมาตรฐานทั่วไป (standard polymeric formula) ร่วมกับผู้ป่วยมี ภาวะ แมกนีเซียมและโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ทำให้ต้อง ได้รับเกลือแร่ทดแทนทางปาก คือ Xubil® และ potassium chloride elixir ภายหลังจากได้รับยา ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน เปลี่ยนแผ่นรองขับทุก 3 ชั่วโมง ทำให้คะแนน PAT

score เท่ากับ 7 คะแนน และประเมินแผล IAD ด้วยเครื่องมือ IADIT พบว่า ผิวหนังเกิดรอยแดง บริเวณร่องกัน ร่วมกับมีอาการแสบ ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยมีแผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุม การขับถ่ายไม่ได้อยู่ในระดับเริ่มต้น ดังนั้นปัจจัย เสี่ยงของผู้ป่วยรายนี้ต่อการเกิดแผล IAD คือ การได้รับอาหารทางสายยางและเกลือแร่ทดแทน ชนิดรับประทานทางปากซึ่งอาจทำให้เกิดท้องเสีย แบบออสโมติก (osmotic diarrhea)

การดูแลที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้ คือ การรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับสูตรอาหาร เป็นชนิดปั่นผสมที่มีความเข้มข้นต่ำกว่า โดย พยาบาลบริหารการให้อาหารผ่านเครื่องให้อาหาร อย่างช้า ๆ และการให้เกลือแร่ทดแทนทาง หลอดเลือดดำ เพื่อลดการเกิดอาการท้องเสีย ร่วมกับการดูแลผิวหนังโดยทำความสะอาดทันที

เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีการถ่ายอุจจาระ ใช้น้ำสะอาดชุบขัดคราบสกปรกอย่างเบามือ เพื่อลดอาการแสบที่อาจเพิ่มขึ้น ใช้ผลิตภัณฑ์ กลุ่มซิงค์ออกไซด์เพสต์ (zinc oxide paste) ทาหลังการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ร่วมกับการพลิกตะแคงตัวเพื่อลดการสัมผัสของแผลกับ อุจจาระ แล้วยังช่วยให้ไม่เกิดการเสียดสีกับ แผ่นรองซับ

การประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยเมื่อปรับ สูตรอาหารที่ให้ และมีการให้เกลือแร่ทดแทน ทางหลอดเลือดดำ การถ่ายเหลวลดลงอย่าง ต่อเนื่องจนหยุดถ่าย แผลผิวหนังอักเสบจาก การควบคุมการขับถ่ายไม่ได้และอาการแสบบริเวณ แผลหายไป รวมระยะเวลาในการดูแล แล ให้แผลหายใช้ระยะเวลา 2 วัน



รูปภาพ แผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ของกรณีศึกษาที่ 1

(รูปภาพได้รับการอนุญาตให้เผยแพร่จากผู้ป่วยเพื่อการศึกษา)

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 81 ปี วินิจฉัย pneumonia with hyperkalemia สิทธิหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ขณะรับการรักษามีการใช้ ออกซิเจนอัตราการไหลที่สูงทางจมูก (high-flow nasal cannula) เป็นผลให้ต้องจำกัดกิจกรรมบนเตียงรู้สึกตัวดี ประเมิน RASS score เท่ากับ 0 คะแนน หมายถึง ตื่นตัวดี ไม่มีกระสับกระส่าย และ

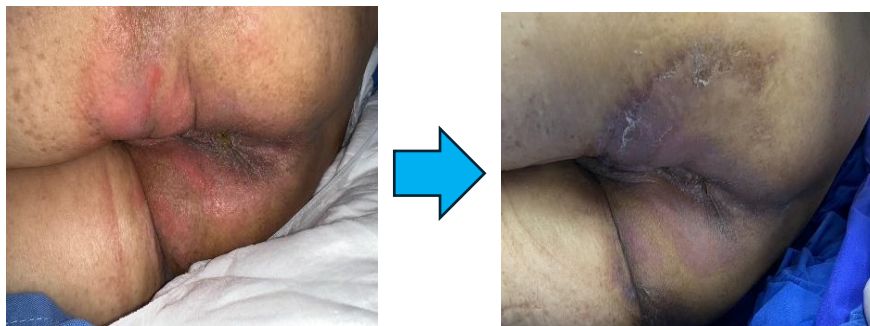
ประเมินคะแนน PAT score แรกรับเท่ากับ 4 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ แต่เนื่องจากผู้ป่วย มีภาวะภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง แพทย์มีแผน การรักษาให้ยา calcium polystyrene sulfonate และ lactulose ทำให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระหลายครั้ง มีการเปลี่ยนแผ่นรองซับทุก 4 ชั่วโมง ทำให้คะแนน PAT score เท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งมีความเสี่ยงสูง ในการเกิดแผล แรกรับผิวหนังปกติ ภายหลัง

นอนโรงพยาบาล 1 วัน ประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือ IADIT พบว่า ผิวหนังบริเวณแก้มก้นมีสีแดงและเริ่มมีมันเงา ซึ่งจัดว่าเป็นแผล IAD ในระดับปานกลาง และมีอาการแสบบริเวณผิวหนังที่เกิด ดังนั้นปัจจัยสำคัญของผู้ป่วยรายนี้ที่ทำให้เกิดแผล คือ การถ่ายอุจจาระเหลวจากการได้รับยาระบาย ร่วมกับการจำกัดกิจกรรมบนเตียงจากความรุนแรงของโรค และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอายุที่เพิ่มขึ้น ย่อมมีเกิดการเปลี่ยนแปลงของชั้นผิวหนังที่บางลง

การดูแลที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้ คือ การประเมินแผลแล้วสามารถจ่ายส่วนต่างนอกสิทธิการรักษาได้ จึงเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดแผล IAD ชนิดไม่ต้องล้างออก No-rinse skin cleanser® โดยไม่ขัดถูเพื่อบรรเทาอาการแสบ และเพิ่มการเกิดแผล และขั้นตอน

การปกป้องผิวใช้เป็น No sting barrier film spray® ฉีดพ่นบริเวณผิวหนังที่เกิดแผลโดยรอบ นอกจากนี้ยังมีการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว และเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และช่วยเหลือตนเองบนเตียงได้จึงหลีกเลี่ยงการใช้แผ่นรองซับป้องกันการอับชื้น และเสียดสีผิวหนัง เมื่อรู้สึกอยากขับถ่ายให้แจ้งพยาบาลได้ทันที นอกจากนี้ยังได้รายงานแพทย์ถึงการเกิดแผล IAD ให้ทราบ ร่วมดูแลแผลโดยมีการจัดการความปวดเป็นยาเม็ดรับประทาน

การประเมินผล พบว่า เมื่อผู้ป่วยหยุดถ่ายอุจจาระเหลว และใช้การดูแลข้างต้นเป็นผลให้แผลสามารถแห้งหายได้ อาการแสบ และปวดทุเลาจนหายไป รวมระยะเวลาในการดูแลให้แผลหายใช้ระยะเวลา 3 วัน



รูปภาพ แผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ของกรณีศึกษาที่ 2

(รูปภาพได้รับการอนุญาตให้เผยแพร่จากผู้ป่วยเพื่อการศึกษา)

กรณีศึกษาที่ 3

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 50 ปี วินิจฉัย myasthenia gravis with respiratory failure สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รัยย้ายเข้าดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ขณะรักษาต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จึงต้องจำกัดกิจกรรมบนเตียง มีภาวะง่วงซึมจากการได้รับยากล่อมประสาทเพื่อให้ง่ายใจ สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ประเมิน RASS score เท่ากับ -2 คะแนน หมายถึง ปลุกตื่นในช่วงสั้น ๆ

สباتาได้น้อยกว่า 10 วินาที นอกจากนี้ยังได้ทำหัตถการเปลี่ยนถ่ายน้ำเหลือง (plasmapheresis) และได้รับยา pyridostigmine ซึ่งเป็นยาสำคัญที่ใช้รักษา myasthenia gravis แต่ผลข้างเคียงของยาทำให้เกิดอาการที่พบบ่อยคือ ถ่ายเหลว ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ถ่ายอุจจาระเหลวตลอดเวลา แรกได้รับประเมิน PAT score เท่ากับ 12 คะแนน หมายถึง มีผิวหนังถูกทำลาย ประเมินความรุนแรงด้วยเครื่องมือ IADIT พบว่า ผิวหนังถูกทำลายระดับรุนแรง

ร่วมกับการเกิดแผลกดทับระดับสองร่วมด้วย ดังนั้นปัจจัยสำคัญของผู้ป่วยรายนี้ที่ทำให้เกิดแผล คือ การถ่ายอุจจาระเหลวจากการได้รับยาระบาย ร่วมกับการจำกัดกิจกรรมบนเตียงจากความรุนแรงของโรค

การดูแลที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้ คือ ในระยะแรกใช้ 0.9% sodium chloride สำหรับชะล้างแผลวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งเมื่อมีการขับถ่ายอุจจาระ ร่วมกับใช้ผลิตภัณฑ์กลุ่ม zinc oxide ทาบริเวณแผลเพื่อลดการสัมผัสของอุจจาระกับผิวหนัง เนื่องด้วยผู้ป่วยรายนี้อยู่ในห้องแยกเดี่ยวจึงใช้การพลิกตะแคงตัวเพื่อผึ่งบริเวณแผลให้แห้งและอธิบายให้ญาติได้เข้าใจถึงระดับความรุนแรงของแผล และความสำคัญ of ขั้นตอนที่ใช้ดูแล ระยะต่อมาเมื่อแผลเริ่มแห้งใช้โพวิโดนไอโอดีนทาบาง ๆ บริเวณแผลช่วยป้องกันการติดเชื้อ และเมื่อแผลแห้ง และตื่นใช้ผลิตภัณฑ์

ที่ให้ความชุ่มชื้นและฉีดยาเคลือบด้วย No sting barrier film spray® และมีการประสานแพทย์ เพื่อแจ้งถึงภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา pyridostigmine จึงทำให้แพทย์พิจารณาหยุดใช้ยา ร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน มีการจัดการความปวดในช่วงแรกที่มีความปวดระดับมากโดยใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ และปรับลดตามระดับความรุนแรงของความปวด ร่วมกับการส่งเสริมโภชนาการโดยเฉพาะโปรตีนให้เพียงพอเพื่อส่งเสริมการหายของแผล

การประเมินผล พบว่า เมื่อผู้ป่วยหยุดถ่ายอุจจาระเหลว และใช้การดูแลข้างต้นเป็นผลให้แผลสามารถแห้งหายได้อาการปวดทุเลาจนหายไป ไม่เกิดการติดเชื้อแทรกซ้อน ใช้ระยะเวลาดูแลแผลให้หายภายใน 2 สัปดาห์



รูปภาพ แผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ของกรณีศึกษาที่ 3
(รูปภาพได้รับการอนุญาตให้เผยแพร่จากผู้ป่วยเพื่อการศึกษา)

บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดแผล IAD จำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย เพื่อให้การดูแลมีคุณภาพและบรรลุตามตัวชี้วัดที่ตั้งเป้าไว้ การดูแลต้องอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้มั่นใจถึงความถูกต้อง และความปลอดภัยในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การประเมินความรุนแรง

ของแผล IAD จนถึงการวางแผนดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย นอกจากนี้การมีแกนนำ (keyman) ที่ช่วยวิเคราะห์สถานการณ์ สะท้อนผลลัพธ์ และปรับปรุงระบบการดูแลเป็นสิ่งสำคัญ โดยแกนนำนี้จะประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแล รวมถึงการให้ความรู้ เพิ่มทักษะการปฏิบัติ และเสริมสร้าง

ความมั่นใจในทีม ทำให้การดูแลแผล IAD มีประสิทธิภาพ และพัฒนาอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2022: Summary of Results. UN DESA/POP/
2. Kayser SA, Koloms K, Murray A, Khawar W, Gray M. Incontinence and incontinence-associated dermatitis in acute care: A retrospective analysis of total cost of care and patient outcomes from the Premier Healthcare Database. JWOCN. 2021;48(6):545-52. doi: 10.1097/WON.0000000000000818.
3. Uppanisakorn S, Somma T, Vattanaprasan P, Boonyarat J. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis (IAD) in critical patients treated in the intensive care unit of a medical ward. Thai J Nurs Coun. 2015;30(2):86-100. Thai.
4. Beeckman D. Incontinence-associated dermatitis (IAD) and pressure ulcers: an overview. In: Romanelli M, Clark M, Gefen A, Ciprandi G, editors. Science and practice of pressure ulcer management. 2nd ed. London, UK: Springer; 2018. p. 89–101.
5. Deprez J, Ohde N, Eilegård Wallin A, Bååth C, Hommel A, Hultin L, et al. Prognostic factors for the development of incontinence-associated dermatitis (IAD): A systematic review. Int Wound J. 2024;21(7). doi: 10.1111/iwj.14962.
6. da Silva Meirelles LC, da Rocha BP, Wammes AL, dos Santos DM, da Silva DM, de Souza LM. Incidence of incontinence-associated dermatitis among clinical inpatients. Rev Enferm UERJ. 2020;28: e51323. doi: 10.12957/reuerj.2020.51323.
7. Wang G, Wang X, Wang H, Wang L, Li W. Risk factors for incontinence-associated dermatitis in critically ill patients with incontinence: A systematic review and meta-analysis. JWOCN. 2024;51(4):313-323. doi: 10.1097/WON.0000000000001090.
8. Cui Y, Zhou Y, Liu C, Mao Z, Zhou F. Interpretable machine learning models for predicting the incidence of antibiotic-associated diarrhea in elderly ICU patients. BMC Geriatrics. 2024;24(1): 458. doi: 10.1186/s12877-024-05028-8.
9. Banharak S, Panpanit L, Subindee S, Narongsanoi P, Sanun-Aur P, Kulwong W, et al. Prevention and care for incontinence-associated dermatitis among older adults: A systematic review. J Multidiscip Healthc. 2021; 2983-3004. doi: 10.2147/JMDH.S329672.

10. Nix DH. Validity and reliability of the Perineal Assessment Tool. *Ostomy Wound Manage.* 2002;48(2):43-46.
11. Junkin J. Targeting Incontinence – Associated Dermatitis: A Leading Risk Factor for Pressure Ulcers. In *The 3rd Congress of the World Union of Wound Healing Societies*; 4-8 June 2008.
12. Simimand S, Banharak S, editors. Measuring translation and psychometric testing of the Perineal Assessment Tool (PAT) and Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT) among patients in semi-intensive care units: A pilot study. *Science, Technology, and Social Sciences Procedia.* 2023;2023(3): NCCR03.
13. Wei HH, Huang C-L, Huang W-P, Chen H-C. Development of an incontinence-associated dermatitis prevention bundle using an evidence-based framework. *World Council Enterostomal Ther J.* 2020;40(3):37-42. doi: 10.33235/wcet.40.3.37-42.
14. Beeckman D, Campbell J, Campbell K, Denise Chimentão D, Domansky R, Gray M, et al. Incontinence-associated dermatitis: Moving prevention forward. *Wounds Int* [Internet]. 2015 [cited 2024 Aug 15]. Available from www.woundsinternational.com
15. Phungsiri P. The effect of utilizing work instruction for incontinence-associated dermatitis in high-risk patients. *Reg 11 Med J.* 2016;30(1):59-67. Thai.
16. Gunasegaran N, Ang SY, Ng YZ, Lee NES, Agus N, Lee CW, et al. The effectiveness of a hydrocolloid crusting method versus standard care in the treatment of incontinence-associated dermatitis among adult patients in an acute care setting: A randomized controlled trial. *J Tissue Viability.* 2023;32(2):171-8. doi: 10.1016/j.jtv.2023.01.007.
17. Beele H, Smet S, Van Damme N, Beeckman D. Incontinence-associated dermatitis: Pathogenesis, contributing factors, prevention, and management options. *Drugs Aging.* 2018;35:1-10. doi: 10.1007/s40266-017-0507-1
18. LeBlanc K, Forest-Lalande L, Rajhathy E, Parsons L, Hill M, Kuhnke JL, et al. Best practice recommendations for the prevention and management of moisture-associated skin damage. *Wound Care Canada* [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 15]. Available from: www.woundscanada.ca/docman/public.

บทความวิชาการ

การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กัมพล อินทรทะกุล¹ อาวีวรรณ วิทยาธิกรณศักดิ์²ปฐมภรณ์ อาษานอก³ ชุริภรณ์ สีสกันตสุทธิ⁴สุริพร ธนศิลป์⁵

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบประคับประคองที่บ้าน (home-based palliative care) นั้นมีความสำคัญเนื่องจากการดูแลที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดค่าใช้จ่ายจากการเดินทางเพื่อมารับการรักษา ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแล โดยการสนับสนุนให้ข้อมูล ความรู้ และการสนับสนุนทางด้านจิตใจเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและทักษะในการจัดการกับอาการและผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การสนับสนุนนี้ยังมีส่วนช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต้องอาศัยการบูรณาการความช่วยเหลือจากครอบครัว ระบบสุขภาพ และชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน/ ผู้ดูแล/ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม/ ยาเคมีบำบัด

¹⁻³ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A (เคมีบำบัด) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

⁴ หัวหน้าหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A (เคมีบำบัด) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

⁵ ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ

¹ Corresponding Author, Email: Kampon.int@gmail.com

Review article

Home-based palliative care for caregivers of advanced cancer patients undergoing chemotherapy

Kampon Introntakun¹ Arveewan Vittayatigonnasak²

Pattamaporn Arsanok³ Chureeporn Silaguntsuti⁴

Sureeporn Thanasilp⁵

Abstract

Home-based palliative care for advanced cancer patients undergoing chemotherapy is essential, as it provides comfort in a familiar environment, reduces costs associated with hospital visits, and lowers the risk of infections related to chemotherapy. Nurses play a critical role in preparing caregivers by offering vital information, knowledge, and emotional support, helping to build their confidence and skills in managing symptoms and chemotherapy side effects. This support not only strengthens family relationships but also improves the patient's quality of life. However, effective home-based palliative care requires an integrated approach, involving the family, healthcare systems, and community resources to enhance care quality and holistically address the patient's needs.

Keywords: home-based palliative care/ caregivers/ advanced cancer patients/ chemotherapy

¹⁻³ Registered nurse at Mahavajiravudh ward 6A (chemotherapy), Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

⁴ Head of Mahavajiravudh ward 6A (chemotherapy), Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

⁵ Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

¹ Corresponding Author, Email: Kampon.int@gmail.com

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (home-based palliative care) มีแนวโน้มเป็นที่สนใจเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในบริบทของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการบำบัดด้วยยาเคมีบำบัด เนื่องจากการดูแลในสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคยและสะดวกสบายช่วยให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลที่เหมาะสม¹ ในขณะเดียวกันช่วยรักษาความเป็นส่วนตัว และความปลอดภัยยังช่วยลดความเครียด และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแล²

การดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับอาการและผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น ความเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน อาการปวด และการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย³ ซึ่งการดูแลที่บ้านยังสามารถปรับเปลี่ยนได้อย่างยืดหยุ่นตามความต้องการเฉพาะและสถานการณ์ของผู้ป่วย⁴ ตัวอย่างเช่น การจัดการกับอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน และความเหนื่อยล้า ซึ่งเกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการและดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านช่วยลดค่าใช้จ่ายรวมทั้งค่าเดินทาง และลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อที่อาจเกิดจากการรักษาในโรงพยาบาล^{5,6}

การดูแลที่บ้านแม้จะมีข้อดีมากมาย แต่ก็มีความท้าทายที่สำคัญ ซึ่งผู้ดูแลต้องรับมือกับการจัดการอาการเจ็บปวดและผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่บางครั้งอยู่ในระดับที่รุนแรง รวมถึงการให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว⁷ การขาดการสนับสนุนที่เหมาะสมอาจส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเพิ่มความเครียดให้แก่ผู้ดูแล

การเตรียมความพร้อมโดยได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และการประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้^{8,9} การสนับสนุนจากพยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ดูแลรับมือและให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาระงานเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล การพัฒนา และการนำแนวทางการดูแลที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแลได้อย่างแท้จริง^{10,11}

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา และข้อมูลที่มีอยู่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน³ แต่ข้อมูล และความรู้ในด้านนี้ยังคงมีข้อจำกัด การรวบรวมข้อมูลใหม่และการศึกษาเพิ่มเติมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยและผู้ดูแล การจัดทำบทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมและสรุปองค์ความรู้ที่มีอยู่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเพื่อเสนอข้อมูลเบื้องต้นในบทบาทของพยาบาลที่อาจจะใช้ประกอบการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดให้มีคุณภาพ เกิดความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน คือ กิจกรรมการดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในบริบทของบ้านหรือที่พักอาศัย เป็นกิจกรรมที่อาศัยความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัว กระทำด้วยความเต็มใจ ช่วยให้ผู้ป่วย และคนในครอบครัวได้มีเวลาอยู่ใกล้ชิดกัน

สร้างสัมพันธภาพที่ดีส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี การดูแลที่บ้านเป็นบริบทการดูแลที่ผู้ป่วย มีความคุ้นชินกับสภาพทางกายภาพของบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัยนำมาซึ่งความสงบ หากต้องเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตหรือ ความตาย การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน มีความสำคัญ^{4,12,13} ดังนี้

1. การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สามารถใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ส่งผลดี ต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะด้านจิตใจ และอารมณ์ ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายใจและปลอดภัยมากขึ้นเมื่อ ได้รับการดูแลในบ้านของตนเอง ทำให้การฟื้นตัว และการตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น

2. การลดภาระทางการแพทย์ การดูแล ที่บ้านช่วยลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย ๆ และลดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ ช่วยประหยัด ค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัวและระบบสุขภาพ ลดความแออัดในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ได้เร็วขึ้น

3. การสนับสนุนผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลหลักมักต้องเผชิญกับความเครียด และความกดดัน การมีระบบสนับสนุนที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับอาการต่าง ๆ ได้ดีขึ้น รูปแบบการสนับสนุน ได้แก่ การให้ข้อมูล คำแนะนำ การฝึกอบรม และการสนับสนุน ด้านจิตใจ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะ ของผู้ป่วยได้ดีกว่า เนื่องจากผู้ดูแลสามารถปรับ การดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงในแต่ละวัน สามารถสังเกตและประเมินอาการของ

ผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด ทำให้ตอบสนองต่ออาการ ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น

5. ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถใช้เวลาร่วมกับครอบครัวในช่วงเวลา ที่สำคัญในชีวิต จึงเป็นสิ่งที่มีความหมายอย่างมาก

6. ลดภาระด้านเศรษฐกิจ การดูแลที่บ้าน สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา เมื่อเทียบกับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และเวลา ที่ต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาล การดูแล แบบประคับประคองที่บ้านมีความสำคัญ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึง ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และทำให้ การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน จากการศึกษาของ กัมพล อินทรทะกุล และคณะ³ พบว่า เป็นการดูแลที่ต้องอาศัยความเชื่อมโยงจาก ครอบครัว ระบบสุขภาพ และชุมชนมีส่วนร่วมให้ การดูแล หรือเรียกได้ว่าเป็นการดูแลที่มี สหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วยดังนี้

1. การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก ครอบครัว เป็นการดูแลที่อาศัยความสัมพันธ์ ที่เกิดขึ้นจากคนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ที่บ้าน ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยที่รายล้อมไป ด้วยบุคคลอันเป็นที่รักเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล มีการพลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแล และสนับสนุน ค่าใช้จ่ายในการดูแล

2. การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก ระบบสุขภาพ การดูแลที่บ้านต้องพัฒนาความรู้

และทักษะที่จำเป็นให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งเจ้าหน้าที่สุขภาพมีการสนับสนุนในเรื่อง การให้ความรู้ คำแนะนำ รวมถึงการฝึกทักษะที่ใช้ สำหรับดูแลผู้ป่วย

3. การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยได้รับการตรวจเยี่ยมจากอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาในชุมชน เข้าให้การช่วยเหลือตรวจเยี่ยมสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงการให้ความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินเพื่อนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาท่อเนื่องจากบ้านสู่โรงพยาบาล

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ดูแล ทั้งทางกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ผู้ดูแลมักเผชิญกับความเครียด ความเหนื่อยล้า และภาระทางการเงินที่เพิ่มขึ้น บทความนี้จะสรุปและวิเคราะห์ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจในความท้าทายของการดูแลผู้ป่วยในบริบทนี้^{14,15}

1. ผลกระทบทางกายภาพต่อผู้ดูแล ความเหนื่อยล้าทางกาย: การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดต้องใช้พลังงานมาก ผู้ดูแลมักประสบกับความเหนื่อยล้า ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายของตนเอง เช่น การนอนหลับไม่เพียงพอ หรือปวดเมื่อยตามร่างกาย ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลา และพลังงานในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน อาจทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของตนเองอ่อนแอลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้

2. ผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์ ความเครียดและความกดดัน การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักและต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดสามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและความกดดันอย่างมาก ซึ่งอาจนำไปสู่

ความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าได้ ความรู้สึกสิ้นหวัง ผู้ดูแลมักต้องเผชิญกับความรู้สึกสิ้นหวังหรือท้อแท้ เมื่อเห็นผู้ป่วยที่ตนดูแลมีอาการทรุดลง หรือตอบสนองต่อการรักษาได้ไม่ดี ความรู้สึกนี้สามารถทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว และไม่มีที่พึ่งพาได้

3. ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การสูญเสียเวลาส่วนตัว การที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย อาจทำให้ขาดเวลาส่วนตัวในการทำกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบหรือใช้เวลาไปกับครอบครัวและเพื่อนฝูง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ความยากลำบากในการรักษาสมดุลชีวิต ผู้ดูแลมักต้องการสมดุลระหว่างการดูแลผู้ป่วยและการทำงาน การรักษาชีวิตส่วนตัว การทำงาน และการดูแลครอบครัวในขณะเดียวกันเป็นสิ่งที่ท้าทาย และอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าชีวิตของตนเองไม่มีความสมดุล

4. ผลกระทบทางสังคม การแยกตัวจากสังคม: ผู้ดูแลอาจรู้สึกว่าไม่มีเวลาหรือพลังงานในการสื่อสารกับเพื่อนฝูงหรือเข้าร่วมกิจกรรมสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่การแยกตัวจากสังคม และความรู้สึกโดดเดี่ยว การขาดการสนับสนุนจากสังคม: บางครั้งผู้ดูแลอาจไม่ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอจากครอบครัวหรือเพื่อน ทำให้ต้องเผชิญกับภาระการดูแลเพียงลำพัง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล

5. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแล การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดอาจมีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งอาจเป็นภาระหนักสำหรับผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ต้องหยุดทำงานหรือทำงานน้อยลงเพราะต้องทุ่มเทเวลาในการดูแล ผลกระทบต่อรายได้ ผู้ดูแลที่ต้องหยุดทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วย อาจต้องเผชิญกับปัญหาทางการเงินเนื่องจากรายได้ลดลง ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียดทางการเงิน

6. การสนับสนุนและการช่วยเหลือ
 ความสำคัญของการสนับสนุนจากครอบครัว และ
 ชุมชนการได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ และ
 ทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนหรือชุมชนเป็น
 สิ่งสำคัญในการลดความเครียดและความกดดัน
 ของผู้ดูแล การใช้บริการสุขภาพที่บ้าน: บริการ
 สุขภาพที่บ้าน เช่น การปรึกษาทางการแพทย์
 การให้คำแนะนำ และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ
 สามารถช่วยลดภาระการดูแลและเพิ่มความมั่นใจ
 ให้กับผู้ดูแลได้ การดูแลผู้ป่วยระยะลุกลาม
 ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีผลกระทบหลายด้าน
 ต่อผู้ดูแล ตั้งแต่ผลกระทบทางกายภาพ จิตใจ
 และอารมณ์ไปจนถึงผลกระทบทางสังคม และ
 เศรษฐกิจ การทำความเข้าใจถึงผลกระทบเหล่านี้
 เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบาย และ
 บริการที่จะสนับสนุนผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ
 การได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนที่เพียงพอ
 จากครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพสามารถ
 ช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้น และเสริมสร้างคุณภาพ
 ชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย
 ระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ถือได้ว่าเป็น
 บทบาทของพยาบาล เนื่องจากผู้ดูแล
 เป็นผู้ส่งผ่านกระบวนการพยาบาลไปสู่ผู้ป่วย
 เมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จากการศึกษา
 ของสุริพร ธนศิลป์ พบว่า กระบวนการพยาบาล
 สามารถแบ่งได้ 2 ระยะ ¹⁶ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะเจ็บป่วย

1. การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ในการติดตาม
 การรักษาต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการ ชะลอ
 ความรุนแรงของโรค มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วม
 ของผู้ดูแล

2. การให้คำแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแล
 กิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยระยะลุกลาม
 ที่ได้รับยาเคมีบำบัด เกี่ยวกับวิธีในการดูแลตนเอง
 หลังรับยาเคมีบำบัด

3. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และ
 ความเจ็บป่วยแก่ผู้ดูแลในครอบครัว หากผู้ดูแล
 เกิดความรู้สึกตกใจเกี่ยวกับโรค หรือยังอยู่ในระยะ
 ที่ยังไม่ยอมรับการเจ็บป่วยให้ความช่วยเหลือ
 ด้วยการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล

4. การส่งต่อการรักษาไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้อง
 เพื่อสนับสนุนแหล่งประโยชน์ในชุมชนแก่ผู้ดูแล
 ในกรณีที่ ต้องขอความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ
 จากชุมชน หรือหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน

5. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เข้าร่วมกลุ่ม
 สนับสนุนผู้ดูแล เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้
 ผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายกันได้แลกเปลี่ยน
 ประสบการณ์ดี ๆ รวมทั้งการส่งมอบกำลังใจของ
 กลุ่ม เพื่อลดความเครียดจากการรับบทบาท
 เป็นผู้ดูแล

ระยะที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย

1. พยาบาลให้ความสำคัญกับการตระหนัก
 ถึงความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแลเกี่ยวกับการ
 ยอมรับความตาย และทัศนคติเกี่ยวกับความตาย

2. การเตรียมผู้ดูแลให้ทราบข้อมูล
 การเจ็บป่วย โอกาสในการเสียชีวิต และวาระสุดท้าย
 ของผู้ป่วยที่เข้าใกล้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลได้มี
 การเตรียมใจ มีการวางแผนล่วงหน้าสำหรับการ
 เสียชีวิตของผู้ป่วย และเตรียมเกี่ยวกับพิธี
 ทางศาสนา บางครั้งในระยะนี้ผู้ดูแลบางรายอาจ
 เกิดความวิตกกังวล ลังเลเกิดความรู้สึกผิดเกี่ยวกับการ
 ยุติการรักษา ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด
 อึดอัด ซึ่งพยาบาลควรให้ข้อมูลที่เพียงพอ เหมาะสม
 และคอยรับฟังความรู้สึกของผู้ดูแล

3. ส่งเสริมให้ผู้ดูแล ญาติพี่น้อง และสมาชิกในครอบครัวรายอื่น ๆ มีการขอโทษกรรมซึ่งกันและกัน การสื่อสารกับผู้ป่วยโดยใช้การสื่อสารทางเดียวผ่านการได้ยิน เนื่องจากการได้ยินเป็นสิ่งสุดท้ายที่ผู้ป่วยในระยะนี้จะสูญเสียไป และช่วยลดเบี่ยงภาวะติดค้างภายในจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว อันนำมาซึ่งการจากไปอย่างสงบ

แนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยระยะระยะลุกลามต่อเนื่องที่บ้าน

การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ในขณะที่ก่อนวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ถือเป็นกระบวนการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้ส่งผ่านกระบวนการพยาบาลสู่ผู้ป่วยโดยตรงเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการเตรียมผู้ดูแลให้พร้อมต้องคำนึงถึงการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว การเตรียมสถานที่ การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์^{3,5,17} ดังนี้

1. การประเมินความต้องการของผู้ดูแล การประเมินความสามารถและข้อจำกัด ทำความเข้าใจถึงความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วย รวมถึงข้อจำกัดทางกายภาพและจิตใจ การระบุความต้องการเฉพาะ การประเมินความต้องการพิเศษที่ผู้ดูแลอาจมี เช่น การฝึกอบรมในการดูแลเฉพาะทาง การสนับสนุนด้านสุขภาพจิต หรือการสนับสนุนทางสังคม

2. การฝึกอบรมและการให้ความรู้ การฝึกอบรมด้านการดูแลผู้ป่วย การจัดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้การดูแลแผล และการจัดการกับอาการข้างเคียงของการรักษา การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษา ให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม

ของผู้ป่วยและวิธีการรักษาเพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ดีขึ้น

3. การส่งเสริมการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามความต้องการ จากการศึกษาของกัมพล อินทรทะกุล และคณะ³ พบว่า ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าคุณป่วยอยู่อีกไม่นานตอนที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ “ยังทานอะไรได้ก็จะหาให้ทาน และหากเป็นอาหารแสลงก็จะไม่ห้าม เพราะเป็นความสุขของผู้ป่วย” ซึ่งเป็นการดูแลที่ใช้ความเข้าใจ ไม่ใช่การบังคับหรือมีข้อจำกัดทางอาหารมากเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความอึดอัด ความเครียด โดยแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ดังต่อไปนี้

3.1 การดูแลให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เนื่องจากการได้รับอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยบำรุงและฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้มีแรงสู้กับโรค และการรักษา เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักรับประทานอาหารได้ลดลงซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายอาจส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยลดโอกาสในการเกิดภาวะทุพโภชนาการที่สัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้

3.2 การดูแลให้รับประทานอาหารสอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนแปลง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องเสีย เจ็บในช่องปาก แน่นท้องเนื่องจากขนาดก้อนมะเร็งที่ใหญ่ขึ้น โดยให้ข้อมูลรูปแบบอาหารที่มีความสอดคล้องกับสภาพร่างกาย เช่น อาการเจ็บในช่องปากแนะนำรับประทานอาหารอ่อน เหลว รสไม่จัด อาการเบื่ออาหารแนะนำอาหารเสริมทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารมากขึ้น

3.3 การดูแลให้รับประทานอาหารที่ผู้ป่วยชอบ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด มีแผลในช่องปาก เจ็บในช่องปากและลิ้น ภาวะกลืนลำบาก ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้อาหารที่ผู้ป่วยชอบ เพื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น

4. การส่งเสริมการดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมความสุขสบายและความปลอดภัย เช่น คำแนะนำเรื่องการทำความสะอาดเตียง การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น และด้านความปลอดภัย แนะนำการดูแลความสะอาดพื้นห้องน้ำให้แห้ง และสะอาดอยู่ตลอด เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการลื่นล้มในห้องน้ำ

5. การวางแผนการดูแลตามความเชื่อทางศาสนา ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักมีความเครียดด้านจิตใจการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยประกอบกิจทางศาสนา เช่น การสวดมนต์เพื่อให้จิตใจสงบ ก่อนเข้านอน การเจริญสติด้วยวิธีภาวนา ทางศาสนาพุทธ การละหมาดทางศาสนาอิสลาม เข้าโบสถ์ทางศาสนาคริสต์ เป็นต้น การมีสติจะช่วยเกิดความสงบ ทางจิตใจ

6. การส่งเสริมการดูแลให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับความตาย และลดความกลัว ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักพบว่า มีความรู้สึกกลัวตาย เนื่องจากทำใจให้ยอมรับไม่ได้หากต้องตาย เป็นปัญหาที่ต้องเผชิญเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลควรแก้ปัญหาด้วยการชวนพูดคุย พยายามไม่ให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ใช้การสัมผัส คอยเฝ้าให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในสายตา และใช้วิธีการประคบอยู่เคียงข้างกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยคลายความกลัว³

7. การจัดการ ด้านจิตใจ และอารมณ์ ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นย่อมส่งผลต่อจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย มักมีอารมณ์ขุ่นมัว ซึมเศร้า

หงุดหงิดง่ายขึ้น จึงควรได้รับการดูแล ด้วยการให้กำลังใจ และปลอบโยนจากคนรอบข้าง ในรูปแบบการกอด สัมผัส พูดคุยให้กำลังใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ และมีอารมณ์ที่ผ่อนคลาย

8. การส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หลากหลายและแปรปรวนได้ง่าย หากไม่ถูกใจสิ่งที่ผู้ดูแลทำหรือผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ไม่สบาย เช่น อาการปวด หรือผู้ดูแลคะยั้นคะยอให้ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผู้ป่วยอาจแสดงอารมณ์เหวี่ยง หงุดหงิด โมโห ครั้งแรกที่พบเหตุการณ์ดังกล่าวผู้ดูแลมักจะเกิดความรู้สึกตกใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บางรายรู้สึกโกรธ รู้สึกโมโหแต่ทำอะไรไม่ได้ ต้องนั่งอย่างเดียวเนื่องจากการโต้ตอบด้วยอารมณ์ไม่ได้ทำอะไรดีขึ้น ต้องคิดเสมอว่า “เขาป่วย” และคิดต่อว่า หากตนเองป่วยคงมีความรู้สึกเช่นเดียวกับผู้ป่วย ดังนั้นทางออกที่ดีที่สุด คือ ผู้ดูแลต้องฝึกการนั่งปล่อยวาง แนะนำว่าไม่ควรโต้ตอบแต่จะหาวิธีการให้ผู้ผู้ป่วยอารมณ์ดี เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยปวดจะช่วยนวดบรรเทาอาการให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย แล้วลืมนอารมณ์หงุดหงิดนั้นไป

9. การวางแผนการดูแลที่บ้าน การจัดการสภาพแวดล้อม การเตรียมบ้านให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย เช่น การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวหรือการทำให้บ้านปลอดภัย การวางแผนการดูแล การจัดทำแผนการดูแลที่ชัดเจนและเป็นระบบ รวมถึงการกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ดูแล

10. การจัดการเรื่องการเงิน และการบริหารทรัพยากร การวางแผนทางการเงิน การจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและการประเมินแหล่งทุนที่อาจใช้ได้ เช่น การประกันสุขภาพหรือความช่วยเหลือทางการเงิน การบริหารทรัพยากร การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น

การจัดการเวลา การใช้บริการจากองค์กรช่วยเหลือ และการจัดเตรียมสิ่งของที่จำเป็น

11. การสนับสนุนจากชุมชน และบริการสุขภาพ การใช้บริการจากภายนอก การจัดหาบริการเสริม เช่น บริการสุขภาพที่บ้าน หรือการให้คำปรึกษาจากมืออาชีพ เพื่อสนับสนุนผู้ดูแล การสร้างเครือข่ายสนับสนุน การเชื่อมโยงกับกลุ่มสนับสนุนหรือองค์กรที่สามารถให้ความช่วยเหลือ และข้อมูลเพิ่มเติม

12. การประเมินปรับปรุง ติดตาม และประเมินผล โดยมีการประเมิน แผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แน่ใจว่าสามารถตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงได้ การปรับปรุงแผนการดูแล การปรับแผนการดูแล และการเตรียมความพร้อมตามความเปลี่ยนแปลงของสภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล

การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการสำคัญในการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างถูกต้อง ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินความต้องการของผู้ดูแล การฝึกอบรมให้มีความรู้ในด้านต่าง ๆ เช่น การให้ยา การดูแลแผล และการจัดการอาหาร การจัดการสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย การดูแลจิตใจของผู้ป่วย โดยผ่านการสนับสนุนทางศาสนา และการจัดการความกลัวต่อความตาย นอกจากนี้ยังรวมถึงการวางแผนทางการเงิน การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการสนับสนุนจากชุมชนและบริการสุขภาพ ผู้ดูแลยังต้องมีการประเมินและปรับปรุงแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองต่อสภาพและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย

สรุป

การดูแลแบบประคับประคองโดยใช้บ้านเป็นฐาน (home-based palliative care) เป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งมีประโยชน์ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย และสะดวกสบายแก่ผู้ป่วย การดูแลที่บ้านช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความเครียด และรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับอาการและผลข้างเคียงจากการรักษา นอกจากนี้ยังลดภาระค่าใช้จ่าย และความยุ่งยากจากการเดินทางไปโรงพยาบาล การดูแลที่บ้านแม้มีข้อดีมากมาย แต่ก็เผชิญกับความท้าทาย เช่น การจัดการอาการเจ็บปวด และผลข้างเคียงที่รุนแรง รวมถึงการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การเตรียมความพร้อม และการสนับสนุนจากพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับความท้าทายเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อ้างอิง

1. Zhang J, Wang C, Huang L, Zhang J. Continuous care needs in patients with cancer receiving chemotherapy during the recent Omicron wave of COVID-19 in Shanghai: a qualitative study. *Front Psychol.* 2022;13:1067238.
2. Driller B, Maienborn C, Aasen EM, Kolstrøm A, Talseth-Palmer B, Hole T, et al. Normality and compassionate care: experiences from advanced cancer patients in their last time at home. *BMC Prim Care.* 2024;25(1):245.

3. กัมพล อินทรทะกุล, สุวีพร ธนศิลป์, ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2023;35(2):12-23.
4. Hwang IY, Woo GU, Lee SY, Yoo SH, Kim KH, Kim MS, et al. Home-based supportive care in advanced cancer: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2024;14(2):132-148.
5. Nordly M, Vadstrup ES, Sjøgren P, Kurita GP. Home-based specialized palliative care in patients with advanced cancer: a systematic review. *Palliat Support Care*. 2016;14(6):713-724.
6. Introntakun K, Silaguntsuti C, Vittayati gonnasak A, Supawattanaobodee B, Parklug P. Effect of discharge planning for colorectal cancer patients using patterns METHOD-P on the knowledge of adverse reactions management after receiving chemotherapy. *Vajira Nurs J*. 2020;22(1):1-14.
7. Hazelwood DM, Koeck S, Wallner M, Anderson KH, Mayer H. Patients with cancer and family caregivers: management of symptoms caused by cancer or cancer therapy at home. *HeilberufeSci*. 2012;3(4):149-158.
8. Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs*. 2021;20(1):158.
9. Paul A, Fernandes E. Experiences of caregivers in a home-based palliative care model-a qualitative study. *Indian J Palliat Care*. 2020;26(3):306-311.
10. Becqué YN, Rietjens JAC, van der Heide A, Witkamp E. How nurses support family caregivers in the complex context of end-of-life home care: a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):162.
11. Tipseankhum N, Tongprateep T, Forres-ter DA, Silpasuwun P. Experiences of people with advanced cancer in home-based palliative care. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2016;20(3):238-251.
12. Larki M, Latifnejad Roudsari R. Home-based care, the missing link in caring for patients living with HIV/AIDS and their family members: a narrative review. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2020;8(3):190-208.
13. Kirtania M, Katta A. Essential elements of a home-based palliative care model: a rapid review. *Indian J Palliat Care*. 2023;29(4):359-367.

14. Wang L, Huang Q, Ju C, Pan X. The effect of continuous care on the recovery of patients with advanced colorectal cancer undergoing chemotherapy. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(42).
15. Hirayama K, Kuribara T, Oshikiri M. Experiences of the older spousal caregivers of patients with cancer during palliative chemotherapy: a qualitative descriptive study. *BMC Palliat Care*. 2023;22(1):188.
16. สุรียพร ธนศิลป์. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน. ใน: การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2020.
17. Gabriel I, Creedy D, Coyne E. A systematic review of psychosocial interventions to improve the quality of life of people with cancer and their family caregivers. *Nurs Open*. 2020;7(5):1299-1312.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วชิรสารการพยาบาล

กองบรรณาธิการวชิรสารการพยาบาล ขอเชิญชวนส่งบทความวิชาการทางการแพทย์ การพยาบาล บทความพิเศษ และปกิณกะเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวชิรสารการพยาบาล โดยขอให้ เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน ต้นฉบับทุกเรื่องจะถูกส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ ทาง การพยาบาลแต่ละสาขาทั้งภายในและภายนอกอย่างน้อย 3 ท่านประเมินก่อนการตีพิมพ์ บทความ จะได้รับ การตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายในเวลาที่กำหนด หรือผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณานุมัติการตีพิมพ์ หากผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนดหรือนำบทความไปตีพิมพ์ในวารสาร อื่นระหว่างอยู่ในขั้นตอนรอตีพิมพ์ที่วชิรสารการพยาบาล กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์การตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. บทความวิชาการ

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

1.2 ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคำสำคัญมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ โดยจำนวน คำภาษาอังกฤษบทคัดย่อไม่เกิน 250 คำ และจำนวนคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ

1.3 ชื่อผู้เขียน ตำแหน่ง ที่อยู่ มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

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 ชื่อเรื่องภาษาไทย และภาษาอังกฤษ อยู่กึ่งกลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18

2.3 ชื่อ-นามสกุลผู้วิจัย และคณะอยู่กึ่งกลางหน้าด้วยตัวอักษร 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