



วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani

College of Nursing, Chakriraj

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2565)

Vol. 2 No. 1 (January – June 2022)

ISSN 2730-3993

บทความวิชาการ	แนวคิดเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน นนุช เสือพุมิ
บทความวิชาการ	การจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: ประสบการณ์เรียนรู้จากการสอนในวิชากระบวนการทัศน์การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ไตรตาภรณ์ สร้อยสังวาลย์
บทความวิจัย	ผลของการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบต่อความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลือง และได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง จินดา อายุวัฒน์นะ
บทความวิจัย	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ ในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี อภิชัย สังข์ผาด พัทธวรรณ ชูเลิศ
บทความวิจัย	การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี การเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาล : การศึกษาวิจัยแบบพหุกรณี อุษา คงคา
บทความวิจัย	ผลของการใช้นวัตกรรมผ้าพุงลดปวดหลังต่ออาการปวดหลังส่วนล่างของคนกลุ่มวัยทำงาน พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม และคณะ



สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
99 หมู่ 3 ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110
โทรศัพท์ 032-330479 - 82 โทรสาร 032-330483
Website : www.ckr.ac.th





วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

จุดประสงค์

1. เพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ บทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาด้านวิชาการและการพยาบาล ที่แสดงถึงประโยชน์ในด้านการศึกษา และการปฏิบัติการพยาบาล ที่นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์
2. เพื่อเป็นสื่อกลางเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวกับ การศึกษาและการพยาบาล
3. เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับ วิจัย ค้นคว้า ทางด้านวิชาการและการพยาบาล ที่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้

Objectives

1. To present quality research articles covering academic and nursing topics that show benefits in education and nursing practice. The researchers or interested people can use to develop further research or create new knowledge or applied it to benefit
2. To serves as an exchange for sharing academic and research papers related to education and nursing.
3. To be an academic document that provides knowledge about academic and nursing research that can be used as a reliable reference.

กำหนดการออกวารสาร : ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)
มกราคม – มิถุนายน กรกฎาคม – ธันวาคม

Publish : each 6 months (2 per year)
January – June July - December

สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช
99 หมู่ 3 ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง
จ.ราชบุรี 70110
โทรศัพท์ 032-330479 - 82
โทรสาร 032-330483
Website : www.ckr.ac.th

Office : Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj
99 Moo 3 Ladbuakhaw sub-district,
Banpong district, Ratchaburi Province 70110
Tel. 032-330479-82
Fax. 032-330483
Website : www.ckr.ac.th

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์ เมืองราชการพิมพ์ อ.เมือง จ.ราชบุรี
โทร. 032-323777, 085-1937279

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช (ISSN 2730-3993) เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการ พิจารณา (Peer reviewers) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลายสาขา จากสถาบันต่างๆ ในการพิจารณาตรวจ คุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน วารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

**วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี จักรีรัช**

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2565

ที่ปรึกษา

ดร.พีระนันท์ จีระยิ่งมงคล

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

บรรณาธิการ

ดร.จรัสศรี เพ็ชรคง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

กองบรรณาธิการ

ดร.ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ดร.วัลทนี นาคศรีสังข์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ดร.ดวงแก้ว เตชะกาญจนเวช

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา วัฒนาย

Family Health International

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมสุภาว จันทนะโสถ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัญชลีพร อมาตยกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์

การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มุกข์ดา ผดุงยาม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ฝ่ายจัดการวารสาร

นายสมคิด รูปงาม

นางสาวสธิรกันต์ ทั่วจบ

นางสาววิลาวรรณ ทีฆวาทิน

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

**The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani
College of Nursing, Chakriraj**

Vol. 2 No. 1 January – June 2022

CONSULTANTS

Peeranan Jirayingmongkhol, EdD. RN.

Director of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

EDITOR

Jaratsri Petchkong PhD, RN.

Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

EDITORIAL BOARD

Sirikul Karuncharemanit PhD, RN.

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Wantanee Naksrisang PhD, RN.

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Duangkaew Dejakanchanavej PhD, RN.

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Acharaporn Seeherunwong PhD, RN. (Assoc. Prof.)

Faculty of Nursing, Mahidol University

Nantiya Watthayu Ph.D, RN. (Assoc. Prof.)

Family Health International

Pimsupa Chandanasotthi PhD, RN. (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

Anchaleeporn Amatayakul PhD, RN. (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing HRH Princess Chulabhorn College

of Medical Science, Chulabhorn Royal Academy

Mukda Phadungyam PhD, RN. (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing, Petchaburi Rajabhat University

MANAGEMENT TEAM

Somkid Rupngam M.N.S, RN

Sathirakarn Thuajop M.N.S, RN

Wilawan Tekavatin Technical Cert. (Accountancy)

OWNERSHIP

Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj



วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช
ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2565)

สารบัญ

บทความวิชาการ	แนวคิดเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน นางนุช เสือพุ่มี	1
บทความวิชาการ	การจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการบริการสุขภาพด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ : ประสบการณ์เรียนรู้จากการสอนในวิชากระบวนการตัดสินใจดูแล ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ศรिताภรณ์ สร้อยสังวาลย์	13
บทความวิจัย	ผลของการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบต่อความวิตกกังวลของมารดาที่ทารก มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง จินดา आयวัฒน์นะ	24
บทความวิจัย	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการ การดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี อภิชัย สังข์ผาด พัทธวรรณ ชูเลิศ	37
บทความวิจัย	การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาล : การศึกษาวิจัยแบบพหุกรณี อุษา คงคา	50
บทความวิจัย	ผลของการใช้นวัตกรรมผ้าพุงลดปวดหลังต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง ของคนกลุ่มวัยทำงาน พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม และคณะ	66

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ได้ย่างเข้าสู่ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ซึ่งในฉบับนี้ มีการนำเสนอบทความวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนั้นยังนำเสนอ บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยในสาขาต่างๆ ที่หลากหลาย ทั้งด้านมารดาทารก การผดุงครรภ์ รวมถึงด้านการอนามัยชุมชน ซึ่งท่านผู้อ่านสามารถเลือกอ่านได้ตามความสนใจ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในด้านวิชาการ แก่ผู้สนใจในการค้นหาความรู้ และเผยแพร่ผลงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อไป

ดร.จรัสศรี เพ็ชรคง

บรรณาธิการ

แนวคิดเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน Concept for developing a care system for hypertension among the elderly in the community

นางนุช เสือพุมมี*

Nongnuch Suapumee*

*อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing Chakiraj, Faculty of Nursing
Praboromarajchanok Institute, Banpong District, Ratchaburi Province.

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังเป็นโรคที่พบมากในผู้สูงอายุ และเป็นโรคที่ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษา
ค่อนข้างสูง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
หลายรูปแบบ โดยแบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (chronic care model) ที่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน
ได้แก่ 1) ด้านนโยบายในระดับชาติมีความชัดเจน 2) ระบบสารสนเทศทางคลินิก 3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ
4) การออกแบบระบบการให้บริการ 5) การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง และ 6) การเชื่อมต่อกับชุมชน มีส่วน
สำคัญในการบริหารจัดการในชุมชน แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนนั้น
เป็นการแยกส่วน โดยมุ่งเน้นที่การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต
และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่ความชุกโรคความดันโลหิตสูงกลับเพิ่มขึ้น จากการเพิ่มขึ้นของอายุ พฤติกรรม
การดูแลตนเอง และการขาดการสนับสนุนจากชุมชน แสดงให้เห็นถึงระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่นั้นยังไม่ครอบคลุม
และยังไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร แนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
จึงควรเป็นการผสมผสานและเชื่อมโยงแนวคิดระบบบริการสุขภาพต่างๆเข้าด้วยกัน โดยใช้แบบแผนการดูแล
อย่างต่อเนื่องเป็นแนวทางหลัก รวมถึงการออกแบบระบบการดูแลที่เชื่อมโยงให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : ระบบการดูแลโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน

Abstract

Hypertension is one of the most common chronic diseases in the elderly. In addition to
health problems, it also found that older adults with high blood pressure had higher treatment
costs. From the literature review, it was found that the community-based hypertension care system
was developed in many forms by using the chronic care model that covered all 6 components:
1) the health care organization's policies are clear. 2) clinical Information systems. 3) decision support
systems 4) service system design 5) self-care management support and 6) community connections.
These 6 aspects play an important role in the management of hypertension among the elderly in

the community. However, it was found that the care system for hypertension among the elderly in the community was a fragmented operation. Most of which focus on supporting self-care management, resulting in the elderly being able to control blood pressure levels and without complications, but the prevalence of hypertension in the elderly group has increased partly due to aging, partly due to self-care behaviors and lack of community support, It reflects that the existing service system is not comprehensive and not as efficient as it should be. The concept for developing a care system for hypertension among the elderly in the community should be a combination and link the concepts of various service systems together with a continuous care plan designed to ensure that all parts are systematically linked for further quality management

Keywords: care system for hypertension, elderly people in the community

บทนำ

หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้สูงอายุ ซึ่งมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สำหรับในประเทศไทยเมื่อเทียบจากปีงบประมาณ 2558-2560 พบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.29%, 39.77% และ 41.75% ตามลำดับ¹ ปัญหาความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุได้กลายเป็นปัญหาสำคัญมีการศึกษาพบว่า ระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้นในผู้สูงอายุถือเป็นความเสี่ยงนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมและความรู้ความเข้าใจลดลงได้² นอกจากนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้นเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกาคาดว่าปี ค.ศ 2010 ถึงปี ค.ศ. 2030 ประชากรอายุ 65-79 ปี มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น 29.5% จาก 135 พันล้านเหรียญเป็น 457 พันล้านเหรียญต่อปี³ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถดูแลและป้องกัน

การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ซึ่งการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลหรือครอบครัวถือเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และลดการกลับเข้าซ้ำในโรงพยาบาล แต่ที่ผ่านมายังพบว่า ศักยภาพของผู้ดูแลหรือครอบครัวยังขาดความรู้ความเข้าใจความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองและไม่สามารถทำงานประสานกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนได้⁴ การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ปัญหาจนสามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดการเรียนรู้และความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และสามารถทำงานประสานกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามเยี่ยม การประเมินภาวะสุขภาพและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ได้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ได้มาก ซึ่งการให้ชุมชน

เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลระบบสุขภาพสามารถแก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี และทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้มากขึ้น⁵

การนำเสนอบทความครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันควบคุมความดันโลหิตสูง จากฐานข้อมูลต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยคัดเลือกทั้งหนังสือและวารสารที่เป็นฉบับเต็ม และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้รูปแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพที่เป็นไปอย่างมีคุณภาพและเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในที่สุด

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ

ความดันโลหิตสูงเป็นความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดและยังคงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของความตายและความพิการทั่วโลกทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาดังเช่น มีชาวอเมริกันร้อยละ 68.4 เท่านั้นที่ทราบว่าตัวเองมีความดันโลหิตสูงหรือประเทศญี่ปุ่นมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่น้อยกว่า 40 ล้านคน โดยมีเพียงร้อยละ 53.6 ที่ได้รับการรักษาและในกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 27.4 ที่สามารถควบคุม

ความดันโลหิตได้ดี ในส่วนของประเทศกำลังพัฒนาดังเช่น ประเทศอินเดีย พบว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่มีประมาณ 20 -30% เป็นความดันโลหิตสูงและมีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งพบว่า ความก้าวหน้าของโรคมักพบในวัยสูงอายุ เนื่องจากความดันซิสโตลิก (systolic) หรือและไดแอสโตรลิก (diastolic) มักเพิ่มขึ้นในผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป⁶ นอกจากการเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยแล้ว ปัญหาที่ตามมา คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจ โรคไตที่เกิดจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ในสิงคโปร์พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 30.8 ขาดความตระหนัก ร้อยละ 32 ไม่ได้รักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 79 มีการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ไม่เหมาะสม มีเพียงร้อยละ 1.9 ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษา อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุ 2 ใน 3 ที่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงโดยปัจจัยที่ทำให้มีการควบคุมไม่เหมาะสม ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และ BMI ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับการขาดความตระหนักในการรักษาและการควบคุมความดันโลหิต⁷ สำหรับในประเทศไทยจากรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2562 พบว่าความชุกของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในปีพ.ศ.2557 เท่ากับร้อยละ 24.7 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับ ปีพ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 1.8 ล้านคน โดยเพศชายมีความชุกและอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศหญิงภายหลังจากปีพ.ศ. 2558⁸ และจากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ปีพ.ศ. 2559-2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 13.9

ในปีพ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 16.4 ในปีพ.ศ. 2562 คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 18.0 และเป็นการเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป⁹ ปัญหาหลักของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือ การที่ผู้ที่เป็นโรคไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค แม้จะตระหนักก็ยังไม่เชื่อถือและไม่ได้อึดตามรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ประเด็นต่าง ๆ ในด้านคุณภาพของการวินิจฉัยการรักษาและติดตามในระบบสาธารณสุขก็ยังคงได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอีกมาก¹⁰

แนวทางการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษาตามมาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการใช้ยาลดความดันโลหิต ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายด้าน ได้แก่ การจำกัดอาหารที่มีรสเค็มและไขมันสูง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การนอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ การผ่อนคลายความเครียด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดผลกระทบ ได้แก่ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ส่วนการใช้ยาในทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการค้นพบยาใหม่ ๆ หลายชนิด ตลอดจนมีการศึกษาตีพิมพ์มากมาย ซึ่งเป็นรากฐานของการที่มีแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจากประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะจากประเทศสหรัฐอเมริกาและกลุ่มประเทศยุโรป ซึ่งสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้นำแนวทางเหล่านี้มาพิจารณาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมสำหรับการใช้ในปัจจุบันเป็นแนวทางในการรักษา

โดยเริ่มการควบคุมด้วยยาเมื่อปรับพฤติกรรมแล้ว 2-4 เดือน หากความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท¹⁰

จากสถานการณ์การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ร้อยละ 24.03 ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท¹¹ แสดงให้เห็นว่า มาตรการการดูแลรักษาความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่ผ่านมายังไม่เพียงพอที่จะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง รวมทั้งการวินิจฉัยโรค การรักษาที่ยังไม่ดีเท่าควร ถึงแม้ในปัจจุบันการดำเนินควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ใช้การบริหารจัดการโรคเรื้อรังที่เป็นต้นแบบแพร่หลาย คือ แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Chronic Care Model) ก็ตาม

จากการศึกษา ประสพการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วย 1) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 2) การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม 3) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น 4) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง และ 5) ระบบบริการสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่ขัดขวางการดูแลตนเอง คือ การขาดแรงจูงใจ และอายุมากขึ้น¹² ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถดูแลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งคิดว่าตนเองหายป่วยแล้วจะหยุดรับประทานยาเอง ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ขาดการออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มัเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนานขาด

ความตระหนักในการดูแลตนเอง และไม่เห็นถึงความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตได้ จึงส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จนทำให้เกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น¹³ นอกจากนี้ยังพบว่า ศักยภาพของผู้ดูแลหรือครอบครัวยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และไม่สามารถทำงานประสานกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนได้⁴ จึงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลหรือครอบครัวถือเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และลดการกลับเข้าซ้ำในโรงพยาบาล

หลักการและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ปัญหา ทั้งในด้านการป้องกัน ควบคุม จัดการโรคเรื้อรัง สนับสนุนและผลักดันให้เกิดความร่วมมือภายในชุมชน และแนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(Chronic Care Model: CCM) ถือว่าเป็นระบบบริการที่มีคุณภาพและมีการใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก¹⁴ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการติดตามเยี่ยม การประเมินภาวะสุขภาพและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ได้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลระบบสุขภาพสามารถที่แก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

และทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้มากขึ้น⁵ ส่วนบุคลากรสาธารณสุขนั้นจัดเป็นกลุ่มบุคคลกรที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เช่น ในการพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอครอบครัว พบว่าช่วยให้กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น¹⁵

ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงควรนำหลักการการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในทุกมิติ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน โดยการบริหารจัดการโรคเรื้อรังที่เป็นต้นแบบแพร่หลายคือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) จากการพัฒนาของเอ็ดเวิร์ด วากเนอร์ และคณะ (Edward Wagner et.al.) ซึ่งเขาได้เสนอว่าการจัดการโรคเรื้อรังไม่ได้ต้องการอะไรมากไปกว่าการปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาจากระบบเชิงรับที่ตอบสนองเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นไปสู่ระบบเชิงรุกและเน้นการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยยังคงมีสุขภาพดีเท่าที่เป็นไปได้โดยแบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องมีองค์ประกอบ 6 ด้านที่สัมพันธ์กันดังรายละเอียดต่อไปนี้¹⁶

1 นโยบายขององค์กรสุขภาพ (health care organization) การดำเนินงานแก้ไขปัญหาระยะความดันโลหิตสูงในปัจจุบันได้ดำเนินการภายใต้แผนยุทธศาสตร์หลายยุทธศาสตร์ โดยหนึ่งในนั้นมีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ.2554-2563 ที่มีการกำหนดเป้าประสงค์สูงสุดไว้ว่า “ประชาชนชุมชนสังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกัน ศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ใน 5 โรคที่สำคัญที่เกิดจากวิถีชีวิต ที่แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี

วิถีไทยนี้ให้ความสำคัญโดยมียุทธศาสตร์ดังนี้

1. นโยบายสาธารณะสร้างสุขภาพ (health public policy)
2. การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ (social mobilization)
3. การพัฒนาศักยภาพชุมชน (community building)
4. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการจัดการโรค (surveillance & care system)
5. การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุน (capacity building)

ดังนั้นนโยบายดังกล่าวจึงได้มีการนำมาเป็นแนวทางและประยุกต์ในการดำเนินงานให้เกิดเป็นรูปธรรมตั้งแต่ระดับกระทรวงจนถึงการผลักดันในระดับชุมชนให้สามารถมีศักยภาพในการดูแลตนเอง การดำเนินงานมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การสร้างโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้¹¹ หรือต้องส่งเสริมวัฒนธรรมระบบและกลไกที่สนับสนุนการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและมาตรฐานสิ่งสำคัญคือผู้บริหารต้องเป็นผู้นำและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดการที่คุ้นเคยกับการตั้งรับและตอบสนองเมื่อมีการเจ็บป่วยไปสู่การจัดการเชิงรุกที่มีการวางแผนตามแบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนการพัฒนาในทุกระดับอย่างเป็นรูปธรรม

2 ระบบสารสนเทศทางคลินิก (clinical information system) ในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศออสเตรเลียมีระบบสารสนเทศในการ

ติดตามอุปสรรคส่งผลให้บรรลุเป้าหมายการรักษาความดันโลหิตกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุ แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการวางแผนการแก้ปัญหาต่อไป¹⁷ สำหรับในประเทศไทยมีจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เป็นหมวดหมู่สามารถใช้ติดตามการดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพสิ่งสำคัญคือหน่วยบริการประจำและเครือข่ายต้องจัดให้มีการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงสูงประกอบด้วยข้อมูลทางประชากรและข้อมูลบริการดูแลรักษาที่สำคัญ ได้แก่ วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจชนิดการตรวจผลการตรวจของแต่ละรายการฯ ในรูปของอิเล็กทรอนิกส์ที่เป็น spreadsheet ของ excel หรือ database ของ access ทะเบียนผู้ป่วยนี้ได้มาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยบริการที่มีอยู่แล้วหากฐานข้อมูลมีข้อมูลไม่ครบถ้าจำเป็นให้บันทึกเพิ่มเติมใน spreadsheet หรือ database หรือใช้โปรแกรม chronic disease surveillance ของสำนักโรคระบาดวิทยา (เป็นทั้งฐานข้อมูลการจัดบริการทะเบียนและการวิเคราะห์เชิงระบาดวิทยา) สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดเล็กและปริมาณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับส่งกลับไม่มากเช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์แพทย์ชุมชนสามารถใช้โปรแกรม excel หรือ access จัดทำทะเบียนได้ทะเบียนผู้ป่วยยังสามารถใช้เป็นระบบเตือน (recall) เพื่อติดตามผู้ป่วยมารับบริการตลอดจนการทบทวนการดูแลรักษา (review) ว่าผู้ป่วยได้รับการตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติหรือไม่ระบบสารสนเทศช่วยแบ่งปันข้อมูลบริการผู้ป่วยและเชื่อมโยงระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลเบาหวานและความดัน

โลหิตสูงช่วยแบ่งปันข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยช่วยติดตามกำกับผลการปฏิบัติงานของระบบบริการดูแลรักษาและทีม

3 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) เป็นการส่งเสริมการดูแลรักษาทางคลินิกที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์และสอดคล้องกับรสนิยมและวิถีการดำรงชีวิตของผู้ป่วยสิ่งสำคัญคือใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับความดันโลหิตสูงเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยหรืออ้างอิงหลักฐานที่ได้รับการยืนยันทั้งนี้การดูแลรักษาควรสอดคล้องกับความสนใจและรสนิยมของผู้ป่วยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการดูแลรักษาเพื่อให้มีส่วนร่วมและจัดการตนเอง¹⁸ การบริหารการจัดการโดยมีข้อกำหนดมาตรฐานและหรือแผนการจัดการดูแล (management protocol/care pathway) เพื่อบอกถึงขั้นตอนและรายละเอียดวิธีปฏิบัติการดูแลรักษาที่ระดับคลินิกผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการประจำจนถึงระดับหน่วยบริการปฐมภูมิการส่งต่อ/ส่งกลับจัดระบบการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไประหว่างแพทย์กับทีมดูแลผู้ป่วยและระหว่างแพทย์/ทีมดูแลผู้ป่วยที่หน่วยบริการประจำกับพยาบาลผู้ดูแลที่หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านทางโทรศัพท์วิทยุ Skype telemedicine การดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง¹⁵

4 การออกแบบระบบการให้บริการ (delivery system design) ในส่วนนี้เป็น การสร้างความมั่นใจว่าได้ให้บริการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและสนับสนุนการจัดการตนเองสิ่งสำคัญคือการกำหนดบทบาทและแบ่งงานกัน

ให้ชัดเจนภายในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลรักษาผู้ป่วยจัดให้มี case/disease manager เพื่อประสานทีมผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยและพบทบทวนทะเบียนเพื่อประเมินการจัดบริการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและภาพรวมทุกๆ รอบ 3-4 เดือนและรอบ 1 ปีมีการวางแผนล่วงหน้าในการให้บริการที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์มีการให้บริการดูแลที่เข้มข้นและลงรายละเอียดสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคซับซ้อนให้คำแนะนำการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิตจัดระบบนัดหมายอย่างสม่ำเสมอรวมทั้งการติดตามทางโทรศัพท์หรือไปรษณีย์จัดระบบและศูนย์ประสานการส่งกลับ/ส่งต่อไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการรับส่งต่อและประสานติดตามการดูแลผู้ป่วยที่ส่งกลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมอ¹⁸ ซึ่งมีผลงานวิจัยที่สนับสนุน เช่น จากการศึกษาการจัดบริการให้แพทย์ครอบครัวเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าช่วยให้ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถควบคุมความดันโลหิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{15,20} ซึ่งการบริการสุขภาพตามมาตรฐาน และความจำเป็นที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องเข้าถึง ได้แก่ การเข้าถึงการตรวจคัดกรองค้นหาโรค การวินิจฉัย การตรวจรักษา การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และการดูแลต่อเนื่องซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลของตัวชี้วัด การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะทำให้สามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้เจ็บป่วย การดูแลดังกล่าวต้องอาศัยแนวปฏิบัติ การดูแลที่มาตรฐานครอบคลุมถึงการจัดระบบ

บริการในโรงพยาบาล และในชุมชนที่เชื่อมโยงกัน ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล จนถึงบ้านหรือจากบ้านถึงโรงพยาบาล ทั้งในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคการรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ¹⁷ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่า การออกแบบระบบการให้บริการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ยังมีจำนวนจำกัด ยังเป็นลักษณะการจัดบริการที่มีการกำหนดจากกระทรวงสาธารณสุขทำให้การแก้ปัญหาให้เกิดความยั่งยืน

5 การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (self-management support) การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้พร้อมและสามารถจัดการตนเองทั้งสุขภาพและการดูแลรักษาได้สิ่งสำคัญคือเน้นหรือให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพตนเองใช้วิธีการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพซึ่งประกอบด้วย การประเมินตนเอง การตั้งเป้าหมาย การวางแผน ปฏิบัติตัว การแก้ปัญหาและการนัดพบอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือชมรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ช่วยเหลือซึ่งกันและกันซึ่งครอบคลุมมีบทบาทที่สำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารการใช้ยาการออกกำลังกายที่เหมาะสมก็จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถเผชิญปัญหาและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ การจัดหาสิ่งสนับสนุนทั้งจากภายในและภายนอกหน่วยบริการและชุมชนเพื่อให้การสนับสนุน

การจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องซึ่งในปัจจุบันมีการสร้างกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองจนสามารถครอบคลุมระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตนและมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง¹¹

6 การเชื่อมต่อกับชุมชน (community)

การแสวงหาทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนในชุมชนให้สนองตอบความจำเป็นของผู้ป่วยสิ่งสำคัญ²¹ คือค้นหาว่ามีกลุ่มหรือชมรม อาทิตชมรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชมรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายหรืออาหารในชุมชนหรือไม่เพื่อแนะนำผู้ป่วยไปเข้าร่วมกิจกรรมส่งต่อผู้ป่วยไปใช้บริการดูแลต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือสถานพยาบาลอื่นรวมทั้งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน บุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งในเกาหลีใต้พบว่า รูปแบบการรักษาควบคุมของความดันโลหิตสูงในชุมชน ทำให้กลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น²² เป็นการสร้างความร่วมมือกับองค์กรชุมชนเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมในส่วนที่หน่วยบริการไม่สามารถจัดให้ได้ เสนอแนะผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่มีศักยภาพสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น จัดให้มีบริการวัดความดันโลหิตหรือสนับสนุนวัสดุที่จำเป็น เป็นต้น

บทสรุป

แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีเป้าหมายสำคัญ และผลลัพธ์ของการจัดระบบบริการสุขภาพคือการป้องกันปัญหาภาวะแทรกซ้อนและทำให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น ดังนั้นการปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาจากระบบเชิงรับที่ตอบสนองเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นไปสู่ระบบเชิงรุกและเน้นการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยยังคงมีสุขภาพดีเท่าที่เป็นไปได้ซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ที่ต้องการผลลัพธ์ทางสุขภาพให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ไม่เสี่ยงหรือส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการควบคุมความดันโลหิตไว้ในหมวด service excellence (บริการเป็นเลิศ) แผนที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตัวชี้วัดที่ 32 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้โดยมีเกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้คือ เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 5% จากปีที่ผ่านมา หรือ มากกว่า 50%¹ ดังนั้นแบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (chronic care model) ที่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านนโยบายในระดับชาติมีความชัดเจน 2) ระบบสารสนเทศทางคลินิก 3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ 4) การออกแบบระบบการให้บริการ 5) การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง และ 6) การเชื่อมต่อกับชุมชน มีส่วนสำคัญในการบริหาร

จัดการในชุมชนจึงมีส่วนสำคัญอย่างมากในการนำมาใช้ในการบริหารจัดการโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนและเมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ที่ดำเนินการมาแล้ว พบว่า ด้านนโยบายในระดับชาติมีความชัดเจน ในส่วนด้านอื่นที่เหลือพบว่ายังมีการขาดการดำเนินงานที่เชื่อมต่อกันเป็นการแยกส่วนในการดำเนินงาน ซึ่งส่วนใหญ่ในระดับชุมชนมุ่งไปที่การพัฒนาในด้านการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (self-management support) ที่มีการสร้างโปรแกรมต่างๆ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้เช่นการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาจัดเป็นโปรแกรมให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาของตนเอง รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน²³ แต่ปัญหาความชุกโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้น ด้วยส่วนหนึ่งจากการเพิ่มขึ้นของอายุ อีกส่วนหนึ่งจากพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการขาดการสนับสนุนจากส่วนของชุมชน²⁴ แสดงให้เห็นว่าระบบบริการที่มีอยู่นั้นยังไม่ครอบคลุม และยังไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นแนวคิดเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จึงควรเป็นการผสมผสานและเชื่อมโยงแนวคิดระบบบริการสุขภาพต่างๆ เข้าด้วยกัน โดยใช้แบบแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นแนวทางหลักรวมทั้งออกแบบระบบการดูแลที่เชื่อมโยงให้ทุกภาคส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). กระทรวงสาธารณสุข: [ม.ป.ท.].
2. Douglas, M. B., & Howard, P.E. Predictors of Self-Management Behaviors in Older Adults with Hypertension. *Advances in Preventive Medicine*. 2015;6, 1-6.
3. Howard, L.D., Carson, P.A., Holmes N.D., Kaufman, S.J. Consistency of Care and Blood Pressure Control among Elderly African Americans and Whites with Hypertension. *J Am Board Fam Med*.2009;22(3): 307–15.
4. อติญาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ. การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*. 2558; 21(1) :111-21.
5. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2557; 29(3):104-15.
6. K.R.Thankappan, et al., Risk factor profile for chronic non-communicable diseases: results of a community-based study in Kerala, India. *Indian J Med Res*. 2010 Jan;131:53-63.PMID: 20167974. Free article.
7. Malhotra, R., Chan, A., Malhotra, CPrevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the elderly population of Singapore. *Hypertension Research*. 2010 Dec;33(12):1223-31. doi: 10.1038/hr.2010.177. Epub 2010 Sep 30. PMID: 20882026 DOI: 10.1038/hr.2010.177
8. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2563.
9. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.รายงานผลการศึกษาโครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงาน พ.ศ. 2560 – 2562.[อินเทอร์เน็ต].เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1036320200810073233.pdf>
10. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. เชียงใหม่ : ทรูอิงค์ ; 2562.
11. อัมมร บุญช่วย. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรทอง อำเภอยะบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2558;3(2) : 233 – 44.
12. ปุณณิศา ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง. ประสพการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 2557;41(ฉบับพิเศษ) : 4-10.

13. นภาพร ห่วงสุขสกุล. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์. สม., มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, จังหวัดอุบลราชธานี.2555.
14. บำเพ็ญ พงศ์เพชรดี. การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง.วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2561 กรกฎาคม – ธันวาคม; 29 (2) :2-11
15. อุมารณ กาลังดี, ภาวนา บุญมุสิก และอจริยา วัชรวิวัฒน์. การพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอครอบครัว. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, (2560). 4 (ฉบับพิเศษ), 34-45.
16. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 การบริหารงบบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง (บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง). กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนาเพรส จำกัด; 2558.
17. Chowdhury, E., Owen, A., Krum, H. et al. Barriers to achieving blood pressure treatment targets in elderly hypertensive individuals. [Internet]. Journal of Human Hypertension. 2013; 27, 545–551; doi:10.1038/jhh.2013.11
18. สุธีรา ชื่นตระกูล และวิไลพรรณ สมบุญตนนท์. การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน.วารสารพยาบาลทหารบก.2555;13(3): 38-46.
19. Jardim, L., Souza, W., Camila Dutra Pimenta, C., Sousa, A. Multiprofessional Treatment of High Blood Pressure in Very Elderly Patients. Arq Bras Cardiol, 2017;108(1). 53-9.
20. Carvalho H.V., Rossato L.S., Fuchs, D.F., Harzheim, E., Fuchs, C.S. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: across-sectional study. BMC Public Health,2013; 13(605): 1-9.
21. Rahmawati, R., Bajorek, B. A Community Health Worker–Based Program for Elderly People with Hypertension in Indonesia: A Qualitative Study, 2013. Preventing Chronic Disease Public health Research, Practice, and Policy. 2015;12(175): 1-9.
22. KIM, K., CHANG J.H., CHO, S.Y., YOUN, J.T., CHUNG, W.Y., CHAE, I.H. Current Status and Characteristics of Hypertension Control in Community Resident Elderly Korean People: Data from a Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHa Study). Hypertens Res.2008;31(1): 97-105

23. ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ และ นิตยา มีหาดทราย. ผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. Journal of Nursing Science. 2554; 29(2) : 93-102.
24. Chinnakali, P., Palanivel, B., Upadhyay R. P., Singh A. K., Srivastava R. Yadav K. Hypertension in the Elderly: Prevalence and Health Seeking Behavior. North American Journal of Medical Sciences.2012;4(11):558-62.

**การจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการบริการสุขภาพด้วยหัวใจ
ความเป็นมนุษย์: ประสบการณ์เรียนรู้จากการสอนในวิชากระบวนการทัศนคติการดูแล
ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์**

**Instructional design to develop humanistic care competencies:
Experiences from teaching in the humanized care paradigm.**

ตริตาภรณ์ สร้อยสังวาลย์*

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

*Tritaporn Sroysungwan

Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Banpong District. Ratchaburi Province.

บทคัดย่อ

การกำหนดอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ถือเป็นจุดสำคัญของการศึกษาของบัณฑิตสถาบันพระบรมราชชนก ที่เน้นการเรียนรู้วิธีการเพื่อนำไปสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิต (lifelong learning) นำไปสู่การบรรลุถึงการเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ (transformative learning) ทั้งในเชิงองค์ความรู้ เจตคติ และจิตใจ ทั้งความเข้าใจโลกภายนอก ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนผ่านภาวะภายในตนของผู้สอนและผู้เรียน¹ ดังนั้นในการจัดการศึกษาของสถาบัน จึงมุ่งปลูกฝังให้นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในสถานพยาบาล โดยดูแลแบบองค์รวมที่ใช้หัวใจ ความรัก ความเมตตา และปรารถนาที่จะให้ผู้รับบริการพ้นจากความทุกข์ทรมาน² จุดเด่นของการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์คือ การให้คุณค่าแก่ผู้ใช้บริการในฐานะมนุษย์ที่มีความเฉพาะตัวให้ความสำคัญกับบริบทชีวิตที่อาจมีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดการตัดสินใจของผู้ใช้บริการ ยอมรับในความแตกต่างของบุคคล ให้คุณค่าในประสบการณ์และบริบทชีวิตของผู้ใช้บริการ³ ซึ่งผู้เขียนพบว่าวิธีการจัดการเรียนการสอนที่จะบรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การปรับทัศนคติเพื่อเปลี่ยนมุมมองความคิด 2) การสรรหาความรู้จากบุคคลต้นแบบ 3) การฝึกปฏิบัติอย่างเป็นองค์รวมในชีวิตจริง 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชั้นเรียนและ 5) พัฒนาการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิด

คำสำคัญ : การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การจัดการเรียนการสอน

Abstract

Determination of identity with a Humanized Care is an important point of education for graduates of Praboromarajchanok Institute that focuses on learning how to lead to lifelong learning, leading to the achievement of learning change (transformative learning) in terms of knowledge, attitudes and minds, as well as understanding of the outside world which leads to the transition of the teacher and learner's internal state¹. Therefore, the educational management of the institute

focuses on making students aware of the importance of caring for patients who come to receive services in hospitals with holistic care that uses heart, love, compassion, and desires the clients without any suffer². The strength of a humanized care is that it values the client as a unique human being, focusing on the context of life that may influence the decision-making process of the client, accepting individual differences, valuing the experience and context of the client's life³. The author found that the Instructional design to develop humanistic care competencies consist of 5 steps: 1) attitude adjustment to change point of view 2) recruiting knowledge from role models 3) holistic approach in real life. 4) knowledge sharing in the classroom and 5) learning development through reflection.

Keywords: humanistic care, instructional design

บทนำ

หลักการและเหตุผล

การจัดการศึกษาที่ให้นักศึกษามีคุณลักษณะ “การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” สถาบันพระบรมราชชนกได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปีการศึกษา 2547 โดยเริ่มในรายวิชาหมวดวิชาการศึกษาทั่วไป และต่อเนื่องไปจนถึงหมวดวิชาชีพ⁴ ต่อมาได้มีการปรับหลักสูตรใหม่ คือหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 ได้กำหนดวิชากระบวนทัศน์การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จำนวน 2 หน่วยกิต อยู่ในกลุ่มวิชาเลือกที่บังคับเลือก⁵ และในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561) ได้ปรับให้วิชากระบวนทัศน์การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นวิชาในกลุ่มพื้นฐานวิชาชีพ จำนวน 1 หน่วยกิต โดยจุดประสงค์ของรายวิชาคือการปรับกระบวนการคิดและพัฒนาความคิดเพื่อให้เข้าใจชีวิตในสภาพความเป็นจริง ให้การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และประยุกต์ความรู้ไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและใส่ใจผู้ป่วยอย่างจริงใจ⁶ ซึ่งในทางปฏิบัติการออกแบบการจัดการ

ศึกษาและการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างการพัฒนาอัตลักษณ์บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ยังมีข้อจำกัดและไม่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน⁷ และเป็นผลลัพธ์ที่วัดได้ยาก เพราะมีความเป็นนามธรรมสูง ดังที่มกราพันธุ์ จุฑารักษ์ ได้กล่าวถึงการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ว่าเป็นการมองเห็นความเป็นมนุษย์ในตัวบุคคลโดยไม่ตัดสินการกระทำของคนตามที่ตนเองเห็น แต่ให้เข้าใจ สาเหตุ และเหตุผลของพฤติกรรมนั้นๆ ของบุคคล เชื่อในศักยภาพและความสามารถของแต่ละบุคคลว่า คนทุกคนมีศักยภาพที่จะเลือกและจัดการแก้ไข ปัญหาของตนเองได้⁸ จึงเป็นหน้าที่ของวิทยาลัยในการพัฒนาการออกแบบจัดการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาล มีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีการพัฒนาการสอนในหลายรูปแบบ ซึ่งโดยพื้นฐานแล้ว จะใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในการออกแบบการสอนเพื่อมุ่งเน้นพัฒนา ขบวนการทางปัญญา เน้นการพัฒนาความคิด จิตใจ อารมณ์ภายในตนเองช่วยให้บุคคลรู้จักตัวเอง รู้จักความดี ความงาม ความเข้าใจธรรมชาติ เข้าใจ ความจริงของชีวิตซึ่ง น.พ.ประเวศ วะสี, ได้กล่าว

ไว้ว่า จิตตปัญญาศึกษามีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการศึกษาระดับ ควรทำความเข้าใจเห็นคุณค่าและส่งเสริมการเรียนรู้ในแนวทางนี้ให้มากที่สุดเพื่อจะช่วยให้มีการพัฒนามนุษย์ให้เกิดปัญญาสูงขึ้นอย่างแท้จริง จิตตปัญญาศึกษาเป็นกระบวนการเรียนรู้ด้วยใจอย่างใคร่ครวญเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองรู้คุณค่าของสิ่งต่างๆ โดยปราศจากอคติ เกิดความรักความเมตตาอ่อนน้อมต่อธรรมชาติมีจิตสำนึกต่อส่วนรวมและสามารถประยุกต์เชื่อมโยงกับศาสตร์ต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างสมดุลและมีคุณค่าเป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายในตนเองและเกิดสำนึกเพื่อส่วนรวม¹⁰

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีการกิจสำคัญในการผลิตบัณฑิตพยาบาลคุณภาพตอบสนองระบบสุขภาพชุมชน เห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล และผู้เขียนในฐานะอาจารย์ และเป็นผู้รับผิดชอบวิชา กระบวนทัศน์ในการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized care paradigm) จึงได้พัฒนาและออกแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาโดยเชื่อว่า การออกแบบการสอนที่เหมาะสมจะให้นักศึกษามีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยและทุกชนชั้นอย่างเท่าเทียมกัน และพัฒนาจิตในระดับลึกซึ่งมีผลทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงให้มีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การนำเสนอบทความในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ การแบ่งปัน แลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนในวิชา กระบวนทัศน์การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ อันนำไปสู่การพัฒนาและออกแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงจากภายในสู่พฤติกรรมที่ดีของเป็นพยาบาลที่ดีมีคุณภาพของสังคมต่อไป

การจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized care) หมายถึงการให้บริการที่เป็นมิตร มีความรักความเมตตา ใส่ใจในความทุกข์ที่เป็นปัญหาของผู้รับบริการ สามารถแก้ปัญหาได้ทันที่ด้วย ความมุ่งมั่นตั้งใจ คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน เพื่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ¹¹ ในการผลิตบัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนก จึงกำหนดสมรรถนะของบัณฑิตที่จบจากสถาบันต้องมีสมรรถนะ “การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ซึ่งสถาบันพระบรมราชชนก ได้ให้ความหมายของการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ว่าเป็นการบริการที่ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ 1) การมีจิตบริการ คือ การมีจิตที่เป็นมิตร มีความรักความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้ใช้บริการและผู้เกี่ยวข้อง โดยไม่ตัดสินพฤติกรรมคนอื่นด้วยความคิดของตนเองเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น ให้บริการตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ 2) การคิดวิเคราะห์ คือการคิดบนพื้นฐานข้อเท็จจริงวิเคราะห์และวางแผนแก้ปัญหาได้ เก็บรวบรวม

ข้อมูลจากสภาพความเป็นจริงของผู้ใช้บริการ วางแผนแก้ปัญหาได้สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริง โดยประยุกต์ใช้ความรู้ทางวิชาการและ 3) การมีส่วนร่วม คือ วิธีการทำงานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมให้ผู้ใช้บริการรับรู้และตัดสินใจด้วยตนเอง¹² ดังนั้นในการผลิตบัณฑิตให้มีอัตลักษณ์ “การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” จะเกิดขึ้นได้ด้วยกระบวนการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติและการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร และต้องจัดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับสภาพจริง¹³ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะ การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกนั้น ได้มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าการดำเนินการหลายรูปแบบ เช่นจากการศึกษา ของ กิตติพร เนาวิสุวรรณ์ และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาเกี่ยวกับกลวิธีการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีต้องมีวิธีที่หลากหลาย ให้นักศึกษาได้ฝึกคิดวิเคราะห์จากโจทย์สถานการณ์ตัวอย่าง มีสถานการณ์จำลอง (simulation) ตามระดับชั้นปี การแบ่งกลุ่มให้ศึกษาสภาพจริงและต้องมีการพัฒนา 3 อย่างไปพร้อมกัน คือ อันดับแรกพัฒนาครูให้เป็นแบบอย่างที่ดี เสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่เด็กและครู จัดทำแผนปฏิบัติการ อันดับที่สองพัฒนาสิ่งสนับสนุน ห้องสมุด และสุดท้ายคือพัฒนาตัวนักศึกษาเองทั้งในชั้นเรียนและนอกชั้นเรียน ซึ่งในการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษามีอัตลักษณ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ก็คือการทำให้นักศึกษา

มีความสามารถในการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ กล่าวคือการดูแลแบบให้คุณค่าความเป็นมนุษย์ซึ่ง อัญญา ปลดเปลื้องและคณะ¹⁵ พบว่าการดูแลที่ให้คุณค่าความเป็นมนุษย์นั้น เป็นการปฏิสัมพันธ์กันของบุคคลบนพื้นฐานของความเข้าใจในความเหมือนและความแตกต่างของแต่ละบุคคลโดยแนวทางการเรียนรู้การดูแลแบบให้คุณค่าความเป็นมนุษย์ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การรับรู้การให้คุณค่าความเป็นมนุษย์ผู้เรียนเริ่มต้นการเรียนรู้ด้วยการเข้าใจตนเองก่อนโดยใช้การทำสมาธิ แล้วเริ่มเรียนรู้ผู้อื่นด้วยการใช้ประสาทสัมผัส โดยเฉพาะการฟังอย่างตั้งใจ 2) ทำความเข้าใจในความเป็นมนุษย์ด้วยการเข้าใจในประสบการณ์ที่มีคุณค่าของแต่ละบุคคล 3) การเรียนรู้ผ่านสภาพจริงด้วยการจัดประสบการณ์เรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนได้ไปสัมพันธ์กับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมในบริบทจริง และ 4) การสะท้อนคิด ผู้สอนกระตุ้นความคิดในมุมมองต่างๆ ที่ทำให้ผู้เรียนได้เข้าใจตนเองและเข้าใจต่อเหตุผลของแต่ละคนและจากการศึกษาของ วรวิทย์ ชัยพรเจริญศรี และคณะ¹⁶ พบว่าการสอนที่จัดให้มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนหรือระหว่างผู้เรียนด้วยกันเองการสนับสนุนให้นักศึกษารับรู้ความสามารถของตนเอง การเรียนรู้จักตนเองมากขึ้น การเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้จากสถานการณ์จริง และการสะท้อนคิดสามารถพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดคุณลักษณะหัวใจความเป็นมนุษย์ได้

นอกจากนั้น ยังพบว่าการนำแนวคิดการพัฒนากระบวนการทัศน์ทางจิตตปัญญาศึกษามาใช้ในการจัดการเรียนการสอน เพื่อเสริมสร้างความ

สามารถในการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สำหรับนักศึกษาพยาบาล เช่น จากการศึกษาของสุนิดา ชูแสง และมาเรียม นิลพันธุ์.¹⁷ พบว่าวิธีการสอน ที่ช่วยพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การกำหนดปัญหาหรือความต้องการ ซึ่งจะประกอบด้วยขั้นตอนย่อยๆ คือ การประเมินตนเอง (assessing) และการสร้างแรงบันดาลใจในการปฏิบัติงาน (aspiring) ขั้นที่ 2 การเตรียมพร้อม (prepare concept) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย คือ การเตรียมความพร้อมด้วยการปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (acting with the simulation) และการประเมินผลการปฏิบัติ (analyzing the results) ขั้นที่ 3 เตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สถานการณ์จริง (pre briefing) ประกอบด้วย การมอบหมายกรณีศึกษา (assigning) และการเฝ้าติดตามการเตรียมน้อมนำสู่การปฏิบัติ (attendant) และขั้นที่ 4 การดูแลด้วยหัวใจเอาใจใส่ในคุณค่าของมนุษย์ (practicing) ประกอบด้วย การแนะนำการปฏิบัติ (advise) และการประเมินผลการปฏิบัติ (adjudge) ขั้นที่ 5 การประเมินสมรรถนะการปฏิบัติ (performance assessing) ประกอบด้วย การทบทวนหลังปฏิบัติงาน (after action review) และการประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติ (applying)

จะเห็นได้ว่าการออกแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมหรือพัฒนาสมรรถนะการดูแลสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั้น ต้องใช้กระบวนการหรือขั้นตอนที่หลากหลาย เน้นการเรียนรู้ที่เป็น active learning การใช้กระบวนการทางปัญญาและการมีเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอน ผู้เรียน และสิ่งแวดล้อมในสภาพจริง

ประสบการณ์จากการจัดการเรียนการสอนในวิชา กระบวนการทัศนการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ในวิชากระบวนการทัศนการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั้น เป็นวิชาที่อยู่หมวดวิชาพื้นฐานวิชาชีพ วัตถุประสงค์หลักของวิชานี้ มุ่งให้นักศึกษาพัฒนาความคิดและการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยให้สามารถเข้าใจผู้ป่วยในสภาพความเป็นจริงเน้นการเปลี่ยนแปลงจากภายใน การปรับแนวคิด ทัศนคติ และมุมมองผู้ป่วยในฐานะการเป็นบุคคลที่เป็นปัจเจก มีศักดิ์ศรี มีคุณค่า มีความเข้าใจในความทุกข์ของผู้ป่วย เข้าใจในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม จนกระทั่งประยุกต์ความรู้ความสามารถด้านวิชาการไปใช้ในการบริการสุขภาพและพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ซึ่งผู้สอนได้ออกแบบการจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ด้วยกิจกรรมดังนี้

ขั้นที่ 1 การปรับทัศนคติและฐานความคิด ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ การฝึกปฏิบัติธรรม กิจกรรมการแสดงละคร การเสวนาประสบการณ์

ขั้นที่ 2 การสรรหาความรู้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการศึกษา ดูงานจิตอาสามูลนิธิฉือจี้ กิจกรรมสัมภาษณ์บุคคลต้นแบบ

ขั้นที่ 3 การฝึกปฏิบัติอย่างเป็นองค์รวม ในชีวิตจริง การนำสู่การประยุกต์ ประกอบด้วย

1 กิจกรรม ได้แก่ การใช้กิจกรรมโครงการเป็นฐาน (project base learning) โดย “จัดโครงการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่วัดวังขนาย”

ขั้นที่ 4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชั้นเรียน (knowledge sharing) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการจัดนิทรรศการแสดงผลการศึกษาด้วยโครงการเป็นฐาน (project base learning) การนำเสนอผลงานและเป็นเวทีในแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

ขั้นที่ 5 การสะท้อนคิดความรู้สึกรักของตัวเอง นักศึกษาเอง ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมสะท้อนคิดด้วยตะกร้า 3 ใบ (reflective thinking) ลักษณะข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมในแต่ละครั้ง ได้แก่ จากประสบการณ์ / เหตุการณ์ นักศึกษาได้เรียนรู้อะไรบ้างและจากประสบการณ์ / เหตุการณ์ นั้นนักศึกษาารู้สึกอย่างไรและนักศึกษาจะนำประยุกต์ใช้อย่างไร

ทั้งนี้ในการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ผู้สอนกำหนดการวัดผลลัพธ์ใน 2 ลักษณะ คือ

1. ประเมินจากการเปรียบเทียบพฤติกรรมจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ก่อนและหลังการสอน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่สร้างขึ้นตามอัตลักษณ์ของสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) จิตบริการด้วยความเข้าใจ ผู้รับบริการจำนวน 2) การคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม 3) การคิดวิเคราะห์ และ 4) มุมมองด้านความคิดและทัศนคติ

2. การถอดบทเรียนและการสะท้อนคิดของนักศึกษาด้วยตะกร้า 3 ใบ (reflective thinking

question) โดยผู้สอนสรุปและวิเคราะห์เอกสารเพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ และเชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มภาคีวิชาอื่น 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริการพยาบาลที่มีประสบการณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และเป็นผู้สอนนักศึกษาจำนวน 2 ท่าน รวมทั้งสิ้น 3 ท่านในการวิเคราะห์และตรวจสอบยืนยันข้อมูลและความน่าเชื่อถือ

ผลลัพธ์

จากการจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบที่กำหนด สามารถบ่งบอกถึงผลลัพธ์การจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ได้ดังนี้

1. พฤติกรรมที่แสดงถึงการมีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์พบว่าหลังการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 3 มีพฤติกรรมที่แสดงถึงการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อนสอน $\bar{x} = 3.78$; หลังการสอน $\bar{x} = 4.55$; $t=11.42$; $p<0.0$) และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นรายด้านพบว่าพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์หลังการสอนสูงกว่าก่อนการสอนทุกด้าน โดยด้านที่มีระดับคะแนนพฤติกรรมจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มากที่สุดได้แก่ มุมมองด้านความคิดและทัศนคติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการสอน เท่ากับ 3.80 และคะแนนเฉลี่ยหลังการสอนเท่ากับ 4.63 ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่แสดงถึงการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ก่อนและหลังการสอนในภาพรวม

กิจกรรม	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนสอน	75	3.78	0.63	11.42*	0.00
หลังสอน	75	4.55	0.37		

*= มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมที่แสดงถึงการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ก่อนและหลังการสอน จำแนกเป็นรายด้าน

พฤติกรรมการดูแลด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์	จำนวน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. จิตบริการด้วยความเข้าใจ ผู้รับบริการ	75	3.78	0.62	4.51	0.41	10.25*
2. การคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และการให้ผู้ป่วยมี ส่วนร่วม	75	3.81	0.68	4.57	0.43	10.15*
3. การคิดวิเคราะห์	75	3.73	0.72	4.57	0.42	10.56*
4. มุมมองด้านความคิด และทัศนคติ	75	3.80	0.72	4.63	0.40	10.49*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ในการจัดการเรียนการสอน ผู้เขียนได้ทำการ
ถอดบทเรียนและให้นักศึกษาสะท้อนถึงผลลัพธ์
การจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะ
การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ซึ่ง
สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ความเข้าใจในความทุกข์ของผู้ป่วย
การเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้สะท้อนคิด โดย
ตะกร้าสามใบและการทำให้นักศึกษาได้ทบทวน
ความรู้สึกของตนเองและของผู้อื่น รวมทั้งกิจกรรม
ที่วิทยาลัยได้จัดเพื่อให้นักศึกษาได้พัฒนาการ
รับรู้ความจริงในการมองปัญหา มองความทุกข์

ด้วยความเข้าใจมากขึ้น ดังที่ผู้เรียนได้กล่าวว่า
“การพัฒนาตนเองในการดูแลด้วยหัวใจความเป็น
มนุษย์และการประยุกต์ใช้ในการบริการสุขภาพ
การศึกษาโดยใช้โครงงานเป็นฐาน การจัดโครงการ
สามารถพัฒนาการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
มากที่สุด เริ่มต้นจากการสัมภาษณ์บุคคลต้นแบบ
จากนั้นคิดวางแผนเตรียมงานอย่างเป็นขั้นตอน
ซึ่งในการเตรียมงานต้องมองหลายๆ แง่มุม
มองครอบคลุมทั้งความรู้สึก การรับรู้ของผู้รับ
บริการ ซึ่งขณะเตรียมงานมีความรู้สึกอยากทำ
อยากดูแลช่วยเหลือแต่ระยะเวลาที่จำกัดจึง

ปรับจัดกิจกรรมให้เหมาะสม การบริหารงานนั้น เป็นนักศึกษาเกือบทั้งหมด ทำให้ได้เห็นถึงสภาพ ปัญหาจริงๆ สามารถรับรู้ความรู้สึกความทุกข์ ของผู้รับบริการได้ ทำให้เรารู้สึกได้ดูแลด้วยความรัก ความเมตตา และความเอื้ออาทร แก่พวกเขา ได้อย่างแท้จริงมากที่สุด อีกทั้งยังมีความรู้สึกดีๆ อยากทำโครงการนี้ต่อไปในอนาคตหากมีโอกาส” “ได้ไปทำกิจกรรม” มอบอุ่นไอรักจากใจจักรีรัช ณ วัดวังขนาย” ประทับใจที่ได้ไปมอบความสุขให้ แก่ผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้ง พลัดพรากจากครอบครัว ทำกิจกรรมหัวใจสื่อรัก มีคุณลุงท่านหนึ่งบอกว่า “รู้สึกมีกำลังใจอยากให้เราทำกิจกรรมแบบนี้” “รู้สึกว่าผู้ป่วยบางคนต้องการแค่ความรัก รอยยิ้ม กำลังใจจากเรามอบให้ อาจไม่ต้องการสิ่งของเงินทอง มากมาย บางทีฟังทุกคนพูดซึ่งมากล้นน้ำตาไม่อยู่ เลย บริบทชีวิตของแต่ละคนอาจต่างกัน ความทุกข์ แต่ละคนก็ย่อมต่างกัน การที่เราใช้ใจมองปัญหา ต่างๆเหล่านั้น จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น เห็น ถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย”

2. เข้าใจในการดูแลสุขภาพแบบ

องค์รวม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้คำนิยามของสุขภาพ (health) คือ ความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ส่วนคำนิยามของสุขภาวะ (well-being) คือ การที่สุขภาพทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และ ทางจิตวิญญาณอยู่กันอย่างสมดุล (life balance) ดังนั้นการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) เป็นปรัชญาการดูแลสุขภาพที่สำคัญในความเป็น องค์รวมของทุกมิติ อันได้แก่ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยจะมีความสัมพันธ์กันอย่าง สมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาวะที่ดีที่สุด

จากการจัดการเรียนการสอนที่เน้นจิตบริการหัวใจ ความเป็นมนุษย์สามารถทำให้นักศึกษาได้เข้าถึง การดูแลแบบองค์รวมอย่างสมบูรณ์ดังที่ผู้เรียนได้ กล่าวไว้ว่า “จากการจัดโครงการดูแลผู้สูงอายุที่ถูก ทอดทิ้งที่วัดวังขนาย (ซึ่งเป็นศูนย์ฟื้นฟู บำบัด ผู้พิการ ผู้ป่วย และผู้สูงอายุไร้ญาติ) กิจกรรม นี้ทำให้เราได้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ได้ทำความสะอาดที่พัก ล้างห้องน้ำ และหลังทำ กิจกรรมผู้ป่วยทุกคนได้รับบายความรู้สึกซึ่งมีต่อ หน้าเรา รับรู้ความรู้สึกผู้ป่วย เข้าใจความรู้สึก ของเขา ได้ยิ้มหัวเราะและร้องไห้ร่วมกันกับ ผู้ป่วยซึ่งไม่คิดว่าการทำความสะอาดจะทำให้เป็น จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ด้วย วันนี้ ประสบความสำเร็จในการดูแลที่ครบทั้งทางด้าน จิตใจ ร่างกาย และสังคม อย่างแท้จริงเลย ข้อคิด วันนี้จากผู้ป่วยและท่านเจ้าอาวาสจะทำให้เราเป็น พยาบาลที่ดีต่อไปอีกด้วย”

3. เข้าใจผู้ป่วยในฐานะการเป็น

ปัจเจกบุคคล มีศักดิ์ศรี มีคุณค่า จากการจัด การเรียนการสอนสะท้อนคิดโดยไม่มีคำตอบที่ผิด และการแสวงหาคำตอบด้วยตนเองจากการเรียนรู้ ชีวิตและการทำงานร่วมกัน การมีอิสระทาง ความคิดนั้นทำให้นักศึกษารู้สึกมีความพึงพอใจ และความสุข ดังนั้นนักศึกษาจะซึมซับและเข้าใจ จากกิจกรรมที่ผู้สอนจัดให้และเข้าใจว่าธรรมชาติ ของมนุษย์ทุกคนก็ย่อมพึงพอใจกับการมีอิสระใน การเลือก อิสระทางความคิด เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ เป็นมนุษย์เหมือนกับนักศึกษา ก็ต้องการอิสระและ ความสุขจากการได้ร่วมตัดสินใจเช่นกันดังที่ผู้เรียน ได้กล่าวว่า “การให้การดูแลไม่ว่าจะเป็นประชาชน ผู้ป่วย เด็ก หรือคนชรา ทุกคนล้วนเป็นมนุษย์

มีชีวิตมีความรู้สึกเพราะฉะนั้น ต้องนึกถึงศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ หากเพียงเราลองคิดว่าถ้าผู้ป่วย เป็นญาติที่สนิทของเรากการบริการของเราที่ให้กับ ผู้ป่วยย้อมติที่สุดไม่ยอมให้วิชาสิ้นสุดที่ตารางเรียน พอจบสิ่งที่ทำแบบนี้ก็ หายไป อยากให้คงอยู่กับเรา แม้ไม่มีตารางเรียน”

4. เข้าใจความหมาย และตระหนักถึง ความสำคัญของการมีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่นำไปสู่การสร้างประโยชน์ ในการช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมต่อไป โดยได้กล่าว ถึงปัจจัยแห่งการพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยเน้นองค์รวม คำนึงถึงจิตใจและเคารพสิทธิของความเป็นมนุษย์ ดูแลผู้ป่วยเปรียบเสมือนคนในครอบครัว ไม่ตัดสิน ผู้อื่นเคารพในความคิดเห็นของผู้อื่น รู้จักเสียสละมี จิตอาสาโดยลดความเห็นแก่ประโยชน์ส่วนตัว การ ทำงานเป็นทีมโดยเน้นการวางแผนอย่างเป็นระบบ วางบุคคลให้เหมาะสมกับงาน การจัดกิจกรรมที่ เน้นผู้เข้าร่วมหรือผู้รับบริการเป็นหลักไม่ใช่ตาม ความต้องการของผู้ให้บริการ รับรู้คุณค่าของการ ดูแลผู้ป่วยไม่ใช่การรักษา ด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์ดังที่ผู้เรียนได้กล่าวว่า “ตอนที่ไปช่วยเหลือ ทำความสะอาดเป็นครั้งๆ วัน คิดว่าทำไมรูปแบบนี้ มีอาจารย์ในถึงมีกลิ่นแรงมาก มีเพื่อนอาสาเอาไป เททิ้ง พอเห็นเพื่อนเสียสละโดยไม่รังเกียจ ทำให้ ความคิดเปลี่ยนไปการออกไปทำกิจกรรมทำให้ เราได้เห็นว่าเราได้ช่วยเหลือใครสักคนที่ต้องการ เราจริงๆ และได้เห็นรอยยิ้มของเขาสิ่งที่เราทำนั้น ก็เกิดความสำเร็จสร้างความสุขความภูมิใจให้ตัว เองและเพื่อนๆ ที่ได้ไปทำกิจกรรมร่วมกัน” “ตอนแรกก็ยังไม่รู้ความหมายที่แท้จริงว่าคืออะไร

เพราะคนทุกคนก็น่าจะเหมือนๆ คงไม่เหมือนกัน แค่น้ำตากับนิสัย “หลังจากเรียนนี้เสร็จ และ การได้ทำกิจกรรมหลายๆ อย่างก็ทำให้เราได้เข้าใจ คำว่าการดูแลด้วยหัวใจจริงๆ แล้วเราทำแล้วมี ความสุข โดยที่เราไม่ได้ต้องการอะไรตอบแทน แต่ที่ได้กลับมาคือความรู้สึกดีกลับมาแทน และ ก็ไม่สามารถบังคับใครได้นอกจากตัวเราเองใน การทำ และฉันคิดว่าถ้าโลกนี้ทุกคนรู้จักคำว่าให้ รู้จักแบ่งปันโลกนี้จะน่าอยู่มากๆ ไม่ใช่แค่แบ่งปัน สิ่งของ แต่มีการแบ่งปันรอยยิ้มให้แก่กันและกัน ด้วย” “จากการจัดโครงการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ที่ถูกทอดทิ้งที่วัดวังขนาย ทุกคนต้อนรับเราดีมาก หลังทำกิจกรรมทำความสะอาดที่พัก ล้างห้องน้ำ ให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้กล่าวขอบคุณพวกเราด้วย รอยยิ้ม ขอขอบคุณพวกเราไม่หยุดเลย การไปทำ กิจกรรมครั้งนี้ทำให้เราได้อะไรกลับมาเยอะมาก ที่สำคัญ ได้ความสุขจากรอยยิ้มและเสียงหัวเราะ กลับมา เพื่อนที่ไปทำโครงการด้วยกันทุกคน ทำหน้าที่ของตนเองได้ดีมากไม่มีใครบ่นว่าเหนื่อย เลยเต็มใจที่จะทำ เรามีความสุขกับการที่ได้ทำ กิจกรรมและการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุอย่างมาก ประทับใจเพื่อนๆ ด้วย” “จากการที่อาจารย์ได้จัด กิจกรรมและการเรียนการสอนแบบนี้ทำให้ซึมซับ มาทีละเล็กละน้อย ค่อยๆ มีการพัฒนาขึ้น ไม่น่าตัว เองมาเป็นแกนหลัก เพราะต่างคนต่างความคิดเมื่อ เราารู้สึกที่จะรับฟัง มันก็ทำให้เราเรียนรู้อะไรใหม่ๆ มากขึ้น จนถึงวันที่ได้ไปจัดโครงการและนำมาเสนอ ยิ่งทำให้รู้สึกว่าคุณค่าที่ได้มันมากเกินกว่าเป่า หมายที่วางไว้” “จากการเรียนการสอนวิชานี้ นำ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นองค์รวมคำนึงถึง จิตใจและเคารพสิทธิของความเป็นมนุษย์ ดูแล

ผู้ป่วยเปรียบเสมือนคนในครอบครัว ไม่ตัดสินผู้อื่นเคารพในความคิดเห็นของผู้อื่นรู้จักเสียสละมีจิตอาสาโดยลดความเห็นแก่ประโยชน์ส่วนตัวการทำงานเป็นทีมโดยเน้นการวางแผนอย่างเป็นระบบ วางบุคคลให้เหมาะสมกับงาน การจัดกิจกรรมที่เน้นผู้เข้าร่วมหรือผู้รับบริการเป็นหลัก ไม่ใช่ตามความต้องการของผู้ให้บริการ รับรู้คุณค่าและดูแลคนที่ใกล้ตัว ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

สรุป

พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มีความเป็นนามธรรมสูง การที่จะฝึกให้นักศึกษาเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้บริการประดุจผู้ป่วยเป็นญาติที่สนิท ลดความเห็นแก่ตัวเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม การมีความสุขที่ได้เห็นรอยยิ้มจากผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ไม่อาจสอนให้นักศึกษาเกิดขึ้นได้ในการสอนได้ในการบรรยาย ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่มีกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ผู้เรียนมีอิสระ

ด้านความคิดแสดงความคิดเห็นแบบไม่ปิดกั้น การจัดการเรียนการสอนที่ไม่เน้นเนื้อหา แต่กระตุ้นให้ผู้เรียนเรียนรู้ด้วยตนเองและการเรียนรู้แบบทีม การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเพื่อนและบุคคลต้นแบบในสังคม จากการใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบการมีอิสระทางความคิดที่นักศึกษาได้รับ สร้างความพึงพอใจให้กับนักศึกษาทุกคน ดังนั้นนักศึกษาจะเข้าใจว่าธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนก็ย่อมพึงพอใจกับการมีอิสระในการเลือก อิสระทางความคิดเช่นกันไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย เพื่อน หรือ ประชาชนปกติก็เช่นกัน นอกจากนี้นักศึกษาเห็นประจักษ์ด้วยตนเองในคุณค่าสิ่งที่เรียนรู้ในเชิงนามธรรม เช่น ความสุขที่เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ การดูแลด้วยความรักความเมตตา ความเอื้ออาทร การเห็นคุณค่าชีวิตตนเองและผู้อื่น ความสุขที่เกิดจากการปฏิบัติต่อผู้อื่นด้วยความจริงใจไม่หวังสิ่งตอบแทน จากการทดลองปฏิบัติฝึกฝนด้วยตนเองนี้ทำให้นักศึกษาเข้าใจและซึมซับความรู้สึกเหล่านั้นและสิ่งเหล่านี้จะอยู่ในความสำนึกของจิตใจที่หล่อหลอมยาวนานมากกว่าการอธิบายในชั้นเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. มกราพันธุ์ จุฑารส, วัชร อมรโรจน์วรุตติ, วิไลวรรณ วัฒนานนท์, เบญจพร ทิพย์ผลาผลกุล และอณิษฐา จุฑารส. การศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลง: ความร่วมมือระหว่างสถานศึกษาและสถานบริการสุขภาพในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2019; 29(3): 1-17.
2. จุริรัตน์ อินทวัฒน์, ธนพล บรรดาศักดิ์ และณฤมล จันทระเกษม. กระบวนทัศน์ในการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: บทเรียนจากค่ายศิลาธรรม. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร.2560; 5 (2): 376- 387.
3. นงนุช วงศ์สว่าง, กมลพร แพทย์ชีพ, รจนากร ชูใจ และนางณภัทร รุ่งเนย.การบูรณาการกระบวนการพยาบาลกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2017; 27(2): 1-14
4. สุนี วงศ์คงคาเทพ. รายงานวิจัยประเมินผลผู้เรียนกับการสอนแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.2550.

5. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช. มคอ.2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555). เอกสารหลักสูตร. 2555.
6. สถาบันพระบรมราชชนก. มคอ.2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561). เอกสารหลักสูตร. 2561.
7. จิราพร วรวงศ์, เนตรนภา กาบมณี, พรพรรณ มนัสจกุล และธวัชชัย เชื้อนสมบัติ. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล.วารสารวิชาการสาธารณสุข.2562; 28 (ฉบับพิเศษ): 52-64.
8. มกราพันธุ์ จุฑารส. การคิดอย่างเป็นระบบ.โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนกกรุงเทพฯ: ธนาเพรส. 2551.
9. ประเวศ วะสี. ระบบการเรียนรู้ใหม่ไปให้พ้นวิกฤตแห่งยุคสมัย.กรุงเทพฯ: สวนเงินมีมา. 2550.
10. ปราณี อ่อนศรี. จิตตปัญญาศึกษา: การศึกษาเพื่อพัฒนามนุษย์ในศตวรรษที่ 21. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557; 15(1): 7-11.
11. สุปราณี หมื่นยา. การพัฒนาแบบวัดอัตลักษณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของอัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดลโค้งพัฒนาการที่มีตัวแปรแฝง. [ดุชนินพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
12. สถาบันพระบรมราชชนก “คู่มือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิต สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2554” สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; กลุ่มพัฒนาการศึกษา. 2554.
13. นิจวรรณ วีรวัฒน์ม, บังอร ศิริสกุลไพศาล,พรฤดี นิธิรัตน์,ทิพวรรณ ตั้งวงศ์กิจและสุวัฒนา เกิดม่วง. การพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตพยาบาล“การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง. 2562; 8 (2): 167-80.
14. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์ และ วิทวัส ดิษยะศริน สัตยารักษ์. กลวิธีการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. วารสารหาดใหญ่วิชาการ. 2558;13(2) 117-32.
15. อัญญา ปลดเปลื้อง, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, ชุติมา รักษ์บางแหลม และศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี. ประสบการณ์การเรียนรู้การดูแลแบบให้คุณค่าความเป็นมนุษย์. วารสารมหาจุฬานาครทรรศ.2561; 5(3): 745-70.
16. วรวิทย์ ชัยพรเจริญศรี,บุญสืบ โสโสม, และกนกอร ชาวเวียง.การทบทวนความรู้งานวิจัยด้านการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาคุณลักษณะหัวใจความเป็นมนุษย์:กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท.วารสารพยาบาลสาธารณสุข.2560; 31(1): 146-59.
17. สุนิดา ชูแสง และ มาเรียม นิลพันธุ์. กระบวนทัศน์ทางจิตตปัญญาศึกษาเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สำหรับนักศึกษาพยาบาล. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย.2564; 13(1): 9-23.

ผลของการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบต่อความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกมีภาวะ ตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง

Effect of the providing systematic information towards maternal anxiety in neonatal jaundice treated with phototherapy at the Pediatric Intensive Care Unit, Banpong Hospital

จินดา อายุวัฒน์*

Jinda Aryouwattana *

* หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

*Head of Pediatric Intensive Care Unit, Banpong Hospital, Banpong District, Ratchaburi Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบต่อความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟห้องผู้ป่วยหนักเด็ก

โรงพยาบาลบ้านโป่งโดยประยุกต์ทฤษฎีการสื่อสารของเบอร์โลเป็นแนวทางการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 1) ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้วิจัย 2) ข้อมูล เนื้อหาเกี่ยวกับภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด 3) ช่องทางการให้ข้อมูล ได้แก่ การให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัวการใช้สื่อแผ่นพับและ 4) ผู้รับข้อมูล ได้แก่ มารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) ก่อนได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ มารดามีความวิตกกังวลในระดับมาก ($= 3.16$, $SD = 0.18$) หลังการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ($= 2.27$, $SD = 0.31$). 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 14.37$, $p = 0.000$)

คำสำคัญ : การให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบทารกมีภาวะตัวเหลืองการรักษาด้วยการส่องไฟ

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research; one group pre-posttest design was to study effects of the providing systematic information towards maternal anxiety in neonatal jaundice treated with phototherapy in the pediatric intensive care unit, Banpong Hospital. By applying theories of Berlo's model of communication in a systematic way of providing information, consisting of 1) the sender of the message was the researcher, 2) The message was the information and content about neonatal jaundice, 3) the information channels include face-to-face and the use of brochures and 4) the receivers include mothers who had infants with jaundice and received phototherapy. Sample was 30 mothers who had infants with jaundice and received phototherapy. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics. The results were as follows: 1) Before receiving the systematic information the mother had a high level of anxiety ($\bar{X} = 3.16$, $SD = 0.18$)

after receiving the systematic information, the mother had moderate anxiety. ($\bar{X}$ = 2.27, SD= 0.31).
2) Compared with average anxiety scores, it was found that after receiving systematic information the mothers had a statistically significantly lower level of anxiety scores than before receiving the systematic data at the .05 level. (t = 14.37, p = 0.000).

Keywords: the providing systematic information, neonatal jaundice, treated with phototherapy

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะตัวเหลืองเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิดทั้งในทารกแรกเกิดครบกำหนดและทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย (late preterm infant)¹ สาเหตุการเกิดตัวเหลืองอาจเป็นได้จากตัวเหลืองปกติจากสรีระภาวะ (physiologic jaundice) ภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากัน (blood group incompatibility) ภาวะขาดเอนไซม์ G6PD ภาวะเลือดข้นและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เป็นต้น² จากการศึกษาค้นคว้าความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตัวเหลืองของ Lain, Roberts, Bowen, and Nassar (2015)³ พบว่า ทารกแรกเกิดครบกำหนดในต่างประเทศ จำนวน 781,074 ราย มีทารกจำนวน 8 ต่อ 1,000 รายที่ต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองและยังพบว่าทารกที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 2 วันหลังเกิด รวมถึงทารกที่เกิดจากมารดาชาวเอเชียจะมีความเสี่ยงต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองมากขึ้น

การรักษาด้วยการส่องไฟ (phototherapy) เป็นวิธีการซึ่งนิยมใช้ทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน การรักษาด้วยการส่องไฟจะช่วยเปลี่ยนบิลิรูบินที่

ไม่ละลายน้ำ (unconjugated bilirubin) ซึ่งละลายได้ดีในไขมันให้อยู่ในรูปละลายได้ดีในน้ำ(isomerization) แล้วขับออกทางปัสสาวะ^{4,5} จากการศึกษาระยะแรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษาโดยการส่องไฟ⁶ พบว่า ทารกอาจมีการเสียน้ำมากจากการระเหยของน้ำ เพราะอุณหภูมิรอบตัวสูงขึ้น ทำให้มีไข้ได้ อาจมีผื่นแดงขึ้นตามตัวชั่วคราวจากการระคายเคืองของแสงอัลตราไวโอเล็ต ทารกอาจถ่ายเหลวจากการที่แสงทำให้เกิดการบาดเจ็บของเยื่อลำไส้จึงเกิดการขาดเอนไซม์แลคเตส (lactase) ชั่วคราว อาการจะดีขึ้นเมื่อหยุดการรักษา ทารกอาจตาบอดเนื่องจากแสงจะทำให้เกิดการระคายเคืองและมีอันตรายต่อจอตา จึงต้องปิดตาให้มิดชิดขณะส่องไฟ ทารกอาจมีสีผิวคล้ำออกเขียวแกมน้ำตาลจากการได้รับแสงอัลตราไวโอเล็ตเป็นเวลานาน มักพบในรายที่มีบิลิรูบินชนิดที่ละลายในไขมัน ร่วมกับชนิดที่ละลายน้ำ นอกจากนี้ทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกลดลง โอกาสที่จะได้สัมผัสกันแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contact) ในเวลาที่จำกัด⁷

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้เมื่อมีเหตุการณ์ที่บุคคลรู้สึกว่าจะถูกคุกคาม ทำให้บุคคลแสดงออกด้านอารมณ์ความคิดและพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ เช่น ความรู้สึกสับสน ไม่มีความสุข กระสับกระส่าย แขนงหน้าอก มือสั่น

ตัวสั้น ปั่นป่วนในท้องความวิตกกังวลตามแนวคิดของสปิลเบอร์เกอร์⁸ ประกอบด้วย ความวิตกกังวลแบบเผชิญ (state-anxiety) และความวิตกกังวลแบบแฝง (trait-anxiety) โดยที่ความวิตกกังวลแบบเผชิญเป็นความรู้สึกหวาดหวั่นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่บุคคลนั้นรู้สึกว่ากำลังถูกคุกคาม ส่วนความวิตกกังวลแบบแฝงเป็นความวิตกกังวลที่มีพื้นฐานจากลักษณะเฉพาะของบุคคลทั้งในส่วนของการรับรู้และความคิด อันส่งผลกระทบต่อบทบาทและหน้าที่ของบุคคลในทุกๆ ด้าน เช่น ความสามารถในการรับรู้ เรียนรู้และความสามารถในการจดจำ ทำให้บุคคลไม่สามารถทำบทบาทของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเข้ารับการรักษาด้วยการส่องไฟของทารกในห้องผู้ป่วยหนักเด็ก ถือเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจากสถานการณ์เฉพาะหน้า ทำให้มารดาเกิดความเครียดอย่างรุนแรง เกิดความวิตกกังวลแบบเผชิญ เนื่องจากต้องพบกับสถานการณ์ที่ทารกจะได้รับการถอดเสื้อผ้าออกเหลือเพียงผ้าอ้อมอย่างเดียว และทารกนอนในคิปล (crib) ภายใต้อ่างไฟส่องตลอดเวลาที่ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟและได้รับการปิดตาด้วยผ้าปิดตาที่ปราศจากเชื้อ เพื่อให้ผิวหนังทุกส่วนได้สัมผัสแสงไฟ

โรงพยาบาลบ้านโป่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปมีศักยภาพในการดูแลทารกแรกเกิดมีอาการตัวเหลือง จากสถิติทารกแรกเกิดที่มารับการรักษาภาวะตัวเหลืองในห้องผู้ป่วยหนักเด็กโรงพยาบาลบ้านโป่ง ในปี 2560 – 2562 จำนวน 289, 380 และ 242 ราย จากจำนวนทารกเกิดมีชีพ คิดเป็นร้อยละ 17.56, 24.47 และ 17.73 ตามลำดับ⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่

เน้นการสร้างนวัตกรรมที่ใช้ในการรักษาและแนวปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา¹⁰ การให้ความรู้มารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ¹¹ และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดต่อความเครียดของมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟของนันท์ขพร ขุมทอง, วรณมา พาหุพัฒนกร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, และฉวีวรรณ อยู่สำราญ (2556)¹² พบว่า มารดาที่บุตรมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดมีภาวะเครียดลดลงจนถึงระดับปกติมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม โดยมีข้อเสนอแนะให้พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตรและการรักษาที่จะได้รับรวมทั้งให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟเพื่อลดความเครียดของมารดา

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนักเด็กโรงพยาบาลบ้านโป่ง ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวจึงสนใจพัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบและศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบในมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ห้องผู้ป่วยหนักเด็กโรงพยาบาลบ้านโป่ง เพื่อช่วยลดระดับความวิตกกังวลในมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ และเป็นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลในมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ อยู่ในระดับใด

2. ความวิตกกังวลในมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลในมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลในมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ก่อนได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ อยู่ในระดับมาก

2. ความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง หลังได้รับ

การให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ อยู่ในระดับน้อย

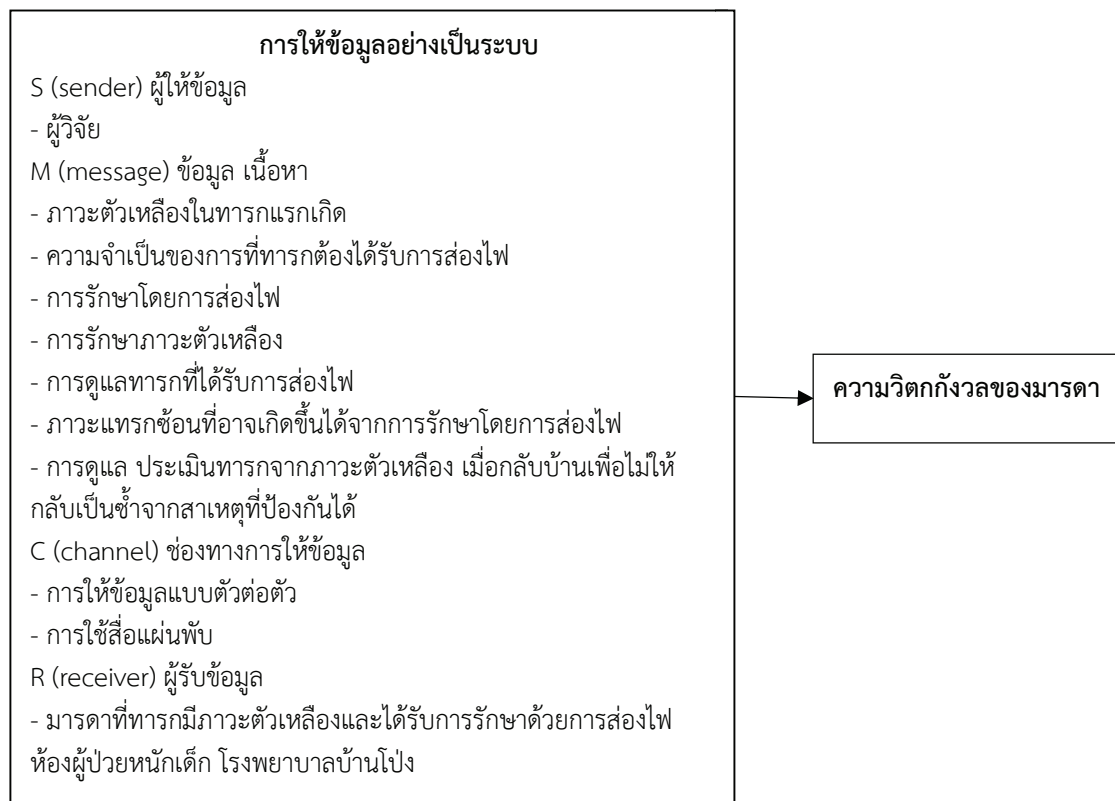
3. ระดับความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง หลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบน้อยกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบต่อความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการสื่อสารของเบอร์โล (Berlo, 1960)¹³ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นผู้ที่มีทักษะความชำนาญในการสื่อสาร ข้อมูลที่ต้องเป็นเนื้อหาหรือวิธีการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับผู้รับข้อมูล ช่องทางการสื่อสารให้ผู้รับได้รับข้อมูลโดยผ่าน การได้ยิน การดูการสัมผัสและผู้รับข้อมูลต้องทัศนคติหรือความเกี่ยวข้องกับเนื้อหานั้น จึงจะทำให้การสื่อสารประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) S (sender) ผู้ให้ข้อมูล เรื่องการดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ได้แก่ ผู้วิจัย 2) M (message) ข้อมูลหรือเนื้อหา ประกอบด้วย ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ความจำเป็นของการที่ทารกต้องได้รับการส่องไฟ การรักษาโดยการส่องไฟ การรักษาภาวะตัวเหลือง การดูแลทารกที่ได้รับการส่องไฟ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษาโดยการส่องไฟและการดูแล ประเมินทารกจากภาวะตัวเหลืองเมื่อกลับบ้านเพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำจากสาเหตุที่ป้องกันได้ 3) C (channel) ช่องทาง

การสื่อสาร เป็นการให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัวและการใช้สื่อแผ่นพับและ 4) R (receiver) ผู้รับข้อมูล เรื่องการดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ได้แก่ มารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ

ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยหลังการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบจะทำให้ระดับความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง น้อยกว่าก่อนให้ข้อมูลดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย

การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-post test design) ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม- มิถุนายน พ.ศ.2564 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นมารดาที่ทารกมีภาวะ

ตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง จากสถิติจำนวนทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ในปี 2563 จำนวน 179 ราย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง การกำหนดขนาดตัวอย่าง จากแนวคิดงานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลองของ Polit and Beck (2004)¹⁴ จำนวนขนาดตัวอย่างที่ศึกษาน้อยที่สุดกลุ่มละ 20 – 30 ราย ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์การเข้า มารดาที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ หรือสมรสโดยถูกต้องตามกฎหมาย สามารถสื่อสาร อ่านภาษาไทยได้ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลทารกตัวเหลืองหรือได้รับข้อมูลในการดูแลทารกตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2564 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบได้มาจากการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการสื่อสารของเบอร์โล (Berlo, 1960)¹³ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นผู้ที่มีทักษะความชำนาญในการสื่อสาร ข้อมูลที่ต้องเป็นเนื้อหาหรือวิธีการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับผู้รับข้อมูล ช่องทางการสื่อสารให้ผู้รับได้รับข้อมูล โดยผ่าน การได้ยิน การดูการสัมผัสและผู้รับข้อมูลต้องมีทัศนคติหรือความเกี่ยวข้องกับเนื้อหานั้นจึงจะทำให้การสื่อสารประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) S (sender) ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้วิจัย 2) M (message) ข้อมูล หรือเนื้อหา เกี่ยวกับภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด 3) C (channel) ช่องทางการสื่อสาร เป็นการให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว และการใช้สื่อแผ่นพับและ 4) R (receiver) ผู้รับข้อมูล ได้แก่ มารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและ

ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ โดยมีกิจกรรมการให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบเติมคำ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย อายุ รายได้ และจำนวนบุตร แบบเลือกตอบจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก ในปัจจุบัน วิธีการการคลอดบุตร และชนิดของการได้รับนมของทารก ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory form Y-1 [STAI form Y-1]) พัฒนาโดยสปีลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983)¹⁵ มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวทางการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความวิตกกังวลที่พัฒนาขึ้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วยกุมารแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน และหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนักกึ่งวิกฤต จำนวน 1 คน ผลการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความสอดคล้องของเครื่องมือพบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ระหว่าง 0.6 – 1.00 โดยแนวทางการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบมีค่าเท่ากับ 0.96 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีค่าเท่ากับ 0.96 และแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลือง

และได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ มีค่าเท่ากับ 0.92 ตามลำดับ แล้วนำไปทดลองใช้กับมารดาที่บุตรได้รับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 10 คน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังโครงการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวเองพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและข้อมูลที่มาทราบ เมื่อมารดาตอบรับเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกมารดาตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2564 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2564 จำนวน 30 ราย ผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ และแบบสอบถามความวิตกกังวลเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวทางให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 หรือวันแรก ภายใน 24 ชั่วโมง โดยนับเวลาตั้งแต่ทารกมาถึงห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลในเรื่อง

การดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ประกอบด้วย ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ความจำเป็นของการที่ทารกต้องได้รับการส่องไฟ การรักษาโดยการส่องไฟ โดยมีช่องทางการสื่อสารเป็นการให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว และการใช้สื่อแผ่นพับ

ครั้งที่ 2 หรือวันที่สอง ที่ผู้วิจัยพบกับมารดา ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลในเรื่องการดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ จะให้ข้อมูลแก่มารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ เนื้อหาที่สื่อสาร ประกอบด้วย การรักษาภาวะตัวเหลือง การดูแลทารกที่ได้รับการส่องไฟ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษาโดยการส่องไฟ โดยมีช่องทางการสื่อสาร เป็นการให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว และการใช้สื่อแผ่นพับ

ครั้งที่ 3 หรือวันที่สาม ที่ผู้วิจัยพบกับมารดา ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในเรื่องการดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ จะให้ข้อมูลแก่มารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ซึ่งเป็นผู้รับข้อมูลโดยเนื้อหาที่สื่อสาร ประกอบด้วย การดูแล ประเมินทารกจากภาวะตัวเหลืองเมื่อกลับบ้านเพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำจากสาเหตุที่ป้องกันได้ โดยมีช่องทางการสื่อสาร เป็นการให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว และการใช้สื่อแผ่นพับ

1.4 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม ผู้วิจัยตอบข้อซักถามและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยให้มารดาตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลจำนวน 20 ข้อ

1.5 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความวิตกกังวลนำไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ก่อนและหลังการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบโดยใช้การทดสอบทีคู่ (paired t-test) หลังทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลบ้านโป่งตามหนังสือรับรองเลขที่ COA No. 002-2021 วันที่รับรอง 9 มีนาคม 2564 และในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ และให้สิทธิในการตัดสินใจในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยในขณะทำการทดลองหากมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟมีภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยจะส่งปรึกษาจิตแพทย์โรงพยาบาลบ้านโป่งเพื่อให้คำแนะนำช่วยเหลือ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่มีอายุ 20-25 ปี จำนวน 10

ราย (ร้อยละ 33.33) อายุเฉลี่ย 28 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.83 สถานภาพคู่ จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 93.34) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือปวช. จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 66.67) อาชีพแม่บ้าน จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 56.67) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001 – 25,000 บาท จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 53.34) รายได้เฉลี่ย 22,400 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7290.05 ส่วนใหญ่คลอดบุตรโดยผ่าคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 50.00) มีบุตร 1 คน จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 66.67) ได้รับนมมารดาและนมผสม จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 70.00)

2. ความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่าก่อนทดลองมารดาที่มีความวิตกกังวลในระดับมาก ($\bar{X} = 3.16$; $SD=0.18$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ฉันรู้สึกตึงเครียดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.61$; $SD=0.50$) รองลงมา คือ ฉันรู้สึกกังวลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.60$; $SD=0.50$) หลังทดลองมารดาที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.27$; $SD=0.31$) คะแนนเฉลี่ยรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ฉันรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆ ที่คิดว่าอาจจะเกิดขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.13$; $SD=0.57$) รองลงมา คือ ฉันรู้สึกถูกกดดันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.10$; $SD=0.48$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยรายข้อและโดยรวมความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ

ความวิตกกังวล	ก่อน		ระดับ	หลัง		ระดับ
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD	
1. ฉันรู้สึกสงบ	3.13	0.57	มาก	1.37	0.67	ปานกลาง
2. ฉันรู้สึกมั่นคง	3.20	0.71	มาก	1.47	0.73	ปานกลาง
3. ฉันรู้สึกดีใจ	3.61	0.50	มาก	2.60	0.62	ปานกลาง
4. ฉันรู้สึกถูกกดดัน	3.57	0.50	มาก	3.10	0.48	มาก
5. ฉันรู้สึกสบายๆ	2.80	0.71	มาก	1.57	0.68	ปานกลาง
6. ฉันรู้สึกหงุดหงิด	3.73	0.45	มาก	2.90	0.48	มาก
7. ฉันรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆที่คิดว่าอาจจะเกิดขึ้น	3.57	0.50	มาก	3.13	0.57	มาก
8. ฉันรู้สึกพึงพอใจ	3.00	0.45	มาก	2.03	0.62	ปานกลาง
9. ฉันรู้สึกตื่นตระหนก	3.50	0.51	มาก	2.87	0.43	มาก
10. ฉันรู้สึกสุขสบาย	2.77	0.50	มาก	1.60	0.72	ปานกลาง
11. ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง	2.87	0.51	มาก	1.70	0.70	ปานกลาง
12. ฉันรู้สึกตื่นเต้นง่าย	3.50	0.57	มาก	2.97	0.49	มาก
13. ฉันรู้สึกตกใจง่าย	3.59	0.50	มาก	3.00	0.59	มาก
14. ฉันรู้สึกไม่กล้าตัดสินใจ	3.10	0.48	มาก	2.93	0.52	มาก
15. ฉันรู้สึกผ่อนคลาย	3.10	0.40	มาก	1.77	0.63	ปานกลาง
16. ฉันรู้สึกอึดใจ	2.87	0.57	มาก	1.50	0.68	ปานกลาง
17. ฉันรู้สึกกังวล	3.60	0.50	มาก	2.83	0.46	มาก
18. ฉันรู้สึกสับสน	3.30	0.65	มาก	3.07	0.37	มาก
19. ฉันไม่หวั่นไหว	1.60	0.40	ปานกลาง	1.47	0.51	ปานกลาง
20. ฉันรู้สึกแจ่มใส	2.33	0.48	ปานกลาง	1.53	0.73	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.16	0.18	มาก	2.27	0.31	ปานกลาง

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนน ข้อมูลอย่างเป็นระบบ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 14.37$, $p = 0.000$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ของมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ

ความวิตกกังวล	n	$\bar{X}$	SD	t	Sig
ก่อนได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ	30	3.16	0.18	14.37*	.000
หลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ	30	2.27	0.31		

* มีนัยสำคัญที่ระดับ.05 ($P\text{-value} < .05$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบในมารดาที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ผู้วิจัยอภิปรายผล ดังนี้

ความวิตกกังวลของมารดาก่อนได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบมีความวิตกกังวลในระดับมากมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 3.16 หลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ มารดามีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 2.27 เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า หลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบและคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบแตกต่างกัน อธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบในการวิจัยครั้งนี้ มีการดำเนินการให้ข้อมูล จำนวน 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 หรือวันแรก ภายใน 24 ชั่วโมง นับเวลาตั้งแต่ทารกมาถึงห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ครั้งที่ 2 หรือวันที่สอง และครั้งที่ 3 หรือวันที่สาม ที่ผู้วิจัยพบกับมารดา ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกคลายความวิตกกังวลจากการรับรู้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เมื่อเกิดความสงสัย คับข้องใจ มีการซักถามทำให้มารดาไม่เกิดความคิดสับสน ซึ่งปกติเมื่อมารดาทราบว่าทารกมีภาวะตัวเหลืองและต้องได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ย่อมเกิดความวิตกกังวลเกิดการคาดคะเนกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับทารก เกิดความคาดหวังต่อการดูแลของพยาบาล ที่มีต่อทารกมีผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น หากเหตุการณ์ที่

คาดคะเนไม่เป็นอย่างที่คาดหวัง ทำให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Spielberger and Sarason (1991)¹⁶ กล่าวไว้ว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่เกิดจากการคาดคะเน หรือประเมินสิ่งเร้าของบุคคล มีผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น คุกคาม หรือทำให้เกิดอันตราย เป็นสิ่งที่เกิดควบคู่กับความเครียด หรือการคุกคามเป็นความกลัวต่อเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้แน่นอน และเป็นผลกระทบจากการประเมินว่าเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่นั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพ

นอกจากนี้การให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 หรือวันแรก ภายใน 24 ชั่วโมง นับเวลาตั้งแต่ทารกมาถึงห้องผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำแนะนำกับมารดาในเรื่องการดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ โดยให้ข้อมูลในสิ่งที่มารดาควรทราบถึงปัญหา สาเหตุ ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ความจำเป็นของการที่ทารกต้องได้รับการส่องไฟ การรักษาโดยการส่องไฟ โดยการให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัวและการใช้สื่อแผ่นพับ ครั้งที่ 2 หรือวันที่สอง ผู้วิจัยพบกับมารดา ให้ข้อมูลในเรื่องการรักษาภาวะตัวเหลือง การดูแลทารกที่ได้รับการส่องไฟ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษาโดยการส่องไฟโดยมีช่องทางการสื่อสาร เป็นการให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว และการใช้สื่อแผ่นพับ และครั้งที่ 3 หรือวันที่สาม ผู้วิจัยพบกับมารดา ให้ข้อมูลในเรื่องการดูแล ประเมินทารกจากภาวะตัวเหลือง เมื่อกลับบ้านเพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำจากสาเหตุที่ป้องกันได้โดยมีช่องทางการสื่อสาร เป็นการให้

ข้อมูลแบบตัวต่อตัว และการใช้สื่อแผ่นพับ ทั้งนี้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้มารดา ซักถาม หลังผู้วิจัยให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลทารกที่ได้รับการส่องไฟ ในเรื่องการดูแลถอดเสื้อผ้า การขับถ่ายของทารก การไม่ทาแป้ง น้ำมัน หรือโลชั่น การปิดตาทารก ด้วยผ้าปิดตาที่ปราศจากเชื้อ การจัดท่านอน ให้กับทารกในท่านอนหงาย ตะแคง หรือคว่ำ โดยเปลี่ยนท่านอนทุก 2-4 ชั่วโมงเพื่อให้ผิวหนัง ทุกส่วนได้สัมผัสแสงไฟ การดูแลให้ดูคนมารดา ทุก 2-3 ชั่วโมง การอุ้มทารกเรอหลังให้นมเสร็จ ทุกครั้ง และการตรวจหาระดับบิลิรูบิน ทุก 24 ชั่วโมง ทำให้มารดามีความรู้ ความพร้อมในการเตรียมตัว เมื่อทารกออกจากโรงพยาบาลและกลับบ้าน ทำให้มารดาลดความวิตกกังวลและพร้อมที่จะ ดูแลทารก สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณ ดวงประสพสุข, และโสพิศ สุมานิต (2557)¹⁷ ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กวิกฤต หอผู้ป่วย เด็กวิกฤต (PICU) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า มารดาที่ได้รับการส่งเสริมความรู้มีส่วนร่วมดูแล ผู้ป่วยในกิจกรรมพื้นฐานภายในขอบเขตที่สามารถ กระทำได้ การทบทวนความรู้ทำให้คงสมรรถนะ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อเข้าสู่ระยะวางแผน จำหน่ายทั้งนี้การให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบเป็นการ สื่อสารระหว่างบุคคล ทำการสื่อสารกันในลักษณะ ที่ผู้วิจัยและมารดาสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน ได้โดยตรง เป็นการสื่อสารแบบตัวต่อตัว แบบ เเผชิญหน้า สามารถเห็นหน้ากันและกันได้ในขณะที่ ทำการสื่อสาร และสามารถสังเกตกิริยาท่าทาง ของฝ่ายตรงกันข้ามได้โดยตรงและทันที ผลการ ศึกษาจึงทำให้หลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็น

ระบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล น้อยกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา วัฒนเสรีเวช (2559)¹⁸ ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม -ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เด็กครั้งแรกต่อความวิตกกังวลของมารดา พบว่า ความวิตกกังวลของมารดาในกลุ่มที่ได้รับการให้ ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กครั้งแรกลดลงมากกว่ากลุ่ม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของนันทพร ขุมทอง,วรรณภา พาหุพัฒนกร,เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และฉวีวรรณ อยู่สำราญ (2556)¹² ศึกษาผล ของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดต่อ ความเครียดของมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการ รักษาด้วยการส่องไฟพบว่า มารดาที่บุตรมีภาวะ ตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียด มีภาวะเครียดลดลงจนถึงระดับปกติมากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์กรพยาบาล นำแนวทางการให้ ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ไปใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยเด็กที่มา รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลบ้านโป่ง
2. บุคลากรทางการพยาบาลนำแนวทางการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อนำไปปฏิบัติ ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
3. เผยแพร่แนวทางการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ไปใช้กับผู้ป่วยในที่มารับบริการรักษา

ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยมีการประเมินผลเป็นระยะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแนวทางการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบนี้กับผู้ป่วยในที่มาใช้บริการรักษาเฉพาะรายโรคในโรงพยาบาลบ้านโป่ง เพื่อเพิ่มความมั่นใจ

ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม และช่วยลดความวิตกกังวล สามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเปรียบเทียบการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบสำหรับผู้สนใจต่อไป
เอกสารอ้างอิง

1. ปิติพร ศิริพัฒน์พิพงษ์. ภาวะตัวเหลืองที่สัมพันธ์กับการกินนมแม่. กรุงเทพฯ: บริษัทภาพพิมพ์จำกัด; 2561.
2. Cunningham MD, Eyal FG, Zenk KE. Hyperbilirubinemia. New York: McGraw-Hill Companies; 2004.
3. Lain SJ, Roberts CL, Bowen JR, Nassar N. Early discharge of infants and risk of readmission for jaundice. Pediatrics 2015; 135(2): 314-21.
4. วิวัฒน์ เจริญศิริวัฒน์ และกฤตยา นครชัย. การศึกษาผลการรักษาทารกแรกเกิด 60 รายที่มีปัญหาตัวเหลืองในโรงพยาบาลเลิดสินด้วยเครื่องส่องไฟแบบ LED (T8) ขนาด 9 วัตต์เปรียบเทียบกับส่องด้วยหลอดฟลูออเรสเซนต์ (T8) ขนาด 18 วัตต์. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2562; 58(2): 80-86.
5. กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง. ใน: ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, พงศ์ คำ ดิลกสกุลชัย, วิไลเลิศ ธรรมเทวี, อัจฉรา เปื้องหวะ, พรพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และสุตาภรณ์ พยัคฆะเรือง. (บรรณาธิการ). ตำราการพยาบาลเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดพี-วัน; 2555. หน้า 378-392.
6. Janet R, Shona B, Murphy MS. Neonatal jaundice summary of NICE guidance. British Medical Journal. 2010; 340: 1190-1196.
7. Boo NY, Chew EL. A randomised control trial of clingfilm for prevention of hypothermia in term infants during phototherapy. Singapore Medical Journal. 2006; 47(9): 757-762.
8. Spielberger CD. Manual for the state-trait anxiety inventory. (STAI) form Y: Self-evaluation questionnaire. 1983.
9. รายงานตัวชี้วัดห้องผู้ป่วยเด็กวิกฤติโรงพยาบาลบ้านโป่ง. กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี (เอกสารไม่มีตีพิมพ์). 2562.

10. สิริกัญญา เกษสุวรรณ. ปัจจัยทำนายนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ. [วิทยานิพนธ์].ชลบุรี:มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
11. วรชมน ปาพรม. ผลของโปรแกรมสนับสนุนและแอปพลิเคชันให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ. สงขลานครินทร์เวชสาร.2561;38(3): 167-178.
12. นันทิพร ชุมทอง,วรรณ พาวุฒนกร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และฉวีวรรณ อยู่สำราญ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดต่อความเครียดของมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ. วารสารสภาการพยาบาล.2556; 28(2): 88-97
13. Berlo DK. The Process of Communication: An Introduction to Theory and Practice. New York; 1960.
14. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Principles and Methods. 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2004.
15. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs G.A. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
16. Spielberger CD, Sarason IG. Stress and emotion anxiety, anger and curiosity. London: Hemisphere; 1991.p.336
17. อรุณ ดวงประสพสุข และโสพิศ สุมานิต. ผลของการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กวิกฤต หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (PICU) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2557; 28(4):867-872.
18. จิตติมา วัฒนเสรีเวช. ผลการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กครั้งแรกต่อความวิตกกังวลของมารดา. [วิทยานิพนธ์].กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่
ในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

The relationship between knowledge and self-care behaviors
about new normal for preventing of COVID-19 among village health
volunteers, Mueang District, Phetchaburi Province.

อภิชัย สังข์ผาด* พัทธวรรณ ชูเลิศ **

Apichai Sangpad* Pattawan choolett**

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ตำบลคลองกระแชง อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

*Phetchaburi Provincial Public health office, KhlongKrachaeng subdistrict, Mueang District,
Phetchaburi Province.

**Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing Chakiraj, Faculty of Nursing
Praboromarajchanok Institute, Banpong District, Ratchaburi Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขต อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 400 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 แบบสอบถามความรู้หาค่าความเชื่อมั่นโดยคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (KR20) ได้เท่ากับ 0.72 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองหาค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96 มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนระหว่าง 16-19 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.58; SD = 0.54) และพบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 (r = .037, p > .05)

คำสำคัญ : ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ชีวิตวิถีใหม่ โรคโควิด-19

Abstract

This descriptive research aims to study knowledge and self-care behaviors about new normal in the prevention of COVID-19 of village health volunteers in Mueang District, Phetchaburi Province and the relationship between knowledge and self-care behaviors about new normal for prevention of covid-19 of the village health volunteers in Mueang District, Phetchaburi Province, Simple was 400 village health volunteers. The research instruments were questionnaires included a demographic survey, knowledge, and self-care behaviors about new normal in the prevention of COVID-19. The reliability of the knowledge questionnaire was quantified by Kuder-Richardson (KR20) as 0.72. and the reliability of the self-care behavior questionnaire by Cronbach's Alpha Coefficient as 0.70. Data were analyzed using descriptive statistic, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results showed that: 96 % of the sample had a high level of knowledge about new normal in the prevention of COVID-19. The score was 16-19 of 20 and had moderate self-care behaviors about new normal in the prevention of COVID-19 ($\bar{X} = 3.58$, $SD = 0.54$). There was not statistically significant correlated between knowledge and self-care behaviors about the new normal in COVID-19 prevention. ($r = .037$, $p > .05$.)

Keywords: Knowledge, Self-care behavior, new normal, COVID-19

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) prevention & promotion excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) 2) service excellence (บริการเป็นเลิศ) 3) people excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) และ 4) governance excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ) เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมายโดยนำกรอบแนวคิดประเทศไทย 4.0” สร้างเศรษฐกิจใหม่ก้าวข้ามกับดักรายได้ปานกลาง เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development goals – SDGs by 2030) โดยยุทธศาสตร์ชาติของกระทรวงสาธารณสุขช่วงปี 2560- 2564 เน้นหนักในเรื่องการปรับเปลี่ยน

ระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอีกครั้ง การวางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาว การปรับระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน เป็นต้น¹ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสำคัญอย่างมากในการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับชุมชน ทำให้การเฝ้าระวังสุขภาพชุมชนของประเทศไทยมีประสิทธิภาพ และมีมาตรการทางสังคมที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนได้เป็นอย่างดี² โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่ผ่านมา ที่มีการระบาดของโควิด-19 ประเทศไทยได้รับการชื่นชมในมาตรการควบคุมและป้องกัน

การระบาดของโควิด-19 ซึ่งตัวเลขผู้ป่วยรายใหม่ของประเทศไทยที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งมาจากการค้นหากลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการคัดกรอง นำเข้าระบบการรักษา ยิ่งค้นหาเร็ว ตรวจเร็ว รักษาเร็ว ทำให้สถานการณ์ดีขึ้น ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กว่า 1,040,000 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครอีก 15,000 คน เป็นกำลังสำคัญทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่น เป็นด่านหน้าออกเคาะประตูบ้านแล้วเกือบ 12 ล้านหลังคาเรือน ให้ความรู้ ย้ำความสำคัญมาตรการการเว้นระยะห่าง รวมทั้งค้นหากลุ่มเสี่ยงนำเข้าสู่ระบบการรักษาอีก 2,266 คน เป็นผลงานระดับโลกที่องค์การอนามัยโลกกล่าวชื่นชม นับเป็นพลังฮีโร่เจียบสู้โรคโควิด-19 เป็นตัวอย่างให้กับหลายประเทศเป็นแนวทางในการควบคุมโรคได้อีกด้วย³ ซึ่งจากการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณและคณะ⁴ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรู้แรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย พบว่า การรับรู้ความรู้แรงของโรคโควิด-19 ของ อสม. อยู่ในระดับมากที่สุด บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในชุมชนของ อสม. อยู่ในระดับมาก และการรับรู้ความรู้แรงของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในชุมชนของอสม. และสามารถทำนายบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในชุมชนของ อสม. ได้ร้อยละ 17.30

ในปีพ.ศ.2562 ประเทศไทยมีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนกว่า 1,040,000 คน ซึ่งเป็นตัวแทนประชาชนผู้ที่มีจิตอาสา เสียสละเข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน จนได้รับการยอมรับจากสังคมและจะยกฐานะเป็น อสม.หมอประจำบ้าน โดยมีบทบาทสำคัญ ดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพทั้งโรคเรื้อรังและโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ โทรเวชกรรม (telemedicine) และแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ ประเมินสุขภาพ เป็นแกนนำเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ (อสม. อสค.) และจัดการปัญหาสุขภาพทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปยังระบบบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่เป็นต้น⁵ จนปัจจุบัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้กลายเป็นทุนทางสังคม (social capital) ที่สำคัญของระบบสุขภาพ⁶

จังหวัดเพชรบุรีเป็นจังหวัดในภาคตะวันตก มีทั้งหมด 8 อำเภอ 93 ตำบล มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 7,835 คน ครอบคลุมทุกตำบล สำหรับ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีเป็นอำเภอขนาดใหญ่มี 22 ตำบล กับ 1 เทศบาลเมือง มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งสิ้น 1,825 คน⁷ ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมาเกี่ยวกับการป้องกันการระบาดของไวรัสโควิด-19 ของจังหวัดเพชรบุรีนั้น นอกจากการดำเนินงานของสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีที่มีกระบวนการดำเนินงานเพื่อป้องกันการระบาดของไวรัส

โควิด-19 แล้ว ยังได้รับความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละตำบลในการช่วยคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ทำให้สถิติการระบาดของโรคโควิด-19 ลดลงเรื่อยๆ จนไม่มีผู้ติดเชื้อ ซึ่งที่ผ่านมาช่วงระบาดของโรคโควิด -19 ทำให้ทุกคนต่างใช้ชีวิตทุกคนต่างป้องกันตนเองจากโรคโควิด -19 วิธีหนึ่งที่จะช่วยในการรับมือกับการระบาดของโรค การใช้มาตรการป้องกันโรคเพื่อตนเองและแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม เช่น การใช้หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ การหมั่นล้างมือ การไม่สัมผัสหรือรับเชื้อที่มากับฝอยละอองน้ำลาย การเว้นระยะสัมผัสห่างจากผู้อื่นหรือ Social distance เพื่อป้องกันการระบาดจากคนสู่คน เมื่อการระบาดของไวรัสโควิด-19 ผ่านไปทำให้คนส่วนใหญ่เริ่มมีการใช้ชีวิตวิถีใหม่ หรือที่มีการบัญญัติศัพท์ใหม่ว่า “new normal” หมายถึง “ความปกติใหม่” หรือ “ฐานชีวิตใหม่” แปลความหมายให้เข้าใจง่ายๆ ก็คือ รูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ที่แตกต่างกันจากการดำเนินชีวิตแบบเดิมในอดีตเนื่องจากว่ามีบางสิ่งมากระทบการดำรงชีวิต⁸ จนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคยซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มที่กล่าวว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี”⁹

ตามที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทอย่างยิ่งในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเพื่อ

ป้องกันการระบาดของไวรัสโควิด-19 เป็นผู้ที่ใกล้ชิดประชาชนที่จะสามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพได้ ฉะนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงจำเป็นต้องมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมก่อนที่จะไปให้คำแนะนำหรือเป็นแบบอย่างสำหรับประชาชนด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี เพื่อสำรวจความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะเป็แนวทางในการพัฒนาหรือส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เป็นแบบอย่างการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้กับประชาชนในเขตความรับผิดชอบของตนเองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด -19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตัวเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด -19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

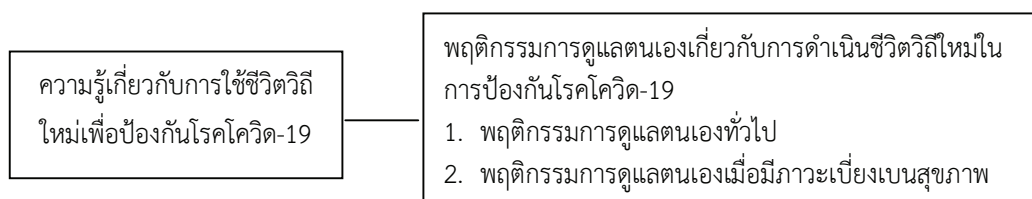
ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁹ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งได้เลือกศึกษา 2 ด้าน คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล

และพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วยหรือตามภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) เป็นโมเดลที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ต้องเรียนรู้และจดจำจากสังคม สิ่งแวดล้อม และเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิตการพัฒนาการ รวมถึงทฤษฎีกล่าวว่า บุคคลต้องมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานโดยมีความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะปฏิบัติ (doing)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 1,825 คน

กลุ่มตัวอย่าง คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรของ ทาโร ยามานะ¹⁰ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % จำนวน 400 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล และทำการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience random sampling) ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ในแต่ละพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เติมคำและเลือกตอบ 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 แบบถูกผิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้อง 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของสมใจ จางวาง และคณะ¹¹

และประยุกต์จากกรอบแนวคิดของโอเร็ม⁹ ที่ประกอบด้วย การดูแลตนเองโดยทั่วไป และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนสุขภาพ รวม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert's scale) 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผลคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ดังนี้

คะแนน 1.00–1.50 แสดงถึงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต่ำมาก

คะแนน 1.51–2.50 แสดงถึงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ

คะแนน 2.51–3.50 แสดงถึงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง

คะแนน 3.51–4.50 แสดงถึงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี

คะแนน 4.51–5.00 แสดงถึงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีมาก

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความความตรงของเนื้อหา โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ 1 ท่าน เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุข 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน วิพากษ์โดยเพื่อให้ได้ข้อคำถามตรงตามวัตถุประสงค์ของเนื้อหาเพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ซึ่งใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of objective-item congruence; IOC) ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อจะต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

โดยแบบสอบถามความรู้หาค่าความเชื่อมั่น คูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (KR20) ได้เท่ากับ 0.72 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.70

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช เลขที่ 16-16-2564 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านคำชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย และสามารถที่จะตัดสินใจ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผู้วิจัยให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจ 1 วัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ลงชื่อในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด รับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์
3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.75 เป็นเพศหญิง อายุมากที่สุด ได้แก่ 51-60 ปี ร้อยละ 57.75 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 55.00 มีรายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 64.50 และมีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 44.00 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	41	10.25
หญิง	359	89.75
รวม	400	100.00
อายุ		
21-30	4	1.00
31-40	12	3.00
41-50	146	36.50
51-60	231	57.75
60 ปีขึ้นไป	7	1.75
รวม	400	100.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	220	55.00
มัธยมศึกษา	116	29.00
อนุปริญญา/ปวส.	57	14.25
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	1.75
รวม	400	100.00

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
0-5,000	92	23.00
5,001 -10,000	258	64.50
10,001-15,000	50	12.50
รวม	400	100.00
ระยะเวลาการเป็นอสม.		
1- 5 ปี	84	21.00
5 ถึง 10 ปี	140	35.00
10ปี ขึ้นไป	176	44.00
รวม	400	100.00

ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่ ป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ระหว่าง 16- 19 คะแนน เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า ร้อยละ 96 มี จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน นั่นคือ มีความรู้ คะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่เพื่อ เกี่ยวกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่อยู่ในระดับสูง ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกัน โรคโควิด – 19 (n=400)

ระดับความรู้	คะแนน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย	0-11	0	0.00
ระดับปานกลาง	12-15	16	4.00
ระดับสูง	16- 19	384	96.00

พฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการ ($\bar{X}$ = 3.58; SD = 0.54) โดยการดูแลตนเองทั่วไป ใช้ชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสา อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.75; SD= 0.55) การดูแล สมัยครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า พฤติกรรม ตนเองเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพอยู่ใน การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่เพื่อ ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.41; SD= 0.53) ดังแสดง ป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในตารางที่ 3 ประจำหมู่บ้านภาพรวมทั้งหมด อยู่ในระดับดี

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 (n=400)

ลำดับ	รายการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
การดูแลตนเองทั่วไป				
1	ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกสะอาด	3.58	0.62	ดี
2	ท่านออกกำลังกายเป็นประจำ	3.38	0.69	ปานกลาง
3	การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันท่านแยกของใช้ส่วนตัวเสมอ	3.38	0.99	ปานกลาง
4	ท่านดูแลของใช้ส่วนตัวให้สะอาดและเป็นระเบียบ	3.76	0.43	ดี
5	เมื่อไอ จาม ท่านจะปิดปากและงัดเอามือสัมผัสกับใบหน้า จมูก ปากตาของตนเอง	4.03	0.20	ดี
6	ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร	4.71	0.46	ดีมาก
7	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	4.08	0.29	ดี
8	ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสมือ โอบกอดกับผู้อื่น	4.02	0.17	ดี
9	ท่านสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน	3.58	0.62	ดี
10	ท่านเว้นระยะห่างทางสังคมโดยยืนหรือนั่งห่าง 1-2 เมตร	3.38	0.69	ปานกลาง
11	ท่านหลีกเลี่ยงการไปในที่แออัด	3.38	0.99	ปานกลาง
12	ท่านตรวจสุขภาพประจำปี	3.76	0.43	ปานกลาง
การดูแลตนเองทั่วไปภาพรวม		3.75	0.55	ดี
การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเสี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ				
13	เมื่อรู้สึกไม่สบาย มีอาการไข้หรือหายใจไม่สะดวก ท่านจะไปพบแพทย์หรือไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน	3.58	0.62	ดี
14	หากได้รับยาเพื่อการรักษาท่านรับประทานยาตรงเวลาที่กำหนดตามแผนการรักษา	3.38	0.69	ปานกลาง
15	ท่านจะหยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น	3.38	0.99	ปานกลาง
16	เมื่อมีการนัดติดตามอาการท่านไปพบแพทย์ตรงตามวันนัด	3.76	0.43	ดี
17	เมื่อเจ็บป่วยท่านมักจะศึกษาข้อมูลการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่	3.54	0.50	ดี
18	หากมีอาการระบาดของโรค เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะซื้อยามารับประทานเองแทนการไปโรงพยาบาล	1.55	0.50	ต่ำ
19	หากจำเป็นต้องไปโรงพยาบาลช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด -19 ท่านจะเข้ารับการคัดกรองโรคเบื้องต้นทุกครั้ง	4.08	0.29	ดี
20	หากท่านอยู่ในกลุ่มเสี่ยงของโรคโควิด-19 ท่านยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์	4.02	0.17	ดี
การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเสี่ยงเบนทางด้านสุขภาพภาพรวม		3.41	0.53	ปานกลาง
พฤติกรรม การดูแลตนเองภาพรวมทั้งหมด		3.58	0.54	ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และ สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กัน พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .037, p > .05$) เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัคร ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ($n=400$)

		พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
		ความรู้	ภาพรวม
ความรู้	Pearson Correlation	1	.037
	Sig. (2-tailed)		.463
พฤติกรรมการดูแลตนเอง ภาพรวม	Pearson Correlation	.037	
	Sig. (2-tailed)	.463	

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

1. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จากผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีมีความรู้ดีจากผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคอุบัติใหม่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 96 เนื่องจาก โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่พบผู้ป่วยในหลายประเทศทั่วโลก จนองค์การอนามัยโลกได้ประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) และประเทศไทยได้ประกาศให้เป็นโรคติดต่ออันตราย รัฐบาลได้เล็งเห็นถึงสถานการณ์ที่อาจจจะลุกลามและควบคุมได้ยาก จึงตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์ COVID-19 (ศบค.) ขึ้นทำหน้าที่กำหนดนโยบายและมาตรการเร่งด่วน

ในการบริหารสถานการณ์ดังกล่าว หนึ่งในมาตรการคือการจัดทำและเผยแพร่สถานการณ์การระบาดทั้งในและต่างประเทศ การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อ อาการและการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ผ่านช่องทางสื่อสารต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนรับรู้ความเสี่ยง ลดความตระหนก มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มาอย่างต่อเนื่องนอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังมีมาตรการป้องกันโรคโดยเน้นพฤติกรรมส่วนบุคคล การสอบสวนและการคัดกรองโรค รวมถึงการจัดระบบบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อให้เกิดความตระหนักและปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคได้ถูกต้อง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังควบคุมโรคตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การดำเนินงานเชิงรุกโดยการเคาะประตูบ้านเพื่อให้ความรู้แบบถึงลูกถึงคน การค้นหาผู้ติดเชื้อ

การคัดกรองด้วยการวัดไข้ การติดตามการเข้าออกของกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนรายงานผลการดำเนินงานวันต่อวันอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง⁴จึงทำให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ฉะนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีความรู้มากกว่าประชาชนทั่วไปเพราะเป็นกลไกในการดำเนินงานสำคัญในการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีการกำหนดแนวทางสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการร่วมปฏิบัติหน้าที่ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19⁵ จึงอาจส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้อยู่ในระดับสูงในทางกลับกันจากผลการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.58; SD = 0.54$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ระวี แก้วสุกใส และคณะ¹² ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้กับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดนราธิวาส ซึ่งพบว่า ประชาชนจังหวัดนราธิวาส ส่วนใหญ่ร้อยละ 79.50 มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.29 คะแนน ($\bar{X} = 17.29; SD = 3.94$) มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ($\bar{X} = 3.97; SD = 0.40$) มีพฤติกรรม การดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ใน

ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.28; SD = 0.27$) นอกจากนี้ ความรู้และการรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ($r = .211, p < .01$ และ $r = .101, p < .01$)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรม การดูแลตัวเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตอำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = .037; p > .05$) ซึ่งอาจเป็นผลจากการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะแรกที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถึงแม้จะเป็นกลุ่มแรกๆ ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การที่จะทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี บุคคลนั้นต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีความรู้สึกตระหนักจากภายในตนเองก่อน จนรู้สึกอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง โดยบุคคลนั้นต้องรับรู้ความสามารถของตนเองว่า ตนเองจะมีความอดทน อุทิศหาไม่ทอดทิ้ง รวมทั้งมีการตั้งเป้าหมาย วางแผนและกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง¹³ ซึ่งนั่นคือการปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 จากการศึกษาของธานี กล่อมใจ และคณะ¹⁴ พบประเด็นด้านพฤติกรรม การป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19 พบว่าข้อที่มีคะแนนน้อย คือ ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ความเข้มข้นอย่างน้อย 70% เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะและล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่ทุกครั้ง หลังสัมผัสเงินเหรียญหรือธนบัตร และจากการ

ศึกษาของระวิ แก้วสุกใส และคณะ¹² ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดนราธิวาสพบว่า ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 และการศึกษาของนางสาวสิ่งหิรัญธรรม¹⁵ ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของทันตภิบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก และการศึกษาของนางสาวพรศิริ พันธสี¹⁶ ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์

เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พบว่าความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ระหว่างวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองค่อนข้างดี ฉะนั้นการพัฒนาความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมไปถึงสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของโรคโควิด-19 เป็นสิ่งที่ควรให้แก่อสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อนำไปเผยแพร่แก่ประชาชนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข;2559.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.คู่มือ อสม. ยุคใหม่.กรุงเทพฯ:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย;2554.
3. สาธิต ปิตุเตชะ. องค์การอนามัยโลก ชม ‘อสม.ไทย’ เป็นพลังฮีโร่เฝ้า ‘สู้โควิด-19’.[อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท).[เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2563.] เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/04/18972>
4. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิ่งหิรัญธรรม และนภาพร ตำแสงสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563;14(2): 92-103.
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม.ประจำบ้าน. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข ; 2562.
6. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ทศวรรษที่ 4 ของสาธารณสุขมูลฐานไทยกับอนาคตอสม. [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท).[เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hsri.or.th/research/media/issue/detail/4614>

7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. รายงานจำนวน อสม.ที่มีสิทธิรับค่าป่วยการจังหวัดเพชรบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท).[เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaiphc.net/thaiphcweb/index.php?r=staticContent/show&id=>
8. บดินทร์ ชาดะเวที.พฤติกรรม กับ ชีวิตวิถีใหม่ : New Normal. [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท). [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2563].เข้าถึงได้จาก: <http://www.ttmed.psu.ac.th/blog.php?p=258>
9. Orem D.E. Nursing: concept of practices. (6thed.) St. Louis MO: Mosby; 2001
10. Yamane, T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd Edition, Harper and Row, New York; 1973.
11. สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูดีพัฒนะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559; 3(1): 110-28.
12. ระวี แก้วสุกใส, พรทิวา คงคุณ, บุญยิ่ง ทองคุปต์, ลุตพี สะมะแอ และสุกญา บุญนรากร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดนราธิวาส. วารสารเครือข่ายทางการพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้; 2564.8(2) : 67-79.
13. กองสุกศึกษา.แนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในตำบลจัดการสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
14. ธาณี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, ทักษิภา ชัชชวรัตน์.ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019.วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา. 2563; 21(2): 29-39.
15. นกษา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล วิวรรณแก่นวพันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์.การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2563; 14(2): 104-15.
16. บงกช โมระสกุลและพรศิริ พันธสี.ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564; 15(37): 179-95.

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี การเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาล : การศึกษาวิจัยแบบพหุกรณี

The nursing care to pregnant women in preterm labour by using collaborative partnership : The Multiple Case Study

นางอุษา คงคา*

Usa Khongkha*

*งานห้องคลอด โรงพยาบาลกำแพงแสน อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

Labour room department, kumphaengsaen Hospital, Kamphaengsaen District,
Nakhon Pathom Province

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และนำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้ครอบคลุมทุกมิติ ทำการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบพหุกรณี (the multiple case study design) โดยมีการประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 2 กรณีศึกษา เก็บข้อมูลเชิงลึกเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขความเสี่ยง รวมทั้งมีการเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์ การติดตามเยี่ยมที่บ้าน การสอนการสังเกตตัวเองของกรณีศึกษาและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2564 - 31 กรกฎาคม 2564 โดยกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 39 ปี อายุครรภ์ 35⁺4 สัปดาห์ (G2P1) มาด้วยอาการท้องแข็ง และมูกเลือดออกทางช่องคลอด กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 24 ปี อายุครรภ์ 34⁺6 สัปดาห์ (G1P0) มาด้วยอาการมูกเลือดออกทางช่องคลอด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในการพยาบาล การสัมภาษณ์ การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เปรียบเทียบ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตลอดจนการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เมื่อกลับบ้าน ผลการศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับการรักษาของแพทย์ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถกำหนดแนวทางในการแก้ไขและลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด

คำสำคัญ : ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาล

Abstract

The purpose of this multiple case study design was to compare the nursing care of pregnant women with preterm labour and to apply the knowledge gained from this study to develop a comprehensive nursing care for pregnant women with preterm labour. The risk of preterm birth was assessed in 2 case studies. Data was collected using in-depth interviews, home phone calls, home visits, health teaching, and self-observation preterm practice during March 1, 202 to July

31, 2021. In case study 1, a 39-year-old Thai female patient of 35⁺⁴ weeks' gestation (G2P1) with a physical change indicating labour including contractions and mucous bloody show. Case Study 2: a 24-year-old Thai woman, gestational age 34⁺⁶ weeks (G1P0) with a physical change indicating labour including mucous bloody show. The researcher collected qualitative data from interviewees with patient's documents, inpatient ward's medical records from the hospital, triangular data review. Transcribed interviews were subjected to qualitative content analysis by comparing topics related to pathology, symptoms, symptoms, treatment, problems, diagnosis and home visits.

The results revealed that the preterm labour women who are received care based on the nursing process and collaborative partnership care with medically treated. The preterm labour women were able to reduce the risk of preterm birth on their own and carrying a pregnancy to their due date.

Keywords: preterm labour, collaborative partnership

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหมายถึง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ มีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ และมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก¹ เมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมักจะเกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดจะส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายของทารกและยังทำให้เพิ่มการเกิดภาวะทุพพลภาพ² ความสัมพันธ์ในครอบครัวเสียไป เนื่องจากต้องนอนโรงพยาบาลนาน และเพิ่มค่าใช้จ่ายของครอบครัว ในส่วนของมารดาเมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อยับยั้งการคลอด หญิงตั้งครรภ์มักเกิดภาวะเครียดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ต้องห่างครอบครัว และเพิ่มค่าใช้จ่ายเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล จากแบบสำรวจการปี 2563 พบว่าเขตสุขภาพที่ 5 มีทารกที่คลอดน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัม ร้อยละ

6.25 ส่วนใหญ่เป็นทารกที่คลอดก่อนกำหนด³ และโรงพยาบาลกำแพงแสนพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 3.4 รวมทั้งยังมีหญิงตั้งครรภ์อีกส่วนหนึ่งที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม เนื่องจากเกินศักยภาพในการดูแลของโรงพยาบาลกำแพงแสน

แนวทางการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีการรับไว้เพื่อนอนโรงพยาบาล ประเมินอายุครรภ์ที่แน่นอน น้ำหนักและส่วนนำของทารก รวมทั้งประเมินสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ค้นหาภาวะเสี่ยง สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด⁴ โรงพยาบาลกำแพงแสนก็เช่นเดียวกันบทบาทของพยาบาลห้องคลอดคือเป็นผู้ประเมินและรวบรวมข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์และสภาวะทารกในครรภ์ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบและนำมาวางแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ

เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกัน ดังนั้น พยาบาลห้องคลอดจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแล หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลหญิง ตั้งครรภ์ตั้งแต่แรกได้รับจนกระทั่งจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล นอกจากนั้นก่อนจำหน่ายหญิง ตั้งครรภ์ออกโรงพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ควรทราบ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อ การคลอดก่อนกำหนดของตนเองรวมทั้งสามารถ ประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและ การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการ เพื่อมาโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกคือเมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตรซึ่งทำให้มีโอกาสน้อยยังการคลอด ก่อนกำหนดได้สำเร็จมากกว่ามาโรงพยาบาลเมื่อ ปากมดลูกเปิดมากกว่า 3 เซนติเมตร จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแล หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง เช่นการ พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด^{5,6} โปรแกรม ลดความเครียดโดยใช้การสนับสนุนทางสังคม⁷

ทฤษฎีการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาล (The nursing partnership) เป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยการ ที่พยาบาลเข้าไปแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เชิงวิชาชีพกับประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์โดย มีจุดประสงค์เพื่อการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด การคลอดก่อนกำหนด⁸ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดเมื่อมีความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวที่ ถูกต้องเพื่อป้องกันการคลอดกำหนด การสังเกต

อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมทั้งการ ที่พยาบาลติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ส่งผลให้อัตรา กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ลดลง⁶

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางด้าน สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาล กำแพงแสน ตระหนักถึงความสำคัญของการ ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จึงทำการศึกษา การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเป็น หุ้นส่วนทางการพยาบาล เพื่อเปรียบเทียบสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา การพยาบาลระหว่างรักษาในโรงพยาบาลและ ติดตามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านโดยมีเป้าหมาย ให้หญิงตั้งครรภ์รับทราบและตระหนักว่าตนเอง มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด แลก เปลี่ยนประสบการณ์กับหญิงตั้งครรภ์เพื่อหาวิธีลด ความเสี่ยง สอนการสังเกตตนเองและการปฏิบัติตัว เมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อเป็น แนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้อย่างมี ประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่ออภิปราย เปรียบเทียบการวินิจฉัย ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตลอดจนการติดตาม เยี่ยมทางโทรศัพท์เมื่อกลับบ้าน ในหญิงตั้งครรภ์ที่ มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนโดย

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกรณีศึกษาแบบพหุกรณี (multiple case study) เพื่อศึกษาผลการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาล โดยมีการอภิปราย (descriptive case study) เปรียบเทียบ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตลอดจนการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เมื่อกลับบ้าน ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และนอนโรงพยาบาลกำแพงแสนเพื่อยับยั้งการคลอด จำนวน 2 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูล โดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด แบบประเมินภาวะสุขภาพ แบบบันทึกการพยาบาล แบบบันทึกเวชระเบียน ส่วนที่ 2 มีแบบบันทึกการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ศึกษากับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทั้งขณะนอนโรงพยาบาลและโทรศัพท์เยี่ยมที่บ้าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลห้องคลอดได้อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์และญาติทราบถึงแนวทางการดูแลรักษาของโรงพยาบาล และแนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาล รวมทั้งขอ

อนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลและจากการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับความยินยอมจากหญิงตั้งครรภ์และญาติให้ทำการศึกษาได้ ผู้วิจัยจึงจัดเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์โดยการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลรายละเอียดประวัติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยขออนุญาตศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย การซักถามเพิ่มเติมจากหญิงตั้งครรภ์

3. ผู้วิจัยและพยาบาลห้องคลอดประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นการวางกรอบในการพยาบาลให้มีคุณภาพในทุกมิติ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การใช้แผนการพยาบาล 5) การประเมินผลการพยาบาล โดยมีการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ให้การดูแลเพื่อลดและแก้ไขความเสี่ยงตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันระหว่างพยาบาลกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จนเกิดแนวทางในการลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนที่ 1

4. ผู้วิจัยและพยาบาลห้องคลอดโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ที่บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยประเมินผลการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดตามที่ตกลงกันไว้ และการสังเกตตัวเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จนกระทั่งคลอดหรือเมื่ออายุครรภ์ครบ

37 สัปดาห์ และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูล ส่วนที่ 2 โดยผู้วิจัยและพยาบาลห้องคลอดทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัย จนข้อมูลอิ่มตัว คือ มีแบบแผนข้อมูลซ้ำกัน ไม่มีประเด็นใหม่ๆ เกิดขึ้น

5. ผู้วิจัยติดตามข้อมูลอายุครรภ์ที่คลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิดจากเวชระเบียน หรือ โทรศัพท์สอบถามจากหญิงตั้งครรภ์

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการศึกษาเชิงเปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมทั้งเปรียบเทียบอายุครรภ์ที่คลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด

ผลการวิจัย

สรุปอาการและการรักษาที่ได้รับ

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยอายุ 39 ปี G2P1 อายุครรภ์ 35⁺4 สัปดาห์ ให้ประวัติมีท้องแข็ง และมูกเลือดออกทางช่องคลอด ปากมดลูกเปิด 2 cm. effacement 0% มี regular uterine contraction ตรวจพบการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะแบบไม่มีอาการแสดง ได้รับการยับยั้งการหดตัวของมดลูกด้วยยา Bricanyl และได้รับยา Dexamethasone เพื่อกระตุ้นสาร surfactant ของทารกในครรภ์ พยาบาลได้ให้ข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับภาวะของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความจำเป็นในการนอนโรงพยาบาล แนวทางการดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ ผลการรักษาพบว่า ขณะได้รับยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูกหญิงตั้งครรภ์มีอาการใจสั่นหลังได้รับยา Bricanyl เป็นเวลา 2 ชั่วโมง

ชีพจร 124 ครั้ง/นาที จึงลดขนาดยา 1/2 dose หลังจากนั้นมีอาการใจสั่นลดลง ชีพจร 116-118 ครั้ง/นาที และได้รับยาจนกระทั่งไม่มีการหดตัวของมดลูก และได้รับยา Dexamethasone ครบ 4 dose ในส่วนของการพยาบาลปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ได้ใช้แนวความคิดการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยตั้งเป้าหมายในการแก้ไขหรือลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพยาบาลกับหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้ 1) แจ้งให้หญิงตั้งครรภ์ทราบปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของตนเองคืออายุมากกว่า 35 ปี (ความเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้) ทำงานหนัก (ความเสี่ยงที่แก้ไขได้) และมีภาวะเครียด (ความเสี่ยงที่แก้ไขได้) 2) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขและลดความเสี่ยง เรื่องการทำงานหนักโดยการลดการทำงานคือต้องการทำอะไรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ออกแรงมาก โดยสามารถทำงานบ้านได้ แต่ไม่ซักและยกผ้าครั้งละมากๆ พักผ่อนโดยการนอนช่วงกลางวันอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง ส่วนเรื่องการลดความเครียด โดยการอ่านหนังสือ และการฝึกสมาธิ⁷ 3) แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองโดยให้หญิงตั้งครรภ์นอนแล้วจับท้องบริเวณยอดมดลูก นาน 5 นาที หากรู้สึกว้าท้องแข็ง ให้ปัสสาวะ และดื่มน้ำอย่างน้อย 1 แก้ว และนอนจับท้องต่ออีก 1 ชั่วโมง หากพบว่าท้องแข็งน้อยกว่า 4 ครั้งให้พักผ่อน และลดกิจกรรมต่างๆในวันนั้น แต่หากท้องแข็งมากกว่า 4 ครั้งขึ้นไปให้รีบมาโรงพยาบาล¹⁰ รวมทั้งอาการดังต่อไปนี้ 1) มีท้องแข็งหรือมีการหดตัวของมดลูกทุก 10 นาที หรือถี่กว่านี้ อาจจะมีอาการเจ็บครรภ์

ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ 2) มีความไม่สุขสบายต่างๆ ในช่องท้อง เช่น ปวดเกร็งท้องน้อย ปวดบริเวณช่องเชิงกราน หรือปวดคล้ายมีประจำเดือน เป็นต้น 3) มีสารคัดหลั่งออกทางช่องคลอด เช่น มูกปนเลือด หรือมีมูกปริมาณเพิ่มมากขึ้น¹¹ ในส่วนที่พยาบาลโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมทั้งหมด 2 ครั้ง พบว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้ออกจากบ้านไปทำอะไร แต่ทำงานบ้าน หุงข้าว ภูบ้าน ส่วนผ้าให้น้องสาวช่วยซักให้ เรื่องความเครียดมีฝึกสมาธิได้เป็นบางวันเนื่องจากต้องดูแลบุตร และมีโอกาสได้อ่านหนังสือเป็นบางวันเช่นกัน การสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยการนอนจับท้องปกติทำทุกวันหลังตื่นนอน แต่มีบางวันลึ้มก็จะทำตอนบ่าย ที่ผ่านมายังไม่พบว่ามึท้องแข็งถึง 4 ครั้ง ส่วนใหญ่จะท้องแข็ง 1- 2 ครั้ง หลังจากนอนพักก็หายไป

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยอายุ 24 ปี G1P0 อายุครรภ์ 34⁺6 สัปดาห์ ให้ประวัติมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ไม่เจ็บครรภ์ ตรวจพบว่าปากมดลูกเปิด 2 cm. effacement 0% มี regular uterine contraction มีมูกเลือดออกจากปากมดลูกจำนวนมาก ตรวจพบมีการติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ และได้รับการยับยั้งการหดตัวของมดลูกด้วยยา Bricanyl และได้รับยา Dexamethasone เพื่อกระตุ้นสาร surfactant ของทารกในครรภ์ พยาบาลได้ให้ข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับภาวะของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความจำเป็นในการนอนโรงพยาบาลแนวทางการดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ ผลการรักษาพบว่า ขณะได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูกหญิงตั้งครรภ์มีอาการใจสั่นหลังได้รับยาไปแล้ว

4 ชั่วโมง ชีพจร 130 ครั้ง/นาที จึงลดขนาดยาลง 1/2 dose แต่ยังคงมีใจสั่น ชีพจร 124-128 ครั้ง/นาที มีการหดตัวของมดลูกนานๆ ครั้ง จึงหยุดให้ยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูกได้ และได้รับยา Dexamethasone ครบ 4 dose ส่วนเรื่องการพยาบาลปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้แนวคิดการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เช่นเดียวกัน เพื่อตั้งเป้าหมายในการแก้ไขหรือลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดร่วมกัน โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพยาบาลกับหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้ 1) แจ้งให้หญิงตั้งครรภ์ทราบปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของตนเองคือครรภ์แรก (ความเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้) มีภาวะซีด (Hct. 32.2% ความเสี่ยงที่แก้ไขได้) พยาบาลร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อแก้ไขหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์คือ ภาวะซีด โดยการแนะนำให้รับประทานยา Triferdine และ FeSO₄ ทุกวันโดยรับประทานทันทีหลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน และไม่รับประทานยาพร้อมนม เพราะลดการดูดซึมธาตุเหล็ก รวมทั้งรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเน้นอาหารที่สร้างเม็ดเลือดแดง เช่น เนื้อ ไข่ นม ผักใบเขียว เป็นต้น ส่วนภาวะติดเชื้อทางระบบสืบพันธุ์ โดยแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งที่ถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ สวมใส่ชุดชั้นในที่สะอาดไม่อับชื้น รวมทั้งรับประทานยาปฏิชีวนะจนหมด 3) แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่นเดียวกับกรณีศึกษารายที่ 1

การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	ทฤษฎี	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การวินิจฉัย ภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อน กำหนด	ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึงการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 ^{0/7} สัปดาห์ (สำหรับในกรณีที่อายุครรภ์ไม่แน่นอนให้ยึดน้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป) ถึงอายุครรภ์ 36 ^{6/7} สัปดาห์ อาศัยลักษณะทางคลินิก ดังนี้ 1) มดลูกมีการหดตัวสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาทีหรือ 8 ครั้งใน 60 นาทีร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง 2) ปากมดลูกเปิดเท่ากับ 1 เซนติเมตรหรือมากกว่า 3)ปากมดลูกบางตัวลงเท่ากับร้อยละ 80 หรือมากกว่า ⁴	G2P1 อายุครรภ์ 35 ⁺⁴ สัปดาห์ ปากมดลูกเปิด 2 cm.effacement 0% regular Uterine contraction มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด	G1P0 อายุครรภ์ 34 ⁺⁶ สัปดาห์ ปากมดลูกเปิด 2 cm.effacement 0% มี regular Uterine contraction มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ไม่เจ็บครรภ์
ปัจจัยเสี่ยงต่อ การเจ็บครรภ์ คลอดก่อน กำหนด	ปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ 1) อายุน้อยกว่า 20 ปี หรือมากกว่า 35 ปี 2) เศรษฐฐานะทางสังคมไม่ดี 3) ครรภ์แรก 4) มีภาวะทุพโภชนาการ 5) สูบบุหรี่หรือสารเสพติด 6) ทำงานหนัก 7) มีภาวะเครียด 8) มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครอบครัว 9) มีประวัติแท้งหรือคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน 10) เคยมีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์ในอดีต 11) มีภาวะครรภ์แฝด 12) มีประวัติช่วยการเจริญพันธุ์ 13) มีความผิดปกติของมดลูกและปากมดลูก 14) มีภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด 15) ทารกพิการ 16) มีภาวะแทรกซ้อนทางยูเรทรี 17) การติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์	1) อายุมากกว่า 35 ปี 2) ทำงานหนัก 3) ภาวะเครียด 4) มีการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ	1) ครรภ์แรก 2) ซีด 3) การติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์
อาการ/อาการ แสดงการเจ็บ ครรภ์คลอด ก่อนกำหนด	อาการและอาการแสดงจะมีความแตกต่างกันในแต่ละราย โดยทั่วไปมีอาการดังนี้ 1. มีการหดตัวของมดลูก (uterine contraction)โดยมดลูกหดตัวทุก 10 นาทีหรือถี่กว่านี้ และคงอยู่อย่างน้อย 1 ชั่วโมง ขณะมีการหดตัวของมดลูกอาจจะมีการเจ็บครรภ์หรือไม่ก็ได้ 2. มีความไม่สบายต่างๆ (discomfort) เช่นปวดเกร็งท้องน้อย	- ท้องแข็งนานๆครั้ง ประมาณ 2 ครั้ง/ชั่วโมง - ปวดหน่วงท้องน้อย - มีมูกเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย	- ท้องแข็งเป็นพักๆ ประมาณ 3-4 ครั้ง/ชั่วโมง - ไม่เจ็บครรภ์ - มีมูกเลือดจำนวนมากออกทางช่องคลอด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ทฤษฎี	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ปวดหลัง ปวดหัวหนาว อาจมีท้องเสียเป็นต้น 3. มีสิ่งคัดหลั่งออกทางช่องคลอดโดยเปลี่ยนจากมูกเป็นเลือดและมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น ¹⁰		
การประเมินหาสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	ประเมินหาสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดย การเพาะเชื้อจากปากช่องคลอดหรือทางทวารหนัก (ano-vaginal swab culture) เก็บปัสสาวะส่งตรวจและเพาะเชื้อตรวจเลือด complete blood count (CBC) ⁴	<u>WET SMEAR</u> - WBC 3-5/HPF - RBC10-20/HPF - Epithelial cells3-5 /HPF Gram Stain- No organism <u>CBC</u> - WBC 7580/CUMM - RBC 4.48 x10 ⁶ /CUMM HCT 34.9% Platelet 193000 /CUMM Neutrocyte 76% Lymphocyte 19% Monocyte 5% <u>UA</u> - RBC uri50-100/HPF WBC_uri2-3 /HPF Bacteria Moderate	<u>WET SMEAR</u> - WBC 10-20 /HPF - RBC >100 /HPF - Epithelial cells 3-5 /HPF Gram Stain - Gram negative coccobacilli Moderate <u>CBC</u> - WBC 7750 /CUMM - RBC 3.68x10 ⁶ /CUMM HCT 32% Platelet 149000 /CUMM Neutrocyte 74% Lymphocyte 17% Monocyte 8% <u>UA</u> - RBC uri1-2 /HPF WBC_uri 3-5 /HPF Bacteria Few
การรักษาด้วยการให้ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก	ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ electrolytes, blood sugar, BUN, Cr เป็นต้นเพื่อค้นหาภาวะเจ็บป่วยที่เป็นข้อห้ามในการให้ยา ⁴	BUN 3 mg/dl Creatinine 0.60 mg/dl eGFR 115.12 mL/min/1.73m Sodium 136 mmol/L Potassium 3.8 mmol/L Chloride 102 mmol/L Bicarbonate 23 mmol/L	BUN 9 mg/dl Creatinine 0.70 mg/dl eGFR 121.52 mL/min/1.73m Sodium 137 mmol/L Potassium 3.8 mmol/L Chloride 101 mmol/L Bicarbonate 24 mmol/L
การรักษาด้วยการให้ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก	ซักประวัติความเจ็บป่วยโรคประจำตัวที่อาจเป็นข้อบ่งชี้ห้ามของการให้ยายับยั้งการคลอด ⁴	- ปฏิเสธโรคประจำตัว - ไม่เป็นโรคที่เป็นข้อห้ามในการให้ยา BricanylคือโรคHeart / DM/ Thyrotoxicosis	ปฏิเสธโรคประจำตัว - ไม่เป็นโรคที่เป็นข้อห้ามในการให้ยา Bricanylคือ Heart disease/ DM/Thyrotoxicosis
	- ให้น้ำและอาหารทางปาก - ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ - ให้ยาสแตียรอยด์ - พิจารณาให้ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก - ตรวจการหดตัวของมดลูก	- ให้การดูแลรักษาตาม standing order for preterm (ที่ออกโดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจ.นครปฐม) GA 20-35 ⁺ 6wks - 5%D/W 500ml + Bricanyl	- ให้การดูแลรักษาตาม standing order for preterm (ที่ออกโดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก จ.นครปฐม) เช่นเดียวกัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ทฤษฎี	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	- ฝ้าระวังสุขภาพของทารกในครรภ์ - กรณีที่ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ให้ยาปฏิชีวนะในขณะคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ Group BStreptococci (GBS)⁴	2.5 mg iv 30 ml/hrปรับยาขึ้น 30 ml/hr ทุก 30 นาที until no UC (Max300ml/hr) - Dexamethasone 6 mg im ทุก 12 hrsx 4 dose - Record BP, PR, RR,FHS ทุก 15 min x 4 ครั้ง then ทุก 30 min x 2 ครั้ง and then ทุก 1hr. **if pulse>120/min decrease to ½dose and pulse>140/min off bricanyl and notify doctor - record Intake/ Output - D/C after no UC	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	มีอาการใจสั่น ชีพจร 124 ครั้ง/นาที ลดปริมาณลง½dose หลังจากนั้น ชีพจรอยู่ในช่วง104-118 ครั้ง/นาที	มีอาการใจสั่น ชีพจร 130 ครั้ง/นาที ลดปริมาณลง1/2dose หลังจากนั้น ชีพจรอยู่ในช่วง 120-128 ครั้ง/นาที มดลูกหดตัวนานๆ ครั้ง ไม่สม่ำเสมอจึงหยุดการให้ยา Bricanyl
5. หญิงตั้งครรภ์อาจเกิดภาวะเครียดจากการนอนและทำกิจกรรมบนเตียงตลอดเวลา	- พยาบาลช่วยเหลือการทำกิจกรรมบนเตียง - หญิงตั้งครรภ์เลือกทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายโดยเลือกดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ - แนะนำการออกกำลังกายบนเตียงโดยการนอนหงาย หรือนั่งบนเตียงแล้วกระดกปลายเท้าขึ้น เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน	- พยาบาลช่วยเหลือการทำกิจกรรมบนเตียง - หญิงตั้งครรภ์เลือกทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายโดยเลือกดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ และขอโทรศัพท์กลับบ้านเป็นบางครั้ง - แนะนำการออกกำลังกายบนเตียงโดยการนอนหงาย หรือนั่งบนเตียงแล้วกระดกปลายเท้าขึ้น เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน
6. หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้และความตระหนักต่อปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดของตนเอง	- อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้และป้องกันไม่ได้ โดยหญิงครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้คือ อายุมากกว่า 35 ปี ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้คือ การทำงานหนัก มีภาวะเครียด และมีการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ - อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าการแก้ไขและการลดปัจจัยเสี่ยงลงสามารถการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้	- อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้และป้องกันไม่ได้ โดยหญิงครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้คือ ครรภ์แรกส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้คือ มีภาวะซีด และมีการติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์ - อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าการแก้ไขและการลดปัจจัยเสี่ยงลงสามารถการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
7. หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด	- พยาบาลร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อแก้ไขหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์คือ 1) การทำงานหนัก โดยงดการทำงานไร่ ทำเกษตรงานบ้าน ไม่ยกหรือชักผ้าจำนวนมาก 2) ภาวะเครียด โดยการอ่านหนังสือ และนั่งสมาธิ 3) ภาวะติดเชื้อทางระบบทางเดินปัสสาวะ โดยการดื่มน้ำมากๆ และไม่กลั้นปัสสาวะ - พยาบาลขอติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามการปฏิบัติตัวตามที่ตกลงกันไว้ จนกระทั่งอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์	- พยาบาลร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อแก้ไขหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์คือ 1) ภาวะซึมเศร้า โดยการแนะนำให้รับประทานยา Triferdine และ FeSO₄ โดยรับประทานทันทีหลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน และไม่รับประทานยาพร้อมนม เพราะลดการดูดซึมธาตุเหล็ก รวมทั้งรับประทานยาให้ครบ 5 หมู่ โดยเน้นอาหารที่สร้างเม็ดเลือดแดง เช่น เนื้อ ไข่ นม ผักใบเขียว เป็นต้น 2) ภาวะติดเชื้อทางระบบสืบพันธุ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งที่ย่ำยปัสสาวะและอุจจาระสวมใส่ชุดชั้นในที่สะอาดไม่อับชื้น รวมทั้งรับประทานยาปฏิชีวนะจนหมด - พยาบาลขอติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามการปฏิบัติตัวตามที่ตกลงกันไว้จนกระทั่งอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์
8. หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	- แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตตนเองว่าเกิดภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดทุกวัน วันละ 1 ครั้ง โดยจับที่ท้องตนเองเป็นเวลา 5 นาที ถ้ามีท้องแข็งให้ปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้ 1) ถ่ายปัสสาวะ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง 2) ดื่มน้ำอย่างน้อย 1 แก้ว 3) นอนตะแคงแล้วใช้มือจับบริเวณยอดมดลูก เป็นเวลา 1 ชั่วโมง หากท้องแข็งน้อยกว่า 4 ครั้ง ให้นอนพักมากงดกิจกรรมต่างๆ แต่หากท้องแข็งมากกว่า 4 ครั้ง ให้รีบมาโรงพยาบาล - แนะนำหญิงตั้งครรภ์ว่าเมื่อเกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้รีบมาโรงพยาบาลทันที โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ 1) มีท้องแข็งหรือมีการหดตัวของมดลูกทุก 10 นาที หรือถี่กว่านี้ อาจจะมีอาการเจ็บครรภ์ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ 2) มีความไม่สุขสบายต่างๆในช่องท้อง เช่นปวดเกร็งท้องน้อย ปวดบริเวณช่องเชิงกราน หรือปวดคล้ายมีประจำเดือน เป็นต้น 3) มีสารคัดหลั่งออกทางช่องคลอด เช่น มูกปนเลือด หรือมีมูกปริมาณเพิ่มมากขึ้น	- แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตตนเองว่าเกิดภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดทุกวัน วันละ 1 ครั้ง โดยจับที่ท้องตนเองเป็นเวลา 5 นาที ถ้ามีท้องแข็งให้ปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้ 1) ถ่ายปัสสาวะ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง 2) ดื่มน้ำอย่างน้อย 1 แก้ว 3) นอนตะแคงแล้วใช้มือจับบริเวณยอดมดลูก เป็นเวลา 1 ชั่วโมง หากท้องแข็งน้อยกว่า 4 ครั้ง ให้นอนพักมากงดกิจกรรมต่างๆ แต่หากท้องแข็งมากกว่า 4 ครั้ง ให้รีบมาโรงพยาบาล - แนะนำหญิงตั้งครรภ์ว่าเมื่อเกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้รีบมาโรงพยาบาลทันที โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ 1) มีท้องแข็งหรือมีการหดตัวของมดลูกทุก 10 นาที หรือถี่กว่านี้ อาจจะมีอาการเจ็บครรภ์ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ 2) มีความไม่สุขสบายต่างๆในช่องท้อง เช่นปวดเกร็งท้องน้อย ปวดบริเวณช่องเชิงกราน หรือปวดคล้ายมีประจำเดือน เป็นต้น 3) มีสารคัดหลั่งออกทางช่องคลอด เช่น มูกปนเลือด หรือมีมูกปริมาณเพิ่มมากขึ้น

ประเมินผลทางการพยาบาล

1. การค้นหาสาเหตุของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกรณีศึกษาทั้งสองราย มาด้วยอาการและอาการมีเลือดออกทางช่องคลอดเหมือนกัน กรณีศึกษาที่ 1 เป็นครรภ์หลัง มีปัจจัยเสี่ยงคือ อายุมากกว่า 35 ปี ทำงานหนัก ติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะและภาวะเครียด กรณีศึกษาที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงคือ ครรภ์แรก ติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์ และภาวะซีด

2. การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและแนวทางการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังได้รับคำแนะนำกรณีศึกษาทั้งสองรายเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการรักษา

3. ความวิตกกังวลเมื่อเกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษาทั้งสองราย และญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ลดลง พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบเมื่อเกิดการคลอดก่อนกำหนดทั้งต่อมารดา ทารก และครอบครัว แนวทางการรักษา ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ทำให้กรณีศึกษาและญาติทั้งสองรายคลายความวิตกกังวล

4. การรักษา กรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับการยับยั้งการหดตัวของมดลูกด้วยยา Bricanyl และได้รับยา Dexamethasone ครบ 4 dose ระหว่างการรักษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการใจสั่นเนื่องจากผลข้างเคียงของยา Bricanyl โดยต้องลดขนาดยาลง ½ dose กรณีศึกษาที่ 1 หลังได้รับยา

ยับยั้งการหดตัวของมดลูก 9 ชั่วโมง จึงสามารถหยุดยาได้ กรณีศึกษาที่ 2 หลังได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูก 22 ชั่วโมง จึงสามารถหยุดยาได้ และไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น ภาวะ fetal distress/ pulmonary edema/ hypotension/ tachycardia

5. ภาวะเครียดจากการนอนและทำกิจกรรมบนเตียงตลอดเวลา กรณีศึกษารายที่ 1 ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา มีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการโทรทัศนและอ่านหนังสือ กรณีศึกษารายที่ 2 ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา มีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการดูโทรทัศน์เป็นส่วนใหญ่ และมีการขอให้โทรศัพท์หาญาติ ทั้งสองรายสามารถออกกําลังกายขณะ bed rest ตามที่พยาบาลแนะนำได้ดี

6. ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของตนเอง กรณีศึกษาทั้งสองราย กล่าวว่าไม่คิดว่าตนเองมีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด หลังจากพูดคุยกับพยาบาลแล้วมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มมากขึ้น

7. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดกรณีศึกษาทั้งสองรายร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขและลดปัจจัยเสี่ยงของตนเอง จนมีแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อกลับบ้าน โดยกรณีศึกษารายที่ 1 จะปฏิบัติตัวเพื่อลดการทำงานหนัก ลดความเครียดและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 จะปฏิบัติตัวลดการติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์ และลดภาวะซีด

8. ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและวิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังสอนและให้กรณีศึกษารายทั้งสองรายทดลองปฏิบัติจนสามารถทำได้ถูกต้อง

9. การติดตามอายุครรภ์ที่คลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิด พบว่ากรณีศึกษาทั้งสองรายคลอดที่อายุครรภ์ครบกำหนด โดยกรณีศึกษารายที่ 1 คลอดที่อายุครรภ์ 38⁺₆ สัปดาห์ น้ำหนักทารกแรกเกิด 3,200 กรัม กรณีศึกษารายที่ 2 คลอดที่อายุครรภ์ 39⁺₅ สัปดาห์ น้ำหนักทารกแรกเกิด 3,000 กรัม

สรุปและการอภิปรายผลการวิจัย

1. การวิจัยเชิงกรณีศึกษาเพื่ออภิปราย (descriptive case study) เปรียบเทียบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 2 ราย ที่มารับการรักษาที่งานห้องคลอดโรงพยาบาลกำแพงแสน ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์โดยสรุปได้ดังนี้ ด้านอาการและอาการแสดงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จะมีอาการและอาการแสดงที่เหมือนและแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองราย มีอาการท้องแข็ง มีเลือดออกทางช่องคลอด และปากมดลูกเปิดเช่นเดียวกัน แต่มีความแตกต่างกันคือรายที่ 1 มีอาการปวดหน่วงท้องน้อย แต่รายที่ 2 ไม่มีอาการปวดท้อง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายจะมีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกัน¹⁰ ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายจะมีปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกัน การแก้ไข

ปัญหาจึงมีวิธีการเฉพาะในแต่ละราย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงคืออายุมากกว่า 35 ปี ทำงานหนัก และมีภาวะเครียด ส่วนรายที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงคือครรภ์แรก ซีด และการติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์ โดยทั้งสองรายได้รับการพยาบาลโดยประยุกต์ทฤษฎีการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแล เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทราบและตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยงและหาแนวทางแก้ไขความเสี่ยงของตนเอง ร่วมกับพยาบาลจนสามารถลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเสริมพลังอำนาจในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ส่งผลให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ด้านการรักษาหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองราย ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตั้งแต่แรกและได้รับการรักษา ยาลดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือยา Bricanyl และได้รับยา Dexamethasone เพื่อกระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์เช่นเดียวกัน การให้ยา Bricanyl โดยพิจารณาจากหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีข้อห้ามในการให้ยา เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคหัวใจ (structural heart disease, cardiac ischemia, dysrhythmia), hyperthyroidism, เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ดี, ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ดี, severe hypovolemia, ครรภ์แฝดหรือครรภ์แฝดน้ำ¹² แต่อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองราย

มีอาการใจสั่นและชีพจรเร็ว เนื่องจากผลข้างเคียงของยา Bricanyl ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดซึ่งเป็นผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ตลอด 24 ชั่วโมงจึงต้องมีการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่แรกด้วยการบอกวัตถุประสงค์ของการให้ยา ผลข้างเคียงของยา และการสังเกตอาการผิดปกติ ให้มารดาและครอบครัวรับทราบตั้งแต่แรก รวมทั้งต้องมีการประเมินผลข้างเคียงของยาที่มีผลต่อมารดาและทารก¹³ ด้านการพยาบาลระหว่างนอนโรงพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองรายและญาติเมื่อแจ้งว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อได้รับยาป้องกันการคลอดจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะกรณีศึกษาครั้งที่ 2 เนื่องจากเป็นครรภ์แรกหญิงตั้งครรภ์และญาติจะสอบถามข้อมูลหลายครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้คลอดครรภ์แรกจะมีระดับความกลัวต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง¹⁴ ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์และญาติเกี่ยวกับภาวะของโรค เหตุผลของการนอนโรงพยาบาล แนวทางการรักษา ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลจนกระทั่งเข้าใจเป็นอย่างดี เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และญาติเข้าใจและคลายความวิตกกังวลและยังพบว่าขณะนอนโรงพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองรายยังมีภาวะเครียดเนื่องจากต้องนอนและทำกิจกรรมบนเตียงตลอดเวลา และยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์รายแรกมีเครียดเรื่องเป็นห่วงลูกที่อยู่ที่บ้าน ส่วนรายที่สองเครียดเรื่องที่ต้องแยกจากครอบครัวและสามี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด

ก่อนกำหนด มีสาเหตุจากการได้รับยาป้องกันการหดตัวของมดลูก จากการนอนพักในโรงพยาบาลจากสภาพแวดล้อมที่แปลกใหม่ในโรงพยาบาล ความเครียดเกี่ยวกับครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลให้มีการปรับตัวต่อความเครียดที่แตกต่างกัน¹⁵ ดังนั้นพยาบาลควรจัดกิจกรรมให้หญิงตั้งครรภ์เพื่อผ่อนคลายความเครียดโดยเสนอทางเลือกตามที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง นั่งสมาธิ หรือการโทรศัพท์เพื่อพูดคุยกับครอบครัวและสามี¹³ เป็นต้น คำแนะนำเรื่องการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการรวมทั้งการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ทั้งสองรายคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองรายได้รับทราบและตระหนักว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด จึงหาแนวทางแก้ไขและปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขและลดความเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด¹⁶ และยังสอดคล้องกับการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ยังมีการคลอดได้สำเร็จและคลอดเมื่อครบกำหนดพบว่าปัจจัยทำนายความสำเร็จ คือการที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ และมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด¹⁷

2. การวิจัยเชิงกรณีศึกษาในครั้งนี้ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีการเพิ่มขึ้นตอนและวิธีการปฏิบัติในบทบาทของพยาบาลให้ชัดเจนขึ้น

โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาล โดยทำให้หญิงตั้งครรภ์ทราบความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และหาแนวทางแก้ไขหรือลดความเสี่ยงของตนเอง การสังเกตตัวเองเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการ รวมทั้งการที่พยาบาลติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองรายคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนดและน้ำหนักทารกมากกว่า 2,500 กรัมสอดคล้องกับการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สอนให้มีทักษะในการประเมินการหดตัวของมดลูก รวมทั้งการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง และอายุครรภ์เฉลี่ยที่คลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม⁵ ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ที่สามารถปฏิบัติได้โดยอิสระ และสอดคล้องกับแนวทางการรักษา จึงควรนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Preterm (Premature) labor and birth November. 2016. [cited 2022 25 Mar]. Available from: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Preterm-Premature-Labor-andBirth>.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 130: prediction and prevention of preterm birth. Obstet Gynecol. 2012; 120: 964-73.

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลห้องคลอดควรมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น การตรวจสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ การค้นหาสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การดูแลขณะหญิงตั้งครรภ์ได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูก การค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และการสังเกตตัวเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เร็ว และมาโรงพยาบาลได้อย่างทันที่
2. ด้านการปฏิบัติพยาบาล ควรมีแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่คลินิกฝากครรภ์ เพื่อแก้ไขและลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์
3. ด้านวิชาการควรมีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลที่แตกต่างกันมาใช้ในการพยาบาล เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละราย

3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย หัวข้อ 3.1 สุขภาพแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 5 รอบที่ 2/2563 (เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2565).เข้าถึงได้จาก: <https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2020/07-4052-20200707114121/15d3d74cafe01e4427001553cad2bfff.pdf>
4. คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่อง การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและฉีกน้ำคร่ำร่วก่อนกำหนด RTCOG Clinical Practice Guideline The Management of Preterm Labour and Preterm Premature Rupture of Membranes เอกสารหมายเลข OB 014: 2556-2558. 2558;15-41.
5. ชฎารัตน์ แก้วเวียงเดช, บัวสอน วระโพธิ์, พรรณยุพา เนาว์ศรีสอน, วราพร มีแก้ว, ชนิกา ทองอันต์วง. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลอำนาจเจริญ. วารสารสหเวชศาสตร์. 2564;6:77-89.
6. นวรัตน์ ไชยภูมิ,อาภรณ์ คงช่วย. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2558; 2: 114-28.
7. สุริพร กัณหะสุต, พนิดา เชียงทอง, สุรัชชา พงษ์ประสุวรรณ์, นุชมาศ แก้วกุลชล, ศุจิรัตน์ ศรีทองเหลือง. ผลของโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 16: 59-74.
8. กมลทิพย์ ชลัษธรรมเนียม. การนำใช้แนวคิดหุ่นส่วนสุขภาพในการดูแลสุขภาพ: บทบาทพยาบาล. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2559; 30: 125-32.
9. พรศิริ พันธสี.กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร;2558.
10. จีรวรรณ บัวแย้ม. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. Rama Nurs Journal. 2019; 25: 243-54.
11. ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา, กาญจนา สมบัติศิรินันท์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ในการคลอดก่อนกำหนดและสามิต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. วารสารสภาการพยาบาล. 2559; 31: 67-82.
12. เฟื่องลดา ทองประเสริฐ. ยาที่ใช้ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. (เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2565). เข้าถึงได้จาก <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/tocolytic-drugs-for-preterm-labor/retive> 20/3/65

13. ศิริวรรณ แสงอินทร์. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557; 22: 27-38.
14. Nilsson C, Lundgem I, Karlstrom A, Hildingsoon I. Self-reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. Women and Birth 2011;25:114-21.
15. เบญจวรรณ ละหุการ, วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, ทศณีย์ หนูนารถ, มลิวัลย์ บุตรดำ. ความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์. 2563; 10: 1-14.
16. กรรณิกา เพ็ชรรักษ์, อุทุมขนิฐนัน อินทเรือง, ฝนทอง จิตจำนง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในมารดาหลังคลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2562; 34: 88-100.
17. อัสมะ จารู, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2562; 39: 79-92.

ผลของการใช้นวัตกรรมผ้าพุงลดปวดหลังต่ออาการปวดหลังส่วนล่างของ คนกลุ่มวัยทำงาน

Effects of back pain relief innovations on lower back pain in working people group

พิมพลดา อนันต์ศิริเกษม* วรวรรณ เหล่าจันทร์** วริศรา สารสาสิน** ศรัณย์รักษ์ สุขอินทร์**

ศรีวิชรินทร์ เหล่าโชติ**ศิริวิมล โดดเนียม ** โศรดา เกษมลักษณ์**และสมจิตร ถนอมจิตร**

*อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

** นักศึกษาชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

Phimlada Anansirikasem

*Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing Chakiraj, Faculty of Nursing
Praboromarajchanok Institute,Banpong District, Ratchaburi Province.

Worawan Laojan** Warisara Sarasalin** Saranrak Suk-in** Srivutcharin Laochot**

Siriwimon Dodniem** Sorada Kasemlak** and Somjit Tanomjit**

**Nursing student year 3, Boromarajonani College of Nursing Chakiraj, Faculty of Nursing
Praboromarajchanok Institute, Banpong District, Ratchaburi Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรม
ผ้าพุงลดปวดหลังเพื่อลดอาการปวดหลังของกลุ่มวัยทำงาน กรณีศึกษากลุ่มวัยทำงานอายุ 20 – 60 ปี จำนวน 15 คน
โดยเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผ้าพุงลดปวดหลังร่วมกับสมุนไพร แบบประเมินระดับความเจ็บปวด
ของอาการปวดหลัง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมผ้าพุงลดปวดหลัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t – test ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดของอาการปวด
ก่อนใช้นวัตกรรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 หลังใช้นวัตกรรมทันทีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.80 หลังใช้นวัตกรรม 15, 30, 45,
60 นาที มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.43 และ คะแนนเฉลี่ยระยะเวลาการกลับมาปวดหลังซ้ำภายหลังการใช้นวัตกรรม มีค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 7.80 ชั่วโมง คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมผ้าพุงลดปวดหลังเท่ากับ 4.72 อยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อจำกัดในของนวัตกรรมคือ สมุนไพรเก็บความร้อนได้ประมาณ 30 นาที จึงควรเพิ่มวัสดุเก็บความร้อน
เพื่อให้นวัตกรรมสามารถใช้งานได้นานมากกว่า 1 ชั่วโมง ร่วมกับการปรับเปลี่ยนวัสดุ หรือรูปแบบเพื่อให้มีความสวยงาม
มากขึ้น สามารถสวมใส่ขณะทำกิจวัตรประจำวันได้

คำสำคัญ : ประคบร้อนสมุนไพร, อาการปวดหลังส่วนล่าง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to develop innovative fabrics to reduce back pain among working people. The sample was 15 working-age groups aged 20-60 years. The research instruments were support for back pain relief in combination with herbs, pain level assessment form for back pain, and a satisfaction assessment form for using the back pain relief. The data was analyzed using percentage, mean, standard deviation and paired t-test. The results found that the mean score of pain level before using the innovation was 3.00 after immediate innovation the mean score was 1.80. After 15, 30, 45, 60 minutes of the innovation, the mean score was 1.43 and the mean score for back pain recurrence after using the innovation was 7.80 hours. The average score of satisfaction with the use of innovative support bands to reduce back pain was equal to 4.72 which is the highest level

The limitation of the innovation is that the herb retains heat for about 30 minutes; therefore, the heat retaining material should be added so that the innovation can be used for more than 1 hour, together with the modification of the material or pattern to make it more beautiful and able to be worn while doing daily activities.

Key words: support backache fabric, back pain, innovation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการปวดหลังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในสังคมปัจจุบัน โดยพบว่า ร้อยละ 75-80 ของประชากรโลกเคยมีประสบการณ์การปวดหลังอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต¹ โรคปวดหลังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยเป็นลำดับต้นๆ ของปัญหาสุขภาพในผู้ประกอบอาชีพ โดยอาชีพที่พบบ่อยคือ ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มที่ทำงานค่อนข้างหนัก ทั้งกลุ่มที่ทำงานรับจ้าง ทำงานในสถานประกอบการและกลุ่มเกษตรกร รวมทั้งกลุ่มงานเบาที่ทำงานในสำนักงานที่ลักษณะการทำงานเป็นงานนั่ง การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย² สาเหตุสำคัญของการปวดหลังในวัยทำงานส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพที่มีลักษณะการ

ทำงานที่ต้องใช้แรงกายอย่างหนักมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ลักษณะท่าทางในการทำงานที่ผิดหลักการยศาสตร์ ผลกระทบของอาการปวดหลังส่งผลต่อความลำบากในการทำกิจกรรมผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองทั้งด้านการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้เกิดภาวะเครียดวิตกกังวล นอนไม่หลับกับผู้ที่อยู่ในสภาวะดังกล่าวโดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งมีอายุระหว่าง 20-60 ปี สาเหตุของอาการปวดหลัง แบ่งได้เป็นสาเหตุภายนอกร่างกาย เช่น อุบัติเหตุ ท่าทางในการทำงาน ความเครียด น้ำหนักตัวเกิน เป็นต้น และสาเหตุภายในร่างกาย เช่น จากกระดูก หมอนรองกระดูก เส้นประสาท กล้ามเนื้อ ที่เกิดจากพยาธิสภาพของกระดูกและข้อต่อ ปัจจัยส่วนบุคคลก็มีความสัมพันธ์ที่มีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บปวด

ของหลัง เช่น อายุ เพศ ความแข็งแรงของร่างกาย ความยืดหยุ่นของหลัง ความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด³

ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยมีบทบาทด้านการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพในสังคมมากขึ้น โดยเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่เน้นการดูแลสุขภาพและบำบัดรักษาโรค ไม่ว่าจะเป็นการดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพรที่มีอยู่ตามธรรมชาติได้ถูกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพเช่นกัน โดยการนวดแผนไทย การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร เป็นต้น

การประคบสมุนไพรเป็นวิธีการบำบัดรักษาของการแพทย์แผนไทยอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งสามารถนำไปใช้ควบคู่กับการนวดไทย โดยมากมักใช้วิธีการประคบสมุนไพรหลังจากทำการนวดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผลของการรักษาด้วยการประคบสมุนไพรเกิดจากผลของความร้อนที่ได้จากการประคบ และผลจากการที่ตัวยาสมุนไพรซึมผ่านชั้นผิวหนังเข้าสู่ร่างกาย ช่วยทำให้เนื้อเยื่อพังผืดยึดตัวออกลดการติดขัดของข้อต่อลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อลดปวดช่วยลดอาการบวมที่เกิดจากการอักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อหลัง 24-48 ชั่วโมงและช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด⁴ มีงานวิจัยที่พบว่า แผ่นประคบร้อนสมุนไพรไทยสามารถลดอาการปวดในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างแบบไม่ทราบสาเหตุได้ดีเช่นเดียวกับแผ่นประคบร้อน แต่สามารถเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อได้ดีกว่าแผ่นประคบร้อน ดังนั้นจึงสามารถนำแผ่นประคบร้อนสมุนไพรไปประยุกต์ใช้เพื่อลดอาการปวดและเพิ่มความยืดหยุ่นในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างได้⁵

การทำแผ่นประคบร้อนในลักษณะผ้าพุงลดปวดหลังอาจมีผลต่อการลดอาการปวดหลัง

เนื่องจากผ้าพุงลดปวดหลังสามารถประคบสมุนไพรได้ตลอดเวลา และสามารถถ่ายเทความร้อนได้อย่างต่อเนื่อง โดยสมุนไพรนั้นประกอบไปด้วย ขมิ้น ไพล ผิวมะกรูด ตะไคร้ การบูร พิมเสน เกลิอ โดยน้ำมันหอมระเหยในสมุนไพรนั้นอาจส่งผลให้เกิดความผ่อนคลาย สามารถส่งผลลดอาการปวดได้อีกทั้งมีต้นทุนการผลิตต่ำกว่าแผ่นประคบร้อนมาตรฐานเนื่องจากผลิตจากผ้าดิบที่ราคาไม่แพง และใช้สมุนไพรที่หาได้ในท้องถิ่น

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำแนวคิดการจัดทำผ้าพุงหลังลดปวดหลัง โดยมีลักษณะของแผ่นประคบร้อนผนวกกับการใช้สมุนไพรไทยเพื่อเป็นทางเลือกใหม่ของการลดอาการปวดหลังส่วนล่างของคนกลุ่มวัยทำงาน ดังนั้นจึงดำเนินการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้นวัตกรรมผ้าพุงลดปวดหลังต่ออาการปวดหลังส่วนล่างของคนกลุ่มวัยทำงานขึ้นเพื่อนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงนวัตกรรมผ้าพุงลดปวดหลังได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างของคนกลุ่มวัยทำงาน ก่อนและหลังใช้นวัตกรรมผ้าพุงลดปวดหลัง
2. เพื่อลดอาการปวดหลังบริเวณส่วนล่างด้วยผ้าพุงลดปวด

สมมติฐานของการวิจัย

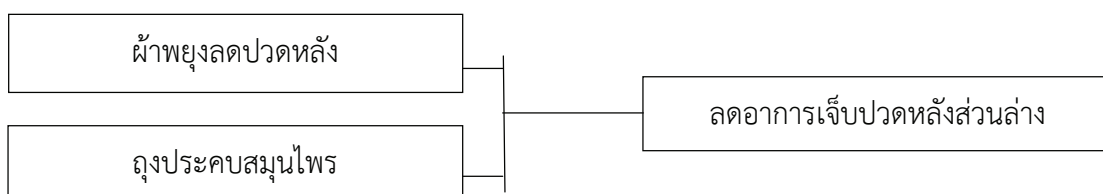
1. กลุ่มวัยทำงาน ที่ได้รับการใช้ผ้าพุงลดปวดหลัง สามารถลดอาการปวดหลังมากกว่าช่วงที่ไม่ได้รับการใช้ผ้าพุงลดปวดหลัง
2. ผ้าพุงลดปวดสามารถลดอาการเจ็บปวดหลังบริเวณส่วนล่าง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาอาการปวดหลังของ บุคคลวัยทำงานในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่มีอายุ

ระหว่าง 20- 60 ปี จำนวน 15 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาดำเนินการในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2562 ตั้งแต่วันที่ 8 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562 –วันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

กรอบความคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการศึกษาแบบ กึ่งทดลอง ชนิด one group pre-posttest

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่กลุ่มวัยทำงาน ที่มีอายุระหว่าง 20- 60 ปี ที่ทำงานในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี **กลุ่มตัวอย่าง** ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่อกลุ่มวัยทำงาน ที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ที่มีอาการปวดหลังจากการทำงานในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วยผ้าพุงลดปวดหลัง ที่มีส่วนประกอบดังนี้ ไพล 1 กิโลกรัม ขมิ้น 2 กิโลกรัม ผิวมะกรูด 2 กิโลกรัม ตะไคร้ 2 กิโลกรัม เกลือ 2 กิโลกรัม การบูร 1 กิโลกรัม พิมเสน 1 กิโลกรัม

วิธีการทำผ้าพุงลดปวดหลัง

1. การเตรียมสมุนไพรโดย ล้างและหั่นสมุนไพรเป็นชิ้นเล็กๆ และนำสมุนไพรแต่ละชนิดไปตากแห้งที่กลางแจ้งประมาณ 1-2 วัน เมื่อแห้งแล้วนำสมุนไพรมาผสมกัน เตรียมนำไปใส่ถุงผ้าที่เตรียมไว้

2. การเตรียมผ้าพุงลดปวดหลังดังนี้

2.1 นำผ้ายัดมาเย็บติดกัน ความยาว 120 เซนติเมตร ความกว้าง 20 เซนติเมตร หลังจากนั้นนำตีนตุ๊กแกขนาด ยาว 20 เซนติเมตร กว้าง 4 เซนติเมตร มาติดกับผ้าพุงลดปวดหลัง โดยแบ่งช่องว่างในการติดให้เท่าๆ กัน

2.2 นำตาข่ายที่เตรียมไว้มาเย็บติดกับฝั่งตรงข้ามของผ้ารัด เพื่อเป็นที่ไว้สำหรับผ้าสมุนไพรขนาด ความยาว 110 เซนติเมตร ความกว้าง 15 เซนติเมตร

2.3 เย็บผ้าใส่สมุนไพรโดยขนาด ความกว้าง 10 เซนติเมตร ความยาว 25 เซนติเมตร และเย็บซิปเพื่อไว้สำหรับใส่สมุนไพรที่เตรียมเอาไว้

3. วิธีการใช้

3.1. นำสมุนไพรที่เตรียมไว้นำใส่ผ้าที่ไว้สำหรับใส่สมุนไพร

3.2. นำน้ำพรมกับผ้าใส่สมุนไพร (พอประมาณ ไม่ชื้นมาก)

3.3. นำไปอบในตู้อบไมโครเวฟที่ความร้อน 800 วัตต์ ระยะเวลา 5 นาที

3.4. นำผ้าสมุนไพรที่อบแล้ว ไปใส่ในช่องตาข่าย ผ้าผืนพองลดปวดหลัง

3.5. นำผ้าพองลดปวดหลังพันรอบเอวของผู้ใช้งาน โดยทำการประคบทิ้งไว้ประมาณ 60 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้นวัตกรรม ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด (close-ended questions) และแบบปลายเปิด (open-ended questions) จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 : แบบประเมินระดับความเจ็บปวดของอาการปวดหลังในบุคคลกลุ่มวัยทำงาน โดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวด numeric rating scale (NRS) ของช่วงเวลาก่อนใช้นวัตกรรม หลังใช้นวัตกรรมทุกๆ 15 นาที ภายใน 1 ชั่วโมง และระยะเวลาในการกลับมาปวดหลังซ้ำภายหลังการใช้นวัตกรรมผ้าพองลดปวดหลัง

ความหมายของคะแนน

คะแนน 0 ไม่มีความเจ็บปวด

คะแนน 1–3 มีความเจ็บปวดเล็กน้อย

คะแนน 4 – 6 มีความเจ็บปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง

คะแนน 7–10 มีความเจ็บปวดปานกลางถึงรุนแรง

ส่วนที่3 : ความพึงพอใจต่อการใช้ผ้าพอง

ลดปวดหลังจำนวนคำถาม 6 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ

1 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

2 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย

3 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

4 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

5 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ส่วนที่ 4 : ข้อเสนอแนะของผู้ใช้ผ้าพองลดปวดหลัง ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด (open-ended questions) จำนวน 1 ข้อ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ผ้าพองลดปวดหลัง และการประคบสมุนไพร รวมทั้งสัมภาษณ์ผู้ที่มีความรู้เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการสร้างเครื่องมือการวิจัย

2. สร้างแบบประเมิน เรื่อง “ประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อการใช้ผ้าพองลดปวดหลัง” โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความสบายของคอลคาบา (Kolcaba, 1992)⁶ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และแบบประเมินความเจ็บปวดจากการสัมภาษณ์บุคคลกลุ่มวัยทำงาน

3. สร้างแบบประเมินความเจ็บปวด โดยผู้วิจัยถือตามเกณฑ์มาตรฐานการประเมินความปวด (numerical rating scale: NRS) ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยใน ห้องพักรักษาของภาควิชาวิสัญญีวิทยา และงานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลรามาริบัติ ปี พ.ศ. 2550 และดัดแปลงให้สอดคล้องการเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการได้รับการใช้นวัตกรรม โดยผ่าน

การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้เสนอแก่ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ค่า IOC (index of item-objective congruence) ถ้ามีค่า 0.5 ขึ้นไป ถือว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์หรือตรงตามเนื้อหานั้น ข้อคำถามนั้นสามารถใช้ได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการทดลองใช้ผ้าพยุงหลัง และการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้สิทธิ์แต่ละบุคคลในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตามความสมัครใจ การนำเสนอผลการวิเคราะห์ทำในภาพรวมซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการตอบแบบประเมินของบุคคลกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 15 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานของประชากร ระยะเวลาในการกลับมาปวดหลังซ้ำภายหลังการใช้นวัตกรรมผ้าพยุงลดปวดหลัง ความพึงพอใจต่อการใช้ผ้าพยุงลดปวดหลัง วิเคราะห์ด้วยการใช้สถิติพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. แบบประเมินระดับความเจ็บปวดของอาการปวดหลังในบุคคลกลุ่มวัยทำงาน โดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวด numeric rating scale (NRS) และ face pain scale (FPS) หรือ facial expression picture scale ของช่วงเวลาก่อนใช้นวัตกรรม หลังใช้นวัตกรรมทุกๆ 15 นาที ภายใน 1 ชั่วโมงโดยการคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์โดยการหาค่าสถิติการทดสอบค่าที (paired simple t-test)

3. ข้อเสนอแนะโดยให้กลุ่มตัวอย่างใช้ผ้าพยุงลดปวดหลัง ให้เสนอแนะตามความเป็นจริง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้นวัตกรรม การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้นวัตกรรม จำแนกตาม เพศ อายุ โรคประจำตัว การรักษาเมื่อมีอาการปวดหลัง พบว่าผู้ใช้นวัตกรรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และเป็นเพศชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ตามลำดับอายุของผู้ใช้นวัตกรรมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 มีอายุระหว่าง 20 - 40 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 ตามลำดับโรคประจำตัวของผู้ใช้นวัตกรรมส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 ตามลำดับการรักษาเมื่อมีอาการปวดหลังของผู้ใช้นวัตกรรมส่วนใหญ่ ไม่มีการรักษา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 25.8 นวดผ่อนคลาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.9 รับประทานยาแก้ปวด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5 และใช้ผ้ารัดหลัง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้นวัตกรรม (n = 15)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้นวัตกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	6
	หญิง	9
	รวม	15
อายุ	20 - 40 ปี	7
	40 - 60 ปี	8
	รวม	15
โรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว	14
	โรคความดันโลหิตสูง	1
	รวม	15
การรักษาเมื่อมีอาการปวดหลัง	ไม่มีการรักษา	8
	นวดผ่อนคลาย	4
	รับประทานยาแก้ปวด	2
	ใช้ผ้ารัดหลัง	1
	รวม	15

2. การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนระดับความเจ็บปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มคนวัยทำงาน ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม

ผลต่างของคะแนนระดับความเจ็บปวดของอาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มคนวัยทำงาน ก่อนการได้รับการใช้นวัตกรรมและหลังการได้รับการใช้นวัตกรรมทุกๆ 15 นาที ภายใน 1 ชั่วโมง มีข้อค้นพบดังนี้

ก่อนใช้นวัตกรรมมีค่าคะแนนความปวดเฉลี่ย 3.00 คะแนน ($\bar{x} = 3.00$, $SD. = 1.00$) หลังใช้นวัตกรรมทันที มีค่าความปวดเฉลี่ย 1.80 คะแนน ($\bar{x} = 1.80$, $SD. = 0.94$) โดยมีระดับความเจ็บปวดของอาการปวดหลังลดลง 1.20 คะแนน ($t = -1.20$)

หลังใช้นวัตกรรม 15 นาที มีค่าความปวดเฉลี่ย 1.47 คะแนน ($\bar{x} = 1.47$, $SD. = 0.64$)

โดยมีระดับความเจ็บปวดของอาการปวดหลังลดลง

1.53 คะแนน ($t = -1.53$)

หลังใช้นวัตกรรม 30 นาที มีค่าความปวดเฉลี่ย 1.47 คะแนน ($\bar{x} = 1.47$, $SD. = 0.64$) โดยมีระดับความเจ็บปวดของอาการปวดหลังลดลง 1.53 คะแนน ($t = -1.53$)

หลังใช้นวัตกรรม 45 นาที มีค่าความปวดเฉลี่ย 1.40 คะแนน ($\bar{x} = 1.40$, $SD. = 0.63$) โดยมีระดับความเจ็บปวดของอาการปวดหลังลดลง 1.60 คะแนน ($t = -1.60$)

หลังใช้นวัตกรรม 60 นาที มีค่าความปวดเฉลี่ย 1.40 คะแนน ($\bar{x} = 1.40$, $SD. = 0.63$) โดยมีระดับความเจ็บปวดของอาการปวดหลังลดลง 1.60 คะแนน ($t = -1.60$) ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ผลต่างของคะแนนระดับความเจ็บปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มคนวัยทำงานก่อนการได้รับการใช้นวัตกรรม และหลังการได้รับการใช้นวัตกรรม (n = 15)

ลำดับที่	ก่อนใช้นวัตกรรม	หลังใช้นวัตกรรม (ค่าคะแนนความเจ็บปวด)					ค่าคะแนนความเจ็บปวดลดลง
		ทันที	15 นาที	30 นาที	45 นาที	60 นาที	
1	3	2	1	1	1	1	2
2	3	1	1	1	1	1	2
3	2	1	1	1	1	1	1
4	3	1	1	1	1	1	2
5	3	1	1	1	1	1	2
6	3	2	2	2	2	2	1
7	2	1	1	1	1	1	1
8	2	1	1	1	1	1	1
9	5	3	2	2	2	2	3
10	5	3	3	3	3	3	2
11	4	3	2	2	2	2	2
12	2	1	1	1	1	1	1
13	3	3	2	2	2	1	2
14	2	1	1	1	1	1	1
15	3	3	2	2	2	2	1
Mean	3.00	1.80	1.47	1.47	1.40	1.40	1.60
S.D.	1.00	0.94	0.64	0.64	0.63	0.63	0.37

ตารางที่ 3 ผลต่างของคะแนนระดับความเจ็บปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มคนวัยทำงานก่อนการได้รับการใช้นวัตกรรม และหลังการได้รับการใช้นวัตกรรม (n = 15)

รายการ	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนใช้นวัตกรรม	3.00	1.00		
หลังใช้นวัตกรรมทันที	1.80	0.94	-1.20*	0.000
หลังใช้นวัตกรรม 15 นาที	1.47	0.64	-1.53*	0.000
หลังใช้นวัตกรรม 30 นาที	1.47	0.64	-1.53*	0.000
หลังใช้นวัตกรรม 45 นาที	1.40	0.63	-1.60*	0.000
หลังใช้นวัตกรรม 60 นาที	1.40	0.63	-1.60*	0.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

3. ระยะเวลาการกลับมาปวดหลังซ้ำภายหลัง การใช้นวัตกรรม พบว่ามีระยะเวลาการกลับมา
การได้รับการใช้นวัตกรรมการเปรียบเทียบ ปวดหลังซ้ำที่ 7.80 ชั่วโมง ($\bar{x} = 7.80$; $SD=1.61$)
ระยะเวลาการกลับมาปวดหลังซ้ำหลังใช้นวัตกรรม ดังตารางที่ 4
ผลของระยะเวลาการกลับมาปวดหลังซ้ำภายหลัง

ตารางที่ 4 ผลของการเปรียบเทียบระยะเวลาการกลับมาปวดหลังซ้ำภายหลังใช้นวัตกรรม ($n = 15$)

ลำดับผู้ใช้นวัตกรรม	ระยะเวลาในการกลับมาปวดหลังซ้ำ (ชั่วโมง)
1	6
2	8
3	6
4	8
5	10
6	7
7	8
8	6
9	10
10	8
11	6
12	10
13	6
14	10
15	8
$\bar{x}$	7.80
SD	1.61

4. ผลระดับความพึงพอใจต่อการได้รับ คือ นวัตกรรมช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย ($\bar{x}=4.73$;
การใช้นวัตกรรมผ้าพยุงลดปวดหลัง $SD = 0.46$) และนวัตกรรมช่วยลดอาการปวด
ระดับความพึงพอใจต่อการได้รับการใช้ ($\bar{x}=4.40$; $SD = 0.51$) ตามลำดับ ด้านความ
นวัตกรรมผ้าพยุงลดปวดหลังพบว่าระดับความ สะดวกต่อการใช้นวัตกรรม พบว่ามีความพึง
พอใจต่อนวัตกรรมผ้าพยุงลดปวดหลัง โดย พอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.64$; $SD =$
ภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.72$; $SD = 0.39$) ด้านคุณภาพ มีความพึงพอใจ 0.50) โดยพบว่าด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด
อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.64$; $SD = 0.32$) โดย คือ นวัตกรรมมีความเหมาะสมต่อการใช้งาน
พบว่าด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือนวัตกรรม ($\bar{x}=4.67$; $SD = 0.49$) รองลงมาคือ นวัตกรรมมี
มีประโยชน์ต่อผู้ใช้ ($\bar{x}=4.80$; $SD = 0.32$) รองลงมา ความสะดวกต่อการใช้งาน ($\bar{x}=4.60$; $SD = 0.51$)
ด้านความปลอดภัย พบว่ามีความพึงพอใจอยู่ใน ระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.87$; $SD = 0.35$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจต่อนวัตกรรมผ้าพุงลดปวดหลัง (n = 15)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1.ด้านคุณภาพ			
1.1 ท่านคิดว่านวัตกรรมทำให้ช่วยลดอาการปวดหลัง	4.40	0.51	มาก
1.2 ท่านคิดว่านวัตกรรมทำให้รู้สึกผ่อนคลาย	4.73	0.46	มากที่สุด
1.3 ท่านคิดว่านวัตกรรมมีประโยชน์ต่อท่าน	4.80	0.41	มากที่สุด
รวม	4.64	0.32	มากที่สุด
2.ด้านความสะดวกต่อการใช้นวัตกรรม			
2.1 ท่านคิดว่านวัตกรรมมีความสะดวกต่อการใช้งาน	4.60	0.51	มากที่สุด
2.2 ท่านคิดว่านวัตกรรมมีความเหมาะสมต่อการใช้งาน	4.67	0.49	มากที่สุด
รวม	4.64	0.50	มากที่สุด
3. ด้านความปลอดภัย			
3.1 ท่านคิดว่านวัตกรรมสามารถใช้งานได้จริง และมีความปลอดภัย	4.87	0.35	มากที่สุด
รวม	4.87	0.35	มากที่สุด
ภาพรวม	4.72	0.39	มากที่สุด

5. ผลของแบบสอบถามคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะต่อการใช้นวัตกรรมผ้าพุงลดปวดหลังผู้วิจัยได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อเสนอแนะต่อการใช้นวัตกรรมผ้าพุงลดปวดหลังซึ่งปรากฏผล ดังนี้

1. ด้านขนาดของนวัตกรรม ผู้ใช้นวัตกรรมส่วนใหญ่เห็นว่า ขนาดของนวัตกรรมมีขนาดไม่เหมาะสม ซึ่งผู้ใช้นวัตกรรมได้ให้ความเห็นไว้ คือ “อยากให้สมุนไพรมีขนาดบาง เพื่อความสะดวกสบายขณะนอนหลับพักผ่อน” “อยากให้มีขนาดเล็กกว่านี้” “เพิ่มขนาดของนวัตกรรมเพื่อให้ใช้ได้ทั่วแผ่นหลัง” “ขณะใช้นวัตกรรมรู้สึกมีความผ่อนคลาย อยากให้มีการพัฒนาชิ้นงานต่อไปให้มีขนาดเล็กสามารถใช้งานได้กับส่วนอื่นของร่างกาย เช่น ขา เข่า”

2. ด้านความร้อนของนวัตกรรม ซึ่ง

ผู้ใช้นวัตกรรมได้ให้ความเห็นไว้ คือ “อยากให้นวัตกรรมมีความร้อนที่นานกว่านี้เวลาร้อนแล้วรู้สึกผ่อนคลายดี อยากให้เพิ่มเวลาความร้อนเป็นประมาณ 2-3 ชั่วโมง” “นวัตกรรมชิ้นนี้ดีกว่าการใส่ผ้ารัดหลังแบบธรรมดา อยากให้ความร้อนอยู่นานกว่านี้”

3. ด้านความสวยงามของผู้ใช้นวัตกรรมได้ให้ความเห็นไว้ว่า “อยากให้มีรูปแบบที่สวยงามกว่านี้ เพื่อที่จะสามารถใส่ออกนอกสถานที่”

การอภิปรายผล

สมมติฐานข้อที่ 1 กลุ่มวัยทำงาน ที่ได้รับการใช้ผ้าพุงลดปวดหลัง สามารถลดอาการปวดหลังมากกว่าช่วงที่ไม่ได้รับการใช้ผ้าพุงลดปวดหลัง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มวัยทำงานที่ได้รับ

การใช้ผ้าพุงลดปวดหลัง สามารถลดอาการปวดหลังมากกว่าช่วงที่ไม่ได้รับการใช้ผ้าพุงลดปวดหลัง โดยระดับความปวดก่อนการใช้นวัตกรรมมีค่าคะแนนความปวดเฉลี่ย 3.00 คะแนน (SD = 1.00) หลังการใช้นวัตกรรมทันที มีค่าความปวดเฉลี่ย 1.80 คะแนน (SD = 0.94) โดยมีระดับความเจ็บปวดของอาการปวดหลังลดลง 1.20 คะแนน หลังการได้รับการใช้นวัตกรรม 15 นาที มีค่าความปวดเฉลี่ย 1.47 คะแนน (SD = 0.64) โดยมีระดับความเจ็บปวดของอาการปวดหลังลดลง 1.53 คะแนน หลังการได้รับการใช้นวัตกรรม 30 นาที มีค่าความปวดเฉลี่ย 1.47 คะแนน (SD = 0.64) โดยมีระดับความเจ็บปวดของอาการปวดหลังลดลง 1.53 คะแนน หลังการได้รับการใช้นวัตกรรม 45 นาที มีค่าความปวดเฉลี่ย 1.40 คะแนน (SD = 0.63) โดยมีระดับความเจ็บปวดของอาการปวดหลังลดลง 1.60 คะแนน และหลังการได้รับการใช้นวัตกรรม 60 นาที มีค่าความปวดเฉลี่ย 1.40 คะแนน (SD = 0.63) โดยมีระดับความเจ็บปวดของอาการปวดหลังลดลง 1.60 คะแนน แสดงว่าผ้าพุงลดปวดหลังสามารถลดอาการปวดหลังบริเวณส่วนล่างของกลุ่มบุคคลวัยทำงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราธนาพร จินประโคน และคณะ⁷ ที่ศึกษาผลการใช้เสื้อพุงหลังในเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลัง ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าสามารถลดอาการปวดหลัง โดยลดการใช้ยาในกลุ่มแก้ปวดได้ เนื่องจากเกษตรกรในกลุ่มนี้จะเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างได้มากกว่าส่วนอื่น เพราะต้องทำงานในลักษณะ ก้ม เงย ยก แบก วัสดุที่มีน้ำหนักมากทั้งวัน บางครั้งต้องมีการเคลื่อนไหว ลำตัวในท่าบิดและงอลำตัวขณะทำงาน เช่นเดียว

กับการศึกษาของสุกัญญา อังศิริกุล⁸ ที่พบว่าอาการปวดหลังส่วนล่างเป็นอาการที่พบมากในช่วง 20-60 ปี สาเหตุที่พบส่วนใหญ่เกิดจากอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การยกของหนัก และการบิดตัวก้มตัว ซึ่งการรักษาซึ่งมีทั้งใช้ยา และไม่ใช้ยา โดยการรักษาแบบไม่ใช้ยา เช่น การดัดถ่วงน้ำหนัก การนวดการประคบ การสวมเครื่องพยุงหลัง เป็นต้น ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า การใช้ผ้าพุงลดปวดหลังสามารถลดอาการปวดหลังมากกว่าช่วงที่ไม่ได้รับการใช้ผ้าพุงลดปวดหลัง

สมมติฐานข้อที่ 2 ผ้าพุงลดปวดสามารถลดอาการเจ็บปวดหลังบริเวณส่วนล่าง

ผลการวิจัยพบว่า การใช้ผ้าพุงลดปวดหลังสามารถลดอาการปวดหลังบริเวณส่วนล่างมีอาการปวดหลังลดลง จากผลการวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา และค่าผลต่างของระดับคะแนนความปวด ซึ่งก่อนการได้รับการใช้นวัตกรรมมีค่าคะแนนความปวดเฉลี่ย 3.00 คะแนน (SD = 1.00) เมื่อเปรียบเทียบกับหลังได้รับการใช้นวัตกรรม 60 นาที มีค่าความปวดเฉลี่ย 1.40 คะแนน (SD = 0.63) โดยมีระดับความเจ็บปวดของอาการปวดหลังลดลง 1.60 คะแนน แสดงว่าผ้าพุงลดปวดสามารถลดอาการปวดหลังบริเวณส่วนล่างได้ เนื่องจากมีส่วนผสมของสมุนไพรที่ช่วยลดอาการปวดหลัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสรา ยืนยง⁹ พบว่าผลการประเมินความเจ็บปวด ก่อน-หลังการใช้ถุงประคบสมุนไพรค่าเฉลี่ยของคะแนนของระดับความปวดก่อนการประคบระดับคะแนนความปวด ค่าเฉลี่ย 5.3 (ปวดปานกลาง) หลังประคบระดับคะแนนความปวดลดลง ค่าเฉลี่ย 2.87 (ปวดเล็กน้อย)

และระยะเวลาการกลับมาปวดหลังซ้ำหลังการใช้
นวัตกรรมที่ 7.80 ชั่วโมง และสอดคล้องกับการ
ศึกษาของ ณิชภา พาราศิลป์⁵ พบว่า พิษสมุนไพร
ในท้องถิ่น 12 ชนิด ได้แก่ ไพล ขมิ้น ตะไคร้
พลับพลึง ส้มป่อย ใบหนาด ว่านน้ำ ใบเตย
ใบมะขาม ใบเปกล้า มะกรูด และโกฐจุฬาลัมพา ผสม
รวมกับเกลือและการบูร จัดทำเป็นลูกประคบใช้
รักษาอาการปวดเมื่อยร่างกายแผ่นประคบร้อน
ที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นทางเลือกสำหรับ
การรักษาทดแทนแผ่นประคบร้อนมาตรฐานได้
เนื่องจากแผ่นประคบร้อนสมุนไพรไทยนั้นใช้
สมุนไพรพื้นบ้านเป็นวัสดุในการถ่ายทอดความร้อน
ซึ่งเป็นวัสดุที่หาได้ง่ายในท้องถิ่นมีกลิ่นหอมสดชื่น
และราคาถูกกว่าแผ่นประคบร้อนมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรปรับเปลี่ยนขนาดของชิ้นงาน
นวัตกรรม รูปลักษณะภายนอกให้เหมาะสมต่อ
การใช้งาน

2. ควรให้นวัตกรรมมีความร้อนที่
นานกว่านี้

3. นวัตกรรมผ้าพุงลดปวดหลังมีข้อจำกัด
สำหรับผู้ใช้นวัตกรรมที่มีปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรัง
เช่น เบาหวาน และ โรคเลือดออกง่ายหยุดยาก
เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับทำวิจัยในอนาคต

1. ควรพัฒนานวัตกรรมผ้าพุงลดปวดหลัง
ให้มีขนาดที่เหมาะสม สามารถใช้ได้กับส่วนต่างๆ
ของร่างกาย เช่น แขน ขา และหัวเข่า เป็นต้น

2. ควรเพิ่มวัสดุเก็บความร้อน เพื่อให้
นวัตกรรมสามารถใช้งานได้ยาวนานมากกว่า 1 ชั่วโมง

3. ควรปรับเปลี่ยนวัสดุหรือรูปแบบเพื่อ
ให้มีความสวยงามมากขึ้นสามารถสวมใส่ขณะทำ
กิจกรรมประจำวันได้

4. ควรปรับปรุงแบบให้สามารถนำ
ถุงประคบสมุนไพรไปผ่านความร้อนโดยไม่ต้อง
ถอดผ้ารัดหลังออกเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. สุนิสา ชายเกลี้ยง. การปวดหลังจากการทำงาน : ภัยเงียบใกล้ตัวที่คุณควรรู้. บทความปริทัศน์.
วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552;2(3): 47-54.
2. อรพันธ์ อันติมานนท์ และคณะ. การระโรคปวดหลังในผู้ประกอบอาชีพ. วารสารควบคุมโรค 2559;
42(2):119-29.
3. ศิวรี เอี่ยมฉวี. ผลทันทีของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างแบบเรื้อรัง
(โรคลัมบอยา ปวดคอ). วารสารหมอยาไทยวิจัย. 2559; 2(1): 3-4.
4. โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน. กระทรวงสาธารณสุข. การประคบสมุนไพร.
[อินเทอร์เน็ต]. เผยแพร่ 9 สิงหาคม 2562. เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2563. เข้าถึงได้จาก: <https://ttcmh.dtam.moph.go.th/index.php/knowledge/research/27-herbal01.html>

5. นิชาภา พาราศิลป์, ศิรินทิพย์ คำฟู และอรรจน์มน ธรรมไชย. การเปรียบเทียบผลของแผ่นประคบร้อนสมุนไพรไทยและแผ่นประคบร้อนในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2560; 32(4): 372- 8.
6. Kolcaba K. Holistic comfort : operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. AdvNurs Sci. 1992;5(1):1-10.
7. ประรณนาพร จินประโคนและกัลยา ปานะโปย. ผลการใช้เสื้อพยุงหลังเพื่อลดการใช้ยากลุ่มแก้ปวดในเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลังบ้านซับคะนิง ตำบลโนนดินแดง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์. ผลงานวิชาการดีเด่น กระทรวงสาธารณสุข.2555:281-88.
8. สุกัญญา อังศิริกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559;24(1): 40-1
10. ประภัสรา ยืนยง. ผลการใช้ถุงประคบสมุนไพรลดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุ. เอกสารงานวิจัยด้านแพทย์แผนไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2560.เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 2563. เข้าถึงได้จาก : <https://skko.moph.go.th//dward/web/index.php?module=ttm>.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ เกี่ยวกับการศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อลงเผยแพร่ในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช โดยเรื่องที่ส่งต้องเป็นผลงานใหม่ไม่เคยลงตีพิมพ์ เผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใดมาก่อน และจัดเตรียมรูปเล่มตามต้นฉบับและหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. ระบุชื่อบทความ ชื่อ – นามสกุลจริงผู้นิพนธ์ ทุกคน รวมถึงตำแหน่งและสถานที่ของผู้นิพนธ์ ต้นฉบับอย่างชัดเจน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) สถานที่ปฏิบัติงาน และ e-mail address

2. บทความวิจัย และ บทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทย และ บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ความยาวไม่เกิน 300 คำ

3. บทความมีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษขนาด A4 โดยบันทึกบทความในรูปแบบไฟล์ word นามสกุล .doc หรือ .docx พร้อมกับแนบไฟล์ pdf. เพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฯ ได้ที่ กองบรรณาธิการวารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช ทาง e-mail jaratsri@ckr.ac.th

4. การอ้างอิงและบรรณานุกรม ใช้การอ้างอิงแบบ Vancouver Style

5. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนผู้นิพนธ์ต้นฉบับ

6. คำแนะนำในการเขียนและการพิมพ์

6.1 ขนาดและการตั้งค่าหน้ากระดาษ

ขนาดของกระดาษที่ใช้ในการพิมพ์กำหนดให้มีขนาดมาตรฐาน A4 โดยกำหนด การตั้งค่าหน้ากระดาษดังนี้

ริมขอบกระดาษด้านบน 1.5 นิ้ว

ริมขอบกระดาษด้านล่าง 1 นิ้ว

ริมขอบกระดาษด้านซ้าย 1.5 นิ้ว

ริมขอบกระดาษด้านขวา 1 นิ้ว

ระยะห่างระหว่างบรรทัด หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์ 8 point จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์

6.2 ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ความยาวโดยรวมของบทความไม่ควรเกิน 15 หน้ากระดาษ

คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน

6.3 รูปแบบในการพิมพ์

- ชื่อเรื่อง ภาษาไทย ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา

- ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ (ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่) ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา

ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)

- ชื่อผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง
- ชื่อหน่วยงานของผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง

บทคัดย่อ

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ขนาด 14 point, กำหนดชิดขอบ, ตัวธรรมดา
- ข้อความบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดชิดขอบ, ตัวธรรมดา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว
- ผู้เขียนต้องตรวจสอบความถูกต้องทางไวยากรณ์และการใช้ภาษาของบทคัดย่อเอง

คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ต่อจากส่วนของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 2-5 คำ ใช้ตัวอักษรภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point

รายละเอียดบทความ

- หัวข้อใหญ่ ขนาด 16 point, กำหนดชิดซ้าย, ตัวหนา (ไม่ลำดับเลข)
- หัวข้อรอง ขนาด 16 point , กำหนดชิดซ้าย, ตัวหนา
- ตัวอักษร ขนาด 16 point, กำหนดชิดขอบ, ตัวธรรมดา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว

ส่วนประกอบของประเภทบทความ

- บทความทางวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ, เนื้อหา, บทสรุป และเอกสารอ้างอิง
- บทความวิจัย ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา, วัตถุประสงค์

ของการวิจัย, สมมติฐาน (ถ้ามี), ขอบเขตของการวิจัย (ถ้ามี), กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี), วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วยหัวข้อย่อย ได้แก่ ชนิดของการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คุณภาพของเครื่องมือวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย, สรุปอภิปรายผลการวิจัย, ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามีในกรณีที่ต้องการเขียนกิตติกรรมประกาศเพื่อขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) และเอกสารอ้างอิง

รูปภาพ ตาราง และ สมการ

การนำเสนอรูปภาพและตารางสามารถนำเสนอต่อจากข้อความที่กล่าวถึงหรืออาจนำเสนอภายหลังจากจบหัวข้อหรือนำเสนอในหน้าใหม่ ขนาดของรูปภาพและตารางไม่ควรเกินกรอบของการตั้งค่านำกระดาษที่กำหนดไว้ ได้ภาพประกอบหรือตารางให้บอกแหล่งที่มาให้ชัดเจนและไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่น โดยพิมพ์ห่างจากขอบภาพประกอบหรือเส้นค้นใต้ตาราง 1 บรรทัด (ใช้ตัวอักษร ขนาด 14 point, ตัวธรรมดา) ทั้งรูปภาพและตารางจะต้องมีคำอธิบายโดยคำอธิบายของรูปภาพให้พิมพ์

ไว้ได้รูปภาพและอยู่ชิดซ้ายของหน้ากระดาษ หากรูปภาพใดถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ให้มีการระบุคำอธิบายของแต่ละส่วนโดยอาศัยตัวอักษรภาษาไทยในวงเล็บเรียงตามลำดับ เช่น (ก) และ (ข) โดยการเรียงลำดับรูปภาพและตารางให้แยกการเรียงลำดับออกจากกัน ตารางข้อมูลที่น่าลงตีพิมพ์ ต้องพิมพ์ด้วย Word เพื่อความคมชัดของตาราง การเขียนสมการให้เขียนไว้กลางคอลัมน์และมีการระบุลำดับของสมการโดยใช้ตัวเลขที่พิมพ์อยู่ในวงเล็บ เช่น (1), (2) เป็นต้น

การพิมพ์อ้างอิงที่แทรกในเนื้อหาของบทความ

- ในกรณีที่มีการอ้างอิงแทรกในเนื้อเรื่อง ให้ใช้การอ้างอิงในส่วนเนื้อเรื่องแบบการอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) โดยใส่ตัวเลขตามลำดับการอ้างอิงหลังชื่อผู้เขียน หรือหลังข้อความที่อ้างอิง แบบ Vancouver

- การอ้างอิงแทรกในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้หมายเลขที่สอดคล้องกับที่ได้อ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อหา

การพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

- เอกสารอ้างอิงทุกลำดับจะต้องมีการอ้างอิงหรือกล่าวถึงในบทความ และผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารที่นำมาอ้างอิง

- การอ้างอิงท้ายเล่มเป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของผลงานวิชาการ ภายใต้หัวข้อ เอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3, 4,..... ซึ่งตัวเลขต้อง สอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา

- การจัดพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง โดยให้จัดพิมพ์ตามรูปแบบการเขียนบรรณานุกรมแบบ Vancouver (รายละเอียดท้ายเอกสาร) เมื่อกองบรรณาธิการวารสารวิชาการ ตอรับบทความแล้วจะพิจารณาสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินคุณภาพของบทความ กรณีผลการประเมิน “ผ่านอย่างมีเงื่อนไข” ขอให้ผู้เขียนบทความแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วให้ส่งบทความฉบับแก้ไขจำนวน 1 ฉบับ พร้อมไฟล์ (Microsoft Word) ทั้งนี้ ขอให้แนบบทความและผลการประเมินฉบับเดิมกลับมายังกองบรรณาธิการ เพื่อจัดส่งให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเมินคุณภาพบทความอีกครั้ง

บทความที่ผ่านการประเมินและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจความถูกต้องของการใช้ภาษาและการเขียนรายการอ้างอิงหลังจากนั้น จะส่งให้ผู้เขียนแก้ไขให้ถูกต้อง จึงจะสามารถตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เรียบร้อยแล้ว ผู้เขียนบทความจะได้รับวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช 1 ฉบับ

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วิจารย์ พานิช. การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: ส. เจริญการพิมพ์; 2556.
2. ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข และศุภกรใจ เจริญสุข.การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่ 1 (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.2556.
3. กิรดา ไกรนวัตร และรักษนก คชไกร. (บรรณาธิการ). การพยาบาลชุมชน. กรุงเทพฯ:โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559
4. ประสงค์ ตูจินดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน: ประพุทธ ศิริบุญย์ อรุณ บุญประกอบ. (บรรณาธิการ). ทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.
5. Rosdahl, C.B. Textbook of basic nursing 11th ed. China: Wolter Kluwer; 2017.
6. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, (editors). The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.
7. กาญจนา ไชเย็น. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้.[ดุษฎีนิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
8. Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic American. [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002
9. สาคร อินทไธโล. การดูแลผู้สูงอายุไต้หวันระยะสุดท้าย: บทบาททำหยาพยาบาลชุมชนในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล. 2563; 35(2) : 5-14.
10. Post JL, Deal B, Hermanns M. Implementation of a flipped classroom: Nursing students' perspectives. J NursEducPract. 2015; 5(6): 25-30.
11. Wisting, L , Bang, L, Skrinvanhaug T, et al. Psychological barriers to optimal insulin therapy: More concerns in adolescent females than males. BMJ Open Diab Res Care. 2016; 23;4(1): 1-7. doi: 10.1136/bmjdr-2016- 000203
12. สุภามาศ ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, นพวรรณ เปียชื่อ. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชบัณฑิตยสาร [อินเทอร์เน็ต].2557; 97-110 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2557].เข้าถึงได้จาก:<http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200>
13. Sengupta D, Chattopadhyay MK. Metabolism in bacteria at low temperature: a recent report. J Biosci.[Internet]. Jun 2013; 38(2): 409-12. [cited 2013 Aug 23] Available from: <http://www.ias.ac.in/jbiosci/jun2013/409.pdf>

แบบฟอร์มขอส่งต้นฉบับเรื่องเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

1. ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

2. ข้อมูลผู้เขียนทุกคน (ระบุชื่อ สกุล คำนำหน้านาม คุณวุฒิสูงสุดทางการศึกษา ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน)

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย).....

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ).....

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน (ภาษาไทย).....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail address.....

3. สิ่งที่ส่งมาด้วย

ต้นฉบับที่ส่งเป็น file ข้อมูล .docx

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือไม่ได้ส่งให้วารสารชื่ออื่นเพื่อตีพิมพ์

ลงชื่อ(เจ้าของผลงาน)

()

หมายเหตุ กรณีเป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ให้ระบุชื่อปริญญา สาขาเฉพาะทาง และชื่อมหาวิทยาลัยด้วย

ใบสมัครสมาชิกวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาวนามสกุล.....

ที่อยู่ที่ต้องการให้ส่งวารสาร

.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....E-mail.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกวารสารประเภท () สมาชิก 1 ปี ราคา 300 บาท

() สมาชิก 2 ปี ราคา 500 บาท

โปรดระบุฉบับที่ต้องการเริ่มต้นรับ.....

() มกราคม – มิถุนายน 25..... () กรกฎาคม – ธันวาคม 25.....

พร้อมได้ส่ง () ธนาณัติ ส่งจ่ายในนาม ฝ่ายจัดการวารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

() โอนเงิน ธนาคารกรุงไทย สาขาบ้านโป่ง ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

บัญชีเลขที่ 706-1-44527-0

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ลายมือชื่อผู้สมัคร

.....

วันที่...../...../.....

ส่งใบสมัครที่

ฝ่ายจัดการวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

99 ม. 3 ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110

หรือส่งเอกสารทาง e-mail: jaratsri@ckr.ac.th

หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในการส่งวารสาร หรือเปลี่ยนชื่อ นามสกุล โปรดแจ้งให้ฝ่ายจัดการวารสารทราบด้วย

**** กรุณาถ่ายสำเนาธนาณัติ หรือ สำเนาการโอนเงิน มาที่ e-mail: jaratsri@ckr.ac.th**