



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐ Vol. 4 No. 2 July - December 2017 ISSN 2408-0934

บทความวิจัย

- † ผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลตนเองร่วมกับการวางแผนสำหรับผู้ป่วยต่อความสามารถในการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมมอร์โรปิดิกส์โรงพยาบาลสงขลา
- † การสื่อสารอาการเตือนโรคตลอดเลือดหัวใจ : กรณีศึกษาชุมชนสะแกราย จังหวัดนครปฐม
- † ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืด ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร

บทความวิชาการ

- † การจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน
- † คอมพิวเตอร์ช่วยสอนกับการเรียนการสอนทางการพยาบาล
- † การพยาบาลภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์และเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
College of Nursing Christian University of Thailand



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์ไทย

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๐ Vol.4 No.2 July - December 2017 ISSN 2408-0934

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสต์ไทย

กองบรรณาธิการ ที่ปรึกษา :

ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร. สมจิต ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์จิรา รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ อาจารย์ ดร. เสาร์นีย์ อาจารย์ ดร. พฤทธิพงษ์ อาจารย์ ดร. เปญจารรณ	หนูเจริญกุล วงศ์ชุมทอง พิญชีระนันทน์ กานต์เดชารักษ์ กวนสุพร พุทธิอังกูร
---	--

บรรณาธิการ : รองศาสตราจารย์ ดร. พัชราภรณ์ อารีย์

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม	โวทกานนท์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ศาสตราจารย์ ดร. รุจា	ภูไพบูลย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร	จิรวัฒน์กุล	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศาสตราจารย์ ดร. วิภาดา	คุณาวิกิติกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร. วีณา	จีระแพทย์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์	จินตนาดิลก	มหาวิทยาลัยคริสต์ไทย
รองศาสตราจารย์ เพญจันทร์ สุวรรณแสง	โน่ไนยพงศ์	มหาวิทยาลัยคริสต์ไทย
รองศาสตราจารย์ ดร. ลักษณา	อินทร์กลับ	มหาวิทยาลัยคริสต์ไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พันเอกหมิงนพมล	นิมิตรawanนท์	มหาวิทยาลัยคริสต์ไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล	ช่างไม้	มหาวิทยาลัยคริสต์ไทย

วัตถุประสงค์

1. เพย์เพรีบบทความวิจัย สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
2. เพย์เพรีบบทความวิชาการ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ขอบเขต

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ียน รับพิจารณาตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการประจำเดือน บทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการ กองบรรณาธิการ และผ่านการประเมินแบบ Double - blinded peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา

กำหนดการออกราชการ : ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

สถานที่ติดต่อ : ฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ียน

(นางธัญญารัตน์ หวานแท้)

144 หมู่ 7 ตำบลดอนนายห้อม อําเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ : 0-3438-8555 ต่อ 3101-04 โทรสาร 0-3427-4500

e-mail : nursejournal@christian.ac.th

Website : http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

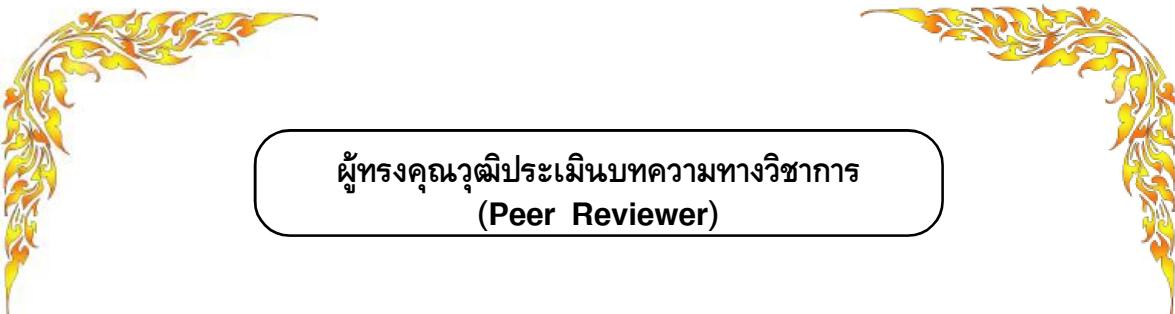
จัดรูปเล่ม : ฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยคริสตี้ียน

ออกแบบปก : ฝ่ายสื่อสารองค์กร มหาวิทยาลัยคริสตี้ียน

พิมพ์ที่ : บริษัท จามจุรีโปรดักส์ จำกัด 26 ซอยพระราม 2 ที่ 83 ถนนพระราม 2 แขวงแสมดำ

เขตบางซุนเทียน กรุงเทพฯ 10150

โทรศัพท์-โทรสาร 02-415-8320-1



ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความทางวิชาการ (Peer Reviewer)

- | | | |
|--|----------------|--------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย | ลิงห์ช่างชัย | มหาวิทยาลัยคริสตีียน |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา | ประจุศิลป | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญวิจิต | แสงชาติ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องครี | ครีมราตร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ | กัญญาภัสกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร. ร้อยตำรวจเอกท豌 ยุพิน | อังสุโรจน์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน | เกษตรกิจวัฒนา | วิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 8. รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร กันเกรดุษฐี | เตรียมชัยครี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. รองศาสตราจารย์ ดร. ลุรินทร์ | กลั่นพาก | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 10. รองศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี | อัศดริเวเดช | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 11. รองศาสตราจารย์ ดร. ลุรีย์พร | กฤษเจริญ | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 12. รองศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์ | จิตรมนตรี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จินตนา | อาจลันเทียะ | วิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประดิษฐ์ | เตกิงวงศ์ชัยดี | มหาวิทยาลัยพายัพ |
| 15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนี | นามจันทร์ | มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุมาพร | ปัญญาสพรรณ | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศพร | คำผลคริ | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |

**ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความทางวิชาการ
(Peer Reviewer)**

- | | | |
|--|-------------|-----------------------------------|
| 18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีมนา | นิยมคำ | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงคราญ | วิเศษกุล | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์รัตน์ | เจริญสันติ | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 21. ดร. ปราโมทย์ | ทองสุข | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 22. ดร. ปรัชญาเน้นท์ | เที่ยงจรรยา | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 23. ดร. กิตติพิร | เนาว์สุวรรณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สงขลา |

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตีียน ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 เป็นฉบับสุดท้ายของ พ.ศ. 2560 ยังมีความหลากหลายเนื้อหาสาระทางวิชาการของบทความวิจัยและบทความวิชาการ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อ่าน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการศึกษาและการจัดการเรียนการสอนได้

กองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาร่วมประเมินคุณภาพของบทความวิจัยและบทความวิชาการก่อนการตีพิมพ์ทุกฉบับ และขอขอบคุณผู้เขียนบทความที่ส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ด้วยดีตลอดมา ในโอกาสนี้ กองบรรณาธิการขอเชิญอาจารย์ นักวิชาการ และผู้สนใจทุกท่าน ส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตีียน ผ่านระบบ Online Submission ของวารสารได้ที่เว็บไซต์ http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php โดยท่านสามารถศึกษาคำแนะนำรูปแบบการเขียนบทความดังกล่าวจากเว็บไซต์ได้

รองศาสตราจารย์ ดร. พัชราภรณ์ อารีย์
บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความน่าอ่าน

Editor's Message

บทความวิจัย

- ❖ ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลตนเองร่วมกับการวางแผนจำหน่ายต่อ
ความสามารถในการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยน ศุภพร ศรีพิมาน 64
ซึ่งสามารถลดเวลาในการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยน Suppaporn Sripimarn
ข้อเข่าเทียมในห้องผู้ป่วยคัลยกรรมมอร์โธปิดิกัล โรงพยาบาลสงขลา
- The Effects of Using Self-Care Guideline with Discharge
Planning Program on Self-Care Ability Pain Management
of Post Total Knee Replacement in Orthopedic Surgery
Wards at Songkhla Hospital
- ❖ การสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ : กรณีศึกษาชุมชนสะแกราย
จังหวัดนครปฐม ลัดดาวรรณ เลี้ยงอ่อน 73
The Communication of Coronary Artery Disease (CAD)
Warning signs : The Case Study of Sakaerai Community
in Nakhon Pathom Province Laddawan Seangon
- ❖ ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด ในโรงพยาบาล
ตติยภูมิ แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ชุติมา ดาวล้อม 90
Caregiving Burden and Quality of Life Amongst Caregivers
of Children with Asthmatic at a Tertiary Hospital in
Samutsakhon Province Chutima Dawlom

บทความวิชาการ

- ❖ การจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน ผศ.ดร. ศากุล ช่างไม้ 102
Self Management of People with Diabetes Asst.Prof.Dr. Sakul changmai
Mellitus

❖ คอมพิวเตอร์ช่วยสอนกับการเรียนการสอนทางการพยาบาล

รศ.ดร.พัชราภรณ์ อารีย์ 112

Computer Assisted Instruction and Teaching Assoc.Prof.Dr. Patcharaporn Aree
and Learning in Nursing

- ❖ การพยายามภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์และเจ็บครรภ์คดลอด ก่อนกำหนด

พิมาน จปกลคึก 119

Pimarn Jobkolsuk

Nursing Care for Premature Rupture of Membranes and Preterm Labor Pain



**ผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลตนเองของร่วมกับการวางแผนสำหรับผู้ป่วยผู้ตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในหอผู้ป่วยศัลยกรรม
ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสงขลา**

**The Effects of Using Self-Care Guideline with Discharge Planning
Program on Self-Care Ability Pain Management of Post Total Knee
Replacement in Orthopedic Surgery Wards at Songkhla Hospital**

ศุภพร ครีพิมาน*
ดร. เพชรน้อย ลิงห์ช่างชัย**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อน และหลังทดลองหนึ่งกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลตนเองของร่วมกับการวางแผนสำหรับผู้ป่วยผู้ตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ให้ตารางทดสอบสำเร็จรูปของโคงเย็น คำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดอิทธิพลระดับกลางเท่ากับ 0.50 จำนวนการทดสอบ ที่ระดับสูง 0.95 ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้ตัวอย่างจำนวน 104 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แนวปฏิบัติการดูแลตนเอง คู่มือสำหรับผู้ป่วยผู้ตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม รวมถึงแบบประเมินค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ ค่าที่แบบล้มเหลว กัน

เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ราย ได้ค่าตัวชนิดความต่างเนื้อหาเท่ากับ 1 ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมิน ด้วยวิธีการของคูเดอร์ ริชาดสันต์ 21 และได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ ค่าที่แบบล้มเหลว กัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.4) มีอายุมากกว่า 60 ปี (ค่าเฉลี่ย = 66.89, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.41) กลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลมากที่สุด (ร้อยละ 70.2) มีประสบการณ์การผ่าตัดเข่ามากที่สุด (ร้อยละ 69.6) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนมากที่สุด (ร้อยละ 46.2) มีการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง ร้อยละ 50.0 โดยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการจัดการความปวดด้วยการประคบรีด ร้อยละ 31.7 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถป่วย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสงขลา
e-mail: suppaporn307@gmail.com

**ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เตียน

ในการจัดการความปวดด้วยตนเองหลังทศดล่อง (ค่าเฉลี่ย = 13.37, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.71) สูงกว่าก่อนทศดล่อง (ค่าเฉลี่ย = 10.94, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = .85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ดังนั้นเพียงบาลควรนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในการเริ่มพลัฟให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ดูแลตนเองเพื่อลดปวดโดยใช้ยาให้น้อยที่สุดภายหลัง

จำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน และเสริมสร้างการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง โดยนำญาติเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อทำให้การใช้ความเย็นในการลดปวดมีประสิทธิผลต่อผู้ป่วย

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการดูแลตนเอง การวางแผนจำหน่ายการจัดการความปวดผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Abstract

This study was a one group pretest-posttest quasi-experimental research. Design investigate the effect of using self-care and pain management offer total knee replacement. The sample was post total knee replacement patients in orthopedic surgery wards. The Cohen's test table was used for estimating sample size. The effect size was 0.50. The power analysis calculation was high (p-value 0.95), and the alpha value at 0.05. one hundred and four subjects were selected according to the criteria. Data collection instruments were the general information form, the self-care practice questionnaire, the discharge planning manual based on METHOD Principles, and the self-administered pain management test. The content validity was examined by 3 experts. The content validity index was 1. The reliability of the questionnaire tested by Kuder Richardson 21 was .83. Data were analyzed using descriptive statistics, and paired t-test.

The results of this study showed that most patients with total knee replacement were women (90.4%), aged older than 60 years ($\bar{x} = 66.89$, S.D. = 10.41), and cared for by caregivers (70.2%).

Most of them had experience the first knee surgery (69.6%). They had obesity (46.2%). Fifty percent of them managed pain continuously. Cold compression was used 31.7%. The score of the self-care ability to manage pain after the experiment ($\bar{x} = 13.37$, S.D. = 1.71) was higher than that before the experiment ($\bar{x} = 10.94$, S.D. = .85) ($P < .05$).

The results of this study should be used to empower post total knee replacement patients to take good care of themselves after discharge from hospitals. Moreover, to help them recover faster after surgery and reduce the use of drugs.

Keywords: Using Self-Care Guideline, Discharge Planning Program, Self-Care Ability, Post Total Knee Replacement

ความสำคัญของปัญหา

จากสถิติในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเลื่อน ประมาณ 1 ใน 3 หรือร้อยละ 34.5 – 45.6 ของประชากรทั่วประเทศ (Kupniratsaikul, 2009) เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกล่าวต้องเข้าโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา ซึ่งปัจจุบันแพทย์จะให้การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม [Total Knee Arthroplasty (TKA)] ซึ่งเป็นการรักษาที่ดีและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Merle-Vincent et al., 2007) แม้ว่าการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ทั้งจากภาวะอาการเจ็บปวดเรื้อรังซึ่งเกิดขึ้นในระยะก่อนการผ่าตัด แต่การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมก็มีมาซึ่งความเจ็บปวดในระยะหลังการผ่าตัด เช่นกัน ในกลุ่มของโรคกระดูกและข้อ พบร่วมโรคร้อยละ 10 ของประชากรที่มีอายุเกิน 55 ปี (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2555) จากข้อมูลการประมาณการทั่วโลก พบร่วมร้อยละ 9.6 ของเพศชาย และร้อยละ 18.0 ของเพศหญิง จะแสดงอาการของโรคข้อเข่าเลื่อม เมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป รวมถึงข้อมูลจากการศึกษาโดยภาพรังสีข้อเข่าของประชากรในประเทศไทยและยุโรปที่มีอายุมากกว่า 45 ปี แสดงให้เห็นอัตราการเกิดโรคข้อเข่าเลื่อมที่สูงขึ้น โดยพบ ร้อยละ 14.1 พบร่วมเพศชาย และร้อยละ 22.8 พบร่วมเพศหญิง (Woolf & Akesson, 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบร่วมใน การดูแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ส่วนใหญ่พบร่วมในหอผู้ป่วยมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดหรือมีการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น การดูแลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดในระยะ 1-2 วันแรกหลังผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ความเย็นประคบ บริเวณเข่าที่ทำการผ่าตัดเพื่อลดปวดร้อยละ 2-3 วันแรก หลังผ่าตัดในช่วงฝึกข้อเข่าได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บปวด

ระยะหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบร่วมระยะหลังการผ่าตัด แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการควบคุมความเจ็บปวดด้วยยาแก้ปวดที่ให้ทางหลอดเลือดดำและผู้ป่วยสามารถควบคุมการให้ยาได้ด้วยตนเอง แต่ผู้ป่วยยังมีความเจ็บปวดในช่วง 5 วันแรกยังคงมีอาการปวดอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ความเจ็บปวดนั้นไม่ได้หายไป แต่จะค่อยมีความรุนแรงอีกครั้งหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ 1 เดือน ดังนั้นวิธีการที่ดีในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ของทีมสุขภาพและการพยาบาล (ธวัช ประสาทฤทธา และคณะ, 2550) โดยควรหารือให้ผู้ป่วยได้ดูแลตัวเองและสามารถปฏิบัติตัว เพื่อลดความปวดหรือความสามารถในการเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง (Toye & Barlow & Wright and Lamb, 2006) ดังนั้น จากการลีบคันการวิจัย จึงได้ทดสอบการใช้แนวปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อจัดการความปวดร่วมกับแนวทางการวางแผน justification สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาใช้ในหอผู้ป่วยผู้ป่วยคัลยกรรมมอร์โนไซดิกล์ การวางแผนการจำหน่ายต้องมีการนำไปปฏิบัติโดยจัดให้มีการสอนการลีบคัน และให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนความชำนาญในการปฏิบัติให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในแผนกำหนดล่วงที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ และประเมินผลแผนการจำหน่าย ซึ่งได้ทำการวัดประสิทธิผลของแผนในการช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองที่บ้านได้ดี (Lin et al., 2012) โดยคาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถปฏิบัติในการลดความเจ็บปวดด้วยตนเองหลัง justification สำหรับผู้ป่วยนี้ ยังจะทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิผลมากขึ้น

คำนำการวิจัย

การจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง และการจัดการความปวดอย่างไม่ต่อเนื่องหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลตนเอง ร่วมกับการวางแผน justification สำหรับผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิผลมากขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการจัดการความปวดด้วยตนเองของสูงกว่าก่อนการทดลอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการจัดการความปวดด้วยตนเองของระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลตนเองร่วมกับการวางแผนจ้างหน่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่ม (One group pretest-posttest design) ประชากรที่ศึกษาได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในโรงพยาบาลสังฆาราม กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากค่าอิทธิพล ที่ได้จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการใช้ตารางทดสอบสำเร็จรูปของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ระดับกลางเท่ากับ 0.50 อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับสูง 0.95 โดย กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 104 ราย โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดเกณฑ์การเลือกตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเข่าเสื่อมที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ผู้ป่วยยินยอมเข้าโครงการดูแลตนเอง ตามแนวปฏิบัติต้องพักรักษาในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมอโวโรซิปิดกั๊ส และไม่มีโรคแทรกซ้อนที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ นำหนัก ประสบการณ์การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรคประจำ

- แบบประเมินระดับความรุนแรงของความปวด

ใช้เครื่องมือประเมินความปวดแบบมาตราวัดความปวดด้วยตัวเลข (Numeric Rating Scale: [NRS]) มีค่าคะแนน 0-10 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ คะแนน 0 หมายถึง “ไม่ปวดเลย” คะแนน 10 หมายถึง “ปวดมากที่สุด” ประเมินความปวด ทั้งหมด 4 ช่วงเวลา ได้แก่ หลังผ่าตัด 6, 24, 48 และ 72 ชั่วโมง

- แบบประเมินความสามารถในการจัดการความปวด ประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ โดยให้เลือกตอบแบบถูกผิด เกณฑ์การให้คะแนนตั้งนี้คือ คะแนน 0 หมายถึง “มีความสามารถในการจัดการความปวดที่ถูกต้อง และให้คะแนน 1 หมายถึง “มีความสามารถในการจัดการความปวดที่ถูกต้อง และแบบสอบถามแบบป้ายปิดเกี่ยวกับการจัดการความปวดแบบต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง ด้วยวิธีการประคบเย็น

- แนวปฏิบัติการดูแลตนเองในการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Chou & Lie, 2007) โดยพยาบาลจะเป็นผู้สอน สาธิตและเตรียมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังนี้

- ประเมินอาการปวดและรวมด้วยตนเองให้ผู้ป่วยเลือกใช้การประคบเย็น 2) เตรียมอุปกรณ์ประคบเย็นโดยเลือกแผ่นประคบเย็น (Ice pack) 3) ห่อแผ่นประคบเย็นด้วยผ้าขนหนู โดยเน้นห้ามผู้ป่วยนำก้อนน้ำแข็งหรือสิ่งที่เย็นจัดไปประคบบริเวณที่ปวดได้ ดังนั้นการเอาผ้าห่อก้อนน้ำแข็ง จึงเป็นการป้องกันเส้นประสาท 4) ประคบเย็นตรงจุดที่ปวด ภายใน 48 ชั่วโมง การประคบเย็นทันทีที่ปวดหรือปวดจะเห็นผลลดปวดทันที 5) กำหนดระยะเวลาการประคบ ได้ 20 นาที ไม่ควรประคบเกินเวลาที่กำหนดเด็ดขาด เพราะความเย็นจะเป็นอันตรายต่อผิวหนัง และ 6) กรณีที่ยังปวดและรวม อีก 2 ชั่วโมง ค่อยประคบซ้ำให้ประคบใช้เวลา 20 นาที สลับพัก 2 ชั่วโมง สามารถทำซ้ำเป็นเวลา 3 วัน หรือจนกว่าจะหายปวดหรือรวมกรณีไม่หายปวดหรือรวมควรรับประทานยาแก้ปวดหรือไปพับแพทย์ที่โรงพยาบาล

- คู่มือการวางแผนการจ้างหน่ายผู้ป่วยหลัง

ผู้ตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยใช้หลัก METHOD คือ 1) เรื่องยา (Medication) โดยเฉพาะการใช้ยาแก้ปวดผู้ป่วยและญาติต้องได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียดถึง ชื่อของยา การออกฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ในการใช้ วิธีการใช้ยาขนาด ปริมาณของยา จำนวนครั้ง และระยะเวลาที่ใช้ยา 2) การจัดสิ่งแวดล้อม (Environment & economic) ผู้ป่วยได้ความรู้และสามารถ จัดการเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่น้ำหนักให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยของตนเองไม่เกิดอุบัติเหตุ 3) การรักษา (Treatment) ผู้ป่วยต้องรับรู้และเข้าใจเป็นอย่างมากในการรักษาโรคที่เป็นอยู่ และมีทักษะการจัดการความป่วยด้วยความยืนยันที่จำเป็นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและสามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินได้ 4) ด้านสุขภาพ (Health) ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจ รับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดของการผ่าตัด เข้าใจถึงผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผลกระทบด้านจิตใจ ครอบครัว และสังคมเครือญาติ 5) การส่งต่อและการมาตามนัด ผู้ป่วยและญาติต้องเข้าใจและรับรู้ถึงความสำคัญของการมาตรวจตามที่แพทย์นัด ทราบข้อมูลแหล่งขอความช่วยเหลือหรือแหล่งประโยชน์ในการนัดเหตุการณ์ ฉุกเฉินขึ้น 6) อาหาร (Diet) ผู้ป่วย มีความรู้และมีความเข้าใจสามารถที่จะเลือกอาหารรับประทานอาหาร และสามารถประกอบอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสมกับโรคและข้อจำกัดด้านสุขภาพ ของตนเอง โดยลักษณะโปรแกรมจำหน่าย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (Assessment) ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแผนการจ้างหน่ายผู้ป่วย (Building a plan) ได้แก่ การตั้งเป้าหมายการวางแผนจ้างหน่าย วางแผนการสอน และวางแผนการพื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหลังผ่าตัดและจ้างหน่ายกลับบ้าน และขั้นตอนที่ 3 การยืนยันการแผนการจ้างหน่าย (Confirming the plan) ได้แก่ การสอนการจัดการความป่วยตามคู่มือการสอน การส่งเสริมและ

ช่วยเหลือ พื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด การติดตามเยี่ยม检查ที่ผู้ป่วยจำหน่าย และติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือการวิจัย เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความสามารถในการจัดการความป่วยด้วยตนเองผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นนักวิชาการทางการพยาบาลจำนวน 3 ราย โดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะและการแก้ไขผู้วิจัยได้ดำเนินคู่มือแบบปฐม╮าตามข้อเสนอแนะอ่อนนวล ถูกปรับปฏิบัติ และหาตัวเชื่อมั่นของเครื่องมือ แบบสอบถามได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 1 ทดสอบความเชื่อมั่นแบบประเมิน ด้วยคูเดอร์ ริชาดลันต์ (KR21) และได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 (ในส่วนดังความสามารถในการจัดการความป่วย) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (90.4%) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ($\bar{X} = 66.89$, S.D. = 10.41) กลุ่มตัวอย่าง มีผู้ดูแลในหลังผ่าตัดมากที่สุด (70.2%) มีประสบการณ์การผ่าตัดเข่าแรก (67.6%) และการผ่าตัดเข่าที่สองลงลงมา (30.4%) มีระดับดัชนีมวลน้ำหนัก (BMI) อยู่ในภาวะอ้วน มากที่สุด (46.2%)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อการจัดการความป่วย ระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง พพบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อการจัดการความป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมร่วมกับการวางแผนจ้างหน่ายต่อความสามารถในการจัดการความป่วยด้วยตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ($\bar{X} = 13.37$, S.D. = 1.71) สูงกว่า ก่อนทดลอง ($\bar{X} = 10.94$, S.D. = .85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อการจัดการความปวดระหว่างก่อนหลังทดลอง

การทดลอง	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ก่อนทดลอง	10.94	1.71	-14.26	.002
หลังทดลอง	13.37	.85		

นอกจากนี้ ยังพบว่าหลังการทดลอง กลุ่ม 50.0 และมีการจัดการความปวดไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 50.0 ตัวอย่างมีการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องร้อยละ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการจัดการความปวดหลังทดลอง

การจัดการความปวด	จำนวน (n=104)	ร้อยละ
การจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง	52	50.0
การจัดการความปวดอย่างไม่ต่อเนื่อง	52	50.0

กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 31.7 ใช้วิธีจัดการปวดด้วยวิธีการประคบเย็น ร้อยละ 68.3 ใช้วิธีจัดการปวดด้วยวิธีการอื่นๆ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการจัดการความปวดหลังทดลอง

วิธีการจัดการความปวด	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการประคบเย็น	33	31.7
ไม่ใช้วิธีการประคบเย็น	71	68.3

การอภิปรายผล

จากการใช้แบบประเมินดัชนีความสุขในชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้ป่วยมีความสุขในชีวิตประจำวันลดลง แต่ในช่วงทดลองพบว่า ผู้ป่วยมีความสุขเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงถึงความพึงพอใจต่อการรักษาและการดูแลตนเอง รวมถึงการจัดการความปวดด้วยวิธีการประคบเย็น ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับในวงการแพทย์ จึงสามารถช่วยลดความไม่快ต่อการดูแลตนเองได้

พบปัจจัยที่สุดชนิดเดียวที่มีผลต่อความสุขในชีวิตประจำวัน คือ ความดื้อรั้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในชีวิตประจำวันอย่างมาก (Woolf & Akesson, 2001) นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความดื้อรั้นมาก มีความไม่快ต่อการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่มีความดื้อรั้นน้อย จึงแนะนำให้ผู้ป่วยพยายามลดความดื้อรั้นโดยการออกกำลังกาย หรือการผ่อนคลาย ซึ่งจะช่วยลดความไม่快ต่อการดูแลตนเองลง

ทดลอง ($\bar{X} = 10.94$, S.D. = .85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบบดูแลรักษาความรู้สึกตัว (Bandura, 2001) ก่อให้เกิดความปวด และการทบทวนงานวิจัยที่เขียนว่าความคิดของแบบดูแลรักษาความรู้สึกตัวเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและกระทำการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ซึ่งบุคคลสามารถพัฒนาและเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนได้จาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ความพร้อมทางด้านร่างกายและการณ์โดยผู้ป่วยต้องได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพทำให้มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและลดความวิตกกังวลในการปฏิบัติภารกิจ 2) การโน้มน้าวหรือซักชวนด้วยคำพูด 3) การที่เห็นต้นแบบหรือเห็นประสบการณ์ที่สำเร็จของบุคคลอื่นและ 4) การกระทำที่เคยประสบผลสำเร็จมาก่อน การจัดการความปวดด้วยการประคบเย็นจะลดการหลังของสารเคมีที่เกิดขึ้นในกระบวนการอักเสบ ทำให้อัตราเร็วในการส่งผ่านกระแสประสาทความปวดของเลี้นประสาทเอเดลต้า และเลี้นไยประสาทซีที่ไขสันหลังไปยังสมองเนื่องจากการได้รับความรู้ความเข้าใจจากแนวปฏิบัติการดูแลคนเองเพื่อลดปวดรวมทั้งการวางแผนจ้างหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านการเพิ่มความมั่นใจในการจัดการดูแลคนเองตามหลักการสร้างสมรรถนะแห่งตน นอกจากนี้การให้การพยาบาลและการเตรียมผู้ป่วยตามหลักการวางแผนจ้างหน่ายเป็นระยะๆ ตั้งแต่ขั้นตอนการประเมิน (Assessment) การสร้างแผนการจ้างหน่ายผู้ป่วย (Building a plan) และขั้นตอนการยืนยันการแผนการจ้างหน่าย (Confirming the plan) จึงสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจเนื่องจากการวางแผนจ้างหน่ายเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยเริ่มจากประเมิน ปัญหาความต้องการ และการวางแผนให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยเฉพาะเรื่องการจัดการความปวดถือเป็นเรื่องสำคัญของผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเข้าเที่ยมการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยสามารถไปดูแล

ตนเองได้จึงเป็นเรื่องจำเป็น (Moon, 2000; Messier, 2004)

การวิจัยครั้งนี้ ยังพบคะแนนความสามารถในการจัดการความปวดดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องร้อยละ 50.0 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการลดปวดด้วยการประคบเย็น ร้อยละ 31.7 เนื่องจากแนวปฏิบัติการดูแลคนเองเพื่อลดปวดให้เห็นประโยชน์ลดปวดด้วยตนเองและโภชของการไม่รับลดปวด หากความปวดมีความรุนแรงไม่ได้การแก้ไขจะนำไปสู่การจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อลดลงความสามารถในการเดินลดลงจากการศึกษาการจัดการความปวด หลังผ่าตัดพบว่าการใช้ความเย็นประคบแพลงทำให้เซลล์เม็ดเยื่ออลดการเผาผลาญ พลังงานและลดการ หลังของสารเคมีที่เกิดจากเซลล์เม็ดเยื่อถูกทำลาย เช่น พรอสตาแแกนдинทำให้การอักเสบลดลง รวมทั้งหลอดเลือดส่วนปลายหลอดตัวเพิ่มความหยุดหย่อนของกล้ามเนื้อลดความตึงตัวทำให้ความปวดลดลง (Lin, 2001) ส่งผลให้อาการปวดลดลงความเย็นช่วยลดความรู้ของกระบวนการการส่งสัญญาณประสาทรับความเจ็บปวดทำให้เลี้นประสาทส่งผ่านสัญญาณไปตามไขสันหลังและสมองลดลงทำให้ความปวดลดลง (Adie, Naylor & Harris, 2010) และการประคบเย็นในเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บหลังผ่าตัดทำให้หลอดเลือดหดตัว ลดการไหลเวียนของเลือดลดการบาดเจ็บและการอักเสบของเนื้อเยื่อลดความลาม การส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองและไขสันหลังทำให้ความปวดลดลง (Adie, Kwan, Naylor, Harris & Mittal, 2012; Perry, Potter, Ostendorf, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเย็นมีผลลดอาการปวดแพลงผ่าตัด ลดการใช้ยาแก้ปวดเพิ่มความทนต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Adams, 2008) เมื่ออธิบายตามทฤษฎีควบคุมประสาทจะส่งให้รับดับไขสันหลัง (Gate control) ได้รับความเย็นสามารถลดปวดโดยไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทในสมองทำให้ยับยั้งการรับรู้ความปวดในสมองใหญ่ (Cerebral cortex) ทำให้การรับรู้ความปวด

ลดลงด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องด้วยการใช้ความยืนประกอบ แต่ยังมีประเด็นที่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการความปวดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ที่พบว่าผู้ป่วยยังใช้ยาลดปวดสูงถึง ร้อยละ 68.3 เนื่องจากการลดปวดด้วยการรับประทานยาเป็นวิธีที่ง่าย รวดเร็ว การระงับปวดด้วยการใช้ยา มีการใช้กันเป็นที่แพร่หลาย เนื่องจากสามารถลดอาการปวดได้เป็นอย่างดีและเร็ว ทั้งนี้การเลือกใช้ยาจะช่วยลดปวดจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเชิงกล ในการออกแบบยาที่เลือกใช้ ขนาดที่เหมาะสม ข้อควรระวัง รวมไปถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้กับผู้ป่วยบริหารยาจะต้องพิจารณาปัจจัยที่สำคัญ ที่สุดแก่ผู้ป่วยจะต้องประกอบไปด้วยปัจจัยที่สำคัญ ที่สำคัญ ที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจของผู้ให้การรักษาและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทั้งนี้จะต้องอาศัย การประเมินความปวดที่ถูกต้อง เพื่อดูความต้องการของผู้ป่วย ประสิทธิผลของยาและผลข้างเคียง การเลือกชนิดของยาที่ออกฤทธิ์ในตำแหน่งที่ทำให้เกิดความปวด ขนาดและวิธีการบริหารยา

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลคนเองร่วมกับการวางแผนจัดการความปวดด้วยตนเองได้ในระดับหนึ่ง ดังนั้นพยายามควรนำ การประคบรียนมาใช้ในการลดปวดแหล่งผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่า ซึ่งเป็นวิธีการที่ง่ายและประหยัด และควรส่งเสริมการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งต้นจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการความปวดได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำแนวปฏิบัติการดูแลคนเองร่วมกับการวางแผนจัดการความปวดที่ผู้ป่วยเป็นรูปแบบหลังผ่าตัดกระดูกและข้อ เพื่อลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งการดูแลคนเองข้าหลายครั้ง อย่างต่อเนื่องจึงจะส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งต้นด้วยการใช้ความยืนลดปวดได้มีประสิทธิผลเพิ่มสูงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ธวัช ประสาทฤทธา และคณะ. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยอวัยวะปีดิกซ์. กรุงเทพฯ:สหกิจพิมพ์พิรินทร์ติํเอนด์บลิลชิง.
- Adams, ML, Armini, GJ. (2008). Nonpharmacologic pain management intervention. *Clin Podiat Med Surg.* (25): 409–29.
- Adie S, Justine M, Naylor JM, Harris IA.. (2010). Cryotherapy after total knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Arthroplast.* 25(5): 709–15.
- Adie S, Kwan A, Naylor JM, Harris IA, Mittal R. (2012). *Cryotherapy following total knee replacement (Review)*. The Cochrane Collaboration: John Wiley & Sons Ltd.
- Baird CL. (2001). First-line treatment for osteoarthritis part I : Pathophysiology, assessment, and pharmacologic interventions. *Orthop Nurs* 20(5): 17–24.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*. (52): 1–2.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for behavioral sciences*. 2 nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Merle-Vincent F, Couris CM, Schott AM, Perier M, Conrozier S, Conrozier T, et al . (2007). Cross-sectional study of pain disability at knee replacement surgery for osteoarthritis in 299 patients. *Joint Bone Spine*. (74): 612–6.
- Lin GJ, Cheng SJ, Shih SC, Chu CJ, & Tjurg JJ. (2012). Discharge Planning. *International Journal of Gerontology*. 237–240.
- Perry AG, Potter PA, & Ostendorf WG. (2014). *Clinical nursing skills & techniques : therapeutic use of heat and cold*. 8 th ed. St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Kupniratsaikul W. (2009). Osteoarthritis was found in younger adults: Doctor's warning. *The Matichon Post [serial online]* 2009 [cited 2009 July 29]: 32(11463). Available from URL: http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1248771316&grpid=01&catid=04.
- Toye FM, Barlow J, Wright C, Lamb SE. (2006). Personal meanings in the construction of need for total knee replacement surgery. *Social Science & Medicine*. (63): 43–53.
- Woolf AD, Akesson K. (2001). Understanding the burden of musculoskeletal conditions. The burden is huge and not reflected in national health priorities. *BMJ*. (322): 1079–80.



การสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ : กรณีศึกษาชุมชนสะแกราย จังหวัดนครปฐม

The Communication of Coronary Artery Disease (CAD) Warning signs : The Case Study of Sakaerai Community in Nakhon Pathom Province

ลัตดาวรรณ เลียงอ่อน*
ณัฐพร คุณโน*
เมธารี ดวงจินดา*
กานกรรณ ชัยลิทธีสังวน*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ของประชาชนชุมชนสะแกราย ตำบลดอนยายหอม จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง มกราคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค เท่ากับ .86 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 46-88 ปี อาชีพเกษตรกรรม และป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ภัยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p-value < .01$ และพบว่าภัยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p-value < .001$

ผู้วิจัยเสนอแนะว่า โปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่ม และการใช้สื่อสุขภาพที่เหมาะสม เป็นวิธีการสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปประยุกต์กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเรื้อรังต่างๆ ในชุมชน เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดหัวใจ/การสื่อสารสัญญาณเตือน

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตีียน

Abstract

This research project is a quasi-experimental single-cohort study with pretest-posttest control group design. The main objective of studying the effect (CAD) warning signs program, implemented in Sakaerai Community in Tambon Donyaihom, Nakhon Pathom Province. The sample consisted of 30 patients with high-risk for developing CAD. Data were collected between October 2016 and January 2017. The tools utilized were knowledge test and questionnaire assessing the behaviors that would lead to disease prevention. The quality of the tools was evaluated by 3 experts in this field, with the confidence level of .86 and .93 for the knowledge test and questionnaire, respectively. The collected data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

The data revealed that the majority of the sample was female, age 46–88 years, working in the agricultural sector, and having chronic health

conditions such as hypertension, diabetes mellitus and hyperlipidemia. After enrolling in the of CAD program, the subjects attained higher scores in knowledge about CAD when compared to the scores prior to the enrollment. The difference was statistically significant, with p -value <0.01. The scores for preventative behavior after enrolling into this program were also higher when compared to the scores prior to the enrollment, with statistic significance and p -value <0.001.

The investigator concludes that, by using group learning and appropriate health media, the CAD warning signs program is effective in reducing the risk of developing CAD. Therefore, practicing nurses and other health professionals should utilize this program and apply it to high-risk patients with chronic diseases in the community in order to reduce the incidence of said diseases in the future.

Keywords: Coronary Artery Disease/ Warning Signs Communication

ความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดของประชากรโลก คาดว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 25 ล้านคน/ปี โดยผู้ป่วยโรคหัวใจประมาณ 19 ล้านคน เป็นผู้ที่อยู่สถานะเศรษฐกิจต่ำถึงปานกลางของประเทศไทย ส่วนสถิติในประเทศไทยชี้ว่าเมริการพบว่า มีประชากรถึงแก่กรรมจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นอันดับ 1 ของ

ประเทศไทย ในประเทศไทยพบว่าเป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากมะเร็งและอุบัติเหตุจราจร และอัตราการตายฟุ้งขึ้นถึงร้อยละ 17 สูงกว่าต่างประเทศ 2 เท่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) โดยมีผู้เสียชีวิตปีละประมาณ 18,000 ราย สาเหตุส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 เกิดมาจากล้มเนื้อหัวใจขาดเลือดจากปัญหาหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจดีบตัน พบร้อยละประมาณ 22,000 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมักจะถึงแก่กรรม ก่อนมาถึงโรงพยาบาล และผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เนื้ยบพลันเหล่านี้เสียชีวิตภายใน 1 ปี

จากการศึกษาโดยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ปี พ.ศ. 2554 มีจำนวน ต่อแสนประชากร 189,234 ราย เสียชีวิต จำนวน 14,422 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.47 และใน ปี พ.ศ. 2555 เสียชีวิต จำนวน 15,070 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.45

องค์การอนามัยโลก (World health Organization : WHO, 2007) รายงานว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหlod เลือดหัวใจเติบ มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหlod เลือดหัวใจเติบหัวใจจากจำนวน 4.83 ล้านคนในปี 2010 จะเพิ่มเป็น 6.9 ล้านคนในปี 2030 ซึ่งจะเป็นสาเหตุ การตายอันดับแรกของโลก ทั้งนี้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหlod เลือดหัวใจจะมีอาการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial infarction) ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยร้อยละ 5-10 ที่รอดชีวิตจะเกิดอาการเฉียบพลันจากโรคหัวใจช้า อีก นอกจากเป็นสาเหตุให้ถึงแก่ชีวิตแล้วยังทำลายกล้ามเนื้อหัวใจ ลดประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) รุนแรงขึ้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ต้องเข้าถึงการรักษาเพื่อให้เกิดภาวะมีเลือดกลับไปเฉียบกล้ามเนื้อหัวใจได้ทันเวลา

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการกำหนดไว้ในนโยบายแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 โดยมีเป้าหมายหลัก 5 ข้อ และเกี่ยวข้อง กับกลุ่มโรคไม่ติดต่อรือรัง (Non Communicable Disease: NCD) จำนวน 3 ข้อ คือ 1) ประชาชน ชุมชนท้องถิ่นและภาครัฐร่วมมือศักยภาพ สามารถสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ มีการใช้กฎหมายไทยและมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพ

ของตนเองและสังคมได้ 2) มีระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยที่梧พอ ทันการณ์และสามารถจัดการปัญหาภัยคุกคาม สุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) มีระบบสุขภาพเชิงรุก ที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเพื่อให้คนไทยแข็งแรง ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา มีวัตถุประสงค์ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลวิธีและมาตรการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรองและจัดการโรคเรื้อรังให้เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค แผนงานหรือโครงการที่ส่วนสนองตอบต่อแผนและนโยบายระดับประเทศ ในงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการยอมรับว่ามีบทบาทโดดเด่นให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมมือ ที่สำคัญ ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 โดยมีเป้าหมายหลัก ในการลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหlod เลือดสมองและโรคมะเร็ง โดยมุ่งใน 5 ประเด็น ได้แก่ ลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการเสียชีวิตและลดภาระค่าใช้จ่าย

จากการรายงานสถานการณ์ปัญหาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในเขตบริการสุขภาพที่ 5 (พ.ศ.2558) พบอัตราการป่วยและตายจากโรคนี้สูงอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยโรคหัวใจและหlod เลือด 5,735.30 ราย ต่อประชากรแสน คน ในที่นี้เป็นผู้ป่วยใหม่ที่มีอายุต่ากว่า 39 ปี จำนวน 29 ราย อายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 45 ราย ซึ่งแนวโน้มผู้ป่วยโรคหัวใจและหlod เลือด จะเกิดกับผู้ป่วยที่อายุต่ากว่า 50 ปี เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดครปฐมได้นำนโยบายส่งเสริมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอตั้งกล่าวมาประยุกต์ในพื้นที่โดยได้ถ่ายทอดแนวคิดและนโยบายสู่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลตามลำดับ อีกทั้งได้เริ่มดำเนินการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหlod เลือดหัวใจ เนื่อง ผู้ที่มีโรคประจำตัว ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไปในบางพื้นที่แต่ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัด ที่สำคัญที่สุดคือยังไม่

มีการศึกษา เพื่อพัฒนาศักยภาพการจัดการปัญหา ความเจ็บป่วยแบบมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน

ชุมชนสะแกราย อำเภอเมือง เป็นชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลดอนยายหอม และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เมืองนครปฐม มีจำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านคลองโโยง หมู่ที่ 5 บ้านดอนทอง และหมู่ที่ 6 บ้านคลองโโยง ใหม่ มีประชากร 3,909 คน และจำนวนหลังคา เรือนทั้งสิ้น 1,007 ครัวเรือน ยังไม่ได้รีบดำเนินการ ตรวจตัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม จึงยังไม่สามารถบุกถล่มลึกลงของโรคนี้ เช่น ผู้ที่มีโรคประจำตัว ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้อย่างชัดเจน ทำให้การกำหนดมาตรการ หรือโครงการเพื่อการป้องกันโรคยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

มหาวิทยาลัยคริสต์ียนธนกถีการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพเพียงของประเทศ จึงได้ร่วมกับสถาบันเครือข่ายวิจัยอุดมศึกษา ภาคกลางตอนล่าง จัดทำโครงการวิจัย เรื่อง การสื่อสารการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ : กรณีศึกษาชุมชนสะแกราย จังหวัดนครปฐม เพื่อกำหนดมาตรฐานหรือ มาตรการป้องกันจัดการสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงและยกระดับคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่าง ก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสาร อาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นอย่างไร

2. รูปแบบการสื่อสารการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเบรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคและสภาวะสุขภาพ

ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง ก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

สมมติฐานของการวิจัย

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคและสภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างภายหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

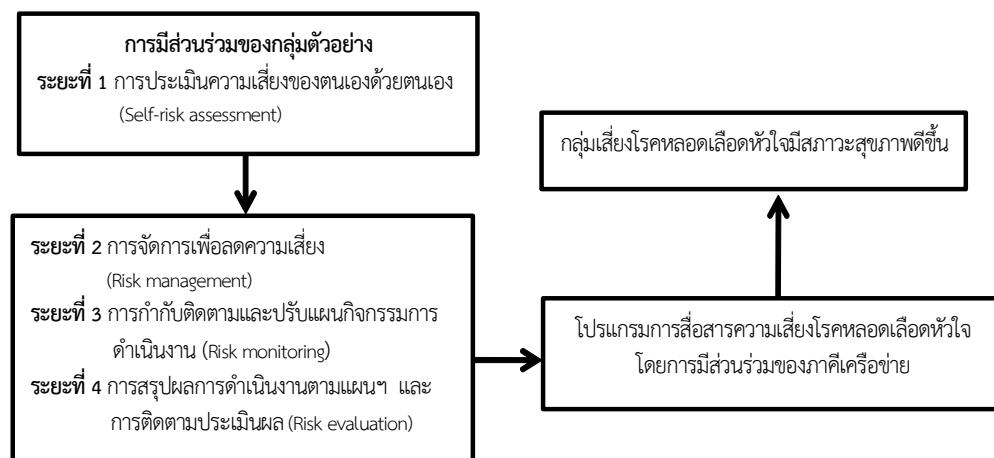
กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนา มาจากการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health risk communication) ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานของ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease: NCDs) ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดบริการอย่างเป็นระบบ ที่สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคได้พัฒนาขึ้น ภายใต้แนวคิด Chronic care Model การพัฒนา โปรแกรมที่ประยุกต์จากแนวคิดนี้ ช่วยให้ประชาชนรู้จัก วิธีรักษาสุขภาพของตนเองและของบุคคลใกล้ชิด สามารถ ช่วยกระจาย ข่าวสารความรู้ให้แก่ประชาชนช่วยทำให้ ประชาชนนรู้วิธีหลีกเลี่ยงป้องกัน ลดความตื่นตระหนก ของประชาชน ช่วยให้หน่วยงานสามารถปรับรูปแบบการ ให้บริการ หรือแก้ไขปัญหาข้อบกพร่องของการให้ บริการได้ดี เปิดโอกาสให้ประชาชนหรือสาธารณะนิ่ง ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนาระบบสุขภาพของ สังคม และลดต้นทุนของการบริการด้านสุขภาพ (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, 2555)

จากการบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัย ได้นำองค์ประกอบของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยง ทางสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง ของ เมธาวี ดวงจันดา (2558) มา吟เคราะห์ และพัฒนาเป็น โปรแกรมการสื่อสารการเตือนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

โรคหัวใจขาดเลือดในชุมชน ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสาเหตุและอันตรายของโรคเพื่อนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงและเกิดความร่วมมือต่อแผนการรักษาที่ดี 2) การจัดการเพื่อลดความเสี่ยง (Risk management) ผู้วิจัยให้ข้อมูลสุขภาพผ่านการใช้สื่อสุขภาพที่หลากหลายและเร้าความสนใจ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเตือน (Warning signs) 3) การกำกับดูแลและการประเมินผล (Risk monitoring

and evaluation) (เมธาวี ดวงจันดา นงพิมล นิมิตรอันเนท และศศิธร รุจนะเวช, 2558) 4) การสรุปผลการดำเนินงานตามแผนและการติดตามประเมินผล (Risk evaluation) โปรแกรมฯ นี้เน้นการสื่อสารแบบสองทาง จากทีมสุขภาพและกลุ่มเสี่ยง ในการเลิกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและสื่อสุขภาพที่สอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชน ภายใต้บรรยายกาศที่เป็นมิตรและให้เกียรติกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความสำเร็จของการสื่อสาร



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย พัฒนาจากโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โรคหลอดเลือดสมองของ เมธาวี ดวงจันดา และคณะ (2558)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ของประชาชนชุมชนสังกերาย ตำบลตอนน้ำทอม จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มที่นึง เปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง ใช้การเก็บข้อมูล

แบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์แนวคิดเชิงทฤษฎีการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพของรอธ์แมนและคิวินีเม (Rothman & Kiviniemi, 1999) และรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงของโรห์ร์มานน์ (Rohrmann, 1999) มาสร้างเป็นโปรแกรมฯ ประกอบด้วย แผนการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่มและการติดตามเยี่ยมบ้าน ดังมีรายละเอียดตามแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วย ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ที่หมู่ 1 ชุมชนสละ袈ราษ ตำบลดอนนายหอม จังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งสิ้น 3,909 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 15 ขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในชุมชนสละ袈ราษ ตำบลดอนนายหอม จังหวัดนครปฐม และได้รับการประเมินคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk, 2557) ว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยง (Risk group) และเสี่ยงสูงมาก (High risk group) คือมีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ปัจจัยขึ้นไป มีผลตัวล้มปั้นอยู่ดี สามารถลื่อสารและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมฯ ได้ จำนวนทั้งสิ้น 30 คน ผู้สั่งนร่วมในการวิจัย (Participants/Key informants) ประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้บริหารและ/กรรมการ/ตัวแทนขององค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกเป็นเครื่องมือที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเครื่องมือที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ตัดแบ่งมาจากการรายงานการศึกษาผลพิธีของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสมุทรสาคร ของเมธารี ดวงจันดา (2558) เนื่องจากมีข้อความตรงตามประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาและถูกต้องตามหลักวรรณกรรมที่ได้ทบทวนมา

และเป็นการศึกษาในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่นกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ และปรับแก้ข้อความบางข้อให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา ประกอบด้วย

- แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและสภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย คำถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพรายได้ โรคประจำตัว และข้อมูลสภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล ในเลือด ระดับไขมันในเลือด

- แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบวัดแบบถูก-ผิด คุณແเนတ์ม 15 คุณແเนด์ร์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) 1.0 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่า Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ .86

- แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 10 ข้อ โดยสอบถามถึงความถี่ในการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดและด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) 1.0 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลfa cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .93

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่

- ระยะเตรียมการ ได้แก่ การติดต่อประสานงาน การรวบรวมข้อมูลและการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1-2

2. ระยะกิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การประเมินความเสี่ยงและการจัดการกับความเสี่ยง เป็นชุดของกิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อกระตุ้นให้เกิดกระบวนการการเรียนรู้แบบกลุ่ม ร่วมกับการให้ข้อมูลสุขภาพจากผู้วิจัย ผ่านการใช้สื่อสุขภาพที่หลากหลาย โดยมีแนวทางการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบการสื่อสาร 2 ทาง

3. ระยะการกำกับติดตามความเสี่ยงผู้วิจัย ติดตามเยี่ยมบ้านคนละ 2 ครั้ง ในช่วงสัปดาห์ที่ 4-6 ของการเก็บข้อมูล

4. ระยะการประเมินผล นัดหมายเพื่อประเมินผลรายบุคคล ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ศึกษา ในช่วงเวลาของวันนัดตรวจโรคเรื้อรังหรือวันนัดตรวจเลือดของกลุ่มตัวอย่างในรายที่นัดหมาย 1 เดือน หากในรายที่ยังไม่ครบกำหนดนัดตรวจโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยจะนัดหมายตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกภายในสัปดาห์ที่ 7-8 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้มีการประสานงานกับผู้นำชุมชน ผู้นำสุขภาพในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอนามัยหอม อasa ส้มครับประจำหมู่บ้านสะแกราย และทำหนังสือ

ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดอนนายหอม เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยมีการเตรียมการด้านเทคนิคการเก็บข้อมูล อาทิ เทคนิคกระบวนการกลุ่ม เทคนิคการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ก่อนลงมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมกลุ่มด้วยตนเอง แนะนำ ตนเองแก่สมาชิกกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและให้สมาชิกกลุ่มลงนามยินยอมในใบพิทักษ์ลิทเทิร์ชเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่ม ณ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำการศึกษา โดยมีระยะเวลาดำเนินการ ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง มกราคม พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิติ Dependent t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรความรู้เรื่องหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาหารเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ($n=30$)

ความรู้เรื่อง โรคหลอดเลือดหัวใจ	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		t	p - value		
	\bar{x}	S.D.	โปรแกรมฯ	แปลผล				
ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	.87	.17	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-3.95	.00***
ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ	.82	.27	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-3.66	.00***
ความรู้เกี่ยวกับความรู้แรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.93	.20	ดีมาก	.99	.05	ดีมาก	-1.86	.07
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม	.87	.19	ดีมาก	.99	.02	ดีมาก	-3.59	.00***

*** $p < .001$

จากการที่ 1 พ布ว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการลี่อสารอาหารเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = .93$, S.D. = .20) และรองลงมา คือ ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = .87$, S.D. = .17) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนน

เฉลี่ยต่ำสุด คือ ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = .82$, S.D. = .27) ภายนอกการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พ布ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นทั้ง 3 ด้าน เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมภายนอกการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการลี่อสารอาหารเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ($n=30$)

ความรู้ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		การแปลผล	t	p - value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
1. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน.....	.86	.34	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-2.11 .04*
2. ที่ขับแบบลงพุง.....	.86	.35	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-2.11 .04*
3. ผู้ที่รับประทานอาหาร.....	.93	.25	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-1.44 .16
4. ผู้ที่สูบบุหรี่หรือสูดมวนบุหรี่.....	.80	.41	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-2.99 .01**
5. ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ.....	.90	.31	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-1.79 .06
6. ผู้ที่มีความเครียดสูง.....	.90	.31	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-1.79 .08
7. ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม	.87	.17	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-3.95 .00***

* p - value .05

** p - value .01

*** p - value .001

จากการที่ 2 พ布ว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการลี่อสารอาหารเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดด้านความรู้ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ ผู้ที่รับประทานอาหารปรุ่ง รสเด็มจัด เช่น ไส้แนบปลา ซีอิ๊ว อาหารหวานจัด เช่น น้ำอัดลม ขนมడ็ก ขนม ฟอยทอง และหารที่มีไขมันสูง เช่น ของทอด กะทิ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = .93$, S.D. = .25) และรองลงมา คือ ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ถึง 4 ครั้ง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าคนที่ไม่ออกกำลังกาย และที่มีความเครียดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

โรคหลอดเลือดหัวใจได้ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = .90$, S.D. = .31) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้ที่สูบบุหรี่หรือสูดมวนบุหรี่ หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มซึ่งกำลัง เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = .80$, S.D. = .41) ภายนอกการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พ布ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นทั้ง 3 ด้าน เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมภายนอกการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p = .00)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ($n=30$)

ความรู้สึกเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		การแปลผล	t	value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
1. อาการเจ็บแน่นหน้าอก.....	.87	.35	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-2.11 .04*
2. ที่เมื่อยล้าโดยไม่มีสาเหตุ....	.73	.45	ดี	1.00	.00	ดีมาก	-3.25 .04*
3. หายใจเหนื่อยหรือหอบ86	.35	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-2.11 .16
4. เรียนศีรษะ หน้ามืด.....	.87	.35	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-2.11 .01**
5. ปวดท้อง บ้างครั้ง.....	.77	.43	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-2.97 .01**
6. ความรู้สึกเกี่ยวกับอาการเตือนโรค	.82	.27	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-3.66 .01**
หลอดเลือดหัวใจโดยรวม							

* p - value .05

** p - value .01

จากตารางที่ 3 พบร้า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดด้านความรู้สึกเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก เหมือนมีของหนักทับ เจ็บใต้กรามด้านซ้าย อาจเจ็บร้าวไปถึงขากร大雨และแขนซ้าย และ เวียนศีรษะ หน้า มีดละเบ็นลม หรือหมดสติอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = .87$, S.D.= .35) และรองลงมา คือ หายใจเหนื่อยหรือหอบ หายใจไม่ออกร นอนราบไม่ได้ อุญในระดับดีมาก

($\bar{x} = .86$, S.D. = .35) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เมื่อยล้าโดยไม่มีสาเหตุ ที่แขน หรือที่เมื่อย หรือที่ขากร大雨 อุญในระดับดี ($\bar{x} = .73$, S.D. = .45) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบร้าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นทุกข้อ เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .01$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ($n=30$)

ความรู้สึกเกี่ยวกับความรุนแรงโรคหลอดเลือดหัวใจ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		การแปลผล	t	p - value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอาจมีความพิการจากสมอง	.90	.31	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-1.80 .08
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องจำกัดการออกแรง.....	.93	.25	ดีมาก	.96	.18	ดีมาก	-.57 .57
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะทำให้เกิดโรคหัวใจaway.	.93	.25	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-1.43 .16
4. การเจ็บปวดของโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เป็นภาระ	.93	.25	ดีมาก	1.00	.00	ดีมาก	-1.44 .16
5. ความรู้สึกเกี่ยวกับความรุนแรงโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม	.93	.20	ดีมาก	.99	.05	ดีมาก	-1.86 .07**

จากตารางที่ 4 พบร้า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และเมื่อพิจารณารายข้อ จะพบว่า ในทุกข้อจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคุณภาพนัดเฉลี่ยพัฒนาระบบการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ($n=30$)

พัฒนาระบบการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		การ ประเมิน	t	p - value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
ด้านการบริโภคอาหาร	1.70	.68	ดี	3.00	1.93	ดีมาก	-3.63 .00***
ด้านการออกกำลังกาย	1.96	.85	ดี	2.75	.41	ดีมาก	-5.25 .00***
ด้านการจัดการความเครียด	2.34	.55	ดีมาก	2.81	.35	ดีมาก	-4.14 .00***
ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป	2.80	.44	ดีมาก	2.98	.09	ดีมาก	-2.16 .04*
การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม	2.20	.34	ดี	2.89	.49	ดีมาก	-6.92 .00***

* p - value .05

*** p - value .001

จากตารางที่ 5 พบร้า ก่อนการเข้าร่วม โปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านที่มีค่าคุณภาพนัดเฉลี่ยสูงของพัฒนาระบบการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ ด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 1.70$, S.D.=.68) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบร้าค่าคุณภาพนัดเฉลี่ยสูงขึ้นทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบค่าคุณภาพนัดเฉลี่ยพัฒนาระบบการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .00$)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าคุณภาพนัดเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและพัฒนาระบบการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ($n=30$)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		การ ประเมิน	t	p - value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ	.87	.19	ดีมาก	.99	.02	ดีมาก	-3.58 .00***
พัฒนาระบบการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	2.20	.34	ดี	2.89	.49	ดีมาก	-6.92 .00***

*** p - value .001

จากตารางที่ 6 พบร้า หลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและพัฒนาระบบการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบร้า ค่าคุณภาพนัดเฉลี่ย

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและค่าคุณภาพนัดเฉลี่ยพัฒนาระบบการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .00$)

อภิปรายผลการวิจัย

กรณีที่ 1 ผลลัพธ์ของโปรแกรม การสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการคุ้มครองสุขภาพบุตรที่ดีต่อสุขภาพของบุตรและสุขภาพของแม่ ทำให้เกิดความพึงพอใจสูงสุดในส่วนของการดูแลด้านสุขภาพบุตร ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ แต่ในส่วนของการดูแลด้านสุขภาพแม่ ผลลัพธ์ไม่ได้ตามที่คาดหวังไว้ คือแม่ที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อสุขภาพของตัวเองลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมโครงการ สาเหตุที่อาจทำให้เกิดผลลัพธ์เช่นนี้ อาจมีสาเหตุมาจากความต้องการของแม่ที่ต้องดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด ทำให้她们มีเวลาและพลังงานน้อยลงในการดูแลตัวเอง จึงทำให้她们ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ดีเท่าเดิม ดังนั้น ควรปรับเปลี่ยนเนื้อหาและวิธีการสอนให้更适合 แม่ที่เข้าร่วมโครงการ หรือเพิ่มเติมส่วนของการดูแลตัวเองให้มากขึ้น ทั้งนี้ ยังต้องคำนึงถึงความต้องการและความต้องการของบุตรด้วย จึงจะสามารถบรรลุเป้าหมายของการดูแลที่ดีที่สุด

กรณีที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสื่อสารอาชญากรรมโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการลือสาร 2 ทาง ระหว่างฝูงให้ข้อมูล (กรุ๊ป) กับผู้รับข้อมูล (กลุ่มตัวอย่าง) ในการสนทนาระบบที่ประดิษฐ์ ปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจ

โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือ ข้อสังเขปได้ตลอดเวลา ทั้งระยะการดำเนินกระบวนการ กลุ่มและระยะการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้กลุ่ม ตัวอย่างสามารถประเมินความเสี่ยงของตนเองได้ ได้ คิดและวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเองว่าความเสี่ยงเกิด จากสาเหตุใด จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนัก และไม่ต้องการป่วยเป็นโรคนี้ ผู้จัดใช้การสื่อสารที่ เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ยอมรับในความคิดเห็นที่ แตกต่างและหาแนวทางการช่วยเหลือเฉพาะราย (Sokol, 2003, : อ้างถึงใน เมธาร์ ดวงจันดา, 2558) เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและปฏิบัติได้จริงตามความ สมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีลักษณะพิเศษ นั่นๆ ทุกกรรมดำเนินการทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิด ความไว้วางใจและเชื่อมั่น ทั้งนี้ผู้จัดต้องเตรียมความ รู้และมีความเชี่ยวชาญรึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจกับการ ป้องกันโรคเป็นอย่างดี เพื่อให้ข้อมูลและตอบปัญหา ลูกภาพแก่กลุ่มตัวอย่าง ป้องกันการให้ข้อมูลที่ผิดพลาด กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประพิ กิตติบุญภัลัย และคณะ (2558) ที่ศึกษาผลการรับรู้ ลัญญาณเตือนโรคหลอดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ที่ เข้ารับ การรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ แผนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรี ผลการ ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับสูงมาก มีการรับรู้ เกี่ยวกับลัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองน้อยที่สุด ดังนั้น ทีมสุขภาพเจึงควรให้ความสำคัญในการเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสาร วิธีการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอด เลือดหัวใจ ที่ส่งเสริมให้เกิดการป้องกันเพื่อป้องกัน ให้ความสำคัญในการดูแล กำกับ ติดตาม ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดหัคคะติเชิงบวกและ เกิดความรู้สึกตั้งใจอยากปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน มากกว่าแนวทางการสื่อสารที่ไม่ส่งเสริมความสามารถ ของผู้ป่วย สอดคล้องกับ นิยมั่นที่ สำนักงาน และ ดวงกมล ชาติประเสริฐ (2557) ที่เสนอแนวทาง การ สื่อสารด้วยการส่งเสริมความสามารถในตนทำให้กลุ่ม

เลี่ยงสูงโรคเมือง大城市 และโรคหัวใจ ส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกและเกิดความรู้สึกตั้งใจอย่างปฏิบัติพุทธิกรรมป้องกันมากกว่าแนวทางการสื่อสารที่ไม่ส่งเสริมความสามารถในตน นอกจากนี้ อัชชีสัน (Hutcheson, 1999 : อ้างถึงใน เมธารี ดวงจินดา, 2558) ที่เสนอว่า การกิจกรรมของการสื่อสารความเสี่ยงคือ การให้ข้อมูล เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายของสิ่งคุกคามและเกิดความรู้ความเข้าใจในข้อมูลชัดเจนยิ่งขึ้น การศึกษาครั้งนี้ทำการสื่อสารแบบ 2 ทาง มาก่อนจากตัวผู้สื่อสาร ซึ่งนำมานำเสนอการในการบวนการสุ่มและการติดตามเยี่ยมบ้าน

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพุทธิกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งในภาวะวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีกระบวนการภาระในการสื่อสาร ดังนี้

การประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ทำความเสี่ยงของตนเองและของสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่ม รวมถึงประชาชนโดยทั่วไป ในจังหวัดที่อาศัยอยู่ ซึ่งแตกต่างจากลักษณะการให้บริการรูปแบบเดิม ที่ไม่ได้จัดโอกาสหรือกิจกรรมนี้อย่างเป็นรูปธรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่า ตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างได้คิดวิเคราะห์ด้วยตนเอง พิจารณาอย่างถ่องแท้จากการข้อคำถามตามแบบคัดกรอง ในแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) จากนั้นกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจและพิจารณา ยอมรับความเสี่ยงของตน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการเรียนรู้เพื่อทำให้ตน了解มีความปลอดภัยต่อการเกิดโรคดีมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างตั้งมั่นว่าจะลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ รอธเมน และคิริโน่มิ (Rothman, 1999) และอินฟานติและคณะ (Infanti et al., 2013) ที่เชื่อว่า การเก็บัญหาสุขภาพ ต้องเริ่มจากกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับข้อมูลหรือข่าวสารทาง

สุขภาพ ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างต้องแท้และตระหนักถึงอันตราย แล้วนำไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือการลดความเสี่ยงด้วยตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างต้องแท้และตระหนักถึงอันตราย จึงนำไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือการลดความเสี่ยงทางสุขภาพด้วยตนเองได้

การจัดการความเสี่ยง ผู้วิจัยทำหน้าที่ให้ข้อมูลสุขภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับความเสี่ยงนั้น โดยใช้ลีอสุขภาพที่มีความหลากหลาย และเข้าใจง่าย โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมนั้นๆ เช่น การให้กลุ่มตัวอย่างผสานน้ำหวานแทนน้ำอัด และใช้ส่ายยังไส จำลองเป็นหลอดเลือดที่หัวใจ จากนั้นนำน้ำหวานใส่ในหลอดเลือดจำลองที่มีก้อนเลือดหรือเศษไขมันที่อุดตันในหลอดเลือด ทำให้ลีอสุขภาพนี้สังเคราะห์และเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในที่สุด การใช้ลีอสุขภาพหลายชนิดในการเรียนรู้แบบกลุ่มครั้งนี้ ช่วยสนับสนุนให้เข้าใจข้อมูลที่ได้รับโดยง่าย สามารถเชื่อมโยงและจัดจำได้ในระยะยาว ดังนั้น เมื่อผู้วิจัยได้เยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่าง จึงยังคงสามารถจำความรู้นั้นได้ สอดคล้องกับแนวคิดของล็อกกีสตีเวนสัน (Stevenson, 2004) และอินฟานติ และคณะ (Infanti et al., 2013 : อ้างถึงใน เมธารี ดวงจินดา, 2558) ซึ่งกล่าวว่า การถ่ายทอดข้อมูลความเสี่ยงทางสุขภาพสู่ประชาชน ต้องสามารถเข้าใจได้ง่าย และมีการเผยแพร่หน้าร่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความกระจงนำไปสู่การลดความเสี่ยงทางสุขภาพ

ระยะการกำกับติดตามความเสี่ยง โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถจดจำข้อมูลได้ทั้งหมด แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพุทธิกรรมได้ ผู้วิจัยจึงเบิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามผู้วิจัยทุกประเด็นที่สงสัยและสามารถช่วยทางออกให้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นปัจจุบุคคล ทำให้แก้ปัญหาได้ตรงประเด็น สอดคล้องกับโรห์ร์มานน์ (Rohrmann, 2008) กล่าวว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพุทธิกรรมเสี่ยงแล้ว ควรมีการกำกับติดตามพุทธิกรรมนั้น เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงกลับไปมีพุทธิกรรมที่ไม่พึงประสงค์อีก

ระยะการประเมินผล ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินผล โดยการวัดความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลปรากฏว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ $p-value < .001$ แสดงให้เห็นว่าการสื่อสาร 2 ทาง โดยผ่านสื่อที่เข้าใจง่ายและมีการกำกับติดตาม เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมที่ดีขึ้น ยืนยันแนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health risk communication) ของ Rothman และ Kiviniemi (Rothman & Kiviniemi, 1999) ที่เชื่อว่าการเก็บปัญหาสุขภาพต้องเริ่มจากกลุ่มเสี่ยง ต้องได้รับข้อมูล/ข่าวสารทางสุขภาพ ที่ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้และตรหดถึ่งอันตรายแล้วนำไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือการลดความเสี่ยงด้วยตนเอง สองคลัสเตอร์กับแนวทางการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดของ นิตยา พันธุ์เวชย์ และคณะ (2554) ที่ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยง จากบริบทและสิ่งแวดล้อม ช่องทางการรับของข้อมูลข่าวสาร ความเสี่ยงและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค โดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง การสื่อสารความเสี่ยงจะมีข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความเสี่ยง ปฏิบัติตามรูปแบบ/แผนการสื่อสารความเสี่ยงและมีการติดตามประเมินผล โปรแกรมนี้เน้นการสื่อสารสองทางเช่นเดียวกับแนวคิดของสตีเวนสัน (Stevenson, 2004 : อ้างถึงใน เมราวี ดวงจันดา, 2558) ที่เห็นความสำคัญกับการสื่อสาร 2 ทาง ระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ใน การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพโดยใช้สื่อสุขภาพที่หลากหลายและเข้าใจถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ภายใต้บรรยายกาศที่เป็นมิตรและให้เกียรติกัน ระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้รับบริการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญในประเด็นนี้ จึงได้มีการเตรียมการไว้เป็นอย่างดี ได้แก่ ผู้ส่งสาร (ผู้จัด) ได้เตรียมความพร้อมในเรื่องของทักษะ

การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ สำหรับผู้รับสาร (กลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มเสี่ยง) ได้มีการนัดหมายก่อนทำการอบรมกลุ่มล่วงหน้า ทำข้อตกลงกับกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ด้วยความสมัครใจ อีกทั้งข้อความสุขภาพที่ใช้ในการสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้เกิดความสำเร็จของการสื่อสารความเสี่ยง สอดคล้องกับแนวคิดของ Rohrmann (Rohrmann, 1999) ที่ให้ความสำคัญกับทุกองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสารความเสี่ยง ได้แก่ ผู้ส่งสาร ผู้ส่งสารและข้อความซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์กันทุกขั้นตอนของการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ

สรุปงานวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งเป็นผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่ 3 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไปนั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุระหว่าง 51-60 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.66 ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 86.66 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 66.67 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.00 และโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 40.00 มีครอบครัว (ญาติสายตรง) เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจหรือภาวะหัวใจขาดเลือดร้อยละ 6.67 และสูบบุหรี่ร้อยละ 10.00 เส้นรอบเอวมากกว่าส่วนสูงหาร 2 ร้อยละ 66.67 ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 40.00 ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 36.67 ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารมากกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 40.00 ระดับคลอเรสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 13.33 ระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 16.67

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรรม และจากการล้มภายน

ในกระบวนการกลุ่ม พบร้า ส่วนใหญ่ทราบถึงการของโรคหลอดเลือดหัวใจจากอาการของพี่น้อง และเพื่อนบ้านที่ป่วยด้วยโรคนี้ แต่กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจ รู้สึกกังวลกับผลการประเมิน เมื่อได้รับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้พิการหรือเสียชีวิต กลุ่มตัวอย่างจึงตั้งใจลดความเสี่ยงเนื่องจากกลัวต้องเป็นภาระของครอบครัวและจากบุคคลที่รักก่อนวัยอันควร พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพทั่วไป อาทิเช่น การรับประทานยาตามเวลา การมาพบแพทย์ตามนัด เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบร้าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p-value < .001$

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

1.1 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารโรคหลอด

เลือดหัวใจและการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีสัญญาณเตือนแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับเสี่ยงสูงและสูงมาก โดยให้ความสำคัญของการสื่อสารแบบสองทาง ควรนำวิธีการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่มมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ลังเสริมสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วยในการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง

1.2 เพิ่มความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ และลังเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยใช้สื่อการสอนที่หลากหลายและ การสื่อสารสองทาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจง่าย ซึ่งอาจมีผลช่วยลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนในชุมชนได้

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

2.1 ควรมีความเชื่อมโยงที่แน่นการสื่อสารความเสี่ยงที่ชัดเจนมากขึ้น ในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายและสามารถประยุกต์ใช้กับโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่เพียงโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.2 ควรเน้นกลุ่มประชากรให้มีความชัดเจนมากขึ้น เช่นกลุ่มประชากรวัยทำงาน หรือวัยผู้สูงอายุ เพื่อให้การศึกษาวิจัยได้ตรงกลุ่มเป้าหมาย และลดความล้องกับนโยบายสาธารณสุขในปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

- กนกกาญจน์ ลวัสดิภพ. (2554). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้มีไข้หวัดในเด็กผู้ชายในจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขาวณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2544-2555. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2557, จาก <http://www.thained.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
- กลุ่มพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). คู่มือการเตือนภัยเพื่อการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในโครงการนำร่องรักษารักษาในที่ทำงาน. นนทบุรี : โรงพยาบาลชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ขวัญฟ้า ทอยคำ. (2552). การรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติ ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลเข้มงวด อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุฑามาศ คงครต. (2554). พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกรุงไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารเกือกฐานย์, 19(1), 71-86.
- นพวรรณ อัศวรัตน์ ชาญยุทธ วิทก็โต และสุภาพร พรเมือง. (2558). แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นประจำปี 2558. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2558, จาก <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/Clinic-NCD2015.pdf>.
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. (2555). สรุปสารสำคัญและข้อเสนอจากที่ประชุมวิชาการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในทศวรรษที่สอง 21-22 มีนาคม 2555. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. (2555). มหาอุทกวิญญปี 2554 บทเรียนจากประสบการณ์. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- เมธาวี ดวงจันดา. (2558). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสต์เทียน.
- สุกัญญา ประจุคิลป์ และคณะ. การเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพผ่านอินเทอร์เน็ตสู่ประชาชน. (2551).
- การสื่อสารสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
- McManus, R. J., et al. (2014). Effect of self - monitoring and medication self - titration on systolic blood pressure in hypertensive patients at high risk of cardiovascular disease the TASMIN - SR randomized clinical trial. JAMA, 312(8), 799-808.
- Rohrmann, B. (2008). Risk perception, Risk communication, Risk management: A conceptual Appraisal. (Keynote): The International Emergency Management Society, Global co - operation in emergency and disaster management. Retrieved July 10, 2014, from <http://www.rohrmannresearch.net/pdfs/rohrmann-rrr.pdf>.

- Rohrmann, B. (1999). *Community-based fire preparedness programmes : An empirical evaluation*. The Australasian journal of disaster and trauma Studies. [Online]. Retrieved July, 12, 2014, from <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/1999-1/rohrmann.htm>.
- Rothman, A. J., & Kiviniemi, M.T. (1999). Treating people with information: an analysis and review of approaches to communicating health risk information. *Monogr Natl Can- cer Inst*, 25(1), 44-51.
- Stevenson, M.A. (2004). A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health Expectations*, 7(3), 235-245.
- WHO. (2007). *Integrated management of cardiovascular risk, report to a WHO meeting*. Geneva.



**ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ
แห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร**

**Caregiving Burden and Quality of Life Amongst Caregivers of Children
with Asthmatic at a Tertiary Hospital in Samutsakhon Province**

ชุดริมา ดาวล้อม*
ภานิชชา จงสุภางค์กุล*
พิพัลย์ ธีรศิริโรจน์**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึด และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึด รวมทั้งคุณภาพสัมพันธ์ และการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลป่วย ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย และภาวะในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึด กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึด ที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกรุ่ม เวชกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 89 คน โดยเครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะการดูแล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาวะการดูแล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ของผู้ดูแลได้ค่าสัมประสิทธิ์เฉลี่ย .87 และ .89 ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะการดูแลเด็กโรคหอบทึดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ส่วนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 83.1 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับเล็กน้อยกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .237$) แต่พบว่า ความตึงเครียดส่วนบุคคล ความชัดແยงในตัวเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.389, -.285, -.270$ และ $= -.304$ ตามลำดับ) โดยที่ความตึงเครียดส่วนบุคคลสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึดได้ร้อยละ 13.7 (Adjusted R = .137) ดังนั้น พยาบาล ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลผู้ป่วย

*พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สำนักกัลยาณ์ราชนคrinท์

**อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ยน

เด็กโรคหอบทีด ความรุ่งเรืองตระหนักรึงภาวะการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยเฉพาะบุคคลที่ดูแล ผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานโดยให้ความรู้และคำแนะนำ ที่เหมาะสมเพื่อลดภาระและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบทีด

คำสำคัญ: ภาระการดูแล, คุณภาพชีวิต, ดูแลเด็ก โรคหอบทีด

Abstract

This predictive descriptive research to examined the burden and quality of life among caregivers of children with asthma. The relationship among the personal factors of caregivers (including gender, age, education, occupation, family income, duration of care, and the relationship between caregivers and pediatric patients), were studied. The sample consisted of 89 caregivers of children with asthma, from the outpatient pediatric service in Banphaeo Hospital, Samutsakhon Province. There were 3 questionnaires used in this study : the personal data, the Burden Application, and the QOL questionnaire. Content validity was examined by three experts. The reliabilities of the Burden Application questionair and the QOL questionnaires tested by alpha coefficients were 0.87 and 0.89, respectively.

The results showed that the score for burden of care for caregivers were at

a low level. The level of overall quality of life of most participants (81%) was moderate. The study also revealed that the duration of care for patients correlated positively and significantly with the quality of life of caregivers ($r = +.237$, $p < .05$), but personal tensions, privacy conflict, guilt, and uncertain attitude correlated negatively and significantly with the quality of life of participants ($r = -.389$, $-.285$, $-.270$, and $-.304$, respectively). Personal tensions could predict the quality of life of caregivers by 13.7% on average (Adjusted $R = .137$). Nurses involved with providing case for pediatric asthmatics should focus on care giving burden and quality of life of caregivers, especially in long-term cases. by providing appropriate knowledge and advice to reduce the burden and improve the quality of life of caregivers of pediatric asthmatic patients.

Keywords: Burden of Care, Quality of Life, Caregivers of Pediatric Asthmatic

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหอบที่ดีตามคำจำกัดความของคนเรา เริ่มดำเนินงานระดับสากลสำหรับโรคหอบที่ดี (Global initiative for asthma : GINA) คือความผิดปกติที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมโดยมีเซลล์และองค์ประกอบของเซลล์หล่ายชนิดเกี้ยวข้อง ผลคือทำให้หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าคนปกติ และเกิดการหดเกร็ง ผู้ป่วยจะมีอาการไอ หายใจลำบาก แน่นหน้าอก และมีอาการหอบเหนื่อย (NHLBI/WHO workshop report, 2004) พบรีเต้ในคนทุกอายุ ตั้งแต่เด็กจนถึงวัยผู้สูงอายุ และพบมากในคนที่มีประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว ผู้ป่วยที่มีอาการหอบบ่อยจะมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต เศรษฐกิจและครอบครัว โรคหอบที่ดีเป็นโรคทางอายุรกรรมที่ทำให้เกิดภาวะชุดเดิมที่สำคัญ เมื่อเกิดอาการหอบกำเริบรุนแรงผู้ป่วยจะต้องมาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ซึ่งถ้าหากมารับการรักษาล่าช้าอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้

โรคที่ดีเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย และประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยองค์กรอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ประมาณการว่ามีผู้ป่วยโรคหอบที่ดีทั่วโลก 150 ล้านราย พบรีเต้ในเด็กและผู้ใหญ่ ในขณะที่คนไทยป่วยเป็นโรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันประมาณ 10 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในอนาคต เนื่องจากรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงของคนต้องประสบกับภาวะกระตุ้นให้เกิดโรคขึ้นมาเรื่อยๆ ทั้งผลกระทบจากการอาศัยและอาหารเป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยโรคภูมิแพ้และมีผู้ป่วยโรคหอบที่ดีประมาณ 3-5 ล้านคน เสียชีวิตปีละประมาณ 1,000 คน โดยร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลล้าไป ปัจจุบันความรุนแรงของโรคหอบที่ดีและโรคเกี้ยวกับระบบทางเดินหายใจยังมีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากสภาวะแวดล้อมที่เป็นพิษ มากขึ้นทุกวัน (ชุมพูนุช หุ่นช่างทอง, 2556) ในปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2551 กรมการแพทย์รายงานว่าโรคหอบที่ดีในเด็กจัดอยู่ในโรคที่พบบ่อยใน 10 อันดับ (กรมการแพทย์, 2552)

โรคหอบที่ดีเป็นโรคที่จำเป็นต้องมีพัฒนาระบบการป้องกันอาการหอบที่ดี การใช้ยาขยายหลอดลมแบบพ่นการหลีกเลี่ยงต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการแพ้ เป็นต้น แต่เด็กยังไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ อย่างเต็มที่ เด็กจึงต้องมีภาวะต้องพิงพาผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่สำคัญมากที่สุด ในการทำหน้าที่ดูแลและให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ แก่เด็กเป็นส่วนใหญ่ และการดูแลที่ยาวนานต้องอาศัยความรู้ความพยายามทั้งผู้ดูแลต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของตนเอง จากเดิมที่ต้องอยู่ เช่น สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล เกิดความคุณมูลค่าในบทบาทและความไม่สงบจากเด็กขึ้นในชีวิต เพชรบุรีหน้ากับปัญหาต่างๆ มีความเห็นด้วยกันว่า ต้องให้เกิดความเครียดลงผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้ดูแล ทำให้สูญเสียรายได้ และการดูแลผู้ป่วยที่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บ่อยขึ้นหรือเสียชีวิต ด้วยโรคแทรกซ้อนก่อนเวลาอันสมควร

จากสถานการณ์ข้างต้น ในฐานะผู้จัดการเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีบทบาทในการดูแลความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจะได้รับผลกระทบจากผู้ดูแลโดยตรงนั้น คณผู้วิจัยมีความสนใจที่ต้องการทราบว่าที่แท้จริงของผู้ดูแลและเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปกำหนดนโยบายและหาแนวทางเพื่อช่วยเหลือ และแก้ปัญหาให้แก่ผู้ดูแลอีกทั้งยังช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยซึ่งจะส่งผลไปยังผู้ป่วยเด็กโรคหอบที่ดีได้รับการดูแลที่มีความผาสุกและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

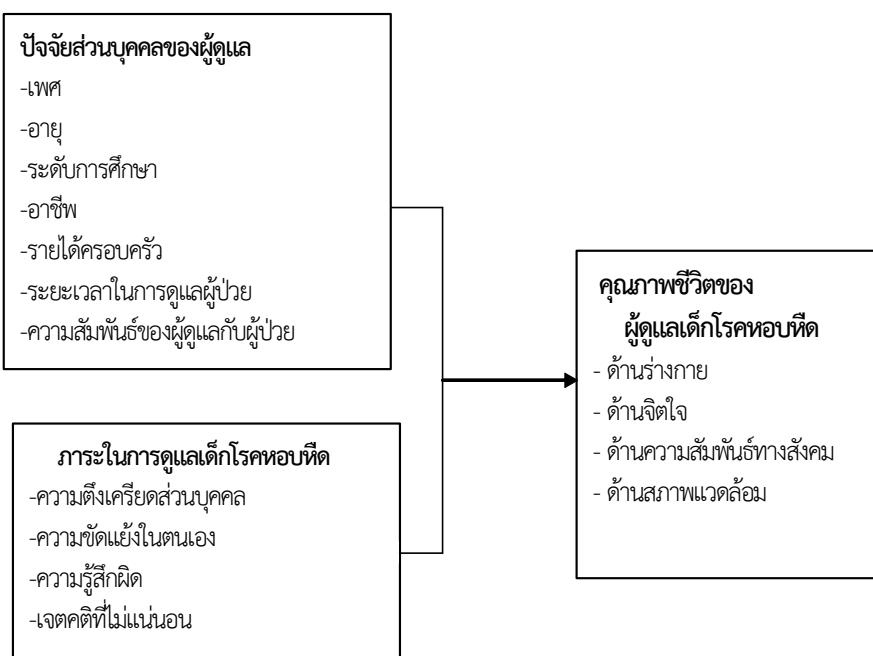
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีกับคุณภาพชีวิตใน การดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบที่ดี
4. เพื่อท่านายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ลักษณะภาวะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย และภาวะ

คำถามการวิจัย

1. ภาระในการดูแลเด็กโรคหอบที่ดีอยู่ในระดับใด
2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีโดยภาพรวมอยู่ในระดับใด
3. ปัจจัยส่วนบุคคล กับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีต่างกัน
4. ภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบที่ดีหรือไม่ อย่างไร
5. ภาระในการดูแลสามารถบรรยายได้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Pudictine descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ภาระในการดูแลเด็กโรคหอบที่ดี กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี ที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลจังหวัดสมุทรสาคร

ประชากร

ผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี ที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งมีจำนวน 250 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการคำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดค่า กำหนดขนาดของอธิพิล ที่ .30 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คำานวณการทดสอบที่ 0.80 จึงได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 88 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจาก การสุ่มตัวอย่างจากประชากรดังกล่าวข้างต้น ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี ซึ่งผู้ดูแลเป็นบุคคลฯ ได้ก่อให้ เช่น บิดา มารดา ญาติหรือผู้อ้าวสารับจำ้งดูแล
2. มีหน้าที่ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีโดยตรงมากที่สุด
3. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี
4. ยินดีและให้ความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกและแบบบันทึกที่ก่อและแบบบันทึก 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความล้มเหลวของผู้ดูแลกับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื่อง Zarit, S.H., (1986) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย ชนัญชิดาดุษฎี ทูลคิริ และคณะ, (2554) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ เกี่ยวกับ ประสบการณ์ความเครียด 4 ด้าน คือ 1) ความดึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (Guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain attitude) ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณต่า 5 ระดับ จาก 0-4 ให้เลือกตอบโดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

ประจำ	ได้	4 คะแนน
บ่อยครั้ง	ได้	3 คะแนน
บางครั้ง	ได้	2 คะแนน
นานๆครั้ง	ได้	1 คะแนน
ไม่เคยเลย	ได้	0 คะแนน

องค์ประกอบที่ 1 ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม องค์ประกอบที่ 2 ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม องค์ประกอบที่ 3 ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม องค์ประกอบที่ 4 ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม

การแปลผล

ค่าคะแนนเฉลี่ย 0.00-1.33 หมายถึง ภาระในการดูแลในระดับต่ำ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.34-2.67 หมายถึง ภาระในการดูแลในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.68-4.00 หมายถึง ภาระในการดูแลในระดับมาก

ส่วนที่ 3 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตติวิสัย (Self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ (สุวรรณ์ มหัตโนรันดร์กุล, 2545)

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกระทบจากการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าต้นไม้ต้องพึ่งพาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้สภาพลักษณะของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมานิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคเป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในสังคมและการรับรู้ว่าต้นไม้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าต้นไม้ชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคุมนาคมลักษณะ มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน

สถานบริการทางสุขภาพและสังคมส่งเคราะห์ การรับรู้ว่าต้นไม้โอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าต้นไม้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง

5) การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ	ไม่เลย	ให้ 5 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้ 4 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ตอบ	มาก	ให้ 2 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ	ไม่เลย	ให้ 1 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ตอบ	มาก	ให้ 4 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน

โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไรสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ

คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต เยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลางๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิงแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย มี 7 ข้อ องค์ประกอบด้านจิตใจ มี 6 ข้อ องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม มี 3 ข้อ องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม มี 8 ข้อ สำหรับข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน (สุวรรณ์ มหัตโนรันดร์กุล, 2545)

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้รับการตรวจสอบ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบข้อความต่างๆ ทางด้านการใช้ภาษา ความเหมาะสม และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่จะวัด โดยได้ค่า IOC จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความสมบูรณ์

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นหรือความเที่ยง (Reliability) หลังจากที่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกกุฏิกรรมโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยวิธีหาค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Coefficient - α) วิธีของคอนบาร์ค (Cronbach Method) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามว่าการดูแลได้ค่า .87 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ค่า .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติที่วิจัยจากสำนักวิจัย มหาวิทยาลัยคริสต์เทียน ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

3. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนมีนาคม-เมษายน 2557

4. ขณะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งจะให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการตอบ ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ผลการวิจัย โดยเสนอเป็นทางวิชาการ และแสดงเป็นภาพโดยรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการให้ข้อมูลหรือปฏิเสธ ผู้วิจัยได้กล่าวขอบคุณและนำออกจาก การเป็นกลุ่มตัวอย่าง

5. ในขณะตอบแบบสอบถามผู้วิจัย ผู้วิจัยได้อธิบายรีเวณใกล้เคียงเพื่อสามารถตอบคำถามหรือให้คำอธิบายเพิ่มเติม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถามบางข้อ หลังตอบคำถามเสร็จแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้

ตอบคำถามบางข้อหรือตอบไม่ตรงคำถามผู้วิจัยสอบถามและขอรับความเห็นแล้วให้กางลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามจันครับถ้าวน

6. นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาวิเคราะห์หาค่าสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนตรวจสอบความสมบูรณ์ และการจัดระเบียบทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้เคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาระในการดูแลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหพันธ์เพย์ร์สัน (*r*) โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามทั้งหมดของ ยินเดคิล ดี.อี. (Hinkle D.E., 1998) ดังนี้

ค่า <i>r</i>	ระดับความสัมพันธ์
0.91–1.00	มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
0.71–0.90	มีความสัมพันธ์กันระดับสูงมาก
0.51–0.70	มีความสัมพันธ์กันระดับสูง
0.31–0.50	มีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง
0.00–0.30	มีความสัมพันธ์กันระดับต่ำ

3. วิเคราะห์การพยากรณ์ของภาระในการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถัดตอนพหุคุณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยมีค่าันยัลสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการคีกษาภากลุ่มตัวอย่างจำนวน 89 คน ในเรื่องข้อมูลทั่วไป โดยเพศ พบรากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 82 ส่วนที่เหลือเป็นเพศชาย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ

18 ส่วนอายุ พบรากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30–39 ปี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 39 รองลงมา คือ มีช่วงอายุ 20–29 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 22 และช่วงอายุ 40–39 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 16 ตามลำดับ โดยระดับการศึกษา พบรากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 36 และระดับปริญญาตรี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 7.9 ตามลำดับ ด้านอาชีพ พบรากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 รองลงมา คือ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 20.2 และประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 14.6 ส่วนรายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน พบรากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ได้ของครอบครัว/เดือนอยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 29.2 และรองลงมา คือ 10,001–15,000 บาท จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 25.8 ส่วนระยะเวลาใน การดูแลผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 89 คน พบรากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น มารดา จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 รองลงมาคือ อื่นๆ ได้แก่ หวาน บุญ/ยา ตา/ยาย หรือญาติ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 16.9 และบิดา จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาระในการดูแลเด็กโรคหอบทีด แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*S.D.*) และระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด จำแนกตามภาระการดูแลเด็กโรคหอบทีด

รายด้าน และโดยรวม ($g=89$) พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=0.89$, S.D.=0.61) ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=0.79$, S.D.=0.68) ด้านความขัดแย้งในตนเองอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=0.50$, S.D.=0.73) ด้านความรู้สึกผิดอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=1.24$, S.D.=0.90) และด้านเจตคติที่ไม่แน่นอนอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=0.83$, S.D.=0.66)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี

แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี จำแนกโดยรวม และรายด้าน ($g=89$) พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.50$, S.D.=0.46) ด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.51$, S.D.=0.48) ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.59$, S.D.=0.55) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.53$, S.D.=0.66) และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.38$, S.D.=0.55)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของภาระในการดูแลเด็กโรคหอบที่ดีกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี

ความตึงเครียดส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.389$) ความขัดแย้งในตัวเองมีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.285$) ความรู้สึกผิดมีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.270$) เจตคติที่ไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.304$)

ส่วนที่ 5 ความสามารถในการพยากรณ์ภาระในการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี

จากการวิเคราะห์ สามารถนำเสนอในรูปสมการพยากรณ์ได้ดังนี้ สมการคงแผลดิบ : คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี = $92.319 + (-6.382)$ (ความตึงเครียดส่วนบุคคล) โดยที่ความตึงเครียดส่วนบุคคลสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีได้ร้อยละ 13.7 (Adjusted $R^2 = .137$)

อภิปรายผล

จากคำมาวิจัยข้อที่ 1 คือ ภาระในการดูแลเด็กโรคหอบที่ดีอยู่ในระดับน้อย หลังจากศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระในการดูแลเด็กโรคหอบที่ดี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบที่ดีจากผลการวิจัย พบร่วงภาวะการดูแลเด็กโรคหอบที่ดีโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 0.89$, S.D.=0.61) จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่ได้จากบุคคลใกล้ชิดที่เต็มใจดูแลผู้ป่วย (Klien, 1989) ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่าดูแลผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.20) ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น มารดา (ร้อยละ 52.8) ซึ่งสังคมไทยโดยส่วนใหญ่หญิงจะมีหน้าที่ดูแลบ้านและสมาชิกในครอบครัว (พาริชา อิบรา欣ี, 2544) เมื่อมารดาเป็นผู้ให้การดูแลโดยไม่มองว่าเป็นภาระจึงสนับสนุนให้ผลพบว่าภาระการดูแลเด็กโรคหอบที่ดีโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (พารุณี เกตุกราย, 2550)

จากคำมาวิจัยข้อที่ 2 คือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.10) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ วีไลพร ชำวงศ์ และคณะ, 2554 ที่พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.1 เนื่องจาก

เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ดูแลจะเริ่มเข้าใจการดำเนินไปของโรค การรักษา การดูแลต่างๆ ผู้ดูแลจะเริ่มมีการปรับตัวทั้งทางด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิงแวดล้อม จึงส่งผลให้พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

จากคำวิจัยข้อที่ 3 คือ ภาระในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบที่ดีของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบที่ดี จากการศึกษา พบร้า ความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตัวเอง ความรู้สึกผิดและเจตคติที่ไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.389, -.285, -.270$ และ $= -.304$ ตามลำดับ) ก่อให้เกิดภาระที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหอบที่ดี ที่มีความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตัวเอง ความรู้สึกผิดและเจตคติที่ไม่แน่นอนในระดับสูงขึ้น จะมีคุณภาพชีวิตลดลง หรืออภินัยหนึ่งคือถ้าผู้ดูแลมีความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตัวเอง ความรู้สึกผิดและเจตคติที่ไม่แน่นอนในระดับน้อย หรือมีภาระโดยรวมน้อยก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัลยานี บริชาพงษ์มิตร และคณะ, 2555 ที่พบว่า สมรรถนะของตามโรงในการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบที่ดี และภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบที่ดีโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางด้านลบที่ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.380, p < 0.01$)

จากคำวิจัยข้อที่ 4 คือ ภาระในการดูแลสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี

จากการศึกษา ครั้งนี้ เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์มาวิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์นั้น พบร้า ความตึงเครียดส่วนบุคคล สามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 13.7 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ตารางวรรณร่องเมือง และวริวรรณ คำเงิน (2550) พบร้า และภาระในการดูแลตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีการมองเห็นเลื่อนได้ร้อยละ 2

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยไปใช้

1. ทางต้นทางการปฏิบัติทางการพยาบาล พยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบที่ดีมารับการรักษา ควรมุ่งเน้นตระหนักรถึงภาระการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย และผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานสามารถวางแผนให้ความรู้และคำแนะนำที่เหมาะสมเพื่อลดภาระ และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบที่ดี

2. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ควรมีการวิจัยเพื่อค้นหาตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อการลดภาระและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล รวมถึงการทำการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทราบถึงปัญหาที่แท้จริงในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบที่ดี เพื่อเป็นข้อมูลในการใช้การพยาบาลช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

- 2.2 งานวิจัยครั้งต่อไปควรนำข้อค้นพบจาก การศึกษาครั้งนี้ไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมความรู้ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2552). สสส. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2556,
จาก <http://www.dms.moph.go.th/statreport/index.html>.
- กัลยาณี ปริชาพงศ์มิตร และคณะ. (2555). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคขอบทีด.
วารสารพยาบาลสาร. 39(4): 13-22 .
- ชนัญชิดาดุษฎี ทูลคิริ, รัชนี สรวงเรือง และวรรณรัตน์ ลาวงศ์. (2554). การพัฒนาแบบบัด�始ในการดูแล
ของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. การพยาบาลและการศึกษา. 4(1): 62-57.
- ชมพูนุช หุ่นช่างทอง. (2556). บทความเพื่อการประชาสัมพันธ์ด้านสังคม เรื่อง โรคขอบทีด. [ออนไลน์] สืบค้น
เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2556, จาก <https://www.l3nr.org/posts/181608>.
- ชลิตา เกียรติคลังสูญ และคณะ. (2556). ภาวะโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องพอก
เลือดด้วยเครื่องไตเทียมในจังหวัดกาญจนบุรี. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2556, จาก http://www.php.ph.mahidol.ac.th/Academics/Publication_2013_Charida.th.html.
- ดาวารวรรณ รองเมือง และวิวรรณ คำเงิน. ภาวะในการดูแลคนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีการ
มองเห็นเสื่อม. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2557, จาก http://www.research.bcnurat.ac.th/doc_research/2550/18.pdf.
- พารุณี เกตุกราย. (2550). ความล้มเหลวทางภาวะการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลคนเอง
และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีไลพร ขำงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวนปัญญา และคณะ. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 5(2): 32-40.
- วรรณิกา บุญยะงค์. (2542). กิจกรรมบำบัดเพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. เชียงใหม่ : ภาควิชาภัณฑ์
บำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิธร วรรณรงค์, ฉันทิกา จันทร์เบี้ย, อัจฉรา เบรื่องเวท, และคณะ. (2540). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรค
มะเร็งเม็ดเลือดขาว. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีพันธุ์ สาลัตย์, Bryar, R. M. and Newens, A. J. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย:
การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัว ในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย.
วารสารพยาบาลวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 1(1): 15-24.
- สุกัญญา สร้างนก. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรวัยก่อนเรียนที่ป่วยเป็น
โรคขอบทีด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาธิดา แรกคำนวน และพีรพนธ์ ลือบุญธรรมชัย. (2555). ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมอง
เสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 57(3): 335-346.
- สมฤติ ลิทธิมคง. (2541). ความเครียดการเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย
ต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรัญญา ไพรวัลย์. (2550). ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์:
มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- อาภา ใจงาม. (2535). การพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์. (10): 127–132.
- Klein, S. (1989). Caregiver burden and moral development. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 21(2): 94–97.
- Montgomery, R. I. V., Gonyea, J. G., & Hooymen, N. P. (1985). Ceregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relation. (34): 19–26.
- Zarit, S.H., Todd, P.A. & Zarit, J.M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers : A longitudinal study. Gerontologist. (26): 260–266.



การจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน

Self Management of People with Diabetes Mellitus

ดร. คากุล ช่างไม้*

บทคัดย่อ

ผู้เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องอาศัยปัจจัยที่สำคัญคือการมีสมรรถนะในตนเองร่วมกับการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องรับโรคเบาหวาน แคนเฟอร์ (Kanfer, 1999) เสนอแนวทางของการจัดการตนเองไว้ตามขอบเขต (Domain) 4 ด้าน คือ 1) สัมพันธภาพเชิงการบำบัดระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการ (The client-therapist relationship) 2) การสร้างแรงจูงใจและการสอนให้ความรู้ (Motivation and education) 3) การสร้างทักษะที่รอบด้านและหลากหลาย (Metaskills and skills) และ 4) การตระหนักรถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (Individual history) ส่วนปริมาณและคาดการณ์ (Briesch & Chafouleas, 2009) เสนอเทคนิคของการจัดการตนเอง 5 เทคนิคคือ 1) การกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง (Personal goal setting)

2) การกำกับติดตามตนเอง (Self monitoring) 3) การประเมินตนเองและบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น (Self-evaluation & recording) 4) การเสริมแรงให้ตนเอง (Self-reinforcement) และ 5) การทำแผนภูมิความก้าวหน้าของตนเอง (Self-charting) สำหรับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานชุดนี้จะนำมาใช้ดูแลผู้เป็นเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีการรับรู้สมรรถนะในตน และควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้ประกอบด้วยขั้นตอนตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Briesch & Chafouleas (2009) และกิจกรรมสำคัญของแคนเฟอร์ (1999)

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

People with diabetes have good health promoting behaviors because of significant factors including self-efficacy and self-health promoting behaviors. Kanfer (1999) proposed four domains of self management as follows: 1) the client-therapist relationship 2) motivation and education 3) metaskills and skills, and 4) individual history. In addition, Briesch & Chafouleas (2009) proposed five techniques of self management including: 1) personal goal setting 2) self monitoring 3) self-evaluation & recording 4) self-reinforcement, and

5) self-charting. This diabetic self-management program will be used to treat diabetic patients who are admitted to a secondary hospital in Samut Sakhon province aiming to control blood glucose level, perceive self-efficacy, and control complications. The program contains step by step of self-management activities stated by Briesch & Chafouleas (2009) and key activities by Kanfer (1999).

Keywords: Self management, Health Promoting behaviors, Diabetes Mellitus

ผู้เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยที่สำคัญคือการมีสุ่มรณรงค์ในตนเอง ร่วมกับการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน เพราะสุ่มรณรงค์แห่งตนเป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานได้ (สุพารพ เพ็ชรอาวุธ, นันทิยา วัฒนา และนันทวรรณ สุวรรณรูป, 2554) หากบุคคลที่เจ็บป่วยและกำลังอยู่ในระหว่างการรักษาต้องการให้สุขภาพดีขึ้น บุคคลต้องมีการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพทั้งปัจจัยทางสุขภาพกาย-อารมณ์ และปัจจัยทางสังคม-วัฒนธรรม (Kanfer, 1999) บุคคลที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจึงจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองในแต่ละวัน เพราะบุคคลที่มีโรคเรื้อรังนั้นจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ดังนั้นการจัดการตนเองจึงเป็นงาน (Task) ที่ต้องทำตลอดชีวิต (Lifetime task) (Lorig & Holman, 2003) การจัดการตนเองประกอบด้วยชุดงาน 3 ชุด คือ 1) งานชุดแรกเป็นการจัดการเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ (Medical management) หรือการจัดการพฤติกรรม (Behavioral management) เช่นการรับประทานยา หรือการใช้ยาตามแผนการรักษา และการรับประทาน

อาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น 2) งานชุดที่สองเป็นการสำรองไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมเพราบบทบาทเปลี่ยนจากผู้ที่มีสุขภาพดีเป็นบทบาทของผู้ที่มีโรคประจำตัว จึงเรียกว่าเป็นการจัดการตนเองให้สมกับบทบาทใหม่ที่เป็นอยู่ (Role management) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนี้ รวมถึงการสร้างพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเองในขณะนั้น และ 3) งานชุดที่สามคือการจัดการกับอารมณ์ (Emotional management) ของตนเอง ที่ต้องการเป็นโรคเรื้อรัง เช่นอารมณ์โกรธ กลัว คับข้องใจ และซึมเศร้า ด้วยการเปลี่ยนมุมมองถึงอนาคตของตนเองในแบบแม้มีการเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้น (Lorig & Holman, 2003)

แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1999) เป็นแนวคิดที่สามารถนำมาประยุกต์ได้กับการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้เป็นเบาหวาน แม้ว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับแนวคิดด้านจิตวิทยาบ้างก็ตาม แคนเฟอร์อธิบายว่าการจัดการตนเองเป็นการบำบัดรักษา (Therapy) อย่างหนึ่งที่เน้นเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งเป็นขอบเขตด้านการคิดรู้ (Cognitive domain) และต้านแรงจูงใจ (Motivational domain) โดยแคนเฟอร์ (Kanfer, 1999) ได้เล่นอ

แนวทางของการจัดการตนเองตามขอบเขต (Domain) 4 ด้าน ซึ่งผู้เขียนนำเสนอในหลักการของแต่ละด้านดังนี้

1. สัมพันธภาพเชิงการบำบัดระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการ (The client-therapist relationship)

ตามความเชื่อของขอบเขตนี้เน้นให้เห็นว่าความสำคัญของการจัดการตนเองของผู้รับบริการควรเริ่มต้นตั้งแต่การมีสัมพันธภาพเชิงการบำบัดที่ดีระหว่างบุคลกรสุขภาพและผู้รับบริการซึ่งอาจถูกมองว่าเป็นก้าวที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย กิจกรรมตามขอบเขตนี้ประกอบด้วย

1.1 พัฒนาความไว้วางใจและเปิดเผยแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจความรู้สึก (Empathy) มีการสื่อสารที่เป็นระบบเพื่อการสร้างสัมพันธภาพเชิงการช่วยเหลือ บวกบทบาทและความรับผิดชอบของตนเอง ให้ชัดเจน โดยเน้นที่ปัญหาและความยิ้มบานของผู้รับบริการ ทั้งนี้ทั้งสองฝ่ายต้องยอมรับบทบาทของแต่ละคนในฐานะผู้ให้การบำบัดกับผู้รับบริการ

1.2 ใช้ประโยชน์จากความสัมพันธ์ในการประเมินพฤติกรรมความล้มเหลวระหว่างบุคคลของผู้รับบริการ รูปแบบทัศนคติและความคาดหวังของเขาระหว่างที่ไม่ได้อยู่ในการบำบัดด้วยการอ้างอิง และทำการทบทวนความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพเชิงการบำบัด รวมทั้งความผิดพลาดที่เกิดขึ้นด้วย เพื่อพัฒนาให้ดีขึ้น

1.3 ให้การสนับสนุน ความเข้าใจและเสริมแรงผู้รับบริการ แต่ในขณะเดียวกันต้องทำให้ผู้รับบริการได้รับรู้ทางเลือกในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมของเขาร่วมทั้งผู้ให้การบำบัดก็ต้องยอมรับว่าเหมาะสมสมและสามารถใช้ได้ กิจกรรมนี้ต้องมีการส่งเสริมกระบวนการคิดของผู้รับบริการให้ไวเคราะห์พอดีกับรูปแบบการคิดของผู้รับบริการให้เกิดพัฒนาใหม่ที่เหมาะสมกว่านำไปสู่แนวทางการปรับเปลี่ยนตนเอง กลยุทธ์สำคัญคือการแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจต่อสิ่งที่ผู้รับบริการกำลังเผชิญและเต็มใจรับรู้ (Empathy & openness)

เพื่อช่วยสนับสนุนเขา เช่น ความรู้สึกยิ่งลักษากในการเลือกชื้ออาหารที่มีน้ำตาลน้อย แต่หากผู้ให้บริการสามารถแนะนำด้วยน้ำตาลและพลังงานในอาหารแต่ละมื้อ ก็อาจช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานลดลงใน การจัดการสุขภาพดูแลของตัวเองด้านการรับประทานอาหารได้

1.4 ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการไปสู่พุทธิกรรมที่เหมาะสม เมื่อสัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างกันดีขึ้น จะเป็นต้องมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน เริ่มจากเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลหรือการใบไอยูเดรตตามการคำนวณค่าแคลอรี่ในแต่ละวันที่ผู้เป็นเบาหวานควรได้รับ

1.5 เสริมสร้างความมั่นใจของผู้รับบริการให้รับผิดชอบสุขภาพตนเองได้ โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของตนเองต่อการจัดการสุขภาพ เพราะสุขภาพเป็นเรื่องของเอกลักษณ์และบุคคลที่สามารถจัดการได้

1.6 ช่วยให้ผู้รับบริการยอมรับสัมพันธภาพเชิงบำบัดและนำไปสู่ประสบการณ์ของการเปลี่ยนแปลงพุทธิกรรมได้

2. การสร้างแรงจูงใจและการสอนให้ความรู้ (Motivation and education) ตามที่แคนเฟอร์เสนอไว้ เน้นเรื่องของการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในผู้รับบริการ รวมทั้งการให้ข้อมูลความรู้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่เหมาะสมและพุทธิกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้ด้วยขั้นตอนดังนี้

2.1 ประเมินระดับของการควบคุมอารมณ์ รวมถึงการมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่รุนแรงหรืออาจไม่มีอารมณ์ร่วมของผู้รับบริการและความสามารถของผู้รับบริการในการตรวจสอบความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง เพราะการควบคุมพุทธิกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการมีพัฒนาการ เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอของผู้เป็นเบาหวาน

2.2 ประเมินแรงจูงใจที่เป็นไปได้ในการสนับสนุนผู้รับบริการให้มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพุทธิกรรม เช่น ประเมินปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้เป็น

เบาหวานพร้อมในการเลือกเมนูอาหาร ด้วยคู่มือการคำนวณแคลอรี่อาหารที่พกพาติดตัวไปได้สะดวก

2.3 สร้างความตั้งใจ (แรงจูงใจ) เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการกำหนดภาระกรรมให้ตั้งรักกับเป้าหมายและความคาดหวัง ทั้งนี้การอบรมเล่าประสบการณ์ทางอารมณ์ของเข้าจะช่วย "เรียกร้องให้" เขาระหนักในสถานะของตนเอง รวมทั้งสิ่งที่เกิดขึ้นมาก่อนและปัจจุบันว่าเขาต้องวางแผนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น ความรู้สึกที่ต้องจัดการปรับปรุงประเภทอาหารที่รับประทานประจำ ให้มีของรสหวานลดลง

2.4 พัฒนาเป้าหมายและพิจารณาเลี้นทางไปให้ถึงความสำเร็จของพวคเข้า กำหนดเป้าหมายระยะใกล้และเป้าหมายระยะไกลที่ชัดเจน

2.5 ช่วยให้ผู้รับบริการตรวจสอบให้ชัดเจนและประเมินผลเป้าหมายและคุณค่าที่ยังยืน เพื่อพิจารณาการปฏิบัติที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต้องการ

2.6 ทำการทดสอบเป้าหมายที่กำหนดได้โดยให้ผู้รับบริการลองจินตนาการดูว่าสามารถทำได้หรือไม่ หรืออาจให้ทดลองในบริบทจริงด้วย

2.7 สนับสนุนความมุ่งมั่นต่อเป้าหมายที่ตั้งผู้รับบริการและผู้บำบัดยอมรับโดยใช้คำมั่นสัญญาระหว่างกันหรืออาจหาวิธีอื่นที่เหมาะสม มุ่งเน้นสิ่งที่คาดว่าจะเป็นไปได้ และช่วยให้ผู้รับบริการสามารถใช้ประโยชน์จากเครือข่ายสังคมในสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขารอย่างเหมาะสม

2.8 ช่วยเหลือผู้รับบริการในการลดแรงจูงใจด้านลบในการแข่งขัน (เช่นกลัวความล้มเหลว ลัทธิความพึงพอใจในระยะสั้นหรือการให้ความสนใจกับผลลัพธ์ที่สำคัญของลงไป ตามบทบาทของการเป็นผู้ป่วย) และช่วยปรับให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากก้าวเล็กๆ ที่จะส่งผลในการรับรู้สัมารถนะของตนเองที่ยิ่งใหญ่ที่สุดและมีความคุ้มค่าที่สุด

2.9 ประเมินความต้องการที่จะพัฒนาภาระกรรมที่ช่วยดำเนินไว้ซึ่งแรงจูงใจของผู้รับบริการเพื่อให้พุฒนาระบบที่ใหม่ๆ ที่ต้องการให้เกิดยังคงอยู่ต่อไปและเกิดแรงบันดาลใจเพื่อไปถึงเป้าหมายให้ได้

2.10 บูรณาการขั้นตอนต่างๆ ที่กล่าวมาร่วมกับสัมพันธภาพเชิงการบำบัดที่เหมาะสมตามธรรมชาติของผู้รับบริการเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงได้

2.11 ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดทักษะในการตระหนักรู้และควบคุมอารมณ์กับแรงจูงใจของตนองในระยะยาที่เป็นระยะของการปรับตัวหลังการบำบัด

3. การสร้างทักษะที่รอบด้านและหลากหลาย (Metaskills and skills) ตามที่แคนเฟอร์เลนอ้างว่าการบำบัดควรเน้นเสริมทักษะให้กับผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถใช้ทักษะเหล่านั้นในการปั้นพฤติกรรมได้กิจกรรมตามขอบเขตนี้ประกอบด้วย

3.1 พัฒนาทักษะการลือสารและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและความไวต่อการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น

3.2 ทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย

3.2.1 การสังเกตุตนเอง และให้ตนเองเป็นศูนย์รวมของการดูแลสุขภาพ

3.2.2 มีเวลาในการวิเคราะห์และประเมินผล จากข้อมูลสุขภาพตนเองที่เกิดขึ้น

3.2.3 ประเมินตนเองตามมาตรฐานที่เหมาะสมสมกับตน

3.2.4 ให้แรงเสริมกับตนเองด้วยอารมณ์ความรู้สึกทางบวกที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการกระตุ้นที่ดีในการจัดการ เช่น ภูมิใจที่ตนเองทำได้

3.3 การลดอาการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ด้วยการผ่อนคลายหรือหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล รวมทั้งแยกตนออกจากสถานการณ์ความเครียด ทั้งนี้อาจใช้ทักษะต่างๆ ในขั้นตอนที่กล่าวมาเบื้องต้นเพื่อช่วยให้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพุฒนาระบบที่ได้มากขึ้น

3.4 การควบคุมอารมณ์ตนเองให้ได้ด้วยการฝึกให้ผู้รับบริการรับรู้หรือมองเห็นว่ามีสัญญาณอันตรายเกิดขึ้นจากการมโนที่เปลี่ยนแปลงไป และฝึกตนเองที่จะควบคุมอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยมองให้เห็นผลต่อที่หรือมองในแบบเดียวกับการเปลี่ยนแปลงพุฒนาระบบที่ได้

3.5 ใช้จินตนาการและการแสดงบทบาทสมมติในการแก้ปัญหาและลดความวิตกกังวล และเพิ่มพูนทักษะด้วยการฝึกซ้อมกิจกรรมนั้นๆ

3.6 ใช้ "กฎของการคิด" ที่มุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงในการแก้ปัญหา การคิดในเชิงบวกและขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อน มีความยืดหยุ่นและคิดถึงอนาคต การฝึกใช้ความคิดสร้างสรรค์ ทั้งเบ็ดก้าวและยอมรับในแนวคิดใหม่ๆ การพิจารณาความเลี่ยงและวิธีการใหม่ๆ ใน การคิดและการทำ

3.7 เสริมสร้างการพึงพาตนเองด้วยการตั้งใจเลือกสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนตามความจำเป็น และการฝึกตนเองเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค

4. การเตรียมภัยความเป็นปัจเจกบุคคล (Individual history) ผู้บำบัดต้องเรียนรู้ประวัติและบริบทของผู้รับบริการแต่ละคนด้วย ทั้งนี้เพื่อเข้าใจประสบการณ์ของบุคคลที่เคยผ่านมาในแต่ละช่วงวัย กิจกรรมตามขอบเขตนี้ประกอบด้วย

4.1 บอกปัญหาที่เกิดขึ้น เหตุผลที่มารับการรักษา ประวัติความเป็นมาของภาระการรักษา ในอดีต ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อการบำบัดที่ได้รับ อธิบายรูปแบบของปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการรับรู้ของผู้รับบริการทั้งสิ่งที่ได้และสิ่งที่สูญเสียจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

4.2 บริบททางครอบครัว สังคมและอาชีพ โครงการดีอนุบุคคลที่สำคัญหรือผู้ที่เป็นแบบอย่างของผู้รับบริการ อย่างเป็นข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ด้านการศึกษาและด้านสังคมวัฒนธรรมของผู้รับบริการ อย่างเป็นทักษะพิเศษ พรஸวรรค์หรือความสนใจของผู้รับบริการ

4.3 วิเคราะห์องค์ประกอบในชีวิตของผู้รับบริการ (ทั้งการทำงาน ความสามารถและสติปัญญา สุขภาพ การใช้เวลาว่าง ครอบครัว สภาพเศรษฐกิจ พฤติกรรมทางเพศ สังคม การดูแลตนเอง ความล้ำเร็ว ล้วนตัว และบรรทัดฐานทางสังคม) วิเคราะห์เจาะลึกถึงจุดแข็งและจุดอ่อนในแต่ละด้าน และสิ่งที่เป็นปัญหาหรือประเด็นสำคัญจากความไม่สมบูรณ์ในแต่ละด้านด้วย

4.4 วางแผน มีความหวังและความผันที่เป็นไปได้ในอนาคต ประเมินบทบาทและล้มเหลวภาพ

ของผู้รับบริการที่เปลี่ยนไป โดยมุ่งเน้นกิจกรรมแต่ละอย่าง การทดลองปรับพฤติกรรมและความคิดใหม่ๆ และทำงานที่กำหนดได้ไว้ให้สำเร็จ

4.5 วางแผนสำหรับการยุติกรรม บางอย่างและการป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิม คาดการณ์ถึงความเครียดในอนาคตและพัฒนาวิธีการเผชิญปัญหาสำหรับผู้รับบริการ มีแผนการในการดูแลรักษาปรับปรุงและเสริมสร้างการพัฒนาตนเองในอนาคต

จากขอบเขตและขั้นตอนการจัดการติดตามเองที่แคนเนเฟอร์ได้เสนอมา มีการนำแนวคิดดังกล่าวไปศึกษาในหลายกลุ่มประชากร เช่น การใช้ในชั้นเรียนหรือในสาขาวิชาศึกษา ซึ่ง Briesch & Chafouleas (2009) ได้สรุปไว้ว่าการประยุกต์แนวคิดการจัดการติดตามเองได้ในชั้นเรียนนั้น อย่างน้อยต้องมีเทคนิคดังต่อไปนี้ (Briesch & Chafouleas, 2009)

1. การกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง (Personal goal setting) เป็นการที่บุคคลต้องมองให้เห็นเป้าหมายที่ตนเองต้องการให้เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาหรือประเด็นที่ต้องมีการจัดการ เช่น นักเรียนที่เรียนในชั้นเรียนและต้องผ่านชั้นเรียนในแต่ละปี ต้องกำหนดได้ว่าตนเองต้องการผ่านการเรียนแบบใด เป็นนักเรียนเกรดเอ ต้องผ่านชั้นเรียนในฐานะนักเรียนเดี่ยวนั่งในห้องเรียน ไม่จำเป็นต้องอยู่ในลำดับหนึ่งในห้องนี้ เป้าหมายอาจมีทั้งระยะสั้นและระยะยาว

2. การกำกับติดตามตนเอง (Self monitoring) เป็นเทคนิคที่ได้รับความนิยมมากที่สุด โดยการให้ผู้เรียนได้สังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง ทั้งนี้ผู้สอนอาจเป็นผู้สังบท้อนให้ผู้เรียนได้ตรวจสอบตนเอง ด้วยการบอกโดยตรงหรืออาจประเมินจากเอกสารที่บันทึกพฤติกรรมก็ได้ การกำกับติดตามตนเองมักใช้ร่วมกับการประเมินตนเอง

3. การประเมินตนเองและบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น (Self-evaluation & recording) เป็นขั้นตอนที่

ใช้ร่วมกับการกำกับติดตามตนเอง เพื่อเบรี่ยบเทียบพฤติกรรมตนเองในอดีตกับปัจจุบันหรืออาจเขียนเป็นกับมาตรฐานที่มีการกำหนดไว้หรือบรรทัดฐานที่ควรเป็น

4. การเสริมแรงให้ตนเอง (Self-reinforcement) เป็นเทคนิคที่ใช้น้อยแต่เกิดผลลัพธ์การเป็นแรงเริ่มให้กับตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมายระยะสั้นหรือระยะยาวโดยกำหนดไว้อย่างชัดเจนว่าเมื่อบรรลุเป้าหมายระยะสั้นแล้วจะได้รับสิ่งใดจากตนเอง เช่น หากทำตามแน่นในรายวิชาที่ยากได้เกินร้อยละ 75 นักเรียนบางคนอาจให้การเสริมแรงตนเองตัวเองใช้รับหยุดหนึ่งวันเพื่อทำกิจกรรมสันทนาการที่ตนเองชอบ

5. การทำแผนภูมิความก้าวหน้าของตนเอง (Self-charting) เป็นอีกเทคนิคที่มีการใช้น้อย แต่สามารถใช้ได้ในกรณีที่ต้องการแสดงถึงให้เห็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าผู้ดูแลมีผลลัพธ์ของตนเองดีขึ้นมากน้อยเพียงใด

นอกจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเพอร์ (1999) และการขยายลงสู่การปฏิบัติของ Briesch & Chafouleas (2009) ที่กล่าวมาแล้วนั้น ยังมีนักวิชาการอีก 2 คนคือลอริกและโลลแมน (Lorig & Holman, 2003) ที่นำมาใช้กับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้อธิบายแนวคิดการจัดการตนเองว่าเป็นการเรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลร่วมกับการวางแผนและการเผชิญปัญหา กับโรคเรื้อรัง ซึ่งมีทักษะที่เป็นแกน (Core) ของการจัดการตนเอง 6 ด้าน ดังนี้

1. ทักษะการแก้ปัญหา (Solving problem) เป็นทักษะที่สำคัญของการจัดการตนเอง ซึ่งรวมถึงการทําปัญหาให้ชัดเจน การเริ่มต้นหาคำตอบให้กับปัญหา อาจได้แนวทางคำแนะนำจากเพื่อน จากบุคลากรสุขภาพ การนำแนวทางไปใช้เพื่อแก้ปัญหาและประเมินผลของ การนำไปใช้ ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาอินซูลินแบบฉีดทำให้ผู้ป่วยไม่ออกอาการบ้านเพื่อเดินทางไกล ขณะเดียวกันบุตรสาวของผู้ป่วยได้คลอดบุตรคนแรก และผู้ป่วยไม่สามารถไปเยี่ยมได้ เพราะลูกสาวอาศัยอยู่ไกลจากบ้านของผู้ป่วย การไปเยี่ยมอาจลำบาก เพราะผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาอินซูลินฉีด ดังนั้น

แนวทางการแก้ปัญหานี้มีได้หลายทาง เช่น อาจให้ญาสาวไปเยี่ยมบิดาเอง หรืออาจให้ผู้ป่วยนั่งรถไปเยี่ยมนุตรสาวกับภารยา และนายอินซูลินใส่ในกล่องยาที่สามารถเก็บรักษาอินซูลินไว้ได้ ในที่สุดผู้ป่วยตัดสินใจเดินทางไปพบบุตรสาวด้วยการใช้บริการของสายการบินที่มีการดูแลผู้ป่วยอย่างดีพร้อมอุปกรณ์และกล่องยาฉีดอินซูลินที่มีคุณภาพ

2. ทักษะการตัดสินใจ (Making decision) การตัดสินใจเป็นทักษะส่วนหนึ่งที่ควบคู่กับทักษะการแก้ปัญหา ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักต้องเผชิญกับการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปตามโรคที่เป็นในแต่ละวันเสมอ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานอาจมีเหตุการณ์ที่ต้องตัดสินใจว่า ยังจำเป็นที่จะต้องรับประทานยา รักษาเบาหวานในขณะที่มีไข้และรับประทานอาหารไม่ได้หรือไม่ ซึ่งการตัดสินใจได้ดีขึ้นอยู่กับผู้ป่วยมีข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องมากพอหรือไม่ เช่นกัน

3. ทักษะการใช้แหล่งประโยชน์ (Utilizing resources) ซึ่งแหล่งประโยชน์นี้รวมทั้งหมายเลขอโทรศัพท์ที่จำเป็น เวบไซต์ต่างๆ เอกสารหรือหนังสือ ในห้องสมุด และแหล่งประโยชน์อื่นตามที่ชุมชนมีไว้ให้ การรักษาแหล่งประโยชน์ต่างๆ เหล่านี้และสามารถให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเพื่อการใช้ที่เหมาะสมลงจึงมีความจำเป็น

4. ทักษะการสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Forming a patient-provider partnership) เพราะเรื่องของการเจ็บป่วยในยุคนี้ไม่ใช่การรอวันการรักษาเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลตนเอง ทำเพื่อตนเอง ให้สามารถมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ ดังนั้นการได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นและการดูแลจากบุคลากรสุขภาพเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ การทำความเข้าใจและหารือเรื่องการปฏิบัติดูแลอย่างผู้รู้และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพกับบุคลากรสุขภาพจึงมีความจำเป็น

5. การวางแผนเพื่อบรรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Making action plans for health behavior change) การวางแผนเพื่อเป็นการลงมือ

ปฏิบัติได้จริง (Taking action) ตามแผนที่วางแผนไว้ซึ่งการวางแผนนี้มักเป็นแผนระยะสั้นๆ เพื่อให้การลงมือปฏิบัติทำได้จริง เช่น ผู้ป่วยเบาหวานเมื่อต้องการจำกัดอาหารที่มีรสหวานในแต่ละวันให้เป็นไปตามพลังงานที่ควรเป็น จึงต้องสามารถคำนวณแคลอรี่และแปลงออก มาเป็นอาหารที่ตนเองสามารถทานได้ในแต่ละวัน ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานจึงกำหนดแผนว่าภายในสามวันนั้นตั้งแต่วันนี้ เมนูอาหารควรเป็นอะไร เพราะเวลาเพียงสามวัน เป็นช่วงเวลาที่ไม่นานเกินไปและสามารถนำไปใช้การปฏิบัติได้จริง กระบวนการในการนั้นตอนนี้เรียบเครายได้ กับการรับรู้สมรรถนะในตน (Self-efficacy) ว่าตนเองเชื่อมั่นว่าจะสามารถทำตามที่วางแผนไว้ได้มากน้อยเพียงใด (Lorig & Holman, 2003) จึงอาจกล่าวได้ว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ในชั้nton ตอนนี้ก็คือไปสู่การรับรู้สมรรถนะในตนด้วย

6. การจัดการที่เหมาะสมกับสุขภาพตนเอง (Self-tailoring) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเองร่วมกับความรู้ที่เหมาะสมลงกับสุขภาพของตนเองตามที่เป็นจริง ดังนั้นการที่จะให้ผู้ป่วยดำเนินการปรับพฤติกรรมตนเองได้นั้น ต้องขึ้นอยู่กับความเหมาะสมที่ผู้ป่วยประยุกต์ทักษะการจัดการตนเองร่วมกับความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคนจึงอาจแตกต่างกัน แต่สามารถกำหนดเป็นหลักการได้ เช่น หลักการรอกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่นำร่องแบบการจัดการตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโดยเฉพาะโรคเบาหวาน แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าได้ผลดีในการควบคุมผลลัพธ์ที่บ่งบอกถึงการควบคุมโรคได้ เช่น ที่สถาบันวิจัยและการศึกษามหาวิทยาลัยแสตนพอร์ด ได้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองทำเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อใช้ในผู้ป่วยเรื้อรังเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมใช้วิถีทางเดินและการตั้งแต่ 4 เดือน ถึง 12 เดือน ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วย แต่ในกลุ่มผู้ป่วย

ข้ออักเสบ (Arthritis) ใช้เวลาตั้งแต่ 1 ปี ถึง 4 ปี (Lorig, Sobel, & Stewart, et al., 1999; Von Korff, Moore, & Lorig, et al., 1998; Lorig, Mazonson, & Holman, 1993) อย่างไรก็ตามลอริกและโอลเมน (2003) ได้แสดงความคิดเห็นว่าการทำให้โปรแกรมมีประสิทธิ์ในการใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังนั้นให้ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเล็ก มีการเยี่ยมผู้ป่วยโดยบุคลากรสุขภาพ มีการใช้อินเตอร์เน็ตให้เป็นประโยชน์ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการมีระบบตอบโทรศัพท์ต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

การศึกษาในประเทศเยอรมัน พบร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเองสามารถปรับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร ให้เหมาะสมกับตนเอง รวมทั้งสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ รวมทั้งค่าฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมกับภายหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน แต่เมื่อประเมินภายหลัง 15 เดือน พบร่วมค่าฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยไม่ได้แตกต่างจากภายหลัง 3 เดือน จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนและช่วยทำให้ค่าฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลงภายหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือนและคงอยู่จนถึงภายหลังได้รับโปรแกรม 15 เดือน (Kulzer, Hermanns, Reinecker, & Haak, 2007)

นอกจากการศึกษาของโลวิจกและคณิตและ การศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา ยังมีงานวิจัยที่เป็นการวิเคราะห์เมตตา (Norris, Lau, Smith, Schmid, & Engelgau, 2002) ที่ศึกษางานวิจัยการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จากฐานข้อมูล Medline (ระหว่าง ค.ศ. 1980–1999) ฐานข้อมูล CINAHL (ระหว่าง ค.ศ. 1982–1999) และจาก Educational Resources Information Center Database (ERIC) (ระหว่าง ค.ศ. 1980–1999)

รวมทั้งการสืบค้นด้วยตนเองของคณะกรรมการวิจัย การศึกษาที่รวมไว้ในงานวิจัยนี้ต้องเป็นการวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trials) และตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น ผลการศึกษาพบรายงานวิจัยที่ตรงกับเกณฑ์จำนวน 31 เรื่อง จากที่ค้นมา 463 เรื่อง การวิเคราะห์เมต้า (Meta analysis) พบว่า การให้ Intervention โดยการจัดการตนเองในกลุ่มทดลองทำให้ระดับน้ำตาลที่เกาะไฮโกลบินลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงของการติดตามภายหลังการทดลองทันที (0.76%) ภายหลัง 1-3 เดือน (0.26%) และมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เดือนหลังการตรวจติดตาม (Follow-up) นอกจากนั้นระดับน้ำตาลที่เกาะไฮโกลบินยังลดลงในกลุ่มที่ได้รับการติดตามเพิ่มเติมจากบุคลากรที่เป็นผู้สอน ดังนั้นการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองจึงสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้จริงโดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังกิจกรรมในโครงการแต่ประสิทธิภาพลดลงเมื่อติดตามในระยะเวลานานขึ้น

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีทั้งการใช้วิธีการจัดการรับรู้สัมภาระในตน (จุฬามส จันทร์ฉาย มณีรัตน์ ชีรัววัฒน์ และ นิรัตน์ อิมามี, 2555) และทฤษฎีการนำบัดดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) (นันนัส พิรประภัณฑ์ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และ อำนาจวงศ์พรหม, 2555) ซึ่งพบว่าผลการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้สัมภาระในตนด้านการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายและพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้นภายหลังการทดลอง แต่ผลในการควบคุมระดับไฮโกลบินเอวันซึ่งทำให้ค่าลดลงจริง เพียงแต่จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียง 29 ราย จึงอาจมีข้อจำกัดทางสถิติที่ทำให้ผลที่ได้ยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การวิเคราะห์เมต้า (Meta analysis) ที่ศึกษางานวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือดและ

ไฮโกลบินเอวันซึ่งของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย (ewanitay กล่าววิทย์ และสุชาดา คงหาญ, 2557) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลคุณลักษณะโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือดและไฮโกลบินเอวันซึ่งของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย จากรายงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์จำนวน 14 เรื่อง พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและไฮโกลบินเอวันซึ่งของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ค่าขนาดอิทธิพลโดยรวมระดับปานกลาง (0.42%)

จากการวิจัยที่กล่าวมาทั้งหมดรวมทั้งการอธิบายถึงแนวคิด "การจัดการตนเอง" ที่ประยุกต์กับผู้ป่วยเรื้อรังและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานดังกล่าว ผู้เขียนลังๆ ได้พัฒนาฐานแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อจะนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับทุตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีการรับรู้สัมภาระในตน และควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้โปรแกรมนี้ประกอบด้วยขั้นตอนลำดับัญตามแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (1999) และกิจกรรมบางส่วนจากงานของ Briesch & Chafouleas (2009) แต่ปรับเป็น 4 ขั้นตอน โดยตัดขั้นตอนการทำแผนภูมิความก้าวหน้าของตนเอง (Self-charting) ออกไปเนื่องจากในการศึกษานำร่องในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีข้อจำกัดของการบันทึกที่ใช้เป็นแบบแผนภูมิ โดยโปรแกรมชุดนี้จะถูกนำมาใช้ในการทำวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับทุตติยภูมิแห่งนั้น ในจังหวัดสมุทรสาคร ทั้งนี้มีรายละเอียดของแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง (Personal goal setting) เป็นขั้นตอนแรกที่ผู้ป่วยเบ重任ต้องมองให้เห็นเป้าหมายที่ตนเองต้องการให้เกิดขึ้นในฐานะที่เป็นผู้ป่วย โดยภายนอกการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยเบาหวานกับพยาบาลแล้ว ให้ผู้ป่วยเบาหวานกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวโดยเป้าหมายทั้งสองระยะต้องเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตน

ในฐานะผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง กับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการ รับประทานยา เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ (เทพ ทิมະทองคำ วัลลา ตันตโยทัย พงศ์อมร บุนนาค ชัยชาญ ดิเรจนวงศ์ และสุนทรี นาคเสนียร, 2547)

ขั้นตอนที่ 2 การกำกับติดตามตนเอง (Self monitoring)

ให้ความรู้โดยจัดเป็นฐานความรู้เด่นๆ ที่เกี่ยวข้อง 1) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ตามการคำนวณแคลอรี่เมื่อเทียบกับน้ำหนักตัวและเน้น เรื่องอาหารแลกเปลี่ยน 2) การออกกำลังกายที่เหมาะสม ตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย และ 3) การตรวจ ค่าระดับน้ำตาลด้วยตนเองและการรับประทานยา ตามแผนการรักษา ทั้งนี้ในแต่ละฐานมีการใช้สื่อ ประกอบ เป็นชุดอาหารแลกเปลี่ยน ชีดีและแผ่นพับ การออกกำลังกาย และเครื่องมือตรวจน้ำตาลใน เลือดด้วยตนเองและชุดยาลำหรับผู้เป็นเบาหวาน

2.1 แจกคู่มือการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อ 2.1 และสอนให้ผู้เป็นเบาหวานคำนวณพลังงานที่ตนเอง ควรได้รับในแต่ละวัน รวมทั้งการเลือกอาหารที่เหมาะสม สอนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพของ ตนเอง และสอนเรื่องการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย ตนเองและการใช้ยาตามที่ได้รับยาจริง ทั้งนี้ให้ผู้เป็น เบาหวาน (หรือผู้ดูแล) ทำการบันทึกกิจกรรมต่างๆ ที่ ได้ทำในแต่ละวันไว้ทุกวันเพื่อการประเมินเบรี่ยบเทียบ ในขั้นตอนที่ 3

2.3 เมื่อครบ 4 สัปดาห์ พยาบาลทำการ ติดตามผู้ป่วย (ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก) เพื่อดูความ สำเร็จของการกำกับตนเองในการมีกิจกรรมที่เหมาะสม ทั้งนี้การกำกับติดตามตนเองมาก ใช้ร่วมกับการประเมิน ตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตนเองและบันทึก สิ่งที่เกิดขึ้น (Self-evaluation & recording) เป็น

ขั้นตอนที่ใช้ร่วมกับการกำกับติดตามตนเอง เพื่อ เปรียบเทียบพฤติกรรมตนเอง ในอดีตกับปัจจุบันหรือ อาจเทียบเคียงกับมาตรฐานที่มีการกำหนดไว้หรือ บรรทัดฐานที่ควรเป็น โดยผู้เป็นเบาหวานร่วมกับ พยาบาลทำการวิเคราะห์การบันทึกกิจกรรมการปฏิบัติตาม ในขั้นตอนที่ 2 ที่ปรากฏอยู่ในคู่มือร่วมกัน มองหา จุดที่ต้องปรับปรุงโดยเทียบเคียงกับการปฏิบัติที่เป็น มาตรฐานสำหรับผู้เป็นเบาหวานและค่าระดับน้ำตาล ในเลือด จากนั้นหาวิธีการปรับปรุงกิจกรรมที่ผู้เป็น เบาหวานปฏิบัติร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมแรงให้ตนเอง (Self-reinforcement)

ในขั้นตอนนี้พยาบาล แนะนำผู้ป่วยให้กำหนดรางวัลที่เหมาะสมกับสุขภาพ สำหรับตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมายแต่ละข้อที่กำหนดไว้ ทั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว จากนั้นพิจารณา ร่วมกันว่ารางวัลดังกล่าวเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยหรือไม่ หากไม่เหมาะสมต้องมีการปรับรางวัลให้ เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วย ทั้งนี้รูปแบบการจัดการตนเองที่ผู้เขียน พัฒนาขึ้นจะนำไปใช้ในโครงการวิจัยเพื่อศึกษาผล ของรูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองของผู้เป็นเบาหวาน ต่อระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการจัดการสุขภาพ ตนเอง และภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลระดับ ทุตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาครต่อไป จาก ข้อมูลต่างๆ ที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่าการควบคุมน้ำตาล ในผู้เป็นเบาหวานปัจจัยที่สำคัญคือการที่ผู้เป็นเบาหวาน สามารถจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง รู้ว่าจะควบคุม ตนเอง อย่างไรทั้งในเรื่องของวิถีการใช้ชีวิตและการ เชื่อมั่นกับความยกจำกัดในแต่ละวันที่มีชีวิตอยู่ชั่ว รวมถึงความเครียดจากการทำงานด้วย การจัดการ ตนเองจึงเป็นแนวคิดที่นำมาประยุกต์ในการดูแลผู้เป็น เบาหวานมากขึ้นด้วยความเชื่อว่าบุคคลที่เจ็บป่วยเท่านั้น ที่จะจัดการสุขภาพตนเองได้

เอกสารอ้างอิง

- จุฑามาส จันทร์ฉาย มณีรัตน์ ธีรวิวัฒน์ และ นิรัตน์ อิมมา. (2555). โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวาน และการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดปราจวบคีรีขันธ์. *สารานุสูตรมหาวิทยาลัยบูรพา*. 7(2): 69-83.
- เกพ ทิมะทองคำ วัลลา ตันตโยกัย พงษ์อมร บุนนาค ชัยชาญ ดิจวนวงศ์ และสุนทรี นาคเสนียร. (2547). บทหวานองค์ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและน้ำตาลในเลือดสูง. *กระทรวงสาธารณสุขและมูลนิธิสารานุสูตรแห่งชาติ*.
- นันเนลส์ พีระพัฒน์ นำ้ออย ภักดีวงศ์ และวิภาพร นามวงศ์พรหม. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองต่อความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเองและค่าอีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. 30(2): 98-104.
- สุภาพร เพ็ชรรากูฐ นันทิวย วัฒน์ แฉนันท์กานต์ สุวรรณรูป. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 29(4): 18-26.
- เส่านิตร์ กมลวิทย์ และสุชาดา คงทัญ. (2557). การวิเคราะห์ภัยมานเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาล ในเลือดและอีโมโกลบินเอวันของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย. *วารสารวิชาการแพทย์ เชช 11*. 28(3): 755-762.
- Briesch, A.M. & Chafoleas, S.M. (2009). Review and Analysis of Literature on Self-Management Interventions to Promote Appropriate Classroom Behaviors (1988-2008). *School Psychology Quarterly*, 24(2): 106-118. DOI: 10.1037/a0016159.
- Kanfer, F.H. (1999). Self-Management Therapy : Orchestration of Basic Components for Individual Clients. *European Psychotherapy*. 1(1): 10-14.
- Kulzer, B., Hermanns, N., Reinecker, H., & Haak, T.(2007). Effect of Self-Management Training in Type 2 Diabetes: A Randomized, Prospective Trial. *Diabetic Medicine*, DOI: 10.1111/j.1464-5491.2007.02089.x. Retrieved from Researchgate on 3 October, 2016.
- Lorig, K.R. & Holman, H.R. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. 26(1): 1-7.
- Lorig, K., Mazonson, P. Holman, H. (1993). Evidence Suggesting that Health Education for Self-Management in Patients with Chronic Arthritis Has Sustained Health Benefits while Reducing Health Care Costs. *Arthritis & Rheumatism*. 36(4): 439-446.
- Lorig, K., Sobel, D., Stewart, A. et al. (1999). Evidence Suggesting that a Chronic Disease Self-Management Program can Improve Health Status while Reducing Hospitalization: A Randomized Trial. *Medical Care*. 37(1): 5-14.
- Norris, S., Lau, J., Smith, S.J., Schmid, C.H., & Engelgau, M.M. (2002). Self-Management Education for Adults with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 25(7): 1159-1171.
- Von Korff, M., Moore, J., Lorig, K. et al. (1998). A Randomized Trial of a Lay Person-led Self-Management Group Intervention for Back Pain Patients in Primary Care. *Spine*. 23(23): 2608-2615.



คอมพิวเตอร์ช่วยสอนกับการเรียนการสอนทางการพยาบาล

Computer Assisted Instruction and Teaching and Learning in Nursing

ดร.พัชราภรณ์ อารีย์*

ดร. เพชรน้อย ลิงทั่งชัย**

วีไลวรรณ ตรีภิน***

บทคัดย่อ

คอมพิวเตอร์ช่วยสอนเป็นการเรียนการสอนแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองทางการพยาบาล โดยแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนประกอบด้วย 1) ความแตกต่างระหว่างบุคคล 2) การเรียนรู้และทฤษฎีการเรียนรู้ 3) ทฤษฎีแรงจูงใจและการเริ่มแรก และ 4) การให้ผลย้อนกลับสำหรับรูปแบบคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ที่นำมาใช้เป็นส่วนมากเป็นแบบการสอนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเป็นลักษณะการสอนที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการเรียนการสอนทางการพยาบาล ดังนั้นผู้เรียนจึงมีคะแนนความรู้ ทัศนคติหรือความพึงพอใจ และการปฏิบัติทักษะทางพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น

คำสำคัญ: คอมพิวเตอร์ช่วยสอน, การเรียนการสอนทางการพยาบาล

Abstract

Computer assisted instruction is a self-directed learning strategy in nursing. Concept and theory are used as guidelines for computer assisted instruction development, considers of 1) personal difference 2) learning and learning theories 3) motivation theory and reinforcement, and 4) feedback. The models of computer assisted instruction, most commonly used is tutorial instruction. Computer assisted instruction promotes and supports the teaching and learning in nursing the learners had significant higher scores in knowledge, attitude or satisfaction, and nursing practice.

Keywords : Computer Assisted Instruction, Teaching and Learning in Nursing

*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ein

**ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ein

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ein

บทนำ

การเรียนการสอนแบบการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (Self-directed learning) เป็นวิธีการเรียนการสอนที่สำคัญและทันสมัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการเรียน การสอนทางการพยาบาลซึ่งมีทั้งการเรียนการสอนทางด้านทฤษฎีและการปฏิบัติ การเรียนการสอนแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองได้นำเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารมาใช้โดยการบูรณาการเข้าไปในเนื้อหา และรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อช่วยให้กระบวนการเรียน การสอนมีประสิทธิภาพและพัฒนาคักยภาพของผู้เรียน ในทุกด้าน เพราะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เน้นการเรียนการสอนที่ให้ผู้เรียนมีความสนใจ เกิดความคิด รู้จักการแก้ปัญหา และมีปฏิสัมพันธ์ (ถนอมพร เลาหจัลลแสง, 2558) การเรียนการสอนแบบการเรียนรู้ด้วยตนเอง เช่น คอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Computer assisted instruction, CAI) เป็นต้น

คอมพิวเตอร์ช่วยสอน หมายถึง สื่อการเรียน การสอนทางคอมพิวเตอร์รูปแบบหนึ่งที่ใช้ความสามารถ ของคอมพิวเตอร์ในการนำเสนอสื่อประสม ได้แก่ ข้อความ ภาพนิ่ง ภาพ ภาพเคลื่อนไหว วิดีทัศน์ และเสียง เพื่อถ่ายทอดเนื้อหาบทเรียนหรือองค์ความรู้ มี การตอบโต้กันระหว่างผู้เรียนกับคอมพิวเตอร์และสามารถตอบสนองต่อข้อมูลที่ผู้เรียนป้อนเข้าไปได้ทันที มีการให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งเป็นการช่วยเสริมแรงให้แก่ ผู้เรียน และสามารถประเมินผลการตอบสนองของ ผู้เรียนได้ (สุทธิน พงษ์ไสว, 2552) การเรียนการสอน ด้วยคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเป็นการสอนที่ใช้คอมพิวเตอร์ เป็นสื่อชิ้งเป็นการสอนในลักษณะที่ใกล้เคียงกับการสอนจริง ในห้องเรียนมากที่สุด การเรียนการสอนด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเป็นการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างมีอิสระโดยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามคำแนะนำของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน

ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ไปที่ลึกขึ้นตอนตามความสามารถและความสนใจของตนเองซึ่งเลือกว่าเป็นการให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมหรือลงมือปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้เรียนได้รู้ผลการเรียนเป็นระยะๆ และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับทันที โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนจึงเป็นวิธีการส่งเสริมและสนับสนุนการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพนั่นคือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เป็นโปรแกรมที่ให้ผู้เรียนเป็นผู้ควบคุมเนื้อหาที่ต้องการเรียน สถานที่เรียน เวลาเรียนและกิจกรรมตามระดับความสามารถของแต่ละบุคคล จึงส่งผลให้ผู้เรียนได้เรียนตามคักยภาพของตนเอง (สมชาย วรกิจเกษมกาล, 2553, จันพิชญ์ชา มะมม, 2557, ภาสกร เรืองรอง, 2558)

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการสร้าง โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนคือแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเองซึ่งประกอบด้วย

- 1) ความแตกต่างระหว่างบุคคล คอมพิวเตอร์ช่วยสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยจะคำนึงถึง ความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้เรียนเพื่อพัฒนา ความสามารถ ความเข้าใจ แรงจูงใจ วินัยในตนเอง จุดมุ่งหมาย ความสามารถในการแก้ปัญหา และทักษะ ของผู้เรียนเนื่องจากผู้เรียนแต่ละคนมีความสามารถต่างกัน ไปทั้งในด้านของบุคลิกภาพ สติปัญญา วิธีการเรียนรู้ และลำดับของการเรียนรู้ คอมพิวเตอร์ช่วยสอนมีความยืดหยุ่นที่ผู้เรียนมีอิสระในการควบคุมการเรียนของตนเอง ได้แก่ การควบคุมเนื้อหา การควบคุมลำดับของการเรียน และการควบคุมการฝึกปฏิบัติหรือการทดสอบ นอกจากนี้ยังเป็นขบวนการถ่ายทอดความรู้เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เนื้อหาด้วยตนเองจากการที่ได้ตอบสนองต่อสิ่งที่กำหนดไว้ในบทเรียน และยังสามารถทบทวนบทเรียนได้ตาม

ความต้องการของตนเอง (ถนนพร เลาหจัลสแสง, 2541)

2) การเรียนรู้และทักษะในการเรียนรู้ในการเรียนรู้นั้นผู้เรียนจะเรียนรู้ได้ดีหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทั้งปวงคือ ความพร้อม ความสนใจ และทัศนคติของบุคคล การมีแรงจูงใจในการเรียนรู้นั้นๆ การฝึกหัด การได้รับรางวัลและการลงโทษ การได้รู้ผลของการเรียนรู้ สื่อการสอน และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เป็นต้น Bloom (1976) ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงการเรียนรู้ไว้ 3 ประการ คือ

2.1) การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และความคิด (Cognitive domain) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในความสามารถที่จะรู้และเข้าใจสิ่งที่ได้เรียนรู้ จึงเป็นการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา และการใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจที่อาจแสดงออกมาในรูปของกราฟ และการแสดงความคิดเห็นหรือข้อสรุปตามที่เข้าใจ ตลอดจนสามารถนำความรู้ความเข้าใจนั้นไปใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิต และการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต

2.2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้สึก (Affective domain) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ทัศนคติ ดำเนินมิ ความเชื่อ ความชอบ และความรู้สึก เป็นต้น ซึ่งการที่บุคคลมีพฤติกรรมนั้นๆ ก็แสดงว่าบุคคลนี้ยอมรับหรือรับรู้ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำคัญต่อนั้นเอง

2.3) การเปลี่ยนแปลงด้านทักษะความชำนาญในการปฏิบัติ หรือการกระทำ (Psychomotor domain) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในความสามารถในการกระทำ การปฏิบัติ หรือการมีทักษะต่างๆ เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้และความคิด และพฤติกรรมด้านทัศนคติจะทำให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านปฏิบัติได้อย่างคงทนถาวร

3) ทักษะแรงจูงใจและการเริ่มแรก แรงจูงใจสามารถทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตอบสนองได้ คอมพิวเตอร์

ช่วยสอนเป็นสื่อที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจทางบวกในการเรียนรู้โดยเฉพาะแรงจูงใจจากนอก เช่น รางวัล และคำชมเชย เป็นต้น ทำให้บุคคลมองเห็นเป้าหมายจึงเร้าให้บุคคลเกิดความต้องการและแสดงพฤติกรรมมุ่งสู่เป้าหมายได้ การเรียนรู้จะเกิดผลดีขึ้นเมื่อใช้การเริ่มแรกอย่างให้สัมพันธ์กัน ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอนที่ผู้เรียนได้รู้คำตอบหรือผลกระทำของตนทันทีหรือให้ข้อมูลย้อนกลับทันที จึงเป็นการเริ่มแรกที่ทำให้ผู้เรียนอย่างไรก็ตามต่อไปหรือเรียนซ้ำๆ กันได้โดยไม่เกิดความเบื่อหน่าย นอกจากนี้การสอนโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนยังช่วยให้ผู้เรียนมีประสบการณ์ มีความภาคภูมิใจว่าสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง เกิดความสนใจที่จะเรียนรู้และชอบเนื้อหาที่จะเรียนซึ่งจะทำให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพสูงสุด

4) การให้ผลย้อนกลับซึ่งการให้ผลย้อนกลับ เป็นการสะท้อนให้บุคคลได้เห็นพฤติกรรมของตนเอง เพื่อจะได้แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อีกทั้งการกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสมย่อมได้รับการเริ่มแรก การให้ผลย้อนกลับอย่างทันทีทันใดโดยใช้คำว่า "ถูก" หรือ "ผิด" แทนการให้รางวัลหรือการลงโทษ ซึ่งก่อให้เกิดกำลังใจต่อผู้เรียนในการทำกิจกรรมการเรียนครั้งต่อๆ ไป นอกจากการให้ผลย้อนกลับแล้ว คอมพิวเตอร์ช่วยสอนยังสามารถให้การเริ่มแรกในการเรียนได้โดยที่ผู้เรียนมีโอกาสแก้ตัวใหม่ หรือพยายามเลือกคำตอบใหม่หากคำตอบที่เลือกไปนั้นไม่ถูกต้อง คอมพิวเตอร์ช่วยสอนบางโปรแกรมมีการเสนอคําแนะนําและสมแก่ผู้เรียนในขณะเรียน และเสนอคําแนะนํามีอิสระสิ้นการเรียนแต่ละบทเรียนด้วย

รูปแบบของคอมพิวเตอร์ช่วยสอน

- คอมพิวเตอร์ช่วยสอนมี 7 รูปแบบ คือ
- 1) การสอน (Tutorial instruction)
 - 2) การฝึกหัด (Drill and practice)
 - 3) สถานการณ์จำลอง (Simulation)
 - 4) เกมเพื่อการสอน (Instructional games)
 - 5) การค้นพบ (Discovery)
 - 6) การแก้ปัญหา

(Problem solving) 7) การทดสอบ (Tests) (สุhin ทองไสว, 2552) รูปแบบคอมพิวเตอร์ช่วยสอนที่นำมาใช้เป็นส่วนมากเป็นแบบการสอน (Tutorial instruction) ซึ่งเป็นบทเรียนในแบบการสอนโดยทำเป็นโปรแกรมที่เสนอเนื้อหาความรู้เป็นเนื้อหาอย่างแก้ผู้เรียน ไม่ว่าจะเป็นเนื้อหาใหม่หรือเป็นการบทหวาน เนื้อหาเดิมก็ได้ การนำเสนอจะเสนอในรูปแบบของข้อความ ภาพ เลียง หรือทุกรูปแบบรวมกันแล้วให้ผู้เรียนตอบคำถาม เมื่อผู้เรียนให้คำตอบแล้วคำตอบนั้นจะได้รับการวิเคราะห์เพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับทันที แต่ถ้าผู้เรียนตอบคำถามนั้นผิดก็จะมีการให้เนื้อหาเพื่อบทหวานใหม่จนกว่าผู้เรียนจะตอบถูกแล้วจึงให้เรียนในบทใหม่อีกไป

ผลลัพธ์ของคอมพิวเตอร์ช่วยสอนต่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล

การเรียนการสอนทางการพยาบาลเป็นการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งในกระบวนการเรียนการสอนนั้นผู้สอนได้นำคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเป็นสื่อในการสอนเพื่อเพิ่มการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลหรือเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้เรียนได้พัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้นโดยอาศัยคุณลักษณะของคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ซึ่งเป็นสื่อประสม ได้แก่ ข้อความ ภาพนิ่ง วิดีโอคัม สีสัน และเสียงเพื่อถ่ายทอดเนื้อหาบทเรียน สามารถจูงใจผู้เรียนให้เกิดการกระตือรือร้นที่จะเรียนหรือบทหวานบทเรียนสนุกสนานไปกับการเรียน ไม่เกิดความเบื่อหน่าย ลดความตื่นตัวในการบทหวานบทเรียนได้ตามความต้องการซึ่งเป็นการช่วยเสริมแรงให้แก่ผู้เรียน มีการตอบโต้กันระหว่างผู้เรียนกับคอมพิวเตอร์และสามารถตอบสนองต่อข้อมูลที่ผู้เรียนป้อนเข้าไปได้ทันที มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ และผู้สอนสามารถติดตามพฤติกรรมการเรียนตลอดจนผลการเรียนของผู้เรียนได้ทำให้เกิดช่องทางการลือสาระระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนได้จากการศึกษาถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนต่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาลมีดังนี้

1. ด้านความรู้

โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนทำให้คะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น จากการศึกษาหลักการศึกษาพยาบาลพบว่า โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนทำให้คะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น เช่น หลังจากนักศึกษาพยาบาลได้รับบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับสารนำทางหลอดเลือดดำแล้วนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (โรส วากดีโต นันทกา สวัสดิพานิช และราตรี สันติ, 2556) และหลังจากนักศึกษาพยาบาลของบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้ หลังเรียนสูงกว่าคะแนนก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วัลยา ตุพานิช และสุนันทา กระจางเดน, 2557)

2. ด้านทัศนคติ

การฝึกปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลที่แปลงใหม่และเป็นการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความวิตกกังวลกับการต้องทำในสิ่งที่ไม่เคยฝึกปฏิบัติ และมีความกลัวการถูกตำหนิ (บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, สิริยะ สัมมาวาท, และ อรรอนภา พูลศิลป์, 2544) นอกจากนี้นักศึกษาพยาบาลมักมีความเครียดสูง (ฐานิกา บุษมงคล, ทิพลัย ดำเนินสวัสดิกุล, ปิยะวรรณ์ ภูมุข, และพฤษฎาติ อชัย, 2552) และอาจจะมีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ เช่นมีอาการรู้สึกหงุดหงิด เปื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร เหนา ลับลวนรุนแรง กลุ้มใจและวิตก กังวล (มนี อาภานันทิกุล, พรรณวดี พุริษา, และ จริยา วิทยาศุภาร, 2554) จากการศึกษาหลายรายการศึกษาพบว่า โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนทำให้คะแนนความพึงพอใจหรือทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น เช่นหลังจากนักศึกษาพยาบาลได้รับบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับสารนำทางหลอดเลือดดำแล้วนักศึกษามีความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (โรส วากดีโต นันทกา สวัสดิพานิช และราตรี สันติ, 2556) และหลังจาก

นักศึกษาแพทย์ได้รับบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการดูแลสุขภาพที่บ้าน ก็พบว่านักศึกษาแพทย์มีความพึงพอใจต่อบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับมากที่สุด (วัลยา ตุ้พานิช และลุนันทา กระจงเดดา, 2557)

3. ด้านการฝึกทักษะทางการพยาบาล

การพัฒนาทักษะทางการพยาบาลนี้ นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในห้องผู้ป่วยซึ่งเป็นสถานการณ์จริง ทำให้นักศึกษาต้องพับกับผู้ช่วยในการทำงานที่มีความแตกต่างกันในแต่ละวัน ต้องเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎี ถูกฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจอย่างแท้จริง ทำให้นักศึกษาแพทย์ได้ลงทะเบียนคิดว่าก่อนการฝึกปฏิบัติมีความเครียดมาก และแม้ว่าเมื่อได้รับการปฐมนิเทศแล้วความเครียดลดลง แต่ขณะฝึกปฏิบัติก็ยังคงมีความวิตกกังวล (จันทร์ตัน เจริญสันติ, อร์พา จาลุวัชราพานิชกุล และ อภิรัช อินทรากรุ ณ อยุธยา, 2557) เนื่องจากการเรียนรู้ด้วยตนเองของสามารถเพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติของผู้เรียนด้านวิชาชีพสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (M. Murad, Coto-Yglesias, Varkey, Prokop, & A. Murad, 2010) พร้อมกับผลการศึกษาหลายการศึกษาพบว่า การเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนทำให้คะแนนทักษะทางการพยาบาลของนักศึกษาแพทย์เพิ่มสูงขึ้น เช่นการวิจัยเรื่องผลของการบทหวานโดยใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการทำแพลงก์ตอนต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติและความคิดเห็นของนักศึกษาแพทย์ซึ่งเป็น 2 พบร. คะแนนทักษะการปฏิบัติของนักศึกษาแพทย์ภายหลังได้รับบทเรียน

คอมพิวเตอร์ช่วยสอนสูงกว่าคะแนนของนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ได้รับบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิณพิชญ์ชา มะمم, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมหรือบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนยังช่วยให้พยาบาลและผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการเรียนดีขึ้น เช่นหลังจากพยาบาลได้รับบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการบริหารยาโดยการพ่นแบบฝอยละเอียดแล้วพยาบาลมีความรู้และทักษะมากกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบริหารยาโดยการพ่นฝอยละเอียดมีอาการตอบสนองการหายใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน (ฤจิตรา เอิงอบ และสุนีย์ ลีรัตน์, 2557) และการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือด栓โรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการควบคุมอาหารสำหรับการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดก็พบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนผู้ป่วยมีคะแนนพุทธิกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่าคะแนนในระยะก่อนได้รับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชราภรณ์ อารีย์, องค์กุล, และมาลี เอื้ออำนวย, 2558)

ดังนั้นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนจึงมีประโยชน์อย่างยิ่งในการช่วยให้การเรียนรู้ทางการพยาบาลของนักศึกษาแพทย์ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยนักศึกษาเป็นผู้ควบคุมเนื้อหาที่ต้องการเรียนสถานที่เรียน เวลาเรียน และกิจกรรมตามระดับความสามารถของแต่ละบุคคล ส่งผลให้ผู้เรียนได้เรียนตามศักยภาพของตนเอง และมีความพึงพอใจในการเรียน

เอกสารอ้างอิง

- จิณพิชญ์ชา มະມມ. (2555). ผลของการบทวนโดยใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่องการทำ แผลกดทับต่อความรู้ และทักษะการปฏิบัติ และความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2. *วารสารสภากาการพยาบาล*, 27(3), 63-76.
- จันทร์รัตน์เจริญสันติ, จำใจภาครุ่วชรพานิชกุล, และอภิรัชตินทรากุณอยุธยา. (2557). การใช้การสะท้อนคิดเพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้และเข้าใจตนเองของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขาภาคเหนือ*, (20) : 1-16.
- ฐาโนกานุษมงคล, ทิพวัลย์ด่านสวัสดิกุล, ปิยะกรณ์ภูพูล, พฤกษชาติถัชัย, และอุมาพรเดaganam. (2552). ระดับความเครียดและกลิ่นเชื้อในความเครียดของนักศึกษาพยาบาลค่าสตรีขณะที่นั่งฝึกปฏิบัติการพยาบาลการดำเนินการ. สืบค้นวันที่ 13 สิงหาคม 2557 จาก http://thailandresearchjournal.blogspot.com/2011/10/blog-post_31.html.
- ถนนพร เลาหจรสแสง. (2541). คอมพิวเตอร์ช่วยสอน. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : วงศ์โลโพรัตน์.
- ถนนพร เลาหจรสแสง. (2558). อาจารย์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่กับการจัดการเรียนรู้แบบใหม่ในศตวรรษที่ 21. คู่มืออาจารย์ด้านการสอน. เชียงใหม่: สำนักพัฒนาคุณภาพการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บัวหลวงสำแดงฑ์, สิริยาลักษ์มาวاج, และอรรณาพูลศิลป์. (2544). การรับรู้ของผู้เรียนพยาบาลต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในการฝึกภาคปฏิบัติ. *วารสารการศึกษาพยาบาล*, 12(1) : 38-49.
- พัชราภรณ์ อารีย์, อัมรร์ อามฤตโภุมล, และมาลี อึ๊อคำนวย. (2558). ประสิทธิผลของการสอนบทวนโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการควบคุมอาหารสำหรับการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดต่อพุทธกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลี้ยง. *พยาบาลสาร*, (42) : 193-204.
- ภาสกร เรืองรอง, (2558). คอมพิวเตอร์ช่วยสอน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ภาสกร เรืองรอง.
- มนีอาภานันทิกุล, พรพรรณติพุธวัฒนา, และจริยาวิทย์ศุภร. (2554). ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลไทย. *วารสารสภากาการพยาบาล*, 26(4) : 123-126.
- วัลยยา ตุพานิช และสุนันทา กระจางเด่น. (2557). ประสิทธิผลของบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการเรียนรู้และสุขภาพที่บ้านสำหรับนักศึกษาพยาบาล คณภาพยาบาลค่าสตรีเกือกกาฬนัย. *วารสารเกือกกาฬนัย*, 21(2) : 198-210.
- ไฮส ภักดีโต, นันทกาน สวัสดิพานิช, และราตรี สัณฑิต. (2556). ผลของบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำต่อความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 29(1) : 110-120.
- สมชาย วรกิจเกษตรกุล. (2553). คอมพิวเตอร์ช่วยสอน (พิมพ์ครั้งที่ 2). อุดรธานี: อักษรคิลป์การพิมพ์.
- สุจิตรา เอินอบ และสุณีร์ ลีวิรัตน์. (2557). ผลของการใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนสำหรับพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบริหารยาโดยการพ่นแบบฟอยล์รองต่อความรู้และทักษะการบริหารยาและการตอบสนองการหายใจ. *วารสารสภากาการพยาบาล*, 29(4) : 105-120.
- สุทธิน พองไสร. (2552). เทคโนโลยีการสอนด้วยสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน. *วารสารวิชาการ*, 12(1) : 49.

- Bloom, B.S. (1976). *Human characteristics and school learning*. New York: Mc.Graw-Hill Book.
- Murad, M.H., Coto-Yglesias, F., Varkey, P., Prokop, L.J., & Murad, A.L. (2010). The effectiveness of self-directed learning in health professions education: a systematic review. *Medical Education*, 44(11), 1057–68.



การพยาบาลภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์และเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด Nursing Care for Premature Rupture of Membranes and Preterm Labor Pain

พิมาน จบกลศึก*

บทคัดย่อ

ภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่สำคัญระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนของภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ ที่สำคัญอาจทำให้เกิดภาวะสายสะตืออย่างรุนแรง ที่จะทำให้ทารกเสียชีวิตภายในเวลาไม่กี่นาที ผู้คลอดที่ตั้งครรภ์ปัจจุบันมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และเกิดภาวะน้ำเดิน จะทำให้เกิดการเจ็บครรภ์ และคลอดทารกก่อนกำหนด ที่เป็นสาเหตุทำให้ทารกเสียชีวิต และมีความพิการทั้งทางด้านร่างกายและ สติปัญญาสูง ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบตามมาต่อครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ดังนี้พยาบาลที่ให้การดูแลผู้คลอดจะต้องมีความสามารถในการนำหลักการปฏิบัติและความรู้ทางวิชาการมาใช้ในการเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และตัดสินใจให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพยาบาลภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์, เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

Abstract

Premature rupture of membranes during pregnancy is a significant complication in the field of obstetrics. The serious complication of premature rupture of membranes may be the cause of umbilical cord prolapse that lead to fetal death. Premature rupture of membranes may cause preterm labor pain which can

cause infant death, or physical and cognitive disabilities. Therefore, maternity nurses should monitor the symptom changes and make decisions in order to aid their patients rapidly and effectively.

Keywords : Nursing Care, Premature Rupture of Membranes, Preterm Labor Pain

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพธาราม

บทนำ

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำดีนก่อนการเจ็บครรภ์และเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึง การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่าแตกหรือร้าว โดยที่การตั้งครรภ์ยังไม่ครบกำหนดคลอด คือ เกิดขึ้นก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และมีการเจ็บครรภ์และคลอดทารกก่อนกำหนด ภาวะน้ำดีนก่อนการเจ็บครรภ์พบได้ร้อยละ 8-10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์หรือยังล 80 และอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ร้อยละ 20 (กุศลรัตน์เจริญ และประเสริฐ คันสันีย์วิทยกุล, 2553) และเป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 30 (สุภาพไทยแท้, 2556) ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบทางด้านมาตรา เช่น ภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูกและถุงน้ำคร่า การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาบังคับการคลอด ทางด้านทารก เช่น ภาวะสายสะตื้อย้อย ทารกมีอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพเพิ่มขึ้นจากภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome) มีเลือดออกในสมอง (Intraventricular Hemorrhage) ลำไส้ติดเชื้อ (Necrotizing Enterocolitis) โรคจอประสาทตาผิดปกติ (Retinopathy of prematurity/ROP) โรคหลอดเลือดหัวใจเกิน (Patent ductus arteriosus/PDA) และติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) (บุญชัย อ้วว์ไพร่อนกิจ, 2551) ยิ่งอายุครรภ์ที่คลอดน้อยเท่าใดโอกาสที่ทารกจะเสียชีวิตหรือทุพพลภาพยิ่งมากขึ้นเท่านั้น (อนุวัฒน์สุตตานทวิบูลย์, 2553) ดังนั้นการพยาบาลที่เหมาะสมจะจัดการเริ่มตั้งแต่การป้องกัน การดูแลเมื่อเกิดภาวะน้ำดีนก่อนการเจ็บครรภ์ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมทั้งการดูแลภัยหลังคลอด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตามสภาพปัญหาของผู้คลอดอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการตอบสนองความต้องการของผู้คลอดและทารกได้อย่างเหมาะสมทันเวลา เพื่อให้ผู้คลอดสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีความปลอดภัยจากการแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งของผู้คลอดและทารก ซึ่งในบทความวิชาการนี้มี

วัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลห้องคลอด และนักศึกษาพยาบาล ในการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำดีนก่อนการเจ็บครรภ์และเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ภาวะน้ำดีนก่อนการเจ็บครรภ์ (Premature rupture of membranes/PROM)

สาเหตุ

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีภาวะหรือกลไกบางอย่างทำให้ถุงน้ำคร่าอ่อนแอ มีความไม่เสถียร Collagen fibrils ของถุงน้ำคร่าทำให้โครงสร้างไม่แข็งแรง การติดเชื้อ (Infection) เป็นสาเหตุหนึ่งจากการที่แบคทีเรียหลังเอนไซม์โปรตีอีส (Proteases) และฟอสโฟลิปases (Phospholipases) ทำให้เกิดการสลายโปรตีนด้วยเอนไซม์ (Proteolysis) ทำให้ถุงน้ำคร่าอ่อนแอ ส่วนแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุ คือแบคทีเรียที่อยู่บริเวณช่องคลอดและปากมดลูก (กุศลรัตน์เจริญ และประเสริฐ คันสันีย์วิทยกุล, 2553)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำดีนก่อนการเจ็บครรภ์ มีดังนี้

1. การติดเชื้อในโพรงมดลูก การติดเชื้อในถุงน้ำคร่า (Chorioamnionitis) การอักเสบเรื้อรังของระบบทางเดินปัสสาวะทำให้มดลูกมีการบีบัดตัวของเพิ่มขึ้น
2. มีประวัติเคยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจากภาวะน้ำดีนก่อนการเจ็บครรภ์ มีความเสี่ยงสูงถึง 3 เท่าที่จะเกิดซ้ำ
3. มดลูกถูกยึดขยายมากกว่าปกติ เช่น ครรภ์แฝดหรือครรภ์แฝดหน้า ทำให้ส่วนนำของทารกไม่แนบกับเชิงกราน และแรงดันในมดลูกมากขึ้นทำให้ถุงน้ำคร่าแตกได้
4. การติดเชื้อโรคที่ช่องทางคลอด เช่น ติดเชื้อหนองในที่คอมมดลูก
5. รถเก้าอี้หรือรถลอกตัวก่อนกำหนด

6. ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น มีเครร์ชูลานะต่ำ สูบบุหรี่ มีภาวะทุพโภชนาการ ขาดวิตามินซีทำให้ถุงน้ำคร่าไม่แข็งแรง หรือหูงึ่งตั้งครรภ์ได้รับอุบัติเหตุ เป็นต้น

7. ความผิดปกติของปากมดลูก เช่น ปากมดลูกปิดไม่สนิท (Cervical incompetence) คอมมดลูกสั้น เป็นต้น รวมทั้งความผิดปกติของมดลูกแต่กำเนิด

8. หากอยู่ในท่อพิเศษ เช่น ท่าก้น ท่าขวา ทำให้ส่วนนับีปิดส่วนล่างของช่องเชิงกรานไม่สนิท เมื่อมีแรงดันเกิดขึ้นในโพรงมดลูกมาที่ถุงน้ำคร่า ทำให้ถุงน้ำคร่าแตกได้ง่าย

9. การทำหัตถการเพื่อการวินิจฉัยโรค เช่น การเจาะถุงน้ำคร่า (Amniocentesis) การเย็บผูกปากมดลูก (Cervical cerclage) เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

ล้วนใหญ่ผู้คลอด รู้สึกว่ามีน้ำใสๆ หรือสีเหลืองจางๆ ให้ลองทางช่องคลอดทันทีจนเปียกผ้าหัน โดยไม่มีอาการเจ็บปวด หรือก้อนที่จะมีอาการเจ็บปวดบางรายอาจให้ลิ่มเล็กน้อย ตลอดเวลา หรือให้แล้วหยุดไป (ลี ยาหารวง, 2560)

ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก

ภาวะแทรกซ้อนในด้านมารดา มีดังนี้

1. การติดเชื้อที่ถุงน้ำคร่า ซึ่งกับระยะเวลาของการมีน้ำเดิน อาจต่อเนื่องถึงเยื่อบุโพรงมดลูกในระยะหลังคลอด (Endometritis) พบได้ประมาณร้อยละ 13 - 60

2. รถลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption) พบได้ร้อยละ 4-12

3. สายสะตือพลัดต่ำ พบในทารกท่าก้น ท่าขวา หรือล้วนนำทารกยังไม่ลงสู่ช่องเชิงกราน

4. การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)

5. การคลอดก่อนกำหนด การแตกหักร้าวของถุงน้ำคร่า การอักเสบของถุงน้ำคร่าจะมีผลทำให้

เกิดการเจ็บปวดคลอดก่อนกำหนดและผลกระทบจากการติดเชื้อภายในถุงน้ำคร่า ถ้าปล่อยไว้เป็นเวลานานอาจเกิดภาวะติดเชื้อออย่างรุนแรงทั้งมารดาและทารก

6. เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด และอาจเกิดการติดเชื้อที่เยื่อบุโพรงมดลูกได้

7. ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนานเนื่องจากมีน้ำคร่าไหลออกมาก ทำให้กลไกการคลอดตระยะการหมุนศีรษะทารกภายในช่องทางคลอด (Internal rotation) และการเกิดการงยหน้า (Extension) หยุดชะงัก และมีน้ำคร่าออกจนอาจทำให้เกิดการคลอดแห้ง (Dry labour)

ด้านทารก

1. การตายปริกำเนิดขึ้นกับอายุครรภ์ ในกรณีที่ครรภ์ไม่ครบกำหนดจะเพิ่มความเสี่ยงของอัตราตายปริกำเนิด (Perinatal mortality) 4 เท่า และความผิดปกติของทารกแรกเกิด (Neonatal morbidity) 3 เท่า

2. การติดเชื้อของทารก พบรากะติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณร้อยละ 1 ในรายน้ำเดินนานมากกว่า 24 ชั่วโมง และสูงขึ้นไปถึงร้อยละ 10 ถ้ามีถุงน้ำคร่าติดเชื้ออักเสบด้วย ซึ่งจะแพร่ผ่านกับอายุครรภ์ โดยอายุครรภ์ยิ่งน้อยความเสี่ยงยิ่งสูงขึ้น

3. การคลอดก่อนกำหนด ทำให้ทารกเกิดภาวะหายใจลำบาก พบร้อยละ 10-40 ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองพิการและภาวะล้าไส้ติดเชื้อ

4. ทารกอาจเกิดสายสะตืออย่างจากน้ำคร่าไหลออก และสายสะตือถูกกดทับจากการที่ปริมาณน้ำคร่าลดน้อยลง ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนและเลียบวิต

5. ภาวะปอดแพะ (Pulmonary hypoplasia) เกิดจากการที่ปอดของทารกถูกกดเบี้ยนนานจากภาวะน้ำคร่าน้อยลงทำให้ปอดขยายตัวไม่ได้ พบได้ก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ถ้าหลังอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ จะพบได้น้อย เนื่องจากปอดของทารกได้พัฒนาการสร้างถุงลมปอด (Alveoli) ได้เพียงพอ

6. อาการพิการแต่กำเนิด พบในกรณีที่ถุงน้ำคร่าร่วงหรือแตกตั้งแต่อายุครรภ์น้อย ทำให้น้ำคร่าน้อยลง อาการพิการเรียกว่า Potter's syndrome ซึ่งมีลักษณะใบหน้าที่เป็นแบบจำเพาะแขนขาผิดปกติ รูปวางแผนผิดปกติ โง่งบิด ข้อเคลื่อน เท้าบุก (clubfoot) หูติดต่ำ ผิวหนังย่น จมูกงุม คางเล็ก มีสันนูนเด่นที่หัวคิ้วทั้งสองข้าง (Potter's facies)

การดูแลรักษาภาวะน้ำดีในกรณีเจ็บครรภ์

การดูแลรักษาภาวะน้ำดีในกรณีเจ็บครรภ์ มีดังนี้ (ราชวิทยาลัยสูติแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558)

1. รับผู้คลอดไว้ในโรงพยาบาล และให้การวินิจฉัยภาวะน้ำดีใน โดยตรวจดูภายในช่องคลอดด้วยสเปคต์คลัมปราศจากเชื้อ

2. ประเมินอายุครรภ์และน้ำหนักทารก ตลอดจนทำและส่วนนำของทารก เพื่อนำมาวางแผนการรักษา ดังนี้

2.1 อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 34-37 สัปดาห์ พิจารณาให้คลอดโดยเฉพาะ ในกรณีที่มีน้ำดีเกินกว่า 12 ชั่วโมง

2.2 อายุครรภ์ 24-33 สัปดาห์ ให้การรักษาแบบประคับประคอง (Expectant) โดยตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดทุกันน สำหรับหากในครรภ์โดยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อวัดปริมาณน้ำคร่าสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ให้ยาสเตียรอยด์ เพื่อเร่งการพัฒนาปอดทารกให้สมบูรณ์ และให้คลอด เมื่อตรวจพบว่ามีการติดเชื้อที่ถุงน้ำคร่าหรือทารกอยู่ในภาวะอันตราย รถลอกตัวก่อนกำหนดหรือเมื่ออายุครรภ์ครบ 34 สัปดาห์

3. ประเมินสุขภาพมารดา ได้แก่ ชีพจร ความดันโลหิต อุณหภูมิ อัตราการหายใจ การตรวจครรภ์ และการตรวจร่างกายทั่วไป

4. ประเมินการติดเชื้อของถุงน้ำคร่า เช่น มีไข้ ชีพจรเร็ว กัดเจ็บบริเวณมดลูก น้ำคร่าที่ไหลออกมากลิ้นเหม็น อัตราการเต้นของหัวใจการเร็วผิดปกติ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด พบภาวะเม็ดเลือดขาวสูง

5. ประเมินภาวะทารกขาดออกซิเจน (Fetal distress) ซึ่งมีโอกาสเกิดได้จากสายสะดื้ออยู่กด (Cord compression) สายสะดื้อย้อย ซึ่งต้องให้คลอดโดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์

6. การให้ยาปฏิชีวนะ

6.1 ในกรณีพิการติดเชื้อของถุงน้ำคร่า ควรให้คลอด โดยต้องให้ยาปฏิชีวนะแบบออกฤทธิ์กว้าง (broad spectrum)

6.2 ในกรณีที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อยืดอายุครรภ์ (prolonged latency period)

6.3 ในกรณีที่ให้คลอดให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Group B streptococcus)

7. ให้ยาช่วยเร่งสมรรถภาพของปอดทารก (Corticosteroid) ดังนี้

7.1 อายุครรภ์ 24-33+6 สัปดาห์ ถ้ายังไม่เคยได้รับยามาก่อน ให้ยาแบบคอร์สเดียว (Single course) ถ้าเคยได้รับยาแล้ว 1 คอร์ส แต่ไม่เกิน 7 วัน ไม่ต้องให้ยากระตุ้น (Rescue course) ถ้าได้ยามากกว่า 7 วัน ให้ยากระตุ้น 1 คอร์ส ห้ามให้เกิน 2 คอร์ส

7.2 อายุครรภ์ 34-36+6 สัปดาห์ และมีความถี่สูงที่จะคลอดภายใน 7 วัน และไม่เคยได้รับยามาก่อน ให้ยา 1 คอร์ส ถ้าเคยได้รับมาแล้วไม่ต้องให้

8. พิจารณาให้ยาัยบังคับการหัดรัดตัวของมดลูก เพื่อยืดระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดออกไประหว่าง 48 ชั่วโมง รอให้ยาเร่งสมรรถภาพปอดทารกออกฤทธิ์ได้เต็มที่ โดยมีข้อบ่งช้ำในการให้ยา ดังนี้ ทารกตายในครรภ์ทารกพิการแต่กำเนิด การติดเชื้อถุงน้ำคร่าภาวะเลือดออกทางช่องคลอด ภาวะความดันโลหิตสูงทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์

9. ประสานทีมผู้ดูแลการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ สูติแพทย์ ภูมารแพทย์ พยาบาลห้องคลอด และพยาบาลหน่วยทารกแรกเกิด กรณีที่คาดว่าจะมีการคลอดก่อนกำหนด

10. กรณีโรงพยาบาลไม่พร้อมดูแลทางน้ำหนักน้อยให้ส่งผู้คลอดไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลมากกว่า

การพยาบาลระยะตั้งครรภ์

การพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ ในระยะตั้งครรภ์ มีดังนี้ (ฉบับเยาทรวง, 2560)

1. คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ เช่น ประวัติเคยมีภาวะน้ำเดินและคลอดก่อนกำหนด ภาวะทุพโภชนาการ สูบบุหรี่ ทารกอยู่ในท่ำผิดปกติ ครรภ์แฝด ภาวะรกເກະต่ำ ได้รับการเจาะตรวจน้ำคร่ำหรือเย็บผูกป Baumgardluk เป็นต้น

2. ประเมินความรู้และให้คำแนะนำเรื่องตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการป้องกันภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ จากระยะหัวที่ป้องกันได้ ดังนี้

2.1 อธิบายสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์

2.2 รับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบถ้วน เพียงพอ และอาหารที่มีวิตามินซีสูง เพราะการขาดวิตามินซีทำให้ถุงน้ำคร่ำไม่แข็งแรง

2.3 พักผ่อนอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงการทำางานหนัก การออกกำลังกายหักโหม

2.4 การรักษาความสะอาดของร่างกาย และอวัยวะลีบพันธุ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2.5 ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ วันละ 8-10 แก้ว และไม่กินน้ำมันปั๊สสาวะ

2.6 งดสูบบุหรี่และสารเสพติดทุกชนิด

3. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในช่องคลอดหรือปากมดลูก การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และส่งพบแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัย และให้การรักษาต่อไป

4. แนะนำให้สังเกตอาการแสดงที่มีน้ำเหลืองจากทางช่องคลอดให้รีบมาโรงพยาบาลทันที

5. เน้นให้หันไปดูครรภ์กลุ่มเสี่ยงมาหากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง

การพยาบาลระยะคลอด

การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ ในระยะคลอดได้แก่ การติดเชื้อ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะลายಸ์ดีอย่าง และภาวะทางการข้าดออกซิเจน ดังนี้ (ฉบับเยาทรวง, 2560)

1. ระยะคลอด

1.1 ประเมินสัญญาณชีพ ยัตราชาร เต้นของหัวใจทารก และการดีนของทารกทุก 2-4 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อ และภาวะทางการข้าดออกซิเจน

1.2 ประเมินลักษณะ ลี กลิน และปริมาณของน้ำคร่ำจากผ้าอนามัย ถ้าปริมาณออกมากขึ้น มีสีเปลี่ยนไป และมีกลิ่นเหม็นแสดงถึงการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ

1.3 ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ โดยประเมินการหดรัดตัวของมดลูก

1.4 สังเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจปัสสาวะ และความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด และรายงานเมื่อพบความผิดปกติ เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ

1.5 ระมัดระวังการกิดส่ายสีดีอย่างโดยเฉพาะในรายที่ทารกมีท่าผิดปกติหรือส่วนนำ้ยังไม่ลงสู่ช่องเชิงกราน โดยให้ผู้คลอดนอนพักตลอดเวลา โดยจัดให้นอนตะแคงซ้ายให้มากที่สุด เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงราก ห้ามลูกเดิน ดูแลให้ปัสสาวะบันเตียง เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำคร่ำร่วงออกมากขึ้น และป้องกันส่ายสีดีอย่างและส่ายสีดีอยู่กัดจากน้ำคร่ำน้อย และเชื่อว่าอย่างรุ่งของถุงน้ำคร่ำอาจอุดปิดได้เอง

1.6 ดูแลความสะอาดของอวัยวะลีบพันธุ์ เปลี่ยนผ้าอนามัยเมื่อเปียกชุม เพื่อป้องกันการเพร่กระจายเชื้อจากลิ้นแวดล้อมเข้าสู่อวัยวะลีบพันธุ์

1.7 หลีกเลี่ยงการตรวจทางช่องคลอดตรวจเท่าที่จำเป็นโดยยึดหลักประจักษ์เชื้อ

1.8 ดูแลการได้รับยาขับยังการหดรัดตัว

ของมดลูก ยานปฏิชีวะ และยาเร่งการพัฒนาปอดทารก ตามแผนการรักษา รวมทั้งสังเกตอาการแทรกซ้อนจากยา

2. ในระยะคลอด

2.1 ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 15 นาที หรือทุกครั้งที่มีคลูกคลายตัว เพื่อประเมินสภาพของทารกในครรภ์

2.2 ประเมินลักษณะน้ำคร่ำถ้ามีไข้เทาปนในน้ำคร่ำ แสดงว่าทารกอยู่ในภาวะขาดออกซิเจน โดยดูแลให้ออกซิเจน 5 ลิตรต่อนาที

2.3 ขณะกำคลอด ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปรัชญาเชื้อ โดยการเตียมช่วยคลอดทารกแรกเกิดให้พร้อม ตัดฝีเย็บให้กว้างเพื่อลดแรงกดบนศีรษะทารก ทำคลอดด้วยน้ำนมเหลวป้องกันภาวะเลือดออกในสมอง ในรายคลอดก่อนกำหนด หรือทารกที่ผิดปกติ เช่น ทารกน้ำ แจ้งสูติแพทย์ ทำคลอด แจ้งภารแพทย์ เตรียมทึบ เครื่องมืออุปกรณ์ในการช่วยคลอด และช่วยชีวิตให้พร้อมใช้

2.4 รีบเช็คตัวทารกให้แห้ง ห่อทารกด้วยผ้าอุ่นให้มีดีไซด์โดยเฉพาะบริเวณศีรษะ และจัดให้นอนได้เครื่องทำความอบอุ่น (Radiant warmer)

2.5 ให้การประคับประคองด้านจิตใจในกรณีที่คลอดทารกก่อนกำหนด อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับการดำเนินการคลอดและสุขภาพของทารกเป็นระยะๆ

การพยาบาลระยะหลังคลอด

ในระยะหลังคลอด ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ (บุญสืบ โลโซม, 2553)

1. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังคลอด ได้แก่

1.1 สังเกตลักษณะ สี ของน้ำคลาปหากาบปกติจะไม่มีกลิ่นเหม็น และสีจะค่อยๆ จางลงและลดปริมาณลงจนหมดไปภายใน 3-4 สัปดาห์

1.2 วัดระดับความสูงของยอดมดลูกทุกวัน ซึ่งจะลดระดับลงวันละ 1/2-1 นิ้ว ถ้ามดลูกไม่ลดขนาดลงแสดงถึงอาจมีการติดเชื้อที่ตัวมดลูก

1.3 วัดลักษณะเชื้อพุง 4 ชั่วโมงติดต่อ กันอย่างน้อย 3 วัน หรือจนกว่าจะกลับบ้านเพื่อติดตามการเมี้ยและซีจรที่เร็วขึ้น ซึ่งเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อ

1.4 เฝ้าระวังภาวะติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น ภาวะไข้ ภาวะหายใจลำบาก

2. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ถ้าระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอดยาวนาน เพราะอาจทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดีและตกเลือดระยะหลังคลอดได้

3. ให้การประคับประคองด้านจิตใจ ถ้าพบว่าทารกมีการติดเชื้อต้องให้ยาปฏิชีวะหรือในกรณีที่คลอดทารกก่อนกำหนด อาจต้องส่งทารกไปปั้งหน่ายดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต ต้องอธิบายให้ทราบด้วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor /Premature Labor)

สาเหตุ ไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน อาจเกิดได้หลายสาเหตุและสาเหตุที่เป็นช่วงเวลาให้เกิด มีดังนี้ (สุภาพ ไทยแท้, 2556)

สาเหตุทางด้านมารดา

1. มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด มีประวัติการแท้ง การไม่มาฝากครรภ์

2. มีอายุน้อยกว่า 18 ปี หรือมากกว่า 35 ปี

3. มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี ภาวะทุพโภชนาการ การทำงานหนัก มีน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 50 กิโลกรัม การเป็นครอบครัวที่อยู่คนเดียว หรือครอบครัวแตกแยก

4. การได้รับการกระบวนการเรียนทางหน้าท้อง เช่น ผ่าตัดทางหน้าท้อง ผ่าไส้สิ่ง

5. มีปัญหาสุขภาพ เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต โลหิตจาง

6. มีการใช้สารเสพติด

7. มีการติดเชื้อต่างๆ เช่น ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดบวม ไส้ติ่อยักเสบ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์

ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม - ธันวาคม) ๒๕๖๐

8. มีการยึดขยายของมดลูกมาก เช่น ครรภ์เฝ้า ครรภ์เฝ้าน้ำ
9. มีความผิดปกติของมดลูก เช่น มีประวัติการผ่าตัดที่มดลูก มีก้อนหรือเนื้องอกบริเวณมดลูกมีห่วงคุมกำเนิดอยู่ภายในโพรงมดลูก
10. มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด มีการตกเลือดในระหว่างการตั้งครรภ์
- สาเหตุด้านทารก**
1. หารอยูปในท่อดuctus มีความผิดปกติของทารกแต่กำเนิด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์
 2. มีการติดเชื้อของทารก ทารกเสียชีวิต
- สาเหตุด้านรกและถุงน้ำคร่ำ**
1. รากakeต่ำ รากออกตัวก่อนกำหนด
 2. การติดเชื้อที่ผ่านรก เช่น หัดเยื่อรัมันซิฟิลิส โรคติดเชื้อ และถุงน้ำคร่ำร้าวสาร
- อาการและอาการแสดง**
- การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะเหมือนกับการเจ็บครรภ์จริง คือ มีการหดรัดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ อย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 20 นาที หรือ 8 ครั้ง ใน 60 นาที ร่วมกับปากมดลูกบางตัวอย่างน้อยร้อยละ 80 และต้องเบิดอย่างน้อย 1 เซนติเมตร (พญญ พันธุ์บูรณะ, 2553) อาจมีอาการปวดต่ำท้องน้อย ปวดท้องคล้ายปวดประจำเดือน ปวดหลัง ส่วนล่าง ปวดบั้นเอว ปวดต่ำในช่องคลอด ฝีเย็บและทารหนัก มีมูกปนเลือด หรือน้ำคร่ำร้าวอกทางช่องคลอด
- การวินิจฉัย**
- การวินิจฉัย สามารถปฏิบัติได้ดังนี้ (อนุวัฒน์สุตันต์วิบูลย์, 2553)
1. จากประวัติมีอาการเจ็บครรภ์ อาจมีปวดหลังหรือปวดหน่วงบริเวณทวารหน้า ก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ซึ่งต้องแยกจากเจ็บครรภ์เดือน อาจให้ประวัติว่ามีน้ำเดินร่วมด้วย
 2. จากการตรวจครรภ์ พบร่วมมดลูกหดรัดตัวอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 20 นาที หรือ 8 ครั้ง ใน 60 นาที นานอย่างน้อย 30 วินาที มดลูกหดรัดตัวบ่อยขึ้น แต่ละครั้งนานขึ้นและรุนแรงมากขึ้น
 3. ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิดขยายตั้งแต่ 1 เซนติเมตรบางตัวถึงแต่ 80 ชั่วโมง
 4. การตรวจเพื่อหาสารที่สร้างจากเซลล์ของทารก (Fetal fibronectin) เมื่อเกิดการหดรัดตัวของมดลูกจะตรวจพบอยู่ในช่องคลอด
 5. การตรวจวัดความยาวของปากมดลูก (Cervical canal) โดยใช้คลิปสีแดงความถี่สูง โดยความยาวเฉลี่ยของปากมดลูกขณะอายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์มีค่าประมาณ 30-35 มิลลิเมตร กรณีพบว่าปากมดลูกมีความยาวทดลอง 5 มิลลิเมตรที่จะเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
- การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด**
1. การใช้Progesterone ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก โดยราชวิทยาลัยสหตันติโนร์เพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา (ACOG, 2012) แนะนำให้ใช้ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด เช่น มีประวัติการคลอดก่อนอยุ่ครรภ์ 37 สัปดาห์ การบริหารยาสามารถให้ทางกล้ามเนื้อและเหน็บทางช่องคลอด
 2. การหยุดสูบบุหรี่ จะช่วยลดภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ รากออกตัวก่อนกำหนด และภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด
 3. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และยาเสพติด
 4. ลดอัตราการตั้งครรภ์เฝ้าจากการใช้เทคโนโลยีที่ช่วยในการมีบุตรยาก
 5. การเย็บผูกปากมดลูก ซึ่งมีสาเหตุจากปากมดลูกปิดไม่นิท (Cervical incompetence) และการใช้อุปกรณ์ (Cerclage pessary) ใส่ไว้ที่ปากมดลูก ช่วยป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้
 6. หลีกเลี่ยงการทำงานหนักมากเกินไป
 7. รักษาอาการติดเชื้อ โดยเฉพาะภาวะติดเชื้อแบคทีเรีย (Group B streptococcus)

ผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก

ทางด้านมารดา

1. เกิดการคลอดก่อนกำหนด โดยไม่สามารถยับยั้งได้

2. จะเกิดผลกระทบต้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ห้องผู้กู้ น้ำหนักลด วิตกกังวล หงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน ซึ่งเครื่า เป็นต้น เป็นจากต้องนอนพักบ้านเดียงนา

3. เลี้ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา yab ยับยั้งการหัดตัวของมดลูก

4. เกิดภาวะเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกและค่าใช้จ่ายในการรักษา

5. การผ่าตัดทางหน้าท้อง อาจได้รับผลข้างเคียงจากยาสลบและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ทางด้านทารก

1. ทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของทารกที่เพิ่มมากที่สุด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถึง 15 เท่า เมื่อเทียบกับทารกครบกำหนด

2. ภาวะแทรกซ้อนระยะแรกในทารกแรกเกิดที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มอาการหายใจลำบาก เลือดออกในสมอง ตาบอดหรือการมองเห็นผิดปกติ เนื่องจากจุดต่อจากได้รับออกซิเจนความเข้มข้นสูง ทำให้อักเสบ การติดเชื้อ

3. ภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด ได้แก่ ปอดบวม ตัวเหลือง ภาวะโลหิตจาง โรคหัวใจ

4. ภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในทารก ได้แก่ ความผิดปกติของระบบประสาท ปัญญาอ่อนลดปัญญาไม่เต็ม พัฒนาการช้า

การรักษาภาวะเจ็บปวดคลอดก่อนกำหนด

การรักษาภาวะเจ็บปวดคลอดก่อนกำหนด มีดังนี้

1. วินิจฉัยภาวะเจ็บปวดคลอดก่อนกำหนดที่แน่นอนและถูกต้อง

2. รับผู้คลอดเข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล

3. ประเมินว่ามีน้ำค้าเดินร่วมด้วยหรือไม่ โดย

ประเมินจากประวัติ การตรวจภายใน ในการนี้ที่พบการแตกร่วนของถุงน้ำค้าจะเป็นข้อท้ามในการให้ยา yab ยับยั้ง การหัดตัวของมดลูก

4. ประเมินอายุครรภ์และน้ำหนักทารกในครรภ์ตลอดจนท่า และส่วนนำข่องทางกในครรภ์

5. ประเมินสุขภาพมารดา ได้แก่ ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ การตรวจครรภ์ และการตรวจร่างกายทั่วไปเบื้องต้น

6. ประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ ด้วยการฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกตัวอย่างพื้งหรือเครื่องฟังเสียงหัวใจทารก (Doptone หรือ Cardiotocography) ร่วมกับการตรวจการหัดตัวของมดลูก

7. ประเมินหาสาเหตุของการเจ็บปวดคลอดก่อนกำหนด โดย

7.1 การเก็บสิ่งคัดหลังปากมดลูกส่งตรวจหาเชื้อ (Cervical swab culture)

7.2 การเก็บปัสสาวะส่งตรวจเพาะเชื้อ

7.3 การเจาะเลือดหาความสมมูลนิ่งของเม็ดเลือดขาว (Complete blood count / CBC)

7.4 การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงดูความผิดปกติของราก ปริมาณน้ำค้า สภาพราก และตัวมดลูกรวมถึงรังไข่

7.5 การหาสาเหตุทางมารดา ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ไข้ การติดเชื้อต่างๆ โรคประจำตัวที่น่าจะเป็นสาเหตุ เช่นโรคหัวใจ โรคภูมิต้านทานบกพร่อง เป็นต้น

8. ให้ข้อมูลกับผู้คลอดเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค ขั้นตอนการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากยา และปฏิบัติในขณะอยู่โรงพยาบาล

9. พิจารณาให้ยา yab ยับยั้งการหัดตัวของมดลูก กรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์

10. พิจารณาให้ยากระตุ้นสมรรถภาพของปอดทารก (Corticosteroid) ดังนี้ (ACOG, 2017)

10.1 อายุครรภ์ 24-33+6 สัปดาห์ ถ้ายังไม่เคยได้รับยามาก่อนให้ยาแบบครอร์สเดียวย ถ้าเคยได้

รับยาามา 1 คอร์ส ไม่เกิน 7 วัน ไม่ต้องให้ยากระตุ้น ถ้าเกิน 7 วัน ให้การกระตุ้น 1 คอร์ส ห้ามให้เกิน 2 คอร์ส

10.2 อายุครรภ์ 34-36+6 สัปดาห์และมีความเลี่ยงที่จะคลอดภายใน 7 วัน และไม่เคยได้รับยาามาก่อน ให้ยา 1 คอร์ส ถ้าเคยได้รับมาแล้วไม่ต้องให้

11. พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะตามข้อบ่งชี้

12. เตรียมความพร้อมที่มีการดูแลการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาล ห้องคลอด และพยาบาลหน่วยหารกแรกเกิด เพื่อเตรียมตัวในการดูแลทารกภายหลังคลอด ในการนี้ที่ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้

การพยาบาลระยะตั้งครรภ์

การพยาบาลเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการดันท้าบั้นจัยส่งเริมที่เป็นสาเหตุดังนี้ (ฉวี เปาหวง, 2560)

1. การให้ความรู้ทั่วไปตั้งครรภ์ให้มีฝ่าครรภ์ เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ และให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม สมแก่ทั่วไปตั้งครรภ์แต่ละคน เช่น อาหาร การพักผ่อน การทำงาน อาการที่ควรรีบมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัด เป็นต้น

2. การคัดกรองภาวะเลี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลี่ยงสูง ควรส่งพับแพทย์ เพื่อให้การดูแลรักษาตามสาเหตุ พบว่าการรักษาการติดเชื้อ การเย็บผูกปกมดลูก การให้โปรเจสเตอโรน (Progesterone) ช่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้

3. การให้ความรู้ทั่วไปตั้งครรภ์เกี่ยวกับ บั้นจัยเลี่ยง และผลกระทบของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

4. การให้ความรู้ทั่วไปตั้งครรภ์ที่มีบั้นจัยเลี่ยง เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และการปรับพฤติกรรมที่เป็นบั้นจัยเลี่ยงเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนี้

4.1 การงดสูบบุหรี่และสารเสพติดทุกชนิด

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น รากເກະตໍາ รถລອກຕັກອຳນົກໍາທັນ ນ້ຳເຈີນກ່ອນການເຈັບຄຣວິ ແລະ ທາກເຈີຣູມເຕີບໂຕຊ້າໃນຄຣວິ (IUGR) ຂຶ້ງເປັນສາເຫຼຸ ຂອງການເຈັບຄຣວິຄລອດກ່ອນກຳທັນ

4.2 การลดແລະຫຼັກເລື່ອງການຮັດກ່ອນກຳທັນ ຈະຫ້ວຍປ້ອງກັນການຮັດກ່ອນກຳທັນໄດ້

4.3 ຮັກຂາດວະສະອາດອວຍວະລືບພັນຖຸ ໄນ ກລັ້ນປໍລສວະເພື່ອປ້ອງກັນການຕິດເຫຼື້ອໃນຮະບບທາງເດີນ ປໍລສວະ ແລະ ດີມນ້ຳຍ່າງເພີ່ມພວນລະ 8-10 ແກ້ວ

4.4 ເຫຼັກເລື່ອງສາເຫຼຸທີ່ກະຕຸ້ນໃຫ້ເກີດການເຈັບຄຣວິ ເຊັ່ນ ກາຍກົມຂອງຫັກ ກາກກະຕຸ້ນຫວັນນມ

4.5 ເນື່ອມື່ອການເຈັບຄຣວິ ໃຫ້ດົມເປັ ສັນພັນນີ້ ເພື່ອໄໝໃໝ່ມດູກຫຼັດຕັ້ງມາກັ້ນ

4.6 ຜ່ອນຄລາຍດ້ານຈິຕິໃຈ ລດຄວາມເຄີຍດ ເຊັ່ນ ອ່ານຫັ້ນລື້ອ ພົງເພັງ ສັດມນົດ ທຳສາມາື ທີ່ ໃຫ້ ເຫັນນິການຝ່ອນຄລາຍ ເປັນຕົ້ນ

4.7 ແນະນໍາໃຫ້ທຸນິ້ງຕັ້ງຄຣວິມາຝາກຄຣວິ ຕາມນັດຖຸກຽ້ງ

การพยาบาลระยะรอคลอด

การพยาบาลຜູ້ຄລອດເຈັບຄຣວິຄລອດ ກ່ອນກຳທັນເພື່ອໃຫ້ການຕັ້ງຄຣວິດຳເນີນເຕີໂປ ມີດັ່ງນີ້ (ฉวี ເບາຫວັງ, 2560)

1. ອົບບາຍໃຫ້ເຂົ້າໃຈເກີຍກັບກາວະເຈັບຄຣວິ ຄລອດກ່ອນກຳທັນ ແຜນການດູແລຮັກຂາ ແລະ ໃຫ້ຄຳແນະນຳໃນການປົກປັບຕົວ

2. ດູແລໃຫ້ນອນພັກບັນເຕີຢັງ ໃຫ້ຜ່ອນຄລາຍທັ້ງ ຮ່າງກາຍແລະຈິຕິໃຈ ໂດຍນອນຕະແຄງໜ້າຍເພື່ອໃຫ້ການໄລ ເວີຍ່ານເລື້ອດບົງເວນມດລູກມາກັ້ນ

3. ປະເມີນການຫດຮັດຕັ້ງຂອງມດລູກ ແລະ ປະເມີນວັດຖາກາເຕັ້ນຂອງຫັວໃຈທາກໃນຄຣວິທຸກ 2-4 ຊົ່ວໂມງ ຮ່າມທັ້ງປະເມີນສັນຍູ້ານີ້ພມາດາ ເພື່ອ ເປັນແວວາງກາງແຜນການດູແລຮັກຂາ

4. ດັດກາສວນອຸຈະຈະຮະແລກການຕຽບທາງ ຂ່ອງຄລອດທີ່ວິວກາຮັກຫັກ

5. ດູແລໃຫ້ໄດ້ຮັບຍັນຍັ້ງການຫດຮັດຕັ້ງຂອງ

มดลูก ยกกระตุ้นสมรรถภาพของปอดทารกและยาปฏิชีวะตามแผนการรักษา

6. กรณีให้กลับบ้านได้ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว สังเกตอาการเจ็บครรภ์ ปวดถ่วงท้องน้อย การหดรัดตัวของมดลูก น้ำเดิน การดื้ินของทารกในครรภ์ หากพบอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ทันที

การพยาบาลระยะคลอด

การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก การคลอดก่อนกำหนด ตั้งนี้ (ฉบับ เอกสาร, 2560)

1. อธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษา และการปฏิบัติตัวในระยะคลอด
2. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นสมรรถนะปอดทารก ตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ดูแลให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนเพียงพอ ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง
4. หลีกเลี่ยงการใช้ยาระงับความเจ็บปวด เพราะจะมีผลกดการหายใจของทารกได้
5. เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ และเตรียมทีมกู้ภัยพยาบาลให้พร้อม
6. ดูแลให้ระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นที่สุด โดยเตรียมการช่วยคลอดทารกแรกเกิดให้พร้อมตัดฝีเย็บให้กัวงเพื่อลดแรงกดบนคีรีษะทารก ทำคลอดอย่างนุ่มนวล ป้องกันภาวะเลือดออกในสมอง
7. ช่วยเหลือทารกเมื่อแรกเกิดทันที โดยดูดสิ่งคัดหลังออกจากปาก และจมูกทารก พร้อมทั้งรีบเช็คตัวทารกให้แห้ง เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (Hypothermia)
8. ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดา กับทารก โดยให้มารดาได้ดู สัมผัสและโอบกอดทารก ตามความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิด
9. ประเมินผลข้างเคียงของยาบัญชี การหดรัดตัวของมดลูก และยากระตุ้นสมรรถนะปอดทารก (glucocorticoid) ที่อาจเกิดขึ้นหลังคลอด
10. ให้การพยาบาลด้านจิตใจและอารมณ์

โดยให้การดูแลประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ ของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวอย่างเหมาะสม โดยบอกข้อมูลต่างๆ อาการ แนวทางการรักษาเกี่ยวกับทารกให้มารดาและครอบครัวรับทราบจะได้คลายความวิตกกังวล

การพยาบาลทารกแรกเกิด

การพยาบาลทารกแรกเกิด มีเป้าหมายเพื่อให้ทารกได้รับความอบอุ่นปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ตั้งนี้ (จิตตา ศรีทาวร, 2555)

1. ดูดมูกในปกตามด้วยจมูก หลังคีรีษะทารกคลอด เพื่อป้องกันการสำลักเข้าไปในปอด
2. เช็ดตัวให้แห้งอย่างรวดเร็ว ภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่นเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ
3. ประเมินลักษณะและอัตราการหายใจ บันทึกรูปแบบการหายใจ เช่น หายใจเร็ว (Tachypnea) ปีกมูกบาน (Nasal flaring) หายใจมีเสียง (Grunting) หายใจออกบุ่ม (Retractions) เพื่อประเมินประสิทธิภาพการหายใจของทารก และประเมินความพิการแต่กำเนิด
4. พึงเลี้ยงปอดทั้งสองข้าง เพื่อประเมินน้ำในปอด และประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ
5. เตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือการหายใจที่จำเป็น เช่น เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก เครื่องมือใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น
6. ดูแลให้ยาหารหลังคลอด ได้แก่
 - 6.1 วิตามิน เด 1 มิลลิกรัมทางกล้ามเนื้อ เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในทารก
 - 6.2 ป้ายตาด้วย Terramycin ointment เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตา
 - 6.3 วัสดุชนิดป้องกันไวรัลตับบับเลบ บี วัสดุชนิดป้องกันวัณโรค

บทสรุป

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำดันก่อนการเจ็บครรภ์ และเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำเป็นอย่างยิ่ง

ที่จะต้องศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการ อาการแสดง การวินิจฉัย แนวทางการรักษา การป้องกัน สามารถประเมินปัญหา และให้การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้คลอดทั้งทางร่างกายและจิตใจ พยาบาลที่ให้การดูแลจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

ให้การพยาบาลและตัดสินใจให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพถูกต้องตามหลักการปฏิบัติ และทางด้านวิชาการ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งต้องให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และ จิตวิญญาณ รวมถึงทารกแรกเกิด จนถึงระยะหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

- กุล รัศมีเจริญ และประเสริฐ คันสนีย์วิทยกุล. (2553). ตำราสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : พ.อ. สิพิริ่ง.
- ชวี เบาทรวง. (2560). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์และภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด. ใน นันพพร แวนคิริพันธ์ และชวี เบาทรวง (บรรณาธิการ). พยาบาลและผดุงครรภ์ : สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่ : สมาร์ทโคดติ้งแอนด์ เชอร์วิส.
- จิตลดา ศรีหาเวช. (2555). การพยาบาลทารกแรกเกิด. ใน งานนิตย์ รัตนาสุกุล (บรรณาธิการ). การวางแผนการพยาบาลมาตราและหารา. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลแม่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระ ทองสง. (2558). Renal Agenesis. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2560, จาก www.medicine.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com.
- ราชวิทยาลัยสูติไนร์เพทย์แห่งประเทศไทย. (2558). การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และถุงน้ำคร่ำร่วงก่อนกำหนด. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2560, จาก hpc4.go.th/download/data/hpc5_01.pdf.
- บุญชัย เอื้อไฟโรจน์กิจ. (2551). สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โอ.เอส. พรินติ้งເຊාල්.
- บุญลีบ โลโสม. (2553). การพยาบาลสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี : ยุทธธrinทร์การพิมพ์.
- พัญญ พันธุ์มนตรี. (2553). การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน ณัลย์วงศ์ รัตนคิริ, ฐิติมา สุนทีสัจ และสมศักดิ์ สุทัคโนวราษี (บรรณาธิการ). สูติศาสตร์ฉูกันเฉิน. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.
- สุภาพ ไทยแท้. (2556). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด. การพยาบาลสูติศาสตร์ : ภาวะผิดปกติในระยะคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : วี.พรินท์.
- ลุขิน กันทางวงศ์. (2555). Preterm Premature Rupture of Membranes. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2560, จาก www.med.cmu.ac.th?Home?Lecture/Topic?Residents' Topic Review.
- สายฝน ชาوالไพบูลย์. (2553). ตำราคลอดก่อนกำหนด. คณะแพทย์ศาสตร์คริริราชพยาบาลโครงการตำราคริริราช, กรุงเทพฯ : พ.อ. สิพิริ่ง.
- อนุวัฒน์ สุตันทดวิบูลย์. (2553). ตำราสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : พ.อ. สิพิริ่ง.

- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2012). Committee on Practice Bulletins-Obstetrics No. 130 : *Prediction and prevention of preterm birth.* [Online]. Retrieved October 9, 2017, from <https://access.tarrantcounty.com//ACOG Practice Bulletin 130>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2017). ACOG Committee opinion. *Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation.* [Online]. Retrieved November 19, 2017, from <https://www.acog.org/-/media/Committee-pinions/.../co713.pdf>.
- Duff, P. (2015). *Preterm-premature (prelabor) rupture of membranes.* [Online]. Retrieved October 9, 2017, from <http://www.uptodate.com/content/preterm-premature-prelabor-rupture-of-membranes>.



คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความและส่งต้นฉบับ
ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีความยินดีที่จะขอเรียนเชิญอาจารย์ นักวิชาการ ส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการ ใน วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ทั้งนี้บทความที่ส่งมาให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ใน ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และจะพิจารณาการตีพิมพ์ตามความเหมาะสมโดยเรียงลำดับก่อนหลัง ของการได้รับต้นฉบับบทความที่สมบูรณ์

1. บทความที่รับตีพิมพ์

1.1 บทความวิจัย หรือวิทยานิพนธ์ : เป็นรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ทางการพยาบาล หรือที่เกี่ยวข้องในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

1.2 บทความวิชาการ : เน้นสรุปความรู้เกี่ยวกับด้านพยาบาล การศึกษาการปฏิบัติทางการพยาบาล การบริการทางสุขภาพ หรือความรู้ที่เกี่ยวข้องในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ผู้นิพนธ์หรือผู้เขียนจะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความวิจัยและบทความวิชาการให้ถูกต้องตามรูปแบบ ดังนี้

2.1 พิมพ์ต้นฉบับ ในกระดาษ A 4 พิมพ์หน้าเดียว ไม่ว่างบรรทัด (Single spacing) ใช้ โปรแกรม word และตัวพิมพ์มาตรฐาน Font 16 ของ Angsana new เท่านั้น มีเลขหน้ากำกับทุกหน้า ความยาวเนื้อเรื่องไม่ต่ำกว่า 9 หน้า และไม่เกิน 15 หน้า

2.2 ชื่อเรื่อง : ให้มีทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นชื่อความสั้นๆ และถือความหมาย บ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหา

2.3 ชื่อผู้เขียน : ให้ใส่ชื่อตัวและชื่อสกุลเต็มมุมขวาใต้ชื่อเรื่อง โดยให้ทำเครื่องหมาย * ไว้ข้างนามสกุล และพิมพ์ Footnote ไว้ด้านล่างในหน้าแรกของบทความ (ดังตัวอย่าง)

2.4 บทคัดย่อ (Abstract) : จะปรากฏก่อนเนื้อหา ซึ่งจะต้องมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ โดยกำหนดความยาวของบทคัดย่อ ดังนี้

1) บทความวิจัย หรือวิทยานิพนธ์ : บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด Abstract ความยาวไม่เกิน 250 คำ

2) บทความวิชาการ : บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 10 บรรทัด Abstract ความยาวไม่เกิน 200 คำ

2.5 การอ้างอิงในเนื้อหา : ให้ใช้การอ้างอิงในรูปแบบนาม-ปี ดังตัวอย่าง (คากุล ช่างแม่, 2550) (Fawcett and Downs, 2006)

2.6 หากเป็นบทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์ ให้เรียงลำดับเรื่อง ดังนี้

- 1) บทคัดย่อภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ
- 2) บทนำ/ความสำคัญของปัญหาการวิจัย
- 3) วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 4) กรอบแนวคิดการวิจัย

- 5) วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
- 6) การวิเคราะห์ข้อมูล
- 7) สรุปผลการวิจัย/ข้อต้นพบจากการวิจัย
- 8) การอภิปรายผลการวิจัย
- 9) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และข้อเสนอแนะการทำวิจัย

2.7 รูปแบบตาราง : ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางเปิดด้านซ้ายและขวา โดยเล่นบนและเล่นล่างเป็นเส้นคู่ ชึ้งตารางไม่มีเส้นแนบทั้ง หรือ colum ดังตัวอย่าง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าลัมป์ประสิทธิ์สหลัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 4 ด้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n=115$)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
	r	p-value
ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล	- 0.363*	0.000
ด้านความขัดแย้งในตนเอง	- 0.349*	0.000
ด้านความรู้สึกผิด	- 0.324*	0.000
ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน	- 0.161	0.086
รวมทุกด้าน	- 0.385*	0.000

*p-value <0.05

2.8 การเขียนรายการอ้างอิงท้ายเรื่อง : ใช้การอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association) ดังตัวอย่าง

1) หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง // (ปีที่พิมพ์).// ชื่อหนังสือ // ครั้งที่พิมพ์ // เมืองที่พิมพ์ : / สำนักพิมพ์.

เรวดี ธรรมอุปกรณ์. (2530). การใช้ยาบำบัดอาการ พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพาณิช.

2) บทความวารสาร

ชื่อผู้เขียน // (ปีที่พิมพ์).// ชื่อบทความ // ชื่อวารสาร // ปีที่ (ฉบับที่) : / เลขหน้า-เลขหน้า.

ธารช โลพันธ์ศรี. (2530). เรื่องเลี้ยงเหง. วารสารพยาบาล. 5(6) : 216-226.

3) วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน // (ปีที่พิมพ์).// ชื่อวิทยานิพนธ์ // ระดับวิทยานิพนธ์ ชื่อสาขาวิชา คณะ ชื่อมหาวิทยาลัย.

สมหมาย ตรีวิทยาคณ. (2547). ประสบการณ์การนอนท่าค้ำหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคจอประสาทตาลอกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไธสง).

วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิตศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาระบบทั่วไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสตீียน.

4) ข้อมูลออนไลน์งานอินเตอร์เน็ต
ชื่อผู้แต่ง // (เป้าหมาย) // ชื่อเรื่อง // [ประเทศไทย]. // ลีบคันเมื่อ วัน เดือน ปี, จาก URL เว็บไซต์.
สมจักร์ คลประสิทธิ์. (2544). ความสงสัยในการเดินหน้าปฏิรูปการศึกษา.
[ออนไลน์]. ลีบคันเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2545, จาก <http://www.moe.go.th/article-somsak11.htm>.

Howard Owens. (2010). *Twelve things journalist can do to save journalism.* [Online]. Retrieved November 19, 2010, from <http://www.howardowens.com/2007/>.

5) บทความเห็นลือพิมพ์
ชื่อผู้เขียนบทความ // ชื่อบทความ // ชื่อหนังสือพิมพ์ // หน้า.
ศักดิ์ พราโมช, ม.ร.ว. (12 มกราคม 2537). "ข่าวภุกติ". ลงนามวันที่ : 3.

3. การส่งต้นฉบับและการพิจารณาการประเมินบทความ

3.1 การส่งต้นฉบับบทความ ผู้เขียนสามารถส่งบทความได้ ดังนี้

- 1) ส่งบทความในระบบ Online submission ได้ที่เว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์ียนที่เรียบ削除 http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php
- 2) ส่งบทความทางไปรษณีย์ หรือ ทาง e-mail : nursejournal@christian.ac.th โดยกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มนำส่งบทความ ดาวน์โหลดแบบฟอร์มจากเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์ียน

3) ผู้เขียนที่ต้องส่งบทความตีพิมพ์ ขอให้จัดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดในข้อ 2 หากรูปแบบการพิมพ์ไม่ถูกต้อง จะถือว่ากองบรรณาธิการยังไม่ได้รับบทความ

3.2 การพิจารณาการประเมินบทความ กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้น เกี่ยวกับเนื้อหาและความถูกต้องของรูปแบบการพิมพ์ หากผ่านการพิจารณา จึงจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน

3.3 บุคลากรยกเว้นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความ (Peer review) และค่าสมาชิกวารสารอย่างน้อย 1 ปี ตามอัตราที่มหาวิทยาลัยกำหนด

3.4 บทความที่ผ่านการประเมินและมีการแก้ไข ผู้เขียนจะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ประเมิน และส่งต้นฉบับที่แก้ไขแล้วพร้อมไฟล์ที่ถูกต้องให้ฝ่ายเลขานุการอีกครั้ง ตามเวลาที่กำหนด

3.5 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความให้เป็นไปตามการจัดรูปเล่มของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

3.6 กองบรรณาธิการจะอ่านหนังสือรับรองการตีพิมพ์ให้กายหลังจากบทความได้ผ่านขั้นตอนการประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

3.7 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ และมีการผลิตวารสารเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 1 เล่ม

3.8 ลิขสิทธิ์การพิมพ์ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนถือเป็นกรรมสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

3.9 ในกรณีที่บุคคลไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารฯ จะไม่คืนเงินตามข้อ 3.3 และจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ผู้เขียน

3.10 ข้อคิดเห็นหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการของผู้เขียน หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ

สถานที่ติดต่อ

เลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

นางรัญญา หวานแท้

144 หมู่ 7 ถนนพระประโคน – บ้านแพ้ว ตำบลดอนยายหอม

อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 3102 – 04

โทรสาร. 0-3427-4500

E-mail : nursejournal@christian.ac.th

Website : http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

ตัวอย่างการเขียนบทคัดย่อบทความวิจัย

สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลเอกชน
ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*

The Competencies of Strategic Leadership of Chief Nurse Executives in Private Hospitals in Bangkok Metropolitan

ดร. จันทร์จิรา วงศ์ชุมทอง**

ดร. เนตรชานก ศรีทุมมา***

ดร. มงคลษณ์ จินตนาดิลก****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาสหัมพันธ์ชื่อเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะภาวะผู้นำ เชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลระดับกลางและระดับสูง สังกัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 5 แห่ง จำนวน 109 คน ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม โดยใช้แนวคิดสมรรถนะภาวะผู้นำ เชิงกลยุทธ์ของ John Adair (2010) และสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรมของ John Adair (2012) ประกอบด้วยชุดข้อคำถาม 7 ด้าน รวม 77 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามของการวิจัยชื่อเรื่องนี้พบว่า มีความสอดคล้องและความตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด (Item Objective Congruence Index : IOC) เท่ากับ 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลfaของ cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.91 และใช้สถิติ เพื่อการวิเคราะห์ความตรงของเนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ในการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า สมรรถนะภาวะผู้นำ เชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีองค์ประกอบ 7 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 76 ปัจจัยทั้งนี้ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของทุกองค์ประกอบของแต่ละโมเดล ที่นัยสำคัญทางสถิติในระดับ 0.01 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (λ) รายข้อ มีค่าระหว่าง 0.33–0.77 เมื่อจัดลำดับความสำคัญตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานจากมากที่สุดไปน้อยสุดเป็นต้นนี้ (1) การคิดและวางแผนเชิงกลยุทธ์อย่างมีนวัตกรรม ($\lambda = 0.88$) ประกอบด้วย 14 ปัจจัย ($\lambda = 0.51-0.74$) (2) ความสัมพันธ์ กับทุกภาคส่วนในองค์กร ($\lambda = 0.85$) ประกอบด้วย 15 ปัจจัย ($\lambda = 0.37-0.69$) (3) การพัฒนาผู้นำของปัจจุบัน และอนาคต ($\lambda = 0.84$) ประกอบด้วย 11 ปัจจัย ($\lambda = 0.48-0.74$) (4) การดำเนินงานให้สำเร็จ ($\lambda = 0.77$) ประกอบด้วย

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีการศึกษา 2556

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต อธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***อาจารย์ประจำ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ผู้ช่วยคณบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****รองศาสตราจารย์ ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

9 ปัจจัย ($\lambda = 0.33-0.68$) (5) การสร้างพันธมิตร ($\lambda = 0.69$) ประกอบด้วย 8 ปัจจัย ($\lambda = 0.33-0.77$) (6) จิตวิญญาณการเป็นองค์การ ($\lambda=0.64$) ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ($\lambda = 0.45-0.81$) และ (7) การกำหนดทิศทาง ($\lambda = 0.59$) ประกอบด้วย 9 ปัจจัย ($\lambda = 0.48-0.74$) ข้อค้นพบใหม่จากการวิเคราะห์องค์ประกอบการวิจัยเรื่องนี้ บ่งชี้ว่าผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลระดับสูงของโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ให้ความสำคัญกับการพัฒนาผู้บริหารทางการพยาบาลในสังกัดฝ่ายการพยาบาล (Top Leadership Team) โดยเฉพาะในด้านการคิดเชิงกลยุทธ์ วางแผนเชิงกลยุทธ์ รวมทั้งการคิดเชิงนวัตกรรมทั้งในการบริหารจัดการและการบริการการพยาบาล เป็นอันดับแรก รวมทั้งให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการสร้างความลัมพันธ์กับทุกภาคส่วนในองค์กรและภายนอก องค์กร รวมถึงการรับผิดชอบต่อชุมชนและการสร้างพันธมิตรในต่างประเทศ ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้บริหารของฝ่ายการพยาบาลได้รับการพัฒนาเป็นผู้นำที่เข้มแข็งทั้งใน ด้านความสามารถทางการบริหารและคุณลักษณะ ความเป็นผู้นำ รวมถึงระบบการพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ การสร้างวัฒนธรรมและคุณค่าร่วมเฉพาะของฝ่ายการพยาบาลให้กับทีมผู้บริหาร ในสังกัดฝ่ายการพยาบาลลำดับปัจจุบันและสำหรับอนาคตด้วย

Abstract

This correlational research study aimed to determine the components of the strategic leadership competencies of chief nurse executives in private hospitals in Bangkok metropolitan. The samples of this study were 109 Chief Nurse Executives in 5 private hospitals in Bangkok metropolitan. The researchers developed the research instrument which was a set of questionnaires based on the concept of strategic leadership by Adair, J. (2010) and leadership for innovation by Adair, J. (2012). The questionnaire consists of 7 components of 77 items with Item Objective Congruence Index (IOC) at 0.80 and the reliability of the questionnaire in the form of a Cronbach's alpha coefficient was 0.91. The content analysis and confirmatory factor analysis were used to analyze data. The research findings of this study showed that there were 7 components of the strategic leadership competencies of chief nurse executives in private hospitals in Bangkok metropolitan which consisted of 76 factors with the value of factor loading of each competency (λ) between 0.33–0.77 at P value < 0.01. The sequence of components according to value by factor loading from highest to lowest value were as follows : (1) "Strategic-Innovative Thinking and Planning" ($\lambda = 0.88$) consisted of 14 factors ($\lambda = 0.51-0.74$); (2) "Relating the Parts to the Whole" ($\lambda = 0.85$) consisted of 15 factors ($\lambda = 0.37-0.69$); (3) "Developing Today's and Tomorrow's leaders" ($\lambda = 0.84$) consisted of 11 factors ($\lambda = 0.48-0.74$); (4) "Making it Happen" ($\lambda = 0.77$) consisted of 9 factors ($\lambda = 0.33-0.68$); (5) "Building Partnership" ($\lambda = 0.69$) consisted of 8 factors ($\lambda = 0.33-0.77$); (6) "Releasing the Corporate Spirit" ($\lambda = 0.64$) consisted of 6 factors ($\lambda = 0.45-0.81$) and (7) "Giving Direction" ($\lambda = 0.59$) consisted of 9 factors ($\lambda = 0.48-0.74$). From these research findings, chief

nurse executive officers (CNEO) in private hospitals especially in Bangkok metropolitan should put the first priority emphasis on developing nurse executives in the top leadership team on strategic thinking, strategic planning, and innovation thinking. The second priority goes to enhancing the relationship with others inside and outside the organization in Thailand and overseas, enhancing the responsibility for community as well as supporting nurse executives in the top leadership team to become strong leaders in possessing admidnistrative capability and leader's attributes including professional advancement system, creating culture and core values of the nursing organization for nursing administrators of the top nursing leadership team of today and tomorrow.

ตัวอย่างการเขียนบทคัดย่อบทความวิชาการ

การสนับสนุนความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นญาติ

Supportive Care Needs of Family Caregiver

ดร. ศากุล ช่างไม้*

บทคัดย่อ

การดูแลเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ การให้ความสนใจและห่วงใยผู้ที่ต้องพึ่งพาอยู่นั่นจัดเป็นการดูแลแบบหนึ่ง ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ทำการสนับสนุนดูแลและดำเนินการในสิ่งที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น เพื่อการดำรงชีวิต รวมทั้งเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้อย่างเต็มที่ และอยู่ในภาวะพึ่งพา ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการดูแลโดยผู้ดูแลที่เป็นญาติซึ่งในบทความนี้ เรียกว่า "ญาติผู้ดูแล" พบว่า 1) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ในวัยกลางคนและกำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ 2) ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลมีความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพา 3) ภาระการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงแปรผกผัน และ 4) ความต้องการของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น การสนับสนุนความต้องการเกี่ยวกับการดูแลในผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยจึงควรประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านการปฏิบัติพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพา อาทิผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้ดูแลเหล่านั้นมีการดำเนินชีวิตของตนเองไปพร้อมกับการดูแลผู้ป่วย ที่เรียกว่าเป็นการ "ใช้ชีวิตที่ได้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัว" (Living care) แทนที่การเป็น "ผู้ให้การดูแล" (Giving care) โดยไม่ได้อยู่อย่างการใช้ชีวิตร่วมกันในครอบครัว

Abstract

Caring is a process that promotes individuals to live in a normal society. Giving attention and care to those who need to rely on others are caring. Caregivers provide care and support in what is essential and beneficial for others. They are individuals who help those unable persons to fully help themselves and being in a state of dependency. Key issues related to the care provided by caregivers who are family members or in this article called "family caregivers" are as follows: 1) the majority of family caregivers are women in middle age and becoming into old age; 2) stress and coping of caregivers is crucially involving patient care or dependent care, 3) the burden of caring for patients and quality of life of family caregivers are related inversely to

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

each other; and 4) caregivers' needs are important therefore, supportive care needs framework in caring for caregivers of chronically ill patients should contain in physical needs, emotional needs, informational needs, psychosocial needs, spiritual needs, and preactical needs. Nurses must give priority to the needs of family caregivers of patients who rely on them such as the elderly in order that those caregivers will have taken their own lives along with patient care. also known as "Living (with) care" instead of only "Giving care".

ใบสมัคร/ต่ออายุ สมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

(กรุณาเขียนให้ชัดเจน)

ชื่อ - นามสกุล.....

ที่อยู่ (ที่ต้องการให้ส่งวารสาร).....

มีความประสงค์ สมัครสมาชิกใหม่ ต่ออายุสมาชิก

ประเภท สมาชิกรายปี (2 ฉบับ) เป็นเงิน 200 บาท

สมาชิกราย 2 ปี (4 ฉบับ) เป็นเงิน 360 บาท

สมาชิกราย 3 ปี (6 ฉบับ) เป็นเงิน 520 บาท

เริ่มนับที่ 1. (มกราคม - มิถุนายน) 2. (กรกฎาคม - ธันวาคม)

โดยได้ส่งเงินค่าสมาชิกเป็น เงินสด ธนาณัติ ตัวแลกเงินไปรษณีย์

โอนผ่านธนาคาร

จำนวนเงิน..... บาท (.....)
ต้องการให้ออกใบเสร็จในนาม.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

หมายเหตุ : 1. การสั่งจ่ายทางไปรษณีย์กรุณารับสั่งจ่าย ปณจ. นครปฐม ในนาม มหาวิทยาลัยคริสเตียน

2. กรณีส่งเงินโอนผ่านบัญชีธนาคารสั่งจ่าย ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ธนาคารไทยพาณิชย์ (มหาชน) บัญชีอมทรัพย์ เลขที่ 404-052839-7

สาขาดอนยายหอม (นครปฐม) และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินไปยัง

เลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

E-mail : nursejournal@christian.ac.th

สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสมาชิก

ใบเสร็จเลขที่..... ลงวันที่.....

วารสารเล่มแรกที่จ่ายไป.....

 มหาวิทยาลัยคริสเตียน
144 หมู่ 7 ต.ดอนยายหอม
อ.เมือง จ.นครปฐม
โทรศัพท์ 0-3438-8555

 ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์
อาคารสำนักงานสถาบันวิจัย
328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2214-6303-6

 คณะคริสตศาสสนศาสตร์
71 ซอยวิชิตธรรมสาธิต 37 ถนนสุขุมวิท 101/1
แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2746-1103-4

www.christian.ac.th