



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๑ มกราคม – มิถุนายน ๒๕๖๒ Vol. 6 No. 1 January - June 2019 ISSN 2408-0934

บทความวิจัย

- † ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพเด็กโรคหอบทีดด้วยสื่อแอนิเมชั่นต่อความรู้และพฤติกรรมสัมหารับผู้ดูแล
- † ผลของโปรแกรมกิจกรรมดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
- † ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม

บทความวิชาการ

- † การหย่าขาดนม: ทำไม เมื่อไหร่ และอย่างไร
- † การดูแลบาดแผลขั้นสูงด้วยการใช้เวชภัณฑ์บำบัดแผล
- † บันทึกทางการพยาบาล: การเขียนบันทึกที่ดีและมีคุณภาพ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
College of Nursing Christian University of Thailand



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตีียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๑ มกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๒ Vol. 6 No. 1 January - June 2019 ISSN 2408-0934

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสตีียน

กองบรรณาธิการ ที่ปรึกษา :

ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย

ลิงห์ช่างชัย

ศาสตราจารย์ ดร. อังศุ

อุณหเหล็ก

รองศาสตราจารย์ ดร. พัชราภรณ์

อารีย์

รองศาสตราจารย์ ดร. พิมพ์สุร้างค์

เตชะบุญเรืองคักดี

รองศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี

อัคตรวิเศษ

อาจารย์ ดร. เสาหนึ่ย

กานต์เดชารักษ์

บรรณาธิการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คากุล ช่างไม้

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์

สิริธรรชรี

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมชาติราช

ศาสตราจารย์ ดร. รุจា

ภูไพบูลย์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ ดร. วีณา

จีระแพทย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ ดร. นงนุช

บุญยัง

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ

ภิญโญภาสกุล

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร. ฤทธิ์

กลั่นพาก

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศพร

คำลดคิริ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนีย์

ร่วรากุล

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธีรันนา

วรรตนคิริ

มหาวิทยาลัยคริสตีียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พันเอกหญิงเนงพิมล

นิมิตอนันท์

มหาวิทยาลัยคริสตีียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์

มาลาธรรม

มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร. เนตรชันก

ครีทุมมา

มหาวิทยาลัยคริสตีียน

อาจารย์ ดร. บุณยนุช

พิมใจใส

มหาวิทยาลัยคริสตีียน

อาจารย์ ดร. ศศิธร

รุจนเวช

มหาวิทยาลัยคริสตีียน

วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เพยแพร่บทความวิจัยของ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. เพยแพร่บทความวิชาการของ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
3. เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และด้านสุขภาพ

ขอบเขต (Scope)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับพิจารณาตีพิมพ์บทความวิจัย (Research article) และบทความวิชาการ (Academic article) ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เดียดตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารไดมาก่อน และไม่อุปะห่าว่าการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่น บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการ กองบรรณาธิการ และผ่านการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) กระบวนการประเมินคุณภาพนี้ ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิ จะไม่ทราบว่าผู้แต่งเป็นใคร และผู้แต่งจะไม่ทราบว่าใครเป็นผู้ประเมินบทความของตน แบบ Double - blinded peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกสถาบันที่ตั้งสาขาวิชานี้ เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาไม่น้อยกว่า 2 ท่าน

นโยบาย (Open access policy)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีนโยบายในการเปิดให้ผู้อ่านวารสารทุกคนเข้าถึง บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ได้ทันทีเมื่อวารสารแต่ละฉบับจัดทำเสร็จสมบูรณ์ เพื่อให้สาธารณะนี้ได้ใช้ประโยชน์ และเป็นการเผยแพร่ความรู้ในวงกว้าง ลีบคันอ่านบทความวิจัยและบทความวิชาการฉบับเต็ม (Full text) ได้จาก เว็บไซต์วารสารที่ http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

จริยธรรมในการตีพิมพ์และจัดทำวารสาร (Publication ethics)

หน้าที่ของผู้เขียน

1. ผู้เขียนต้องรับรองว่าบทความที่ส่งมาตีพิมพ์เป็นผลงานของผู้เขียนและผู้เขียนร่วมตามที่มีชื่อปรากฏ ที่ระบุไว้จริง
2. หากเป็นบทความวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ผู้เขียนต้องระบุแหล่งสนับสนุนการทั่วไปใน บทความ
3. บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ผู้เขียนต้องมีหลักฐานยืนยันได้ผ่านการพิจารณา การรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลองแล้ว
4. ผู้เขียนต้องรับรองความถูกต้องของเนื้อหาและรับผิดชอบความคิดเห็นหรือข้อสรุปในบทความที่ได้ รับการตีพิมพ์

หน้าที่ของบรรณาธิการ

1. บรรณานิยการและกองบรรณาธิการ “ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนหรือผู้ประเมิน และไม่นำวารสารหรือบทความไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ
 2. พิจารณาคัดเลือกบทความตีพิมพ์ในวารสาร รวมทั้งพิจารณาบทความที่ผ่านกระบวนการการประเมินบทความแล้วโดยพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร
 3. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ในทุกกรณี

១៤១

- พิจารณาคุณภาพของบทความโดยอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญของตนเอง ภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว
 - ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งต่อไปยังผู้เขียนแก่บุคคลอื่นโดยที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาประเมินบทความ
 - ต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียน

กำหนดการออกวารสาร (Publication frequency)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตี้ยน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เรื่อง

ฉบับที่ 1 เดี๋ยวหน้ารากอน - มิถุนายน

๑๒๕๔๗ ? เอื้องนารกภารม = กันภารม

สถานที่ติดต่อ : เอก鞍加农 คอมพิวเตอร์มาร์เก็ต จำกัด สำนักงานใหญ่ ถนนสุรศักดิ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

๙

144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

ໂທຣສັພ໌ : 034 - 388-555 ຕ້ອ 3101 - 04 ໂທຣສາງ 034 - 274 - 500

e-mail : nursejournal@christian.ac.th

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

จัดรูปเล่ม : ฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยคริสต์ธี跟你

ออกแนวปัก : ฝ่ายเลือกสารองค์กรและภารตaldo มหาวิทยาลัยคริสตี้น

พิมพ์ที่ : บริษัท จามจุรีโปรดักส์ จำกัด 26 ซอยพระราม 2 ที่ 83 ถนนพระราม 2 แขวงแสมดำ
เขตบางขุนเทียน กรุงเทพฯ 10150
โทรศัพท์ - โทรสาร 02 - 415 - 8320 - 1

**ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความทางวิชาการ
(Peer Reviewer)**

1. ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสตีียน
2. รองศาสตราจารย์ ดร. กันยูรา	จำรัสุญสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา	ประจุติลป	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. รองศาสตราจารย์ ดร. จินทนากุล	อาจสันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
5. รองศาสตราจารย์ ดร. บําเพ็ญจิต	แสงชาติ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี	ครีมรักต	มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รองศาสตราจารย์ สุรีย์พร	กฤษเจริญ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
8. รองศาสตราจารย์ ดร. แสงทอง	ธีระทองคำ	มหาวิทยาลัยมหิดล
9. รองศาสตราจารย์ ดร. อภาพร	แผ่ววรรณนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
10. รองศาสตราจารย์ ดร. อารี	ชีวเกษมนสุข	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์รัตน์	เจริญสันติ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงคราญ	วิเชษฐกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นฤมล	ปฤមารักษ์	มหาวิทยาลัยคริสตีียน
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรัชญาหนันท์	เที่ยงจรวรยา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนี	นามจันทร์	มหาวิทยาลัยรังสิต
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีเมนา	นิยมคำ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุมาพร	ปัญญาโลพวรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
18. อาจารย์ ดร. กิตติพร	เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสังขละ
19. อาจารย์ ดร. ปราโมทย์	ทองสุข	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหा�วิทยาลัยคริสตีียน ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มีความหลากหลายเนื้อหาสาระทางวิชาการ ทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพเด็กโรคophobia การใช้ดันตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงบทความวิชาการเรื่องการหย่าขาดนม การดูแลบัดแผล ขั้นสูง และบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งบทความวิจัยและบทความวิชาการเหล่านี้ จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวิชาชีพพยาบาล ทั้งด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอนและการดูแลสุขภาพได้

สำหรับวารสารฉบับนี้ ได้มีปรับปรุงข้อมูลของกองบรรณาธิการที่ปรึกษา กองบรรณาธิการ วัตถุประสงค์ (Aims) ขอบเขต (Scope) โดยไม่ (Open access policy) จริยธรรมในการตีพิมพ์และการจัดทำวารสาร (Publication ethics) เพื่อพัฒนาคุณภาพวารสารให้เป็นไปตามเกณฑ์ของ TCI รอบที่ 4 ซึ่งวารสารพยาบาลศาสตร์ มหा�วิทยาลัยคริสตีียนเป็นวารสารใหม่ที่ต้องแจ้งข้าสู่ฐานข้อมูล TCI ในครั้งนี้ และกองบรรณาธิการได้ตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพวารสารมาตลอด ในโอกาสนี้ ถือได้ว่าวารสารพยาบาลศาสตร์ มหा�วิทยาลัยคริสตีียน จะได้รับการพัฒนาคุณภาพวารสารฯ ต่อไป

กองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาประเมินคุณภาพของบทความวิจัย และบทความวิชาการ ก่อนการตีพิมพ์ทุกฉบับและขอบคุณผู้เขียนบทความที่ส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ด้วยดี ตลอดมา ผู้เขียนที่สนใจจะส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหा�วิทยาลัยคริสตีียน สามารถศึกษา คำแนะนำได้จากเว็บไซต์ http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างมี
บรรณาธิการ

สารบัญ

บทบรรณาธิการ

Editor's Message

บทความวิจัย

- ❖ ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพเด็กโรคหอบที่ได้ด้วยลื่อแอนิเมชั่น
ต่อความรู้และพฤติกรรมสำหรับผู้ดูแล
The Effects of Health Educational Program about Child Care Asthmatic by Using Animation Media on Knowledge and Behaviour for Caregivers
ทิพวัลย์ ชีรสิริโรจน์ 1
Tipawan teerasiriroj
- ❖ ผลของโปรแกรมกิจกรรมดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
The Effect of Music Activity on Depression in Chronic Elderly Patients
มณีรัตน์ เอี่ยมอันันต์ 15
Maneerat Aiamanan
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม
Factors Related to Health Behaviors among Patients with Hypertension at a Health Promoting Hospital in Nakhon Pathom Province
นวพร วุฒิธรรม 27
Nawaporn Wutthitham

บทความวิชาการ

- ❖ การหย่าขาดนม: ทำไม เมื่อไหร่ และอย่างไร
Weaning from the Bottle: Why, When, and How
สุภาพร เชยชิต 38
Supaporn Chaychit
- ❖ การดูแลบาดแผลขั้นสูงด้วยการใช้เวชภัณฑ์บำบัดแผล
Advanced Wound Care with Wound Dressing Materials
วีรนุช ไตรรัตน์นาส 48
Veeranuch Trairatnopas
- ❖ บันทึกทางการพยาบาล: การเขียนบันทึกที่ดีและมีคุณภาพ
Nursing Documentation : Good Documentation and Quality Record
พัชราพร ตาใจ 59
Patcharaporn Tajai

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพเด็กโรคหอบทีด ด้วยสื่อแอนิเมชันต่อความรู้และพฤติกรรมสำหรับผู้ดูแล*

พิพัลย์ ชีรศิริโรจน์**
 สุภาพร เชยชิด**
 วิจิตร จันพลาบูรณ์***
 เสารานីย์ เกิดดอนแก้ว****

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง วัตถุประสงค์ เพื่อ 1) วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหอบทีดของผู้ดูแลระยะก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพเด็กโรคหอบทีดด้วยสื่อแอนิเมชัน และ 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีดก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพเด็กโรคหอบทีดด้วยสื่อแอนิเมชันและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีดที่พำนักในโรงพยาบาลจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพเด็กโรคหอบทีด ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Indendent t-test และ ANCOVA

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหอบทีด ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ($\bar{X} = 17.70$, S.D. = 1.39) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ($\bar{X} = 15.27$, S.D. = 2.21) จากการทดสอบค่าทางสถิติหลัง

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1), 1-14

* ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน

** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** อาจารย์ประจำ คณะสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****แพทย์ประจำ แผนกหู คอ จมูก และคลินิกภูมิแพ้ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

Corresponding author, e-mail: teerasiriroj@gmail.com, Tel. 083-225-1199

วันที่รับบทความ: 19 มีนาคม 2562, วันที่แก้ไขบทความสุดท้าย: 18 เมษายน 2562, วันที่ตอบรับบทความ: 23 เมษายน 2562

การทดลองคงแหนณเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีดของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F\text{-test} = 30.098$, $p\text{-value} < 0.01$) และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคงแหนณพฤติกรรม ($\bar{X} = 51.10$, $S.D. = 4.33$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคงแหนณพฤติกรรม ($\bar{X} = 45.67$, $S.D. = 4.77$) จากการทดสอบค่าทางสถิติหลังการทดลองคงแหนณเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีดของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F\text{-test} = 26.912$, $p\text{-value} < 0.01$)

คำสำคัญ : โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ, สื่อเอนิเมชัน, เด็กโรคหอบทีด, ผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด

The Effects of Health Educational Program about Child Care Asthmatic by Using Animation Media on Knowledge and Behaviour for Caregivers

Tippawan Teerasiriroj**

Supaporn Choeichit**

Thitikorn Chantaplaboon***

Saowanee Kerddonfak****

Abstract

This research is a Quasi-experimental research in two groups before and after the experiment (Pretest - Posttest with control group) The purposes of the study was to 1) analyze, compare knowledge about caring for children with asthma of caregivers before and after entering the asthma analyze and compare health education program with animation media, and 2) analyze and compare the knowledge and health behaviors of caregivers before and after the experiment between the sample group and the control group. The sample group was the caregivers of children with asthma who took them to receive treatment in Outpatient Department for Ear, Nose, Throat and Allergy clinic, Ban Phaeo Hospital (Public Organization), Samut Sakhon Province. The sample was total of 60 people. The research instrument was a health education program with animation media. Which has been validated by content experts perform. Data analyzed by using Indendent t-test and ANCOVA.

Research findings showed that the knowledge experiment, the sample group had a moderate level of knowledge score, and after the experiment, the experimental group had knowledge scores ($\bar{x} = 17.70$, S.D. = 1.39). The control had a mean score

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1), 1-14

* Funded by Christian University of Thailand

** Instructor, College of Nursing , Christian University of Thailand

*** Instructor, Multidisciplinary College, Christian University of Thailand

**** Doctors of the Ear, Nose, Throat and Allergy Clinic Ban Phaeo Hospital (Public Organization)

Corresponding author, e-mail: teerasiriroj@gmail.com, Tel. 083-225-1199

Received: 19 March 2019, Revised 18 April 2019, Accepted 23 April 2019

of knowledge ($\bar{x} = 15.27$, S.D. = 2.21) from the statistical test after the experiment. The average score of knowledge of asthma caregivers of the experimental group was significantly higher than the control group at the statistical level. 0.05 (F-test = 30.098, p-value < 0.01) and found that the behavior of asthma caregivers showed that after the experiment, the experimental group had the average score of behavior ($\bar{x} = 51.10$, S.D. = 4.33). The control group had average score. Behavior ($\bar{x} = 45.67$, S.D. = 4.77) from the statistical test after the experiment, the mean score of behavior of asthma caregivers of the experimental group was significantly higher than the control group at the level of 0.05 (F-test = 26.912, p-value < 0.01).

Keywords: Health education program, Animation media, Asthmatic child, Caregiver for asthmatic child.

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคหอบที่ดีเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้มีการหายใจลำบากและมีเสียงหายใจผิดปกติ ซึ่งมีความรุนแรงของโรคและระยะเวลาการเกิดโรคแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เป็นโรคที่เกิดจากการตีบแคบของหลอดลมทำให้การไหลเวียนอากาศเข้าและออกของปอดลดลง (World Health Organization, 2013) โรคหอบที่ดีในเด็ก เป็นโรคเรื้อรังทางระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหอบที่ดีในเด็กมีแนวโน้มสูงขึ้น (World Health Organization, 2009) จากรายงานของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหราชอาณาจักรและอุบัติการณ์ของโรคหอบที่ดีในเด็ก 2011 พบร้อยละ 9.5 (Centers for Disease Control and Prevention, 2011)

สถานการณ์โรคหอบที่ดีในประเทศไทย รุนแรงขึ้นทุกปี อุบัติการณ์โรคหอบที่ดีในเด็กไทยมีถึงร้อยละ 10 – 20 หรือประมาณ 1.8 ล้านคน (สุนัห์ ขาวประพันธ์, ปริญญาดา รัชนาภรณ์ และสุวรรณ์ จันทร์ประเสริฐ, 2555) โรคหอบที่ดีในเด็กส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการของโรคหอบที่ดีเมื่ออายุ 1 ปี (ณัฐวรรณ ทิตร์วรรณ, สุดาวรรณ ศรีอักษร, และมุทิตา ตะรากุลทิวาราว, 2550) และหากอาการหอบที่ดีจะเป็นสาเหตุทำให้เด็กไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป ความเจ็บป่วยในเด็กที่เป็นโรคหอบที่ดีจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของเด็กในช่วง 6 ปีแรกของชีวิตเนื่องจากเป็นระยะที่เด็กกำลังเจริญเติบโตและพัฒนาการทุกด้าน (เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, 2556) และผู้ดูแลต้องมีการการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบที่ดีในด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งการเป็นภาระในการดูแลเรื่องการให้ยาป้องกันโรคหอบที่ดี การป้องกันอาการแพ้ยา และสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการหอบที่ดี ซึ่งทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลมากยิ่งขึ้น จากการสำรวจจำนวนเด็กที่เป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนักกำหนดการร่วมกับการรักษาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหอบที่ดี

มีจำนวน 650 รายต่อปี มีจำนวนเด็กวัยก่อนเรียน 180 ราย ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องอาจส่งผลกระทบต่อเจริญเติบโตและพัฒนาการแก่เด็กได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคหอบที่ดีจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของเด็กวัยก่อนเรียนเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตและพัฒนาการในทุกด้าน ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจะทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการได้ การพยากรณ์โรคเลวลงและมีอาการหนักขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของเด็กในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการดำรงชีวิตในสังคมของเด็ก (สุชา จันทร์เอม, 2541.Ladebauche,1997, อ้างใน นารถฤทธิ์ ศรีไทย, 2553)

เด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการในทุกด้าน เมื่อเกิดสภาวะเจ็บป่วย ความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลและองค์ความต้องการ ดังนั้นจะผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลและตอบแทนทั้งหมด ผู้ที่ทำการดูแลเจ็บป่วยเด็กจะต้องมีส่วนสำคัญซึ่งส่วนใหญ่เป็นมาตรการจะเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดและมีบทบาทในการดูแล จากการศึกษาของทิพวัลย์ วีรศิริโรจน์, สุภาพร เชษฐิด และภณิชชา คงสุกานต์กุล (2556) ได้ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหอบที่ดี ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร พบร่วมกับผู้ดูแลเป็นจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.6 รองลงมาอยู่เป็นบิดา ญาติ และผู้อาสาหรือวัยรุ่นดูแล และมีความต้องการอย่างร้าวバリ์กิจการดูแลเรื่องการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา และการป้องกันการติดเชื้อ

การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษาหรือลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ตลอดทั้งช่วยในการปรับบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและผู้ดูแล (พนิดา จริตวัมย์ และคณะ, 2556) ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีสุขภาพที่ดี มีการปฏิบัติกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเด็กทั่วไป รวมถึงทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามวัย ตามวิถีทัศน์ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559 ที่ว่า

ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพที่แข็งแรงเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างความจำเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน ตามยุทธศาสตร์ที่ 1 คือการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย ซึ่งเป็นกลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ร้อยละของเด็ก 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคขอบที่เด็กที่ต้องอาศัยชั่วโมงเดือนกับการดูแลและความต้องการของผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคขอบที่ดี กล่าวคือผู้ดูแล มีความต้องการมากที่สุด ในเรื่องความต้องการทราบวิธีการดูแลเรื่องการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา และต้องการทราบวิธีการดูแลเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ ของเด็กโรคขอบที่ดี จึงเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กโรคขอบที่ดี (พิพัลย์ นิสิตใจโรจน์ และคณะ, 2556)

บทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กโรคขอบที่ดี จากแนวคิดของโอเร็ม ได้กล่าวว่า การรักษาฯไชร์ชีวิต และสุขภาพนั้น บุคคลต้องการดูแลและยังรวมถึงการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ในระบบการพยาบาล พยาบาลจะช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพา โดยใช้ระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (Orem, 1995) ซึ่งเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลทำให้การดูแลเด็กโรคขอบที่ดีมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ การใช้ชีวิต และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การให้ความรู้ 3 รูปแบบ ได้แก่ การให้ความรู้รายบุคคล การให้ความรู้ร้ายกลุ่ม และการให้ความรู้โดยใช้สื่อต่างๆ (จีรา พุฒจันทร์, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่าการให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะผู้ดูแลมีหลายรูปแบบและต้องเป็นรูปแบบ/วิธีการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการและสนใจของผู้เรียนด้วย จึงจะทำให้ผู้เรียนมีความสนใจและเกิดแรงจูงใจในการแสวงหาความรู้ในการแก้ไขปัญหา เมื่อกิจกรรมเรียนรู้จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ (นารถดี ศรีไทย, 2553) และจากการศึกษาของนารถดี ศรีไทย ได้ศึกษาผลของสื่อออนไลน์ชั้นต่อกำลังความรู้และ

พฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนโรคขอบที่ดี โดยศึกษาในผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 1 - 6 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 20 ราย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยเด็กโรคขอบที่ดี 0.5 และจากหัวเสนอแนะของการศึกษาพบว่า ความมีการสนับสนุนและให้ความรู้โดยผลิตสื่อออนไลน์ชั้นที่ผ่านการพัฒนาทางด้านข้อมูล ภาพประกอบที่ทันสมัย เพื่อนำมาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเด็กโรคขอบที่ดี เพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคขอบที่ดีไม่ให้เกิดอาการกำเริบ และควรมีการสนับสนุนให้มีการจัดนัดวิธีการ รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายสอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของแต่ละห้องนอน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้ความรู้ให้มีความต้องเนื่องและยั่งยืน (นารถดี ศรีไทย, 2553)

ผู้จัดเป็นพยาบาลผู้ดูแลเด็กที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) มีเด็กที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก และคลินิกภูมิแพ้จำนวนมาก โดยมีจำนวนเด็กมารับการรักษาตั้งแต่ปี 2557 - 2559 มีจำนวน 600 ราย มีเด็กวัยก่อนเรียน 180 ราย ซึ่งจำนวนเด็กมารับการรักษามีอายุ 2 - 5 ปี จำนวนมากที่สุด มีอาการกำเริบร้อยละ 35 ส่วนใหญ่เกิดจากการพร่องความรู้ และมีพฤติกรรมการดูแลไม่ถูกต้องจากการพร่องความรู้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สัมภาษณ์และให้ผู้ดูแลเด็กและเด็กโรคขอบที่ด้วยอายุตั้งแต่ 2 - 5 ปี ชมสื่อวีดีทัศน์และสื่อออนไลน์ชั้น จำนวน 10 ราย หลังการให้ชมสื่อวีดีทัศน์และสื่อออนไลน์ชั้น พบว่า ทั้งเด็กและผู้ดูแลมีความสนใจสื่อออนไลน์ชั้น ร้อยละ 80 และมีความพึงพอใจต่อสื่อออนไลน์ชั้น ร้อยละ 90 ผู้วิจัยจึงเลือกการให้ความรู้โดยการใช้สื่อออนไลน์ชั้นภาพเคลื่อนไหว 3 มิติ ซึ่งนารถดี ศรีไทย (2553) ศึกษาผลของสื่อออนไลน์ชั้นต่อกำลังความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กวัย

ก่อนเรียนโรคหอบที่ดีในห้องผู้ป่วยสุขภาพรวมโรงพยาบาล แห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ค่าเฉลี่ยค่าคะแนนรู้ ของผู้ป่วยคงในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนโรคหอบที่ดี กลุ่มทดลองภายนอกการได้รับความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ยค่าคะแนนพัฒาระบบที่ดีของผู้ป่วยคงในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนโรคหอบที่ดีกลุ่มทดลองภายนอกการได้รับความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เพื่อการตั้งค่าความสนใจแก่เด็กและผู้ดูแล เนื่องจากผู้วิจัยเชื่อ ว่าการใช้สื่อ แอนิเมชั่นภาพเคลื่อนไหว 3 มิติ จะช่วยให้เด็กและผู้ดูแล และนำความรู้ที่ได้รับไปเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านความรู้พัฒนาระบบที่ดีตามศักยภาพ ทัศนคติ และ การปฏิบัติตัวได้ตามศักยภาพ ซึ่งส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ การใช้ชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหอบที่ดีของผู้ดูแลระยะก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพเด็กโรคหอบที่ดีด้วยสื่อแอนิเมชั่น

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และพัฒนาระบบที่ดีของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพเด็กโรคหอบที่ดีด้วยสื่อแอนิเมชั่นและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานของการวิจัย

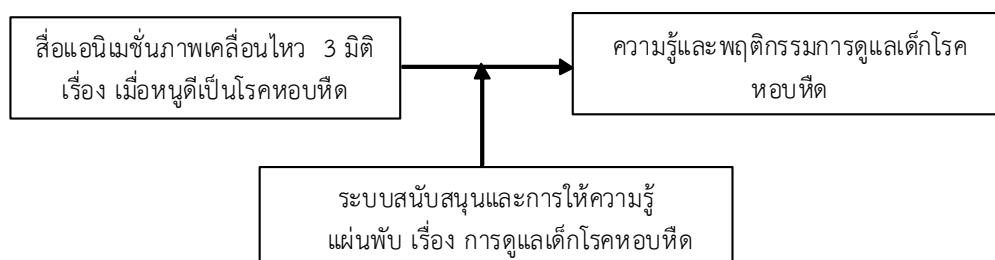
1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหอบที่ดี ของผู้ดูแลหลังเข้าโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

เด็กโรคหอบที่ดีด้วยสื่อแอนิเมชั่นมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

2. ความรู้และพัฒนาระบบที่ดีของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีหลังการทดลอง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพเด็กโรคหอบที่ดีด้วยสื่อแอนิเมชั่นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรม ในการศึกษาผู้จัดประยุกต์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ของเด็กวัย การดูแลของโอลรีม (Orem, 1995) ซึ่งได้กล่าวว่า การรักษาไว้ชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องการดูแล และยังรวมถึงการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และความต้องการการดูแลที่จำเป็น ในการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health - Deviation Self - care requisites) ของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ในระบบการพยาบาล พยาบาลจะช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพา โดยใช้ระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ด้วยการใช้สื่อแอนิเมชั่นภาพเคลื่อนไหว 3 มิติ โดยเน้นการใช้จินตนาการ เสนอข้อมูลที่เข้าใจง่ายเพื่อให้ง่ายต่อการจดจำ และจุดเร้าอารมณ์ให้ตื่นเต้นน่าสนใจ ในตัวเรื่อง ซึ่งสื่อแอนิเมชั่นภาพเคลื่อนไหว 3 มิติ จะประกอบด้วยความรู้การดูแลเด็ก การใช้คำพูดจุงใจ เนื้อหาทักษะที่ดี แสดงวิธีการปฏิบัติตัว ขณะรับชม พยาบาลจะคอยตอบข้อสงสัยและชี้แนะรวมทั้งให้กำลังใจ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพัฒนาระบบที่ดีในสุขภาพเด็กโรคหอบที่ดี ได้ดีขึ้น



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest – posttest with control group)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีที่พาเด็กโรคหอบที่ดีมารับการรักษาในคลินิกภูมิแพ้แพนกวัวญอกหู คือ จมูก โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 60 คน ศึกษาในช่วงเดือนสิงหาคม 2560 – เดือนกรกฎาคม 2561 รวมระยะเวลา 12 เดือน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพเด็กโรคหอบที่ดีด้วยลือเอนิเมชัน ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหอบที่ดีของผู้ดูแลที่ได้รับการรักษาในแพนกวัวญอกหู คือ จมูก และภูมิแพ้ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร

ประชากร

ผู้ดูแลที่ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี ที่ได้รับการรักษาในแพนกวัวญอกหู คือ จมูก และคลินิกภูมิแพ้โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร โดยไม่จำกัดเพศ อายุ การศึกษา อาร์พ และค่าสนใจ ซึ่งมีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจาก การคำนวนหากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ค่าร้อยละของประชากร ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากตัวอย่างได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusive)

- เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีซึ่งผู้ดูแลจะเป็นบุคคลฯ ได้แก่ เช่น บิดา มารดา ญาติหรือผู้อ้างว้างดูแล

- มีพันธุ์ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี โดยตรงมากที่สุด

- สามารถอ่านเขียนหนังสือได้ เช่น ใจภาษาไทย สื่อภาษาไทยได้ดี มีการรับรู้ที่ดี

- ยินดีและให้ความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusive)

- เป็นบุคคลที่พามาพับแพทย์เท่านั้นซึ่งไม่ได้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี

- อ่านภาษาไทยไม่ได้ พังภาษาไทยไม่เข้าใจ สื่อสารภาษาไทยไม่ได้

- ไม่ยินยอมให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และเด็กโรคหอบที่ดี

- 1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาร์พ ความล้มเหลวทั่วไป เด็กโรคหอบที่ดี ระยะเวลาในการดูแล และการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหอบที่ดี ลักษณะคำถามเป็นลักษณะปลายปิด (Close-Ended Questions or Closed form) ในลักษณะเลือกตอบ (Checklist) และเป็นคำถามปลายเปิด (Open-Ended Questions or Opened form) จำนวน 7 ข้อ

- 1.1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหอบที่ดี ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนครั้งของการมารับการรักษา ลักษณะคำถามเป็นลักษณะปลายปิด (Close-Ended Questions or Closed form) ในลักษณะเลือกตอบ (Checklist) และเป็นคำถามปลายเปิด (Open-Ended Questions or Opened form) จำนวน 3 ข้อ

1.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหอบที่ดีของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหอบที่ดีของ นาราถฤทธิ์ ศรีไทย (2553) เป็นแบบทดสอบชนิดถูกผิด ให้เลือกตอบ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนน หากตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหอบที่ดี ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคหอบที่ดีของ นาราถฤทธิ์ ศรีไทย (2553) โดยมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามประกอบด้วย แบบข้อคำถามเลือกตอบ เมื่อแบบมาตราฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	ใช่	0	คะแนน
มีการปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	ใช่	1	คะแนน
มีการปฏิบัติ 3-6 ครั้ง/สัปดาห์	ใช่	2	คะแนน
มีการปฏิบัติทุกวัน	ใช่	3	คะแนน

การแปลผลค่าคะแนนความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหอบที่ดี ด้วยการจัดระดับคะแนน ออกเป็น 3 กลุ่ม นำผลคะแนนที่มีค่าตั้งแต่ 0 - 3 ระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนนของเบลท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด} = 3 - 0 = 1$$

จำนวนข้อ

จากการคำนวณ นำค่าที่ได้ มากำหนดค่าคะแนน โดยจัดระดับสัมพันธภาพ ได้ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	0 หมายถึง	ระดับไม่เคยปฏิบัติ
ค่าคะแนนเฉลี่ย	0.01 - 1 หมายถึง	ระดับมีการปฏิบัติน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.01 - 2 หมายถึง	ระดับมีการปฏิบัติปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.01 - 3 หมายถึง	ระดับมีการปฏิบัติมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวิจัยตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) และได้ตัดแปลงเครื่องมือการวิจัยจากงานวิจัยเรื่อง ผลของสื่อเอนิเมชั่นต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนโรคหอบที่ดี ดังนี้

1. ทำการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ ในด้านความคลอบคลุมของเนื้อหา และจุดประสงค์ รวมทั้งแก้ไขข้อสอบแบบและจำนวนภาษาจำนวน 2 ท่าน โดยหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of item object congruence: IOC)

2. ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะทั้งหมด โดยเฉพาะข้อคำแนะนำที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 มาปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบข้อคำถามกับผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้งเพื่อให้มีความสมบูรณ์แข็ง健 เก่อนนำไปทดลองใช้เพื่อพิสูจน์ความเชื่อมั่น

3. ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (try out) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ ผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกภูมิภาคโรงพยาบาลราชบุรี รวมทั้งสิ้น 30 คน ทำการหาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ โดยใช้สูตร Kuder - Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากมหาวิทยาลัยคริสต์เตียน สังกิจกรรมการบดีมหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด
3. ใช้เครื่องมือในการทดลอง คือ
 - 3.1 กลุ่มทดลอง
 - 3.1.1 สื่อเอนิเมชันภาพ เคลื่อนไหว

- 3 มิติ เรื่อง เมื่อหนูตีเป็นโรคหืด
 - 3.1.2 แห่งเข้ามารู้สึกเจ็บปวดที่หัว
- 3.2 กลุ่มควบคุม
 - 3.2.1 ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลในแผนกหู ตา คอจมูก ตามปกติ
 - 3.2.2 แห่งเข้ามารู้สึกเจ็บปวดที่หัว

4. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561
5. ชนดเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเน้นนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการตอบผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ผลการวิจัยจะเสนอเป็นทางวิชาการ และแสดงเป็นภาพโดยรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลหรือปฏิเสธ ผู้วิจัยจะกล่าวขออภัยและนำออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

6. ในขณะตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อสามารถตอบคำถามหรือให้คำอธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถามบางข้อ หลังตอบคำถามเสร็จแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความสมฐานะของข้อมูล ถ้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้ตอบคำถามบางข้อหรือตอบไม่ตรงคำถามผู้วิจัยสอบถามและอธิบายแล้วให้กลุ่มตัวตอบแบบสอบถามจนครบถ้วน
7. นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาวิเคราะห์หาค่าสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Institutional Review Board : IRB) จากมหาวิทยาลัยเลขที่ บ. ๙/๒๕๖๐ วันที่ ๒๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้ดำเนินการโดยผู้วิจัยได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดจะได้ผลกระทบ การป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และขั้นตอนต่างๆในการวิจัย การขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยวาจา และลายลักษณ์ อักษรตามแบบฟอร์ม คำนึงถึงปัจจัยบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยการรักษาความลับผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาของการวิจัย อนึ่งการอภิปรายผลหรือการเผยแพร่ผลการวิจัยจะกระทำในภาพรวมในขอบเขตที่ได้รับอนุญาตจากผู้เข้าร่วมวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนตรวจสอบความสมบูรณ์และ การจัดระเบียบทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และเด็กโรคหืด นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t - test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independence t - test
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืด หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ ANCOVA

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพเด็กโรคหอบที่ด้วยสื่อเอนิเมชัน ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหอบที่ดูดของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าสถิติด้วยโปรแกรมลำาร์เจวูป่างสถิติ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.3 และ 80.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 20 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 41 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.7 โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 30.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กโรคหอบที่ดีเป็นมาตราดา คิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 66.7 ตามลำดับ ซึ่งระยะเวลาที่ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีมากที่สุดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคือ 1 เดือน - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.0 และ 56.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเคยได้รับความรู้เรื่องการดูแลเด็กโรคหอบที่ดีมาแล้ว คิดเป็นร้อยละ 70.0 และ 76.7 ตามลำดับ

2. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของเด็กโรคหอบที่ดูดพบว่า ในกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.7 และกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.7 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 5 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมารับบริการมากกว่า 10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 83.3 และ 76.7 ตามลำดับ

3. ความรู้ของผู้ดูแลใน การดูแลเด็กโรคหอบที่ดูก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ($\bar{X} = 13.93$, S.D. = 1.80) หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ($\bar{X} = 17.77$, S.D. = 1.31) จากการทดสอบค่าทาง

สถิติกายในกลุ่มทดลองพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($T\text{-score} = 17.013$, $p\text{-value} < 0.01$)

4. ความรู้สุขภาพของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหอบที่ดูด หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ($\bar{X} = 17.70$, S.D. = 1.39) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ($\bar{X} = 15.27$, S.D. = 2.21) จากการทดสอบค่าทางสถิติหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดูดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F\text{-test} = 30.098$, $p\text{-value} < 0.01$)

5. พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดูด พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม ($\bar{X} = 51.10$, S.D. = 4.33) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม ($\bar{X} = 45.67$, S.D. = 4.77) จากการทดสอบค่าทางสถิติหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดูดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F\text{-test} = 26.912$, $p\text{-value} < 0.01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง "ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพเด็กโรคหอบที่ด้วยสื่อเอนิเมชันต่อความรู้และพฤติกรรมสำหรับผู้ดูแล" เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - posttest with control group) เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพเด็กโรคหอบที่ดูดด้วยสื่อเอนิเมชัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดูดที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกทุ คง จุ้ง และคลินิกภูมิแพ้ในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 60 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2560 – กรกฎาคม 2561 โดยใช้โปรแกรมการให้

ความรู้ด้านสุขภาพเด็กโรคophobiaที่ด้วยสื่อออนไลน์เมื่อชั้นที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการรวมที่เกี่ยวข้อง ที่ได้วิเคราะห์ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำข้อมูลมานิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ในลักษณะของการศึกษาฐานแบบการวิเคราะห์สมการเพื่อทดสอบความสอดคล้องของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) กับข้อมูลความต้องการของผู้ดูแลในภาระเด็กโรคophobiaที่ดูแล การวิจัยครั้งนี้ได้ข้อความรู้ที่น่าสนใจ ซึ่งผู้วิจัยยังนำเสนอการอภิปรายผลข้อมูลเบื้องต้น และการอภิปรายผลเกี่ยวกับตัวแปรต่างๆ ดังนี้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคophobiaที่ดูแลผู้ป่วยโรคophobia ที่ดูแลเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคophobiaที่ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.3 และ 80.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 20 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 41 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.7 โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 30.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กโรคophobiaที่ดูแลเป็นมาตรา คิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 66.7 ตามลำดับ ซึ่งระยะเวลาที่ดูแลเด็กโรคophobiaที่ดูแลมากที่สุดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคือ 1 เดือน - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.0 และ 56.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเคยได้รับความรู้เรื่องการดูแลเด็กโรคophobiaที่ดูแลแล้ว คิดเป็นร้อยละ 70.0 และ 76.7 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคophobiaที่ดูแล พบว่า ในกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.7 และกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.7 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมารับบริการ

มากกว่า 10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 83.3 และ 76.7 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคophobiaที่ดูแล ผ่านการทดลองความรู้ดูแลเด็กโรคophobiaที่ดูแลตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ($\bar{X} = 17.70$, S.D. = 1.39) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ($\bar{X} = 15.27$, S.D. = 2.21) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ คอฟฟ์แมน และคันน (Coffman, Cabana, Halpin and Yelin, 2007) ศึกษาผลของการให้ความรู้โรคophobiaที่ดูแลเด็กอายุ 2-17 ปี ที่มารับการรักษาแผนกฉุกเฉิน พบว่า หลังให้ความรู้แนวโน้มอัตราการรับการรักษาแผนกฉุกเฉินลดลง ดังนั้นในฐานะผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพจึงต้องใช้ความรู้ความสามารถในการใช้ระบบสนับสนุนตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) โดยการเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลเด็กโรคophobiaที่ดูแลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เมื่อเกิดความไว้วางใจก็จะเริ่มสอนให้ความรู้ด้วยการให้สื่อออนไลน์เมื่อชั้น 3 มิติ โดยเนื้อหาครอบคลุมสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการของโรค สิ่งกระตุ้นที่ทำให้โรคกำเริบ ภาวะแทรกซ้อนการปฏิบัติตัวและการป้องกันโรค การรับประทานยา การพยาบาล การตรวจตามนัดและป้องกันการติดเชื้อ ในขณะชมสื่อออนไลน์เมื่อชั้นพยาบาลต้องมีสัมภาระความเข้าใจ และแนะนำ ซึ่งแนะนำให้กับผู้ดูแลเด็กโรคophobiaที่ดูแล เพื่อได้รู้และเข้าใจมากยิ่งขึ้น และจากการทดลองส่วนตัวทางสถิติหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคophobiaที่ดูแลของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($T\text{-score} = 30.098$, $p\text{-value} < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของสุนันทร์ ขาวประพันธ์ และคันน (2555) ศึกษาผลการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคophobiaที่ดูแลโดยการให้โปรแกรมการให้ความรู้และทำกิจกรรมแก่กลุ่มทดลอง ให้ความรู้รายบุคคลแก่กลุ่มควบคุม พบร่วม

ค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหอบที่ดีในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($D = 1.53$, $S.D. = 0.04$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยผลต่างจำนวนครั้งการเกิดอาการหอบที่ดีกำเริบของเด็กโรคหอบที่ดีในรอบ 3 เดือน หลังการทดลอง ($D = 2.05$, $S.D. = 0.20$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี พบร่วมกับผลการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม ($\bar{X} = 51.10$, $S.D. = 4.33$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม ($\bar{X} = 45.67$, $S.D. = 4.77$) พบร่วมกับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงขึ้นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และยังพบว่าจากการทดสอบค่าทางสถิติหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($T\text{-score} = 26.912$, $p\text{-value} < 0.01$) ซึ่งแสดงถึงความต้องการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีที่ดีกว่าเด็กโรคหอบที่ดีทั่วไปก่อนเรียน พบร่วมกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีที่ดีกว่าก่อนเรียนของกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีที่ดีกว่าก่อนเรียนของกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมให้ความรู้โดยใช้สื่อออนไลน์ชั้นร่วมกับให้แผ่นพับความรู้ในการดูแลเด็กโรคหอบที่ดี จึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลประโยชน์จากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากการศึกษาได้สรุปห้องให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาท ในการสอน สนับสนุน ให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการ เพื่อส่งเสริมในการให้ความรู้และส่งเสริมทักษะการดูแลให้กับผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีได้อย่างเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กโรคหอบที่ดีได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ควรมีการสร้างความตระหนักในการดูแลเด็กโรคหอบที่ดีแก่ผู้ดูแลให้มากขึ้น โดยใช้สื่อออนไลน์ชั้นเรื่องที่ทันสมัย เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ควรติดต่อประสานงานกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลในพื้นที่ในการนำรูปแบบการสอนในรูปแบบนี้ผ่านอินเตอร์เน็ต หรือスマาร์ทโฟนผ่านทางไลน์ เพื่อการเข้าถึงของความรู้ได้ง่ายของผู้ดูแลที่ไม่มีเวลาในการเข้ามาขอคำปรึกษาในโรงพยาบาล และลดภาระงานในพื้นที่ที่มีเจ้าหน้าที่จำนวนน้อย

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยในครั้งต่อไป

ศึกษาในห้องผู้ป่วยในเพื่อผู้มารับบริการมีเวลาในการตอบคำถามไม่รีบเร่ง ในการให้ความรู้ต้องมีการติดตามโดยมีผู้สังเกตการณ์พฤติกรรมของผู้ดูแลที่บ้านเพื่อบรรบกระบวนการวิจัยให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่

ควรมีการทำวิจัยในรูปแบบอื่นมาช่วยในการดูแลเด็กโรคหอบที่ดี โดยเฉพาะเรื่องการป้องกันจิตสำนึกและตระหนักถึงการดูแลเด็กโรคหอบที่ดี และควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

มีการศึกษาวิจัยแบบเครือข่ายกับสาขาวิชาอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลเด็กโรคหอบที่ดีได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จีรภา ชุมจันทร์. (2551). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ (วิทยานิพนธ์ ปริญญาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พิพัลย์ รีรัตน์ สุภาพร เชษฐิด และภานิชชา จงสุกงค์กุล. (2556). ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหอบหืด ที่โรงพยาบาลติดภูมิประเทศหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร (รายงานผลการวิจัย). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสตี้ียน.
- นาราถี ศิริไทร. (2553). ผลของสื่อแอนิเมชั่นต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กก่อนเรียนโรคหอบหืด. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก)
- มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เบญจวรรณ ช่วยเก้า. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดด้วยก่อนเรียน. วารสารกองการพยาบาล. 40(3), 41-55.
- พนิดา จริตรัมย์ (2556). ความต้องการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหlodot เลือดสมองขณะพักรักษาตัวที่บ้าน. (รายงานผลการวิจัย). ราชบุรี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี.
- 华罗 邓景斯拉德. (2551). วิธีวิทยาการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: ลุริยาสาส์น.
- สุนันท์ ขาวประพันธ์, บริย์กมล รัชนากุล, สุวรรณा จันทร์ประเสริฐ. (2555). ผลการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืด. วารสารสภากาชาดไทย. 27(2), 108-121.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559) สืบค้น จาก <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>
- อรัญญา ไพรวัลย์. (2550). ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหlodot เลือดสมองที่บ้าน. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- Best, J.W. (1977). *Reoearah in Education*. (3rd ed). New Delhi : Prentice-Hall of India Private Limited.
- Bloom, Benjamin S.J. (ed). (1975). *Taxonomy of Education Objective, Hand Book 1 : Cognitive Domain*. New York : David McKay.
- Coffman, J.M., Cabana, M.D., Halpin, H.A. & Yelin, E.H. (2007). Effects of Asthma Education on Children's Use of Acute Care Services: A Meta-analysis. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*, 121(3), 575-586.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing : Concepts of practice*. 2nd ed., New York : McGraw - Hill Book Company.
- World health organization.(2009). Asthma. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html>.
- World health organization. (2013). Asthma. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html>



ผลของโปรแกรมกิจกรรมดันตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง*

มนีรัตน์ เอี่ยมอนันต์**
น้ำฝน ปฏิกรรมณฑล**
พินกร จังหาร**
ประวีนา อินทรวงศ์***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมดันตรีและกลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยโปรแกรมนี้ประยุกต์จากแนวคิดดันตรีบำบัดของ Magee, et al. (2006) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 32 คน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 16 คน ทำการจับคู่ด้าน เพศ อายุ โรคเรื้อรัง หั้นนักกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมครั้งละ 60 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เมื่นระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมกิจกรรมดันตรี ประกอบด้วย คู่มือดำเนินโปรแกรมกิจกรรมดันตรี แผ่นชีดี 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้จัดการล้างชี้แจง 3) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) 4) แบบทดสอบสมองเบื้องต้นบันภากษาไทย (MMSE Thai 2002) และ 5) แบบประเมินบาร์เทลอดีแอล (Barthel ADL Index) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติค่าทดสอบเลขคณิต และสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกิจกรรมดันตรีน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมดันตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) 2) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมดันตรี (กลุ่มทดลอง) ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ(กลุ่มควบคุม) ($p>.05$)

คำสำคัญ : กิจกรรมดันตรี, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1), 15-26

*ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน

**อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***พยาบาลเทคนิค ประจำ สถานสงเคราะห์คนชรานครปฐม จังหวัดนครปฐม

Corresponding author, e-mail: Maneerat.A@hotmail.com, Tel. 086-0919174

วันที่รับบทความ: 7 พฤษภาคม 2562, วันที่แก้ไขบทความครั้ง: 22 มิถุนายน 2562, วันที่ตอบรับบทความ: 28 มิถุนายน 2562

The Effect of Music Activity on Depression in Chronic Elderly Patients*

Maneerat Aiamanan**
Namfon Patiganmonthon**
Thinnakron Jungharn**
Praveena Intarawong***

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to compare depression of experimental group before and after received the program and compare depression between experimental group and control group. The participants consisted of 32 chronic elderly patients, the first 16 participants were assigned to the experimental group and the other 16 participants were assigned to control group. Both groups were pair-matched by age, gender, chronic illnesses. The experimental group was scheduled for 60 minutes/day 3 times a week for 4 weeks and control group who received only conventional nursing care. Research instruments were: 1) Music Activity Program for Chronic Illnesses Elderly Patients with Depression, 2) General info of the respondents 3) Thai Geriatric Depression Scale. 4) MMSE (Mini Mental State Examination)-Thai 2002 and 5) Barthel ADL Index. The t-test was used in data analysis.

The major findings were as follows: 1) Mean score of depression in experimental group was statistical significance lower than before received the program ($p<.05$). 2) Mean score of depression in experimental group after received the program was not statistical significance between the experimental group and control group ($p>.05$).

Keywords: Music activity, Depression, Elderly, Chronic elderly patients

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1), 15–26

*Funded by Christian University of Thailand

**Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

***Technical Nurse, Nakhonpathom Elderly Home, Nakhonpathom Province

Corresponding author, e-mail: Maneerat.A@hotmail.com, Tel. 083-225-1199

Received: 7 May 2019, Revised 22 June 2019, Accepted 28 June 2019

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

การเพิ่มจำนวนของประชากรผู้สูงอายุเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทั่วโลก ปัจจุบันหลายประเทศ เช่น สังคมผู้สูงอายุ (Population ageing) โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 (Hatawaiakarn, 2012; UNDES, 2009) ซึ่งการสูงอายุ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มักมีโรคเรื้อรังประจำตัว จากการสำรวจของสถาบันประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลพบว่า ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว โดยโรคเรื้อรังที่เป็นได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และ อื่นๆ เป็นต้น และเนื่องจากกลุ่มโรคเรื้อรัง เป็นโรคที่รักษาไม่ง่าย ไม่สามารถกลับไปเป็นปกติ เป็นระยะเวลา长 ทำให้ร่างกายเปล่ง ล่งผลต่อสุขภาพจิต ซึ่งแสดงออกได้หลายรูปแบบ เช่น วิตกกังวลสูง ห้อเห้า ลิ้นหัง หมดกำลังใจ รู้สึกตนเองคุณค่า ชีมเครัว และสุดท้ายอาจมีความคิดฆ่าตัวตายได้ (Kongsakon, 2004) ภาวะชีมเครัวเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 20-30 (Miller, 2007) และพบอัตราการ死 การเกิดภาวะชีมเครัวเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังภาวะชีมเครัวที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังล่างผลลัพธ์ต่อสุขภาพ เช่น พฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเอง การดำเนินโรคที่เป็นอยู่ไม่ดีหรือรุนแรง ยิ่งขึ้น ร่างกายเสื่อมถอยเรื่อยขึ้น ต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษา เสียต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะแทรกซ้อนของโรคเช่นภารกิจและคุณภาพชีวิตแย่ลง (Chachamovich. et al., 2008; Trief, 2007) ผู้สูงอายุมักมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง ซึ่งทางจิตเวชศาสตร์เชื่อว่าทำให้เกิดพยาธิสภาพของระบบประสาทต่อมไร้กับภาวะชีมเครัว โดยจะทำให้สารสื่อประสาทนอร์อฟิโนฟรีน และซีโรโนนีจำนวนลดลง (Lustman. et al., 2000)

การบำบัดภาวะชีมเครัวในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และผู้ที่มีภาวะชีมเครัวมีทั้งการรักษาด้วยยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา ดังนี้ การใช้ยาเบ็นไวธ์การที่มีของการบำบัดรักษาด้านร่างกายสำหรับผู้ที่มีภาวะชีมเครัวในระดับรุนแรง (Severe depression) การรักษาโดย

ไม่ใช้ยาสำหรับผู้ที่มีภาวะชีมเครัวเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild to moderate depression) (สายฝน เอกวรากุร, 2554; Kenneth and Michael, 2012) ซึ่งมีหลากหลายวิธีที่สามารถลดภาวะชีมเครัว และช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น ได้แก่ การบำบัดด้วยการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy (CBT)) (Gould, Coulson and Howard, 2012) ศิลปะบำบัด (Art Therapy) (McCaffrey, 2007; McCaffrey, Liehr, Gregersen and Nishioka, 2011) การสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรี (Guided Imagery and Music) (มนัสรัตน์ เอี่ยมอนันต์ และจิราพร เกษพิชญวัฒนา, 2557) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) (Maronto, Gold, Wang and Crawford, 2008; Chan et al., 2009; Piboon, Inchai and Smith, 2009) และการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรี (แพรคิริ อยู่สุข และจิราพร เกษพิชญวัฒนา, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ดนตรีบำบัดเป็นวิธีการหนึ่งที่วงการแพทย์นำมายใช้ร่วมในการรักษาผู้ป่วย เนื่องจากดนตรีเป็นทั้งคำสัตր์และคิลป์ที่ง่ายต่อการเข้าถึงจิตใจของมนุษย์ ดนตรีเป็นสื่อที่มีคุณค่าในการเสริมสร้างอารมณ์และความรู้สึกที่ดี (สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2551) และพบว่า ตามตรีมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายคือ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การไหลเวียนของโลหิต การตอบสนองทางม่านตาและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ส่วนผลทางจิตใจ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และความรู้สึก (ดุษฎี พนมยศ บุญทัคค์กุล, 2539; เสาสายรั้ง สองโสภณ, 2545; สุกรี เจริญสุข, 2550) ช่วยผ่อนคลายความเจ็บปวด ลดความวิตกกังวล ทั้งยังช่วยลดความเครียด ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และภาวะชีมเครัว ในผู้ป่วยสูงอายุ (กลุ่มดนตรีบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์พื้นที่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2554;

Hanser et al., 1994; Chan, et al., 2009) ผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาเรื่องนี้ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วิเคราะห์เบรี่ยบเทียบความแหน่งภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมดนตรี

2. วิเคราะห์เบรี่ยบเทียบความแหน่งภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (กลุ่มทดลอง) ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมดนตรีต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมดนตรี

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (กลุ่มทดลอง) ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมดนตรีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดดนตรีบำบัดของ Magee, et al. (2006) ที่อธิบายว่า กิจกรรมดนตรีจะช่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้โดยway อารมณ์ ความรู้สึกการสัญญาณ ความเคร้าโตก และภาวะซึมเศร้า ภาย ในใจ มีกลไกการเชิญปัญหา โดยจะช่วยปรับอารมณ์ ผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ ที่เหมาสม นอกเหนือ การทำกิจกรรมดนตรียังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง กิจกรรมดนตรี เป็นสื่อกลางในการช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และช่วยสร้างเสริมลักษณะพาระหว่างบุคคล (Magee, et al., 2006; Magee, et al., 2009)

Magee, et al. (2006) แนะนำให้ใช้ดนตรีในการบำบัดครั้งละ 45-60 นาที 2-5 ครั้งต่อสัปดาห์

โดยผู้บำบัดสามารถใช้ดันตรีส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางสังคม ได้แก่

1) การฟังดนตรี (Music listening) โดยการให้กลุ่มได้รับการฟังดนตรี และกระตุ้นความจำด้วยเสียงดนตรี การฟังดนตรีจะส่งผลให้ผู้ป่วยปรับอารมณ์ช่วยผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ

2) การเล่นเครื่องดนตรี (Playing musical instruments) หรือใช้เครื่องดนตรีในการประกอบกิจกรรม เพื่อระบายอารมณ์ ความเคร้าโตก และภาวะซึมเศร้าภายในใจ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมดนตรีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทั้งยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง (Self-confident) ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และสร้างลักษณะพาระหว่างบุคคล (Personal interaction)

3) การร้องเพลง (Singing) โดยผ่านการร้องออกเสียงเสียงจังหวะและทำนอง เพื่อระบายความรู้สึกเคร้าโตกและภาวะซึมเศร้าภายในใจของผู้สูงอายุ โดยผ่านการร้องออกเสียงเสียงจังหวะและทำนอง และสร้างลักษณะพาระหว่างบุคคล (Personal interaction)

ทั้งนี้ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมกิจกรรมดนตรีโดยประยุกต์ตามแนวโน้มคิดดนตรีบำบัดของ Magee et al. (2006) โดยใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 60 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรมที่ 1 ได้แก่ กิจกรรมรับฟังดนตรี ส่งเสริมจิตนาการ โดยการเปิดเพลงบรรเลง ผสมผสานกับการผ่อนคลายร่างกายและการเกร็งคลายกล้ามเนื้อ ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 20 นาที รวมทั้งหมด 6 ครั้ง

2) กิจกรรมที่ 2 ได้แก่ กิจกรรมเข้าจังหวะกล่าวดีอุ การเคลื่อนไหวร่างกายประกอบจังหวะเพลง โดยการเปิดเพลงที่มีจังหวะไม่ซ้ำกันไป จากนั้นให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะเพลง หรือใช้อุปกรณ์ดนตรีเคาะตามจังหวะเพลง ได้แก่ กรรับกระพรุนเมื่อ ลูกเต็ง เคาะตามจังหวะเพลง เพื่อระบายอารมณ์ และภาวะซึมเศร้าภายในใจ ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 40 นาที รวมทั้งหมด 12 ครั้ง

3) กิจกรรมที่ 3 ได้แก่ กิจกรรมร้องเพลง ต่อเพลง โดยให้ผู้สูงอายุคิดเพลง ที่ชื่นชอบและคุ้นเคย สามารถร้องตามได้ ให้ผู้สูงอายุคนแรกร้อง หากลงท้าย เพลงด้วยคำใด ให้ผู้สูงอายุคนต่อไปคิดเพลงที่มีคำดัง กล่าวข้างต้น ร้องต่อ กันไปจนครบทุกคน เป็นระยะ ความรู้สึกเคราโคงและภาวะซึมเศร้าภายในใจของผู้สูง อายุ โดยผ่านการร้องออกมากเป็นเสียงจังหวะและทำนอง และเพื่อฝึกการบริหารปอด กระตุนการนิ่มคิด และลรัง ลัมพันธภาพระหว่างบุคคล ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 40 นาที รวมทั้งหมด 6 ครั้ง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเก็บตัวอย่าง (Quasi-Experimental Research) ใช้แบบแผนการวิจัย เบบีกีฬาสองกลุ่มไม่เท่าเทียมกัน วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest Posttest Design with Nonequivalent Groups) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ที่พากาศอยู่ในสถานสังเคราะห์คนชรา 2 แห่ง ในจังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน เลือกตามเกณฑ์ ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง คะแนนระหว่าง 13-24 คะแนนจากการประเมินด้วย แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุของไทย 2) ไม่ได้รับประสาณยาต้านเครา (Antidepressant) 3) มีความสามารถในการรับรู้ สื่อสารได้อย่างถูกต้อง ไม่มีปัญหา การได้ยิน 4) การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ และบุคคลปกติ 5) ไม่เจ็บป่วยรุนแรง ที่เป็นอันตราย หรือเป็นอุบัติเหตุ 6) ยินดีร่วม ในการทำงานที่ใช้ในการวิจัยตามแบบขอความร่วมมือการคัดเลือก

ออกจากการกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1) ผู้สูงอายุ มีอาการผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจสูง สม่าเสมอหอยใจเร็วหรือช้ากว่า ปกติความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าปกติ มีไข้ติดเชื้อภายใน เวลา 24-48 ชั่วโมงจนไม่สามารถทำกิจกรรมทางดูแล ได้ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ 2) ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 6 ครั้ง ขึ้นไป

แบ่งเป็นกลุ่มตัวทดลอง และ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน โดยการจับคู่ ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ในด้าน เพศ อายุ และจับฉลากเข้ากลุ่มตัวทดลองและควบคุม ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) กำหนดอำนาจทดสอบ 0.90 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 Effect Size 0.55 ได้ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 29 คน (Burn & Grove, 2005) ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติซึ่ง มีผลต่ออำนาจทดสอบ ทำให้อำนนัจทดสอบเพิ่มขึ้น และ ส่งผลต่อค่าความแปรปรวน ทำให้ความแปรปรวนลดลง ดังนั้นค่าสถิติที่คำนวนได้จากการกลุ่มตัวอย่างสามารถ อ้างอิงไปยังประชากรได้ดี ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน รวมทั้งหมด 32 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยตรงร่าง วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสต์เทียน พิจารณา เอกสารและให้การรับรองการทำวิจัย ก่อนดำเนินการ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล จากสถานสังเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมาวดี (หลวงพ่อ เป็นอุปถัมภ์) และสถานสังเคราะห์คนชรานครปฐม โดย โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยคริสต์เทียน วัน ที่รับรอง 29 พฤษภาคม พ.ศ.2560 เลขที่ 3/2560 อีกทั้งยังคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัย เป็นผู้สร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาร์ชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็น โรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่นๆ ประสบการณ์ทางกิจกรรมด้านดนตรี โดยข้อมูลส่วนนี้ก่อให้เกิดความตัวอย่าง เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

2. แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale[TGDS]) เป็นแบบประเมินความเครียดของผู้สูงอายุไทย (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) จำนวน 30 ข้อ ใช้คำตอบ ใช่ กับ ไม่ใช่ ถ้าตอบ ไม่ใช่ ในข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ได้ข้อละ 1 คะแนน ในส่วนของ ข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่าใช่ ได้ข้อละ 1 คะแนน การแปลผล ดังนี้ 0-12 คะแนน ปกติ, 13-18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย, 19-24 คะแนน ภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนน ภาวะซึมเศร้ารุนแรง

3. แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai 2002) เปลี่ยนโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (2542) ซึ่งพัฒนามากจากแบบทดสอบ MMSE โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเลื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเลื่อม ในผู้สูงอายุไทยสามารถใช้ได้ในผู้สูงอายุที่ไม่วืดหังลือ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ และได้ผ่านการทดสอบความเชื่อถือ และความต้องของเครื่องมือ (Reliability and validity) อีกทั้งได้นำไปทดสอบกับผู้สูงอายุพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นครราชสีมา ขอนแก่น นครราชสีมา ชลบุรี ราชบุรี สุราษฎร์ธานี และสงขลา พบร่วมมีความต้อง (Validity) และ ความเชื่อถือได้ (Reliability) อยู่ในเกณฑ์ที่ดี และมีความจำเพาะ (Specificity) อยู่ในเกณฑ์ที่สูง แบบทดสอบนี้ประกอบด้วยคำถ้า 11 ข้อ

4. แบบประเมินบาร์เทลเอ็ดดี้แอล (Barthel ADL Index) ของ Collin et al. (1988) ปรับปรุงและพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล (2544) เป็นแบบ

ประเมินความสามารถในการปฏิบัติภาระประจำวันที่ฐานของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นชุดคำถ้าเกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะ 24-48 ชั่วโมง ประกอบด้วยข้อคำถ้า 10 ข้อ ที่ครอบคลุมในเรื่องต่างๆ ดังนี้ การรับประทานอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัวใส่เสื้อผ้า ลูกจากเตียง เดินไปมาในบ้าน เดินขึ้นลงบันได เดินเข้าห้องน้ำ ได้ด้วยตนเอง แลกสนับสนุนเจ้าของบ้านได้ ทั้งนี้ได้มีการนำแบบประเมินไปใช้กับผู้สูงอายุไทยที่ชุมชนอัคคลอย่าง เจ็บ จำนวน 703 คน พบร่วมมีความต้องเชิงโครงสร้าง (Content Reliability) และเหมาะสมสำหรับประเมินระดับ ทุพพลภาพในประชากรสูงอายุไทย โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์เฉลี่ยของครอนบากท่ากับ .79

5. โปรแกรมกิจกรรมดันตรีประกอบด้วย คู่มือดำเนินกิจกรรมดันตรีสำหรับบุคลากรและผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และแบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมดันตรี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดการใช้กิจกรรมดันตรี เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของ Magee, et al. (2006) ขั้นตอนการสร้างมีดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาดันควาเนนคิดจากเอกสารวิชาการ ตำรา วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแนวคิดการใช้ดันตรีต่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อนำมาวิเคราะห์และหาแนวทางในการจัดกิจกรรมดันตรีให้เหมาะสม และเพื่อให้การนำไปบังคับนั้นตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในฐานะปัจจุบันบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 สุ่ปเนื้อหาสารสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม คู่มือดำเนินกิจกรรมดันตรีสำหรับบุคลากรและผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยกำหนดแผนการบ่มบังคับทางการพยาบาลโดยใช้ดันตรี ดังต่อไปนี้

1) กล่าววัตถุประสงค์ของการใช้กิจกรรมดันตรี เพื่อเป็นแนวทางในการบ่มบังคัด ได้แก่ การลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

2) การประเมินและการรวมข้อมูลส่วน

บุคคลของสูงอายุ ได้แก่ ข้อมูลด้านประวัติการเจ็บป่วย และการรักษาของแพทย์ โดย เข้าเยี่ยมผู้สูงอายุในสถาน สังเคราะห์เพื่อประเมินและรวบรวมข้อมูลด้านลักษณะ วัฒนธรรม ข้อมูลด้านเดนตรีที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบ และความสามารถของผู้สูงอายุในการกระทำการกรรม

3) วิเคราะห์และวางแผนกิจกรรม กำหนด วิธีการดำเนินกิจกรรม และรายละเอียดต่างๆ ของ กิจกรรม สื่อและอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา ในการดำเนินกิจกรรม

4) สร้างแบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมเดนตรี เป็นแบบบันทึกการเข้าร่วมการบำบัดทางการพยาบาล โดยใช้กิจกรรมเดนตรีของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น โดยมีลักษณะเป็นแบบบันทึกจำโนวนครึ่งใน การเข้าร่วมกิจกรรม และการแสดงผลติกรรม ประเมิน โดยผู้ช่วยวิจัย คิดเกณฑ์การเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย ร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งของกิจกรรมทั้งหมด ผู้สูง อายุต้องเข้าร่วมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ กิจกรรมเดนตรีอย่างน้อย 10 ครั้ง จึงจะผ่านเกณฑ์ โดยจำนวนครั้งทั้งหมดของกิจกรรม คือ 12 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ของคู่มือดำเนินกิจกรรมเดนตรีสำหรับบุคลากรและ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการตรวจ สوبความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของ การใช้กิจกรรมเดนตรี ขั้นตอนและ วิธีในการทำกิจกรรม สื่อและอุปกรณ์ ระยะเวลาในการ บำบัด ทั้งนี้การเลือกเพลงที่ใช้ในการประกอบกิจกรรม ได้แก่ เพลง บรรเลง ทำให้เกิดอารมณ์และจิตนาการ ร่วมกับเสียงของเดนตรี เกิดความผ่อนคลาย สดชื่น และ สุนทรียะ สนาน เร้าใจ ช่วยสร้างบรรยากาศให้สามารถยการ่วม กิจกรรม เนื้อเพลงลึก ร้องง่าย เนื้อเพลงไม่หมายความ สามารถนำบทเพลงมาใช้ในการจัดประกอบการเล่น เครื่องดนตรี และการประเมินผลการบำบัด จากผู้ทรง คุณวุฒิ จำนวน 3 คน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โปรแกรมกิจกรรมเดนตรีและ แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย มีดัชนีความ ตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) 0.80 และ 0.96 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึม เศร้าที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และได้ แก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริง (Try out) กับผู้สูงอายุโรค เรื้อรังที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่สถาน สังเคราะห์คนชราเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของ ภาษา รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา ความสอดคล้องและความเหมาะสมระหว่างลือที่ใช้ และ ความเหมาะสมในการนำไปใช้จำนวน 30 ราย หลังจาก นั้น นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์コレฟฟาร์ของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงการเก็บข้อมูลเวลาตั้งแต่ วันที่ 15 ธันวาคม 2560 ถึงวันที่ 6 มกราคม 2561 ที่ สถานสังเคราะห์ชราทั้ง 2 แห่งในจังหวัดนครปฐม โดย ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 เตรียมการทดลอง ผู้วิจัยได้เตรียม ความรู้ในเรื่องการจัดกิจกรรมเดนตรีในผู้สูงอายุโรค เรื้อรัง และจัดทำแผนการทดลองรวมทั้งเตรียมสถานที่ โดยประสานงานทางสถานสังเคราะห์คนชรา 2 แห่ง ในจังหวัดนครปฐม เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และ เตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน ในการเก็บรวมรวมข้อมูล เป็น พยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรค เรื้อรังอย่างน้อย 2 ปี ผู้วิจัยใช้แจงวัตถุประสงค์ของการ วิจัย แบบสอบถามที่ใช้และชี้แจงต่อการเก็บรวมข้อมูล

ขั้นที่ 2 ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

ในกลุ่มควบคุม พบรู้สูงอายุที่สถานสังเคราะห์ คนชรา แห่งที่ 1 แห่งหนึ่ง สร้างสังคมพัฒนาภาพ ชี้แจง เรื่องการ พยาบาลตามปกติ ตามมาตรฐานของสถานสังเคราะห์คนชรา

ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย และพบกลุ่มผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง

ในกลุ่มทดลอง พบรู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชรา แห่งที่ 2 แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพชี้แจงเรื่อง การทำวิจัย ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย และนัด วัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินโปรแกรมกิจกรรมดูแล จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที เป็นระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุเป็นรายกลุ่ม ส่วนมากใช้สถานที่ ที่ลานกิจกรรมของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชรา และเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมกิจกรรมดูแลรีดีคิรบแก่น ในสัปดาห์ที่ 4

ข้อที่ 3 ประเมินผลการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาและ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 100 เป็นหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 61-91 ปี ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสคู่ และม้าย ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 มีระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 10 ปี ส่วนในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 100 เป็นหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 62-90 ปี ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสคู่ และม้าย ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 มีระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 10 ปี

2. หลังการทดลอง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมดูแลรีดีคิรบซึ่งมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกิจกรรมดูแลรีดีคิรบ (n=16)

ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	14.69	2.27	15	9.34	0.000
หลังการทดลอง	8.94	1.44			

3. หลังการทดลอง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมดูแลรีดีคิรบ (กลุ่มทดลอง) มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ตาราง 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมดูแลรีดีคิรบ (n=16) กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=16)

ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	8.94	1.44	30	0.95	.349
กลุ่มควบคุม	9.81	3.39			

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มนี้ (จุฬารัตน์ บุญวัฒน์ ภารนา กิรติยุววงศ์ และชนัดดา แวนเกษwar, 2552; วัชยา ทัดหล่อ และคณะ, 2555; ณัฐรัตน์ เอี่ยมอนันต์ และจิราพร เกษพิชญ์วัฒนา, 2557) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งโดยทั่วไปเพศหญิงจะมีอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Wangtongkum et al., 2008) ทั้งนี้เพศหญิงมีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ครุ่นคิดเรื่องต่างๆ ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม อนาคต มากกว่าเพศชายซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย (จุฬารัตน์ บุญรัตน์ และคณะ, 2552) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (พิรุณี สันติ, 2553; นิตยา จัลแสง เพชรรัตน์ บุตรเชีย และพรนิภา หาญลักษ์, 2555; วัชยา ทัดหล่อ ภารนา กิรติยุวงศ์ ชนัดดา แวนเกษwar และนิภาวรรณ สามารถกิจ, 2555) เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุเพศหญิงที่พากาศัยในสถานสังเคราะห์คนชรา ซึ่งเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่ใช่บ้านของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวอย่างมาก และมองสิ่งต่างๆ ในด้านลบ มองตนเองไว้ค่า ส่งผลให้ไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิต เป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

หลังการทดลอง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมดูแลรักษา มีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้สับสนสูง เทศพอลที่ Magee, et al. (2006) ได้อธิบายว่ากิจกรรมดูแลรักษาช่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับประโยชน์ ารมณ์ ความรู้สึกการสูญเสีย ความเครียดโรคและภาวะซึมเศร้า ภายในใจ มีกลไกการเผชิญปัญหา โดยจะช่วยปรับอารมณ์ ผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ ที่เหมาะสม นอกจากนี้ การทำกิจกรรมดูแลรักษาช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ในตนเอง (Self-confident) ส่งเสริมการเห็นคุณค่า ในตนเอง (Self - esteem) ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในสถานสังเคราะห์มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง อีกทั้งการศึกษาของสมนพิพย์ บุญเกิดปวีณา ระบำโพธิ์ สมฤทธิ์ ดีวน พะเนา คริษญา นาคสาระน้อย และกัลยา ໄ愧เกะ (2561) และ เมตรนาภา จัตุรงค์แสง (2540) พบร่วมกับผู้สูงอายุในสถานสังเคราะห์คนชรามีภาวะซึมเศร้าระดับสูงถึง ร้อยละ 50 และร้อยละ 75 ตามลำดับ จากการศึกษาพบว่าในระหว่างวันผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่เพียงลำพัง อาจมีบางรายที่อยู่กับพี่เลี้ยง หรือ ผู้ดูแลในสถานสังเคราะห์ด้วยเหตุดังกล่าวอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพศหญิง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก เนื่องจาก ผู้ป่วยรู้สึกขาดที่พึ่ง ขาดคนดูแล รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง อีกทั้งพบว่าร้อยละ 69 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีระยะเวลาการเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 10 ปี ซึ่งการศึกษาของ Gardunlu, Tellez and Hernandez (2018) พบว่า ระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน (Duration of diabetes) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ยิ่งระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเท่าไรก็จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเป็นโรคนานนาน มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในระยะแรก เนื่องมาจากการเปลี่ยนหน่าย ท้อแท้ กับการดูแลสุขภาพมาเป็นระยะเวลากว่า 10 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น (Clouse et al., 2003)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรนำไปโปรแกรมกิจกรรมดูแลรักษาที่ได้รับการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมดูแลรักษาที่นำไปใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและโรคอื่นๆ ต่อไป
2. ส่งเสริมให้ทดลองเบรย์บิกิจกรรมดูแลรักษาช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ความคุ้มครอง ให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มคนที่ร่วมบังคับ ภาควิชาเวชศาสตร์พื้นเมือง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2554). แนวทางการใช้ดนตรีบำบัดสำหรับผู้ป่วยและศึกษาการทางกาย พ.ศ. 2554, (รายงานผลการวิจัย). เชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กลุ่มที่เน้นฟุ้สเมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย. สารคิติราช, 46(1), 1-8.
- จุฬารัตน์ บุญรัตน์ ภานุนา กีรติยุทธวงศ์ และ ชนิดา แນบeker. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 17, 32-47.
- ดุษฎี พนวยวงศ์ บุญรักนก. (2539). ลมหายใจ ดนตรี ชีวิต : การฝึกดนตรีเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร: บ้านเพลิน.
- นิตยา จัลแสง เพชรรัตน์ บุตตะเขียว และพรนิภา หาญลักษ์. (2555). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 57(4), 439-446.
- เนตรนภา จัตุรงค์แสง. (2540). การเบรียบที่ยืดอัตมโนทัศน์และความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ภายนอกสถานที่ และภายนอกสถานลังเคราะห์คนชรา. (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิรุณี สัพโถ. (2553). ความซ้ำของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลพังโคน. ครุณศิรินทร์เวชสาร, 4, 272-9.
- เพรศรี อยู่สุขและจิราพร เกศพิชญ์วัฒนา. (2557). ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- มนีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ และจิราพร เกศพิชญ์วัฒนา. (2557). ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วรรยา ทัดหล่อ ภานุนา กีรติยุวงศ์ ชนัดดา แນบeker และนิภาวรรณ สามารถกิจ. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 19(2), 81-96.
- สายฝน เอกภารวงศ์. (2554). รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกี้ เจริญสุข. (2550). ดนตรีเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของสูงอายุ. นครปฐม: วิทยาลัยดุริยางคศิลป์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตรพันธุ์กุล. (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพัฒนาวิทยา ภาควิชาอาชีวครุศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนนทิพย์ บุญเกิดวีณา ระนำโพธิ์ สมฤตี ดีนวนะเนา คริษญ่า นาครสระน้อย และกัลยา ไฝ่เกา. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของสถานลังเคราะห์คนชรา. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(1), 182-190.
- สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2551). ดนตรีบำบัด. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทมีเดีย มาร์เก็ตติ้ง จำกัด.
- เสาวนีย์ สังฆโสภณ. (2545). โครงการดนตรีบำบัด. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Chan, M.F., Chan, E.A., Mok, E., and Kwan, Tse F.Y.(2009).Effect of music on depression levels and physiological responses in community-based older adults. International Journal of Mental Health Nursing, 18,285-294.

- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., and Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromalsymtoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *Gerontologist*, 48(5),593-602.
- Clouse, R. E., Lustman, P.J., Freedland, K., F., Griffiths, L.S., McGill, J.B., and Carney, R.M. (2003). Depression and coronary heart disease in women with diabetes. *Diabetes care*, 26(3),468-478
- Gardunu, E. J., Tellez, J. F., and Hernandez, R. L. (2018). Frequency of Depression in Diabetes Mellitus Type 2 Retrieved from: <http://www.frequency%20of%20depression%20in%diabetes.htm>
- Gould, R.L., Coulson, M.C., and Howard, R.J. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc.*, 60(10): 1817–1830.
- Hanser, S. B., & Thompson, L. W. (1994). Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. *Journal of Gerontology*, 49(6),265-269.
- Hatawaikarn, B. (2012). Development of Age-friendly nursing care scale perceived by hospitalized older persons. *Journal of Nurses'Association of Thailand North-Eastern Division*. 30(2):154-165.
- Jun, E. M., Roh, Y. H., & Kim, M. J. (2013). The effect of music?movement therapy on physical and psychological states of stroke patients. *Journal of clinical nursing*, 22(1-2),22-31.
- Kongsakon R. (2004). *Situation and technology for solution mental health problem*. 3rd international mental health conference during 25-27 August 2004. Bangkok: Department of mental health, ministry of public health.
- Kenneth, M.S. and Michael, H.C.. (2012). *Diabetes: chronic complications*. Singapore: Ho printing Singapore Pte Ltd.
- Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Groot, M. D., Carney, R. M., and Clouse, R. E. (2000). Depression and poor glycemiccontrol. A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*. 23(7),934-942.
- Magee, W. L., et al. . (2006). Music therapy for patients with traumatic brain injury. In G. Murrey (Ed.), *Alternative Therapies in the Treatment of Brain Injury and NeurobehaviouralDisorders: A Practical Guide*. New York: Haworth Press.
- Magee, W. L., & Baker, M. (2009). The use of music therapy in neuro-rehabilitation of people with acquired brain injury. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 5(4),150-156.
- Maronto, A., Gold, C., Wang, X. and Crawford, M. (2008). *Music therapy for depression*. Cocharne Database of Systematic Review 1.
- McCaffrey, R., Liehr P., Gregersen, T. and Nishioka, R. (2011). Garden walking and art therapy for depression in older adults: a pilot study. *Res GerontoNurs*. 4(4), 237-42.

- Miller, C.A. (2007). *Impaired affective function: Depression Nursing for Wellness in older adults theory and practice.* (4th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Piboon, K., Inchai, P. and Smith, I. (2009). The effect of music therapy on depressed older adults. *Journal of Nursing and Education.* 2(3),101-111.
- Trief, P.M. (2007). Depression in elderly diabetes patients. *Diabetes Spectum.* (20),71-75.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2009). Population Division. World Population Ageing. Retrieved from www.org.esa/populations/WPA2007/ES-English.pdf
- Wangtongkum, S., Suchantakul, P., Wongjaroen, S., and ,Maneechompoon, S. (2008). Prevalence of Depression among a Population Aged over 45 Years in Chiang Mai,Thailand. *J Med Assoc Thai.* 91(12),1812-1817.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม

นavaพร วุฒิธรรม*
พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การจำกัดเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบ สัมภาษณ์ที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง วิเคราะห์ ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ผลการวิจัย พบรากลุ่มตัวอย่างมีความนิ่ว เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการได้รับแรงเสริม โดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.49$, S.D.=0.24, $\bar{X} = 2.98$, S.D.=0.35 ตามลำดับ) มีการเข้าถึงระบบบริการ สุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.79$, S.D.=0.21) และปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การจำกัดเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้เครือข่ายสุขภาพใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชนซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อที่สำคัญในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1), 27-37

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์ียน

Corresponding author, e-mail: Nawa.pat@homail.com, Tel. 098-359-5161

วันที่รับบทความ: 5 ตุลาคม 2561 , วันที่แก้ไขบทความแล้ว: 12 ธันวาคม 2561 , วันที่ตอบรับบทความ: 16 ธันวาคม 2561

Factors Related to Health Behaviors among Patients with Hypertension at a Health Promoting Hospital in Nakhon Pathom Province

Nawaporn Wutthitham*

Abstract

This research is a descriptive research (Cross-sectional analytical survey design) aimed to study the relationship between predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors with health behaviors for food eating, minimal sodium glutamate, exercise, stress management, and drug using. The sample is 100 persons. The instruments for collecting was interview form that data developed by review literature after content validity and reliability were assessed. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient at statically significant level at .05.

Results of the study showed that sample had hypertension knowledge, attitude, reinforcement receiving were high level ($\bar{X} = 2.49$, S.D.=0.24, $\bar{X} = 2.98$, S.D.= 0.35 respectively) The accessing of health system was middle level ($\bar{X} = 1.79$, S.D.= 0.21) Predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors and behavioral self-management were significantly related to food eating, minimal sodium glutamate, exercise, stress management, and drug using.

The researcher suggested that the health network should utilize community resource for promoting enabling factors to achieve behavioral modification.

Keywords: Health behavior, Hypertensive patients, Predisposing factors. Reinforcing factors and Enabling factors

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1), 27-37

*Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author, e-mail: Nawa.pat@homail.com, Tel. 098-359-5161

Received: 5 October 2018, Revised 12 December 2018, Accepted 16 December 2018

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในระดับโลกและระดับประเทศ จากสถิติพบในผู้ที่มีอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 2.05 อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 5.65 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.9 และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 45-55 (AHA, 2016) ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการทางด้านร่างกายที่ชัดเจนและไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันเมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นๆ (Samranbua, 2011) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และมีความสอดคล้องกับประสีทิพยาพการปีบตัวของหัวใจและแรงต้านการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย ความดันโลหิตคือปริมาณเลือดที่ออกจากการหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) และความด้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย การมีระดับความดันโลหิตสูงเกิดจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือทั้งสองปัจจัยหรือจากความล้มเหลวของกลไกการปรับชดเชยปัจจัยหลักที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อระดับความดันโลหิต ได้แก่ ระบบประสาทซิมพาธิก (Sympathetic nervous system) ระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (Renin-angiotensin system) และระบบการทำงานของไต การกระตุ้นของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน ทำให้หลอดเลือดหดตัวจึงเกิดแรงต้านของหลอดเลือดหัวใจร่างกายและแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ในระบบไหลเวียนจะกระตุ้นให้มีการหลั่ง ของฮอร์โมนอัลدوสเตอโรน (Aldosterone hormone) จากต่อมหมวกไตส่วนอกซึ่งมีผลในการดูดซึมกลับของน้ำและโซเดียมที่ไปปริมาณของเลือดจึงเพิ่มขึ้นส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ต่อมได้ส่งส่วนหลังมีการหลั่ง ฮอร์โมนเอนต์ดีයูเรติกฮอร์โมน (Antidiuretic hormone) เพื่อตอบสนองต่อการลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียนและฮอร์โมนดังกล่าวมีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบร้อยของหลอดเลือดทำให้เลือดที่ไหลผ่านต้องถูกบีบให้ผ่านอย่างแรงจึงเป็นอันตรายต่อเยื่อบุภายในหลอดเลือดซึ่งจะทำให้มีการหลั่งสารที่มีผลต่อหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดมีการหด

ตัวมากยิ่งขึ้น (Suzanne, 2003) ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจะส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย กล่าวคือ 1) ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองมีลักษณะหนาตัวและแข็งตัวทำให้การไหลเวียนเลือดลดลงหรือขาดเลือดไปเลี้ยงมือกานมือกาน (Stroke) 2) ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลงหัวใจห้องล่างขยายทำงานหนักมากขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างขยายโต (Left ventricular hypertrophy) เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และ 3) ผนังของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตหัวใจและแข็งตัวขึ้นหลอดเลือดตีบแคบลงส่งผลให้หลอดเลือดแดงเสื่อมลงทำให้เลี้ยงหน้าที่เกิดภาวะไตตายและมีโอกาสเสียชีวิตได้ (James, 2014)

สถานการณ์ในประเทศไทยเมื่อวิเคราะห์ในรอบ 5 ปี (2555-2558) พบร่วมกันการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรสูง เพิ่มขึ้นจาก 1,621.72 เป็น 1,901.06 อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจาก 5.7 เป็น 12.1 และเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 31.7 เป็น 43.3 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559) สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 ปี 2552 พบร่วมกันความซุกซ่อนของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.40 รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 ปี 2557 ร้อยละ 24.7 (รัฐสภาราษฎร์, 2552 และ 2557) จากผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มสูงขึ้นได้แก่ อัตราการป่วย ภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิต องค์กรอนามัยโลกได้จัดทำแนวทางการจัดการโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือทุกภาคส่วนในเชิงป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาความเสี่ยงในระดับบุคคล และครอบครัว โดยการปั้นเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กและวัยรุ่น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือโรคหัวใจและหลอดเลือด (WHO, 2014) โดยการปั้นเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องับวิธีชีวิต คือ "การปั้นเปลี่ยนชีวิตอย่างง่าย

7 ประการ" (Life's Simple 7) ประกอบด้วยการออกกำลังกาย การควบคุมอาหารโดยเฉพาะเกลือโซเดียม การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การควบคุมระดับคอเรสเตอรอล การควบคุมระดับความดันโลหิต และการควบคุมระดับน้ำตาล และการไม่สูบบุหรี่ (AHA, 2015; CDC, 2013) ในประเทศไทยได้มีแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณ์ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้มีการจัดทำหลักสูตรการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล และครอบครัว โดยเน้นด้านควบคุมอาหารโดยการจำกัดเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2559, 2560) นอกจากนี้ยังได้กำหนดให้มีวันความดันโลหิตสูงโลกในวันที่ 17 พฤษภาคมของทุกปี และมีการรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองตามศักยภาพ

จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดที่อยู่ในกลุ่มเขตบริการสุขภาพที่ 5 มีอัตราการป่วยของโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2558-2560 อัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) คิดเป็นร้อยละ 7.56, 8.73 และ 9.96 และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 12.78, 27.60 และ 29.60 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560) จากสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นสามารถชี้วัดความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) และสมาคมโรคความดันโลหิตสูงนานาชาติ (International Society of Hypertension) จึงได้ให้ความสำคัญในการเพิ่มการดัก握และยับ止การวิวัฒนาภาวะความดันโลหิตสูง โดยการกำหนดเป้าหมายขององค์การสหประชาชาติ ที่ว่าความซุกซ่อนโรคความดันโลหิตสูงต้องลดลงร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568 (The International Society of Hypertension, 2017; WHL, 2018) จากสถิติการป่วยของประชาชนในตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ในปี 2558-2560 พบว่า มีอัตราการป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.01, 14.54

และ 15.10 จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประชาชนกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงโดยการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ปัจจัยดังกล่าวประกอบด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยอื่น และปัจจัยเสริม (Green & Krueter, 2005) และเป็นสาเหตุของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในการวางแผน โครงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และลดภาวะแทรกซ้อน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคตต่อไป

คำนำของภารวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การจำกัดเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นอย่างไร

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยอื่น และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การจำกัดเกลือโซเดียม ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรืออย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้านการรับประทานอาหาร การจำกัดเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยอื่น และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้านการรับประทานอาหาร การจำกัดเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ปัจจัยอื่น และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE- PROCEED Framework) เป็นกระบวนการ การวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุและวางแผนการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาโดย กรีนและครูเตอร์ (Green and Kreuter, 2005) ดังนี้
สำหรับผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำเป็นต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ไม่สามารถควบคุม ระดับความดันโลหิตได้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องพบว่า ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบกล่าวดังนี้

- | |
|--------------------------------------|
| 1. ปัจจัยนำ |
| : ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง |
| : เจตคติในการปฏิบัติตัว |
| 2. ปัจจัยอื่น |
| : การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ |
| : แหล่งประโภช์ในชุมชน |
| 3. ปัจจัยเสริม |
| : บุคลากรครอบครัว |
| : กลุ่มเพื่อนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง |
| : เจ้าหน้าที่สาธารณสุข |

- | |
|--|
| 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง |
| 2) ปัจจัยอื่น ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโภช์ในชุมชน และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ บุคลากรครอบครัว กลุ่มเพื่อนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นมีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การจำกัดเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด และการใช้ยา ดังแผนภูมิที่ 1 |

- | |
|--------------------------|
| พฤติกรรมสุขภาพด้าน |
| : การรับประทานอาหาร |
| ➡ : การจำกัดเกลือโซเดียม |
| : การออกกำลังกาย |
| : การจัดการความเครียด |
| : การใช้ยา |

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงประยุกต์ จากทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Green & Kreuter, 2005)

ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นกลุ่มผู้ป่วย ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยที่มีค่า ความดันซีสโตลิก (Systolic pressure) มากกว่า หรือเท่ากับ 140 mmHg หรือ มีค่าความดันไಡเอสโตลิก (Diastolic pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง และ ได้จำนวน 100 คน ศึกษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดท่าพุด อำเภอ สามพราน จังหวัดนนทบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคมถึง เดือนกันยายน 2561

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) วิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical survey design) ประกอบด้วยวิธีการ ดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คLINิกโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยที่มีค่าความดันซיסטอติก (Systolic pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg หรือ มีค่าความดันไดอาสตอติก (Diastolic pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg คLINิกโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,836 คน กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคัดเลือกโดยใช้สูตรคำนวนของยามาเน่ (Yamane, 1973) จำนวน 327 คน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ จากนั้นผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 100 คน เป็นกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัยตามขั้นตอนตลอดการวิจัยตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง และไต
2. ไม่ทุพพลภาพ และสามารถออกกำลังกายได้
3. เข้าสู่การวิจัยอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้ง ติดต่อกัน
4. มีบุคคลในครอบครัวที่รู้ญาติช้ายุ้งและผู้ป่วย
5. สามารถลือสารได้

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นผู้ร่วมวิจัย (Exclusion criteria) ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดผู้ร่วมวิจัยออกคือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัยได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคไตเฉียบพลัน และจำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามชี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (จิราวรรณ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน, 2559) เครื่องมือตั้งกล่าวประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำได้แก่ ความรู้และเจตคติเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ข้อคิดเห็นด้านความรู้ จำนวน 14 ข้อ และข้อคิดเห็นด้านเจตคติ จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่จะสนับสนุนการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การจำกัดเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2-5 มีลักษณะคำตอบให้เลือกตอบใน 3 ระดับ การแปลผล ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ที่มีค่าตั้งแต่ 1.00-3.00 โดยแบ่งระดับ ดังนี้

1.00-1.67 หมายถึง ระดับพฤติกรรมสุขภาพน้อย

1.68-2.35 หมายถึง ระดับพฤติกรรมสุขภาพ

ปานกลาง

2.36-3.00 หมายถึง ระดับพฤติกรรมสุขภาพดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม หรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคิดเห็นกับวัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าสอดคล้องระหว่างข้อคิดเห็นกับวัตถุประสงค์

หรือเมื่อเทียบอย่างระหว่าง 0.78–1.00 หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้วผู้ศึกษานำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามค่าแนะนำ ผู้วิจัยนำไปทดสอบใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต่ำบลແທ່ງທິ່ນ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐมจำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลfa ของครอนเบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Eisinga TeGrotenhuis, & Pelzer, 2013) ได้ค่าระหว่าง 0.71–0.86 เล็กน้อยไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การพิหักชีลธิกกู่ลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยคริสต์อินเดียที่บ. 32/2560 วันที่ 31 กรกฎาคม 2561 ได้ดำเนินการวิจัยโดยให้ผู้ร่วมวิจัยได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผลกระทบ การป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขั้นตอนต่างๆ ในการวิจัย การขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยวาจา และลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์ม คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ร่วมวิจัย และการรักษาความลับ ผู้ร่วมวิจัยสามารถขออยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา อนึ่งการอภิปรายผลหรือการเผยแพร่ผลการวิจัย จะกระทำในภายหลังในขอบเขตที่ได้รับอนุญาตจากผู้ร่วมวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติการวิเคราะห์ 2 ประเภท ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์ด้วยจำนวนหนึ่ง ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ทางความสัมพันธ์ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment coefficient Correlation)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 67.00 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 33.00 ช่วงอายุเฉลี่ย 50 ปี ($\bar{x}=50.16$, S.D.=1.26) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 76.00 รองลงมาการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสสูง จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 63.00 รองลงมาสถานภาพสมรสหม้าย จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 14.00 ส่วนใหญ่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 27.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลา 5–10 ปี จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 62.00 รองลงมา ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลาน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 33.00 ส่วนใหญ่มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 28.00

พฤติกรรมสุขภาพตนเอง พบร่วม กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=2.52$, S.D.=0.81) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่างดับสูงสุด คือพฤติกรรมด้านการใช้ยา และการจัดการความเครียด ($\bar{x}=2.90$, S.D.=0.34) รองลงมาพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{x}=2.29$, S.D.=0.97) และพฤติกรรมการจำกัดเกลือโซเดียม ($\bar{x}=2.27$, S.D.=1.13) ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ($\bar{x}=2.23$, S.D.=1.27)

ข้อมูลด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และเจตคติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบร่วม

ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายน้อย แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ($\bar{X} = 2.49$, S.D.=0.24)

ข้อมูลด้านปัจจัยอื่น ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนจากชุมชนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบร้า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบร้าการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายน้อย แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ไม่แตกต่างกัน ($\bar{X} = 1.79$, S.D.=0.21)

ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ ครอบครัวเพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบร้า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงเสริมจากสมาชิกครอบครัวต่อการปฏิบัติตัวในควบคุมระดับความดันโลหิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบร้า การได้รับแรงเสริมจากสมาชิกครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายน้อย และกว่ากลุ่มตัวอย่างมีการได้รับแรงเสริมจากสมาชิกครอบครัวไม่แตกต่างกัน ($\bar{X} = 2.98$, S.D.=0.35)

ตารางที่ 1 ความล้มเหลวนี้ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยอื่น และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสุขภาพ

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพ	
	r	P-value
ปัจจัยนำ		
ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	.186*	.032
เจตคติต่อการปฏิบัติตัว	.289**	.002
ปัจจัยอื่น		
การเข้าถึงระบบสุขภาพ	-.013	.899
แหล่งประยุษณ์ในชุมชน	.276**	.005
ปัจจัยเสริม		
ครอบครัว	.269**	.007
เพื่อน	.249*	.012
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	-.080	.426

*p-value<0.05 **p-value<0.01

ข้อมูลเกี่ยวกับความล้มเหลวนี้ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยอื่น และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพ พบร้า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และเจตคติต่อการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิต มีความล้มเหลวนี้ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การจำกัดเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ($r = .186$, $p\text{-value}=.032$, $r = .289$, $p\text{-value}=.002$) ปัจจัยอื่น ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และแหล่งประยุษณ์ในชุมชน พบร้าแหล่งประยุษณ์ในชุมชนมีความล้มเหลวนี้ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การจำกัดเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .276$, $p\text{-value}=.005$) และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบร้า ครอบครัว และเพื่อน มีความล้มเหลวนี้ทางบวกในระดับต่ำกับการจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การจำกัดเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ($r = .269$, $p\text{-value}=.007$, $r = .249$, $p\text{-value}=.012$) ดังตารางที่ 1

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยนำ ได้แก่ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และเจตคติต่อการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกจะกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การจำกัดเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ($r = .186$, $p-value=.032$, $r = .289$, $p-value=.002$) สอดคล้องกับงานวิจัยของสิทธิโชค หายโสก และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงขี้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p-value < 0.05$)

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และแหล่งปะโยชน์ในชุมชน พบร่วมแหล่งประโยชน์ในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกจะกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารการจำกัดเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .276$, $p-value=.005$) สอดคล้องกับงานวิจัยของทองทิพย์ สรวงวงศ์ลักษณ์ และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเลี้ยงตำบลหนองไข่น้ำ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ด้านปัจจัยเอื้อ พบร่วมกับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.1 ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับงานวิจัยของเกลลัน尼 และคณะ (Gallani et al., 2013) ศึกษาการอบรมแนวคิดของการวิจัยและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ในรัฐลาติโน ประเทศสหรัฐอเมริกา ใช้กรอบแนวคิดพรีซีด (PRECEDE) ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคอาหาร

ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกจะกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบร่วมสนับสนุนจากครอบครัว และกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารการจำกัดเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ($r = .269$, $p-value=.007$, $r = .249$, $p-value=.012$) สอดคล้องกับงานวิจัยของสิทธิโชค หายโสก และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงขี้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี ผลการวิจัยพบว่าแรงเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p-value < 0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของอรุณรัตน์ สาริโวโรจน์ และกานดา จันทร์แย้ม (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ พบร่วมปัจจัยเสริม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับงานวิจัยของโมษกี และคณะ (Moshki et., 2016) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานเป็นวิจัยกึ่งทดลอง ใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในส่วนของพรีซีด (PRECEDE) ระยะเวลา 1 เดือน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีส่วนเกี่ยวข้องกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคคลการทางการพยาบาลควรนำ 3 ปัจจัยดังกล่าวไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในกลุ่มต่างๆ

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังนั้น ควรศึกษาปัจจัยดังกล่าวในแต่ละบริบทเพื่อนำไปสร้างรูปแบบ/นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- จิราภรณ์ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการควบคุม ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุต่ำบลําภูนภาคการ อำเภอลาณกระปือ จังหวัดกำแพงเพชร. (รายงานผลการวิจัย). พิษณุโลก : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
ลีบคั้นจาก <http://conference.nu.ac.th>.
- ทองทิพย์ สละงษ์ลักษณ์ และคณะ. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเลี้ยง ตำบลหนองไทรน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดครัวซีมา. (รายงานผลการวิจัย). นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ลีบคั้นจาก <https://www.journal.nmc.ac.th/th/admin>.
- วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ.). (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4.
นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ.). (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5
นนทบุรี. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สิทธิโชค หายโสก และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชี้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี.
ลีบคั้นจาก <http://www.ph.mahidol.ac.th>.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2559). หลักสูตรการบริบูรณ์เพื่อสุขภาพ สำหรับพยาบาลผู้ดูแลการรายกรณีโรคเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์กรส่งเสริมสุขภาพ
ทหารผ่านศึกษา ในพระบรมราชูปถัมภ์.
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2560). ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ.
ลีบคั้นจาก <http://www.thaincd.com>.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานประจำปี 2559. นนทบุรี:
สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์กรส่งเสริมสุขภาพ เศรษฐกิจและการทาง.
- อรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และกานดา จันทร์เย้ม. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (สัมม), 35(2), 223-234.
- American Heart Association. (2015). *Heart Disease and Stroke Statistics 2015 Update*. Retrieved from <https://www.heart.org>
- American Heart Association. (2016). *Heart Disease and Stroke Statistics 2016 Update*. Retrieved from <https://www.heart.org>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Program Planning Case Study: Prevention of Hypertension*. Atlanta, GA: Centers for Disease.
- Eisinga, R., TeGrotenhuis, M. & Pelzer, B. (2013). The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach or Spearman-Brown?. *International Journal of Public Health*, 58(4), 637-642.
- Gallani, M. C. G., Cornelio, M.E., Agondi, R.F., & Rodrigues, R.C.M., (2013). Conceptual framework for research and clinical practice concerning cardiovascular health-related behaviors. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 21(Spec), 207-15.

-
- Green, L.W. & Krueter, M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological Approach.* (4th ed). New York: McGraw-Hill.
- James, P.A., et. al. (2014). 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. *The Journal of the American Medical Association*, 331(5), 507-520.
- Moshki, M., Dehnoalian, A., & Alami, A. (2016). *Effect of Precede-Proceed Model on Preventive Behaviors for Type 2 Diabetes Mellitus in High-Risk Individuals.* Retrieved from <http://journals.sagepub.com>.
- Samranbua, A. (2011). *The lived experience of rural Thai older adult with poorly controlled hypertension.* The Catholic University of America, USA.
- Suzanne, O., Amin, Z., and David, A.C. (2003). Pathogenesis of Hypertension. *Annals of Internal Medicine*. 139(9), 761-776.
- The International Society of Hypertension (ISH). (2017). *Background information on high blood pressure (hypertension).* Retrieved from <http://ish-world.com>
- World Health Organization. (2014). *Plan of Action for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases in the Americas 2013-2019.* Washington, DC: PAHO.
- World Hypertension League (WHL). (2018). *World Hypertension Day 2018.* Retrieved from <http://www.whleague.org>.
- Yamane, T. (1973) *Statistics: An Introductory Analysis.* (3thed). New York. Harper and Row Publisher, Inc.



การหย่าขาดنم: ทำไม เมื่อไหร่ และอย่างไร

สุภาพร เชยชิด*

บทคัดย่อ

ปัญหาเด็กติดขาดนมเป็นปัญหาสำคัญของหลายประเทศ โดยเฉพาะเด็กไทยที่ใช้เวลาในการดูดขาดนมนานกว่าประเทศอื่น เนื่องมาจากขาดนมเป็นลิ่งจำเป็นและสะดวกสบายในการเลี้ยงเด็กตั้งแต่แรกเกิดไปจนถึงช่วงอายุที่ต้องกินข้าวเป็นอาหารหลัก ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ต้องฝึกให้เด็กเลิกขาดนม ในเวลาอันเหมาะสมโดยเด็กควรเลิกขาดนมหลังอายุ 1 ปี อย่างช้า 1½ ปี หากผู้ปกครองปล่อยให้เด็กใช้ขาดนมต่อไปจนอายุมากกว่านี้จะทำให้เด็กเลิกขาดนมได้ยากและส่งผลกระทบที่สำคัญอันได้แก่ โรคฟันผุ ภาวะทุพโภชนาการ ขาดการพัฒนาทางด้านทักษะด้านต่างๆ ซึ่งสาเหตุของการติดขาดนมมาจาก 3 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยจากตัวเด็ก ปัจจัยจากผู้ปกครอง และปัจจัยเกี่ยวกับจังหวะและเวลา โดยเฉพาะพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมในการเลิกขาดนมของเด็กเพื่อให้เหมาะสมกับเวลา พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทในการที่จะให้ข้อมูลที่มีประโยชน์แก่ผู้ปกครองในการฝึกเด็กเลิกขาดนมให้ได้อย่างประสบความสำเร็จต่อไป

คำสำคัญ: การหย่าขาดนม, เด็ก

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1), 38-47

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์ียน

Corresponding author, e-mail: Supapon24@gmail.com Tel. 032-327-128

วันที่รับบทความ: 26 พฤศจิกายน 2561, วันที่แก้ไขบทความล่าสุด: 25 มกราคม 2562,

วันที่ต่อรอบบทความ: 6 กุมภาพันธ์ 2562

Weaning from the Bottle: Why, When, and How

Supaporn Chaychit*

Abstract

Bottle feeding is a major problem for many countries. Thailand, especially children who spend time in the vacuum bottle immemorial than other countries. Because of bottles is necessary and convenient to children from birth until the age to eat a main meal. This is the time to train your child stop bottle at the right time. The children should quit the bottle after the age of 1 year, which graded should not exceed 1½ years if parents let children use the bottle until the older children will break a bottle of rare and affect one more key caries, malnutrition, and lack of skills development in various fields. The cause of the jam bottles of 3 factors including factors of the child, parent, and time. In particularly parenting behavior, lack of knowledge and understanding of how to prepare your child to quit feeding bottle to suit the times. Nurses have a role to provide useful information to parents in training children to quit the bottle successfully.

Keywords: Weaning from the Bottle, Children

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1), 38-47

*Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author, e-mail: Supapon24@gmail.com Tel. 032-327-128

Received: 26 November 2018, Revised 25 January 2019, Accepted 6 February 2019

บทนำ

จากประสบการณ์ในการเป็นอาจารย์พยาบาล นิเทศประจำแผนกเด็กและวัยรุ่น ได้พบปัญหาการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ชุดนມผสมเมย์ช่วงอายุที่เหมาะสมสมบูรณ์จำนวนมาก เนื่องมาจากสถานการณ์เศรษฐกิจในปัจจุบันนั้น ขาดแคลนคลอดส่วนใหญ่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน หลังจากที่เลี้ยงลูกด้วยการดูดนมจากเต้าได้ไม่นาน 3 เดือน ดังนั้นการใช้ชุดนມเมย์ชีนเป็นทางเลือกเดียวที่มารดาไม่อาจที่จะหลีกเลี่ยงได้ อีกทั้งการใช้ชุดนมนั้นมีความต่อเนื่องไปจนถึงเด็กสามารถจับชุดนมได้เองโดยที่ผู้ดูแลไม่ต้องช่วยเหลือ และการดูดชุดนมยังง่ายต่อการบริโภคนมของเด็กเนื่องจากสามารถให้เด็กดูดได้ไม่ยาก ในขณะที่เด็กนั้นหื่น่อนอน ดังนั้นการใช้ชุดนมสำหรับเด็กจึงยิ่งเพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้เลี้ยงดูซึ่งสามารถทำงานอื่นๆควบคู่ไปกับการเลี้ยงดูได้เป็นอย่างดี ซึ่งเป็นพัฒนาระบบที่ส่งเสริมให้เด็กติดชุดนม โดยเฉพาะผู้เลี้ยงดูที่ขาดความรู้ในการวางแผนการเลิกชุดน้ำนมอย่างเหมาะสม อุบัติการณ์หรือความซุกของการเลิกชุดนมซึ่งหากการติดชุดนมของเด็ก มีรายงานหั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ การศึกษาในประเทศไทย ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในคลินิกเด็กดี ปี พ.ศ. 2546-2550 พบร่วมกับเด็กอายุมากกว่า 2 ปี ยังดูดชุดนมร้อยละ 70.4 (Sawasdivorn, Wanthanaphuti, Pue-arun, Juansang ,2008) ที่คลินิกโภชนาการ ปี พ.ศ. 2545 – 2546 จำนวน 788 ราย พบร่วมกับเด็กอายุมากกว่า 18 เดือนและมากกว่า 2 ปี ยังดูดชุดนมร้อยละ 78 และ 67 ตามลำดับ (Ratanachu-ek ,2010) และเด็กอายุมากที่สุดของที่ยังดูดชุดนมตอนกลางคืนคือ 9 ปี 5 เดือน ซึ่งถือว่าเป็นเด็กโตและดูดชุดนมนานมาก เด็กไทยมีการดูดชุดนมนานกว่าประเทศอื่น เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น ประเทศแคนาดาเด็กอายุ 12- 38 เดือน ยังดูดชุดนมร้อยละ 5.5 ประเทศสหราชอาณาจักรเด็กอายุ 2 ปี และ 3 ปี ยังดูดชุดนมร้อยละ 20 และ 9 ตามลำดับ เป็นต้น (Sutcliffe, Khambalia,

Westergard, Jacobson, Peer, Parkin, 2006) เด็กส่องงคงหลังอายุ 2 ปียังดูดชุดนมร้อยละ 73 (Chan, Tsai, King, 2002) Swasdivorn, et al. (2008) คะแนนแนะนำว่าเด็กไทยควรเลิกนมชุดตั้งแต่อายุ 1 ปีหรือไม่ควรเกิน 1 ปี การฝึกให้เด็กดื่มน้ำนมจากแก้ว ในช่วงเวลาที่เหมาะสมคือเมื่อเด็กอายุ 8-12 เดือน (วรรณ นามนตรี, วงศ์วนิษฐ์, กล่าวรัตน์ และสุนิสา ชาวนิภา, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มสมาคมกุมารแพทย์ สหรัฐอเมริกาได้แนะนำว่า เด็กควรเลิกดูดนมจากชุด เมื่ออายุ 1 ปีถ้าเด็กยังไม่ยอมเลิก หรือทำอย่างไรแล้วยังเลิกไม่ได้ให้อีกปีถึง 1½ ปีได้ ช่วงอายุที่เหมาะสมใน การเลิกชุดนม คือช่วงอายุ 1 ปี ถึง 1.5 ปี เนื่องจากเป็นช่วงที่เริ่มมีฟันหลอยซึ่งให้ดูแล เป็นช่วงที่เริ่มจับน้ำจากแก้วได้ดีล่อง และที่สำคัญคือยังเป็นช่วงที่ยอมทำตามคำสั่งได้ด้วย โดยให้เด็กดื่มน้ำนมจากแก้วหรือกล่องแทน หากถอนกระทงหั้งอายุใกล้ 2 ปี เด็กมักเริ่มอยากเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น เจ้าอารมณ์มากขึ้น การฝึกให้เลิกชุดนมในช่วงนี้มีโอกาสที่เด็กจะขัดแย้งไม่ทำตามสั่งทำให้โอกาสประสบความสำเร็จในการเลิกชุดนมจึงเป็นไปได้ยาก

เด็กแต่ละคนมีความพร้อมในการเลิกชุดนมต่างกัน หรือบางคนอาจเลิกชุดนมได้เองตามธรรมชาติโดยที่ผู้ดูแลไม่ต้องใช้ความพยายามใดๆ อย่างไรก็ตาม หากเด็กมีแนวโน้มของการติดชุดนม การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วนก็สมควรต้องเกิดขึ้น ทั้งนี้พราะหากปล่อยไว้ ยิ่งเวลาผ่านไป เด็กจะยิ่งติดชุดนมมากยิ่งขึ้นจนทำให้การเลิกชุดนมกลายเป็นเรื่องที่ยากและทำให้เกิดผลเสียหรือผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์กับตัวเด็กโดยตรงทั้งด้านสุขภาพ ด้านพัฒนาการและการเจริญเติบโต เด็กจะต้องเติบโตเป็นอนาคตของชาติ ดังนั้นเด็กจะต้องได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อแนะนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่บุคลากรในวิชาชีพพยาบาลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการให้คำแนะนำผู้ดูแลเด็ก โดยให้เลิกใช้ชุดนมในเวลาที่เหมาะสมซึ่งจะทำให้เด็กเจริญเติบโตและมีพัฒนาการปกติสมวัยต่อไป

ผลกระทบของการเลิกดูดขาดนมช้า

เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ปกครองโดยขาดการวางแผนในการเลิกขาดนมให้เหมาะสมกับเวลาจะทำให้เด็กมีพฤติกรรมติดขาดนมและเมื่อติดเป็นระยะเวลานาน เด็กโตขึ้นแล้วความเป็นตัวเองมากขึ้นจะทำให้การฝึกยากขึ้นเรื่อยๆจนกว่าให้เกิดผลกระทบโดยตรงทั้งทางด้านสุขภาพและด้านพัฒนาการดังนี้

1. โรคอ้วนจากการดื่มน้ำบวมามาก การศึกษาในเด็กไทยที่ยังดูดขาดนมกินนมเฉลี่ยต่อวันมากกว่าเด็กที่ไม่ดูดขาดนมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Ratanachu-ek, 2010) การศึกษาในแคนาดาพบว่าเด็กที่ดูดขาดนมจะบริโภคนมมากกว่าเด็ก 16 อ่อนนุ่มซึ่งมากกว่าเด็กที่ต่ำน้ำนมจากแก้วอย่างมีนัยสำคัญ (Sutcliffe, et al., 2006) เป็นเหตุให้เด็กไม่เก็บอาหารอื่น

มีการศึกษาพบว่าการดูดขาดนมนานมีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนในเด็ก (Bonuck and Kahn, 2002) หรือสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกายสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการดูดขาดนมนานขึ้น 1 เดือน จะมีโอกาสพบค่าดัชนีมวลกายสูงขึ้นร้อยละ 3 ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนสูงขึ้น (Bonuck and Kahn, 2002) ในประเทศไทยพบว่าเด็กที่เลิกดูดขาดนมช้า และกินนมมากกว่า 24 อ่อนนุ่มต่อวัน จะพบโรคอ้วนมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ratanachu-ek, 2010)

2. การขาดสารอาหาร เนื่องจากการกินนมบ่อยมาก ทำให้ไม่เก็บไขว้หรืออาหารอื่น จึงขาดสารอาหารและแร่ธาตุอื่นที่จำเป็น ได้แก่ ปัญหาของการขาดธาตุเหล็กในเด็กที่ดูดขาดนมนาน โดยพบว่าการดูดขาดนมนานสัมพันธ์กับการลดลงของธาตุเหล็กในร่างกาย (Sutcliffe, et al., 2006) และเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก การขาดธาตุเหล็กสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านพฤติกรรมและความจำชา (Lozoff, Jimenez, Hagen, Mollen, Wolf, 2000) จากการศึกษาของ Sutcliffe, et al. (2006) ทำการศึกษาในเด็กอายุ 1-3 ปี โดยแบ่งกลุ่มที่ยังใช้ขาดนมกับกลุ่มที่ใช้เก้าวในการดื่ม พบร่วมเด็ก

ที่ยังใช้ขาดนมมีภาวะธาตุเหล็กมากกว่ากลุ่มที่ใช้เก้าวในการดื่มน้ำ 2 เท่า

3. ปัญหาฟันผุ พันเกะและการติดเชื้อ โดยมักมีพันบ่นผุ ซึ่งเป็นลักษณะที่สำคัญของโรคฟันผุจาก การดูดขาดนม (Dental bottle caries) โดยเฉพาะในเด็กที่ไม่สามารถเข้านอนในเวลากลางคืนได้โดยไม่มีช่วยเหลือ ทั้งนี้การที่เด็กดูดนมจากชุดในเวลากลางคืนทำให้มีน้ำนมดังอยู่ที่ช่องปากเวลานานน้ำตาลแลคโอลในนม ถูกย่อยด้วยจุลินทรีย์ในช่องปากและเกิดการดึงสามารถทำลายเคลือดเชิงมีน้ำนม นำไปสู่ปัญหาฟันผุในเด็ก จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 พ.ศ.2555 พบร่วมเด็ก 3 ปีเป็นโรคฟันผุร้อยละ 51.8 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 2.7 ชีต่อคนเด็กอายุ 5 ปี ฟันผุสูงถึงร้อยละ 78.5 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.4 ชีต่อคนเมื่อเปรียบเทียบกับสภาวะทันตสุขภาพระดับเขตครับบูรินทร์พบว่าเด็ก 3 ปีร้อยละ 57.1 และ 5 ปี ร้อยละ 81.2 มีประสบการณ์ฟันผุ โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 2.8 และ 4.9 ชีต่อคนตามลำดับ และพบว่าฟันน้ำนมที่ผูกเกือบหั้งหมัดยังไม่ได้รับการรักษาสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่ไม่ถูกต้อง เช่นการให้เด็กหลับด้วยนม การไม่แปรงฟันให้เด็กอย่างสม่ำเสมอ (Hampromarat K., 2014) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประไภ ชุณหคุลัย และสิริมา โภวิทวนิชชา (2560) ในการศึกษาความซูกของโรคฟันผุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคฟันผุรุนแรงของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3 แห่ง คือสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลราชวิถี และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2557 ถึง เดือนมีนาคม 2558 ผลการศึกษาเด็ก จำนวน 121 คน เป็นเด็กชาย 66 คน เด็กหญิง 55 คน อายุเฉลี่ยของเด็ก 26 เดือน (อายุ 6-44 เดือน) พบร่วมฟันผุ 27 ราย (ร้อยละ 24.3) ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 3.93 ชี/คน ตำแหน่งของฟันผุพบมากที่สุดบริเวณฟันหน้าบน พันกรามน้ำนม ซึ่งที่ 1 ล่างและบนตามลำดับ การศึกษาพบว่าเด็กหลับด้วยนมร้อยละ 46.3 เด็กยังไม่เลิกดูดนมจากชุดร้อยละ 61.2

นอกจากนั้นปัจจัยที่สับสนุนการเกิดพันธุ์กีดมากยิ่งขึ้น ที่เกิดจากการเข้าใจผิดของผู้ปกครองที่มักคิดว่าพันน้ำนมไม่สำคัญเพราพันน้ำนมจะต้องหลุดและพันแท้ก็ขึ้นมาแทน แต่ความจริงแล้วพันน้ำนมมีประโยชน์ใน การช่วยยกไข้เนื้อที่ในขากรรไกร เพื่อให้พันแท้ที่ขึ้นมาแทนที่ สามารถขึ้นมาได้อย่างถูกต้องและมีระเบียบ ถ้าเด็กต้องสูญเสียพันน้ำนมไปก่อนเวลาอันควร พันน้ำนมซึ่งอันที่อยู่ข้างๆของ wang ที่ถูกถอน ก็จะเคลื่อนเข้ามาสู่ช่องว่างนั้น เป็นผลให้พันแท้ที่จะขึ้นมาไม่มีเนื้อที่เพียงพอ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เด็กมีพันเกาเมื่อโตขึ้น

จากการที่พันน้ำนมมีสารเคลือบพันและเนื้อพันน้อยกว่าพันแท้ ทำให้เกิดการลุกลามสู่ปลายประสาท พันอย่างรวดเร็ว พันที่ผิดเป็นที่อยู่อาศัยของเชื้อบคกที่เรียกว่า ที่สำคัญคือ สเตรปโตโคคัล (Streptococcus) เกิดการติดเชื้อในช่องปาก ต่อมน้ำเหลืองอักเสบ หนองชิลล์อักเสบ ยังสามารถติดเชื้อลุกลามเข้าสู่กระเพาะเลือดได้ ก่อให้เกิดการติดเชื้อที่ลินหัวใจเยื่อบุหัวใจ (Infective endocarditis) ปอด ไต ม้าม สมอง ได้อีกด้วย

4. ปัญหาการสบพัน การดูดนมขาดนานจนนมจะมีผลทำให้พันหนาบานยื่น พันล่างหลับเข้าไปในปาก ในบางคนมีการสบพันที่ผิดปกติ (Malocclusion) โดยจะพบพันเหยินหรือพันบนมีลักษณะยื่นยาวออกจากด้านหน้ามากกว่าปกติ ซึ่งจะมีผลต่อใบหน้าและบุคลิกภาพไม่สวยงาม เพื่อนล้อเลียน ทำให้ระบบการบูดเคี้ยวและระบบการย่อยไม่ดี

5. ขาดการพัฒนาทักษะในด้านต่างๆ

5.1 ด้านกล้ามเนื้อ พบร่วมเด็กที่ถือขวดนมติดตัวทำให้ขาดการทํากิจกรรมที่ใช้มือ และมือ 2 ข้างประสานกันน้อยลง

5.2 ด้านภาษา พบร่วมเด็กที่ดูดชวดนมบ่อยๆจะมีปัญหาการใช้ภาษาเพราขาดการสื่อสาร จะใช้ภาษาทางสื่อสารแม้จะไม่มีปัญหาความเข้าใจภาษาแต่จะมีปัญหาการใช้ภาษา

5.3 ด้านอารมณ์ พบร่วมเด็กจะยึดชวดนมเป็นสิ่งปลอดภัย หรือช่วยลดความคับข้องใจแทน

การแสดงอารมณ์หรือการพูด เช่นเวลาไม่พอใจกรีดร้องจะเรียกหาแต่ชวดนม ผู้ดูแลคิดว่าเด็กหิวแท้ที่จริงไม่หิว แต่ต้องการเบี่ยงเบนความไม่สุขสบาย โดยการไปดูดชวดนมแทน

5.4 ด้านการบูดเคี้ยวอาหาร เด็กที่เลิกชวดนมช้าจะพบความบกพร่องในการเคี้ยวอาหาร มักกินอาหารโดยไม่เคี้ยวและกลืนกินอาหารพร้อมน้ำ

5.5 ด้านสังคม เด็กมักถูกเพื่อนล้อเลียนหากมีพันหลอดพันเหยิน

6. การมีพฤติกรรมการดูดนม มักพบในเด็กที่เลิกชวดนมช้า มีผลทำให้เกิดปัญหาของการสบพันที่ผิดปกติตามมา

7. มีปัญหาต่อระบบขับถ่ายโดยเฉพาะเด็กที่ดูดนมจากชุดปริมาณมาก จะห้องผูกได้ย่างเพรำนวรมัวรำวึกากา ไขอาหารที่น้อยและมีปรตีนนมว่าย่อยยากกว่านมมาตรฐาน ร่วมกับการไม่กินอาหารอื่น โดยเฉพาะผักและผลไม้

ดังนั้นผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในด้านสุขภาพและด้านพัฒนาการที่จะนำไปปัญหาที่สำคัญของเด็กในอนาคตนั้น มีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องทราบถึงสาเหตุของการเกิดปัญหาเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องต่อไป

สาเหตุของพฤติกรรมการติดชวดนม

สาเหตุของปัญหาการติดชวดนมนั้นพอกจะสรุปได้ว่าเกิดจากปัจจัยหลักๆ 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยที่เกิดจากตัวเด็ก ปัจจัยที่เกิดจากผู้ปกครอง และระยะเวลาในการดูดนม

1. ปัจจัยที่เกิดจากตัวเด็ก เกิดจากเด็กซึ่งสึกเสื่อมหรือสบายนิ่ม เด็กไม่มีความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลง หรือเด็กเคยซึมกับชวดนมมากจนเกินไป

2. ปัจจัยที่เกิดจากผู้ปกครอง ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วมักเกิดจากความใจอ่อนของผู้ปกครอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การยอมให้ลูกกลับไปใช้ชวดนมในขณะที่เริ่มฝึกลูกใช้ถ้วยหรือการดูดนมจากกล่องแทนแล้ว

ไม่ว่าสาเหตุของการกระทำดังกล่าวของผู้ป่วยคงจะมาจากการที่ลูกงอแงหรือต่อต้านความเปลี่ยนแปลงแต่ก็สามารถทำให้ลูกรู้สึกสับสน และอาจทำให้การแก้ปัญหาเด็กติดขัดตามมเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้นกว่าเดิม (https://en.wikipedia.org/wiki/Early_childhood_caries) นอกจากนี้จะเกิดจากการให้นมเมื่อดึกของผู้ป่วยคงเมื่อเด็กอาจมีการร้องหวีขอขับดัวเป็นพากๆ โดยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยคงมักตอบสนองโดยการให้นมมากกว่าที่จะกล่อมให้เด็กหลับต่อ ทำให้ว่างจราจรนอนเกิดการเปลี่ยนแปลงจนเด็กเคยชินกับการร้องและตื่นกลางดึก เพื่อกินนมซึ่งเป็นนิสัยการนอนและการกินที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ปัญหาเด็กติดขัดตามนัมและตื่นนอนกลางดึกแล้วปล่อยให้เด็กหลับคชาวดตามนัมเป็นประจำ อีกทั้งผู้ป่วยคงบางคนมีความเชื่อว่าการดูดนมเป็นช่วงเวลาที่มีความสุขของเด็ก จึงไม่อยากบังคับให้เด็กเลิกขัดตามแม้จะรู้ว่ามีปัญหามากมายตามมาก็ตาม

3. ปัจจัยที่เกี่ยวกับระยะเวลาในการดูดนมควรเริ่มฝึกเลิกขัดตามตั้งแต่อายุได้ 6 เดือนเป็นต้นไป เพราะเด็กจะมีการดื่มน้ำที่เปลี่ยนไป จะสนใจการดูดนมช่วงลักษณะเพียง 5 นาทีและจะหันไปสนใจเล่นกับลิ้งรอบๆ ข้าง จะเริ่มแสดงความสนใจในการดื่มน้ำหรือการรับประทานอาหารด้วยวิธีใหม่ ดังนั้นหากผู้ป่วยคงลังเกะเท็นพัฒนติกิรรมที่เปลี่ยนไปของเด็กซึ่งเป็นสัญญาณบ่งบอกว่าจังหวะและเวลาที่เหมาะสมในการเลิกขัดตามของเด็กได้มากถึงแล้ว ผู้ป่วยคงควรสนับสนุน พฤติกรรมดังกล่าวโดยค่อยๆ ลดการใช้ชุดนมของเด็กลง เนื่องจากเด็กมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการบริโภค แต่หากผู้ป่วยคงปล่อยให้เวลาล่วงเลยไปจนเด็กมีอายุเกินกว่า 12 เดือน แนวโน้มที่เด็กจะผูกพันกับขัดตามมย่มากขึ้น ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการเลิกขัดตามของเด็กในอนาคต เพราะเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้นกว่าเด็กจะจะมีพฤติกรรมการต่อต้านเด็กซึ่ง (อรุณรัตน์ นามนนทรี, นงรัตน์ กล่าวรัตน์ และสุนิสา ชาวกอทา, 2559) นอกจากนี้ระยะเวลาของการดูดขัดตามนานหรืออายุที่เลิกดูดขัดตามของเด็กมากันนั้น

เป็นผลลัพธ์ของปัจจัยต่างๆ ได้แก่

3.1 ระดับการศึกษาของผู้ป่วยคงไม่สูง (Sutcliffe,et al.,2006) ผู้ป่วยคงไม่รู้ว่าเด็กควรจะเลิกขัดตามที่อายุเท่าไร (Bonuck and Kahn, 2004) ทำให้ขาดการฝึกหัดให้เด็กดื่มน้ำจากแก้วก่อนอายุครบปีแรก จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย คุณย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลไตรร涇ช์ อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบเด็กปฐมวัยที่ไม่มีฟันผุเพียง 1 ราย ระดับความรู้ของผู้ป่วยคงอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง ส่วนระดับเจตคติของผู้ป่วยคงในการดูดและทันตสุขภาพเด็กส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำพวกฟันผุในเด็กที่มีฟันผุ ได้แก่ อายุที่เลิกขัดตาม (อนุศักดิ์ เพชรรัตน์, 2017)

3.2 เชื้อชาติเชื้อชาติที่ต่างประเทศเช่นใจ้ความเชี่ยวชาญ หัตคนคติ ความเชื่อ และวัฒนธรรม ในการเลี้ยงดูเด็กของผู้ป่วยคงมีความแตกต่างกันตามเชื้อชาติ เด็กในเมริกันที่เลิกดูดขัดตามที่อายุเฉลี่ย 18.8 เดือน (Bonuck and Kahn,2004) เด็กชาวอฟริกาใต้เลิกขัดตามที่อายุเฉลี่ย 23 เดือน(Mohamed and Barnes, 2008) เด็กไทยเลิกดูดขัดตามที่อายุเฉลี่ย 30-37 เดือน (Ratanachu-ek ,2010) การดูดขัดตามของเด็กในเมริกันอายุ 24-48 เดือน พบร่วมเชื้อชาติ เม็กซิกันดูดขัดตาม มากกว่าเด็กผิวขาว และเด็กผิวดำร้อยละ 37, 17, และ 14 ตามลำดับ (Brotanek, Halterman, Auinger, Flores, Weitzman , 2005)

จะเห็นได้ว่าสาเหตุที่สำคัญของปัญหาเด็กติดขัดตามนั้น เกิดจากปัจจัยหลักที่มาจากการเลี้ยงดูของผู้ป่วยคงทั้งสิ้น ดังนั้นผู้ป่วยคงควรตระหนักรู้ว่าจะเตรียมวางแผนที่จะฝึกฝนหรือเรียนรู้การแก้ไขปัญหาการติดขัดตามของเด็กอย่างจริงจังด้วยวิธีการหลากหลายรูปแบบโดยสามารถเลือกใช้ให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละคน

คำแนะนำในการฝึกให้เด็กเลิกขวัดนม

ผู้ปักธงสามัคคีเริ่มฝึกเด็กให้สามารถเริ่มฝึกให้เลิกความดุร้าย ได้ตั้งแต่อายุ 6 เดือนเป็นต้นไป แต่ไม่ควรเกิน 1 ปีครึ่ง โดยเปลี่ยนจากดูดขวานม มาดื่มน้ำนมจากถ้วยหัดดื่มน้ำนม ทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป ก็จะช่วยให้เด็กเลิกนมขาดได้เมื่อ วิธีการที่จะช่วยฝึกให้เด็กเลิกขาดนมได้อย่างง่ายๆ มีวิธีดังต่อไปนี้

1. គំរូមានីតិវិក និង សេដ្ឋកិច្ច

ชั้นตอนแรกผู้ปกครองควรเริ่มทำแบบค่าย เป็นค่ายไป โดยเริ่มจากค่ายฯ ลดปริมาณการดูดขาด น้ำให้น้อยลง เช่น ลดปริมาณน้ำแต่ละเม็ดลงจาก 8 อนซ. เหลือเป็น 4 อนซ. พร้อมกับดมเม็ดไม่สำคัญ ออกไป เช่น มือดีกหังเที่ยงคืน โดยควรเริ่มเตรียมตัวฝึกเด็กตั้งแต่ยังเล็กๆ และค่อยเป็นค่อยไป การเริ่มฝึกในช่วงอายุ 1-3 เดือนก็คือการให้เด็กเข้าอนอนเป็นเวลา ถ้าเด็กยังกินนมมือดีกเป็นเรื่องธรรมชาติ เด็กยังตื่นบ่อย กินบ่อย ให้ลดนมมือดีกตั้งแต่อายุ 3-4 เดือน ควรฝึกให้เด็กหลับได้ด้วยตัวเอง ขณะตื่นขึ้นกลางดึก เด็กจะยังตัวลึกน้อยให้รอสักพักว่าหัวใจจริงถ้าไม่ทิ่มให้สัมผัสเบาๆ หรือตอบกันก็จะชินกับการหลับได้เอง ตอนอายุ 4-5 เดือนอาจหาตุกตาหรือของเล่นที่เด็กชอบ พาเข้าอนด้วยให้เด็กติดของเล่นมากกว่าชุดนอน และเมื่อโตขึ้นเด็กเริ่มนอนได้นานขึ้น ควรฝึกลูกให้กินนมให้อิ่มก่อนนอน (หลังทำความสะอาดทันทีแล้ว ไม่ควรให้ชุดนอนอีก) ซึ่งเมื่ออายุ 6 เดือนเด็กส่วนใหญ่จะสามารถนอนกลางคืนได้นานขึ้นไม่ตื่นมากกินนมมือดีก แต่ถ้าเด็กตื่นมางอเงาๆ ให้รีบขยายจุกนมให้รู้ว่างชื้น เพื่อให้เด็กรู้ว่าการดูดมากชื้น ไม่สามารถนอนดูดสบายๆ เมื่อนอนก่อน แต่ต้องไม่กวนจันเด็กหลัก นอกจากนี้อาจสร้างกิจวัตรก่อนนอนอย่างอื่น แทนการดื่มน้ำจากชุดนอน เช่น ให้เด็กดื่มน้ำจากถ้วย ก่อนจะให้เด็กแปรงฟัน ตามด้วยการเล่นนิทานเรื่องโปรด การแสดงความรัก การกอด การหอม เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและผ่อนคลาย ซึ่งจะช่วยให้เด็กคล้อยตามการเปลี่ยนแปลงได้มากขึ้น

2. ฝึกดีมั่นจากถัวยหัดดีมหรือแก้วน้ำ

ผู้ปักครองควรฝึกให้เด็กจบน้ำและนมจากแก้ว สลับกับขวดนมบางมื้อตั้งแต่อายุ 4-5 เดือน เปรี้ยวน้ำนมจะดีกว่านมจากขวดมากเป็นอันขาด ที่สำคัญหัดดื่มน้ำ หรือแก้วน้ำจากเลือกภาชนะที่มีรูปทรงหรือลักษณะสุดใส น่าดึงดูดใจฝึกให้เด็กค่อยๆ จิบโดยใช้ถ้วยแทนขวดนมวันละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นเพิ่มการใช้ถ้วยให้มากขึ้น ในระยะแรกเด็กอาจลำบากหรือทำหกบ้าง ผู้ปักครองควรช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดนอกจากนั้นควรมอบถ้วยเปล่าให้เด็กเล่นเพื่อให้เด็กรู้สึกคุ้นเคย ให้เด็กใช้แก้วขณะรับประทานอาหารทุกมื้อ ไม่ใช่ใช้เฉพาะเมื่อถึงมื้อเช้านะไม่ใช่เด็กถือขวดนมติดตัว และที่สำคัญแทนที่ขวดนมในเวลา ก่อนนอนด้วยถ้วย ทั้งนี้การไม่ให้ขวดนมเด็กก่อนนอนถือเป็นสิ่งท้าทายที่สุดในการเลิกขวดนม อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ปักครองตัดสินใจให้เด็กเลิกใช้ขวดนมอย่างเด็ดขาดแล้ว แม้ว่าให้เด็กร้องขอขวดนม ผู้ปักครองก็ไม่ควรใจอ่อน ทั้งนี้ เพราะหากผู้ปักครองยอมให้เด็กกลับไปใช้ขวดนม อาจทำให้เด็กลับสน ซึ่งจะยิ่งทำให้การเลิกขวดนมยากยิ่งขึ้นกว่าเดิม ส่วนเด็กที่มีความพร้อมในการเปลี่ยนจากการดื่มน้ำนมด้วยขวดเป็นการดื่มน้ำจากถ้วยอย่างเต็มที่นั่น มักจะเริ่มตั้งแต่เด็กอายุได้ 12 เดือน ซึ่งเด็กล้วนใหญ่จะไม่มีปัญหาในการเลิกขวดนม อีกทั้งหากเด็กได้มีโอกาสใช้ถ้วยในการดื่มน้ำแล้ว

ส่วนเด็กที่มีความพร้อมในการเปลี่ยนจากการดื่มน้ำนมด้วยขวดเป็นการดื่มน้ำจากถ้วยอย่างเต็มที่นั้น มักจะเริ่มตั้งแต่เด็กอายุได้ 12 เดือน ซึ่งเด็กส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาในการเลิกชานม อีกทั้งหากเด็กได้มีโอกาสใช้ถ้วยในการดื่มน้ำแล้ว สิ่งที่ผู้ปกครองควรต้องระวังคือ เนื่องจากถ้วยกับการใช้แก้วหัดดื่ม (Sippy cup) ถ้วยหัดดื่มมีกึ่งให้เลือกหลากหลายแบบ ผู้ปกครองควรจะเลือกถ้วยหัดดื่มที่ปลดภัยและเหมาะสมสมกับเด็ก เช่น ถ้วยฝึกดื่มน้ำที่ทำจากพลาสติกควรเลือกชนิด BPA-free เพื่อป้องกันสารเคมีจากถ้วยหัดดื่มน้ำซึ่งมีลักษณะที่ดื่มน้ำได้ การใช้ถ้วยฝึกดื่มน้ำอาจทำให้เกิดปัญหา เช่น กันน้ำ คือ เด็กอาจติดแก้วดังกล่าวในลักษณะที่ติดขาดจนม

อีกหัวข่าววิจัยยังกล่าวว่า หัวขัดและแก้วหัดดื่มต่างเพิ่มปัจจุบันเลี้ยงต่อคุณติดเหตุในเด็ก โดยเฉพาะเมื่อเด็กหลังมาระหว่างที่เดินหรือวิ่ง ในขณะที่มีขาดนมหรือแก้วหัดดื่ม ในปาก (https://en.wikipedia.org/wiki/Early_childhood_caries) นอกจากนี้ผู้ปักครองควรระหันกว่า การให้เด็กดื่มน้ำที่ถูกต้อง คือ การให้ดื่มน้ำขณะที่ทิวเท่านั้น หรือเมื่อเด็กโตขึ้น การให้ดื่มน้ำควรกิดขึ้นหลังจากที่เด็กได้รับประทานอาหารในแต่ละมื้อแล้วหากผู้ปักครองเคยให้เด็กใช้แก้วหัดดื่ม (Sippy cup) มาก่อน ให้เปลี่ยนมาใช้แก้วแบบไม่มีฝาปิด ในทันที โดยเก็บแก้วหัดดื่มน้ำซึ่งมีฝาปิดไว้ใช้เฉพาะในเวลาที่จำเป็น เพื่อป้องกันไม่ให้หมาก เช่น บนรถ เป็นต้น นอกจากนั้นควรให้เด็กใช้แก้วขณะรับประทานอาหารทุกมื้อ ไม่ให้เด็กถือขาดนมติดตัว

3. ฝึกให้ดูดนมจากหลอด

เมื่อเด็กอายุได้ 5 – 8 เดือน สามารถนั่งเองได้แล้ว ฝึกให้เด็กใช้หลอดได้หรือใช้หลอดดูดแฟฟนี้เพื่อดึงดูดความสนใจ การฝึกเด็กดูดนมจากหลอดง่ายกว่า ฝึกดูดนมแก้วโดยเริ่มจากการป้อนจากหลอด โดยปล่อยน้ำผ่านหลอดเข้าปากเลย พอดีกับเด็กชินค่อยๆ เลื่อนหลอดลงมาตาม ใช้มือปิดปลายหลอดเพื่อให้เด็กออกแรงดูด ฝึกไปเรื่อยๆ จนเด็กสามารถดูดหลอดได้เอง จากนั้นก็ให้เด็กถือขาดที่มีหลอดนั่งดูดนมดูดนำเอง ช่วงแรกที่ฝึกดูดหลอด อาจมีสำลักบ้างให้พักเป็นระยะๆ แล้วลองใหม่ หรือเปลี่ยนขนาดหลอดให้เล็กลง (เช่น หลอดยาคูลต์) ทำไปเรื่อยๆ ระหว่างเวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์ ก็จะดูดนำทิ้งไม่ต้อง

4. เจือจางนมผสมกับน้ำ

ผู้ปักครองลองชงนมในขาดให้เจือจางลงเรื่อยๆ ให้เด็กจะรู้สึกว่านมไม่อร่อยเหมือนเดิม ซึ่งอาจทำให้เด็กเลิกดูดนมจากขาดมาดื่มน้ำแทน ที่อร่อยกว่า หรือ ค่อยๆ เพิ่มปริมาณน้ำ เมื่อชงนมลงเพื่อเจือจางน้ำตาลในนม อาจใช้เวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้แต่ขาดนำเปล่าโดยไม่ต้องใส่น้ำ แต่หากผู้ปักครองสังเกตว่าเด็กหลับไม่สนิท เพราะหัวใจต้องตื่นขึ้นมากกลางดึก ก็ควรให้นมเด็กตามเดิม เพื่อให้เด็กอิ่มและหลับสนิทตลอดคืน

5. เก็บขาดนมให้พ้นสายตาลูก

วิธีนี้เป็นวิธีเลิกขาดนมแบบทันทีทันใด ให้เด็กรู้สึกว่า อย่างน้อย 1 สัปดาห์ ก่อนจะถึงเวลาให้เลิกใช้ขาดนม โดยผู้ปักครองอาจอธิบายเหตุผลให้เด็กเข้าใจว่า เด็กໄດ้แล้วถึงเวลาต้องเลิกใช้ขาดนมแล้ว ทั้งนี้ก็ควรเก็บขาดนมอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับนมขาด เช่น จุกนม ที่นี่ขาดนมเป็นต้น พ้นสายตาเด็กแล้ว แทนที่ขาดนมด้วยถ้วย หรืออาจให้เด็กช่วยเก็บแล้วนำไปใบวิชาจัด หรือเอาไปทิ้ง ทำให้เด็กเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องใช้ขาดนมอีกต่อไปแล้ว หรือล้างความมั่นใจให้กับเด็ก โดยใช้ความรักและเมตตารวมกับเหตุผล โดยอาจให้เด็กมาช่วยในการเก็บขาดนมเข้าห้องเก็บของอย่างถาวร เพื่อเตรียมพร้อมเด็กสำหรับความเปลี่ยนแปลง ทำให้เด็กได้ภูมิใจกับการเติบโตไปอีกขั้นของตนเอง หากเด็กติดถือขาดนม อาจให้ขอทัดแทนขาดนม เช่น ตุ๊กตา ให้เด็กกอดแทนขาดนม แนะนำให้เก็บเข้าตู้หรือเข้าห้องเก็บของให้เด็กเห็น

6. หาสิ่งดึงดูดความสนใจทดแทนขาดนม

ในการนี้ผู้ปักครองเก็บขาดนมแล้วเด็กยังร้องที่จะดูดนมจากขาด ผู้ปักครองควรดึงความสนใจเด็กไปที่อื่น ทำให้เด็กได้ผ่อนคลาย อาจหาขนมหรือน้ำอื่นๆ ให้เขากิน แต่หากเด็กร้องให้หงอeng ก็อาจปล่อยให้เด็กได้ร้องให้รำบ่ายบ้าง โดยมีผู้ปักครองอยู่ปลอบหรืออบกับเด็ก ให้เด็กสงบลง ชวน เล่นให้มากกว่าปกติ เน้นการเล่นที่ต้องใช้มือมาก เช่นเล่นปั้นดินน้ำมัน เล่นสี พาออกนอกบ้านเพื่อเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่ดูน่าเบื่อที่จะโยงมาถึงขาดนมได้

7. ให้รางวัลเป็นของตอบแทน

ถ้าหากเด็กหยุดกินนมจากขาดได้ลักษณะนี้ และไม่สามารถขาดนมอีกต่อไป จนถึงสามารถเลิกขาดนมได้ ก็อาจให้คำชมเซยหรือขนมที่มีประโยชน์ เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้เด็กฝึกเลิกขาดนมได้สำเร็จ

8. ให้เด็กรับประทานอย่างอื่นนอกจากนมบ้าง

จริงอยู่ที่ในน้ำนมนั้นอุดมไปด้วยแคลเซียม มากมาย แต่ก็ยังมีอาหารชนิดอื่นที่มีแคลเซียมมากเช่น กัน ลองเปลี่ยนให้ลูกกินอย่างอื่นทดแทนนมบ้าง เช่น โยเกิร์ต ชีส หรืออาหารประเภทอื่นๆ เช่น ผัก ผลไม้

ไข่ไก่ ปลาตัวเล็กตัวน้อย ที่ช่วยพัฒนาการเจริญเติบโตของลูกได้ดี เช่น กัน ซึ่งจะเป็นการช่วยลดการดูดขวดนมไปในตัว ที่สำคัญควรฝึกให้เด็กกินข้าวเองอย่างมีความสุขเมื่อถึงวัยที่เหมาะสมซึ่งควรเริ่มกินอาหาร 1 มื้อ เมื่ออายุ 6 เดือน เพราะเมื่อเลิกขวดนมแล้วข้าวจะกลับเป็นอาหารหลัก เด็กจะได้มีปัญหานิร่องไม่กินข้าวอีก

สรุป

ปัญหาเด็กติดขวดนมเป็นปัญหาสำคัญของหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศไทยที่มีเด็กดูดขวดนมนานกว่าประเทศอื่น การให้เด็กเลิกขวดนมในวัยที่เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็น โดยที่ควรวางแผนกันตั้งแต่อายุ 1-3 เดือน และฝึกเมื่ออายุ 6 เดือน และเลิกขวดนมได้ช้าที่สุดไม่เกิน 1½ ปี ถ้าผู้ปกครองปล่อยให้เด็กใช้ขวดนมต่อไปนานๆ จะทำให้เด็กติดขวดนม และ

มีโอกาสที่จะเลิกยากขึ้นและจะส่งผลกระทบที่เป็นปัญหาที่สำคัญต่อสุขภาพ ด้านพัฒนาการของเด็ก ซึ่งนำไปสู่ปัญหาระดับประเทศ ได้แก่ พันธุ์ที่อาจก่อให้เกิดการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกายได้ โรคอ้วนซึ่งเป็นโรคที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ ตามมาซึ่งในบางรายอาจมีโอกาสเสี่ยงที่จะพิการหรือเสียชีวิตได้ ขาดสารอาหารและขาดการพัฒนาทางด้านทักษะซึ่งสามารถดูดขวดนมได้มากจาก 3 ปัจจัยยังไงได้แก่ ปัจจัยจากเด็ก ปัจจัยจากผู้ปกครองและปัจจัยเกี่ยวกับจังหวะและเวลา แต่ปัจจัยที่สำคัญมาจากการผู้ปกครองที่ต้องใช้ความรู้ความเข้าใจในการฝึกเด็กให้เลิกขวดนมในเวลาอันเหมาะสม ดังนั้นบุคคลากรในวิชาชีพพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ปกครองเด็กให้สามารถฝึกเด็กเลิกขวดนมได้อย่างประสบความสำเร็จ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ถ้ายังตัดสินใจไม่ตัดใจได่อน?. (2561). สืบค้นจาก <https://th.theasianparent.com/heart-havia-lipid-pediatric-care>
- โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อย. (2561). สืบค้นจาก <https://heart.kku.ac.th/cardiac-pediatrics-2/congenital-heart-diseases/119-2015-09-30-03-29-26>
- ลูกติดขวดนม. (2561). สืบค้นจาก https://en.wikipedia.org/wiki/Early_childhood_caries วัยใดที่เหมาะสมในการเลิกขวดนม การกินจากขวดมีผลเสียมีอะไรบ้าง. (2561).
- ลีบค้นจาก http://www.childrenhospital.go.th/bmi/cdh/faq/show_faq_1.php.
- บอกลามุมขวด เพื่อสุขภาพปากและฟันที่ดีของลูกกันเถอะ. (2561). สืบค้นจาก <http://www.thingthingkids.com/article/37/3>
- ประไฟ ชุณหคุลัย และ สิริมา โภวิทวนิชชา. (2560). ภาวะทันตสุขภาพในชุดฟันหนาแน่น และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุที่รุนแรงในเด็กที่เข้ารับบริการในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารกรมการแพทย์, 42(4), 46-54.
- ปัญหาฟันผุจากการดูดขวดนมก่อนนอนแล้วหลับคาปัก. (2561). สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/185434>
- ผลเสียของการเลิกขวดนมช้า. (2561). สืบค้นจาก <https://chanuwanhealthcenter.wordpress.com/2013/07/13/5>
- สุนทรี รัตนชูอก. (2561). ขวดนม ปัญหาของเด็กโรคอ้วน. (2561). สืบค้น จาก <https://raipoong.com/media>

- อรวรรณ นามนตรี, นงรัตน์ กลาร์ตัน และสุนิสา ชยวโภกา. (2559). เด็กติดขวดนมจัดการอย่างไรดี?. วารสารทันตภิบาล, 27(1), 145–150.
- อนุศักดิ์ เพชรรัตน์. (2017). อายุที่เลิกขวดนม. (2561). สืบค้นจาก <https://www.ldm.in.th/cases/297>
- Brotanek, J.M., Halterman, J.S., Auinger, P., Flores, G., & Weitzman, M. (2005). Iron deficiency, prolonged bottle-feeding, and racial/ethnic disparities in young children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159, 1038–42.
- Bonuck, K.A., & Kahn, R. (2002). Prolonged bottle use and its association with iron deficiency anemia and overweight: a preliminary study. *Clin Pediatr (Phila)*. 41, 603–7.
- Bonuck K, Kahn R, Schechter C.(2004). Is late bottle-weaning associated with overweight in young children? Analysis of NHANES III data. *Clin Pediatr (Phila)*. 43, 535–40.
- Chan, S.C., Tsai J.S., King, N.M. (2002). Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregivers' dental knowledge and attitudes. *Int J Paediatr Dent*. 12, 322–31.
- Hampromarat K.(2014).Oral Health Care Behaviors of Preschool Children ,s Parent in Nakhonchaiburi Region. *Naresuan University Journal:Science and Technology*. 22(3), 58–68.
- Lozoff B, Jimenez E, Hagen J, Mollen E, Wolf AW.(2000). Poorer behavioral and developmental outcome more than 10 years after treatment for iron deficiency, in infancy. *Pediatric*. 105, 51.
- Mohamed N, Barnes J.(2008). Characteristics of children under 6 years of age treated for early chidhood caries in South Africa. *J Clin Pediatr Dent*. (32), 247–52.
- Ratanachu-ek S.(2010). Is bottle feeding a problem of obesity in children?. *Thai Pediatric J*, 17(3), 174–8.
- Sawasdivorn S, Wanthanaphuti P, Pue-arun S, Juansang S. (2008).Situation of baby bottle use: Is it suitable to recommend weaning by the age of one year?. *J Med Assoc Thai*. 91 (Suppl 3), S128–35.
- Sutcliffe TL, Khambalia A, Westergard S, Jacobson S, Peer M, Parkin PC. (2006). Iron depletion is associated with daytime bottle-feeding in the second and third years of life. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 160, 1114–20.



การดูแลเบ็ดแผลขั้นสูงด้วยการใช้เวชภัณฑ์บำบัดแผล

วีรุณ ไตรรัตนภัส*
นุจิรี แซ่ค้อม*

บทคัดย่อ

การหายของแผลนอกจากจะขึ้นกับการทำความสะอาดแผลที่ดีแล้วยังขึ้นกับการเลือกใช้เวชภัณฑ์บำบัดแผล ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการนำนวัตกรรมใหม่ๆ ของเวชภัณฑ์บำบัดแผลซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการส่งเสริมการหายของแผล เวชภัณฑ์บำบัดแผลมีหลายประเภท ได้แก่ ประเทกหลอดการทำลายเนื้อเยื่อใหม่ บริเวณบาดแผลเวลาลอกออก ประเทกดูดซับสิ่งคัดหลัง ประเทกปิดแผลแบบถาวรเพื่อเสริมสร้างเนื้อเยื่อใหม่ และประเทกที่ผสมผสานตัวอย่างอนุพันธ์เร็วชาตุเงินเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาเชื้อโรค ดังนั้นการดูแลรักษาบาดแผลให้ได้ผลต้องคำนึงถึงเวชภัณฑ์บำบัดแผลต่างๆ มาใช้อย่างเหมาะสมกับชนิดของแผลเพื่อส่งเสริมการหายของแผล ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพด้านการดูแลแผล และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลเบ็ดแผลขั้นสูง, เวชภัณฑ์บำบัดแผล

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1), 48-58

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์ียน

Corresponding author, e-mail: veeranuch2509@gmail.com Tel. 091-5565998

วันที่รับมาทบทวน: 16 พฤษภาคม 2562, วันที่แก้ไขบทความเข้าใจ: 1 กรกฎาคม 2562, วันที่ตอบรับบทความ:

2 กรกฎาคม 2562

Advanced Wound Care with Wound Dressing Materials

Veeranuch Trairatnopus*
Nujaree Hakom*

Abstract

Wound healing depends on not only wound cleaning, but also the wound dressing materials. Nowadays, Thailand uses new innovations in wound dressing technology to promote wound healing. However, there are many kinds of wound dressing materials including: for decrease granulation tissue damage while change dressing, for absorb discharge, permanent dressing for tissue regeneration, and silver nanoparticles dressing for antibacterial efficiency. Therefore, selecting an appropriate dressing material for the particular wound, in order to promote wound healing should be done which leading to quality of wound care and patient benefits.

Keyword : Advanced wound care, Wound dressing materials

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1), 48–58

*Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand
Corresponding author, e-mail: veeranuch2509@gmail.com Tel. 091-5565998
Received: 16 May 2019, Revised 1 July 2019, Accepted 2 July 2019

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทย มีการนำเอาผลงานวิจัย ของนักวิทยาศาสตร์ นักวิจัยที่ช่วยค้นคว้าพัฒนาแนว ทางการรักษาบาดแผลโดยการใช้เวชภัณฑ์บำบัดแผล ต่างๆมาให้บุคคลากรทางการแพทย์มาใช้ในการรักษา บาดแผลแต่ละชนิด การดูแลบาดแผลผู้ป่วยจำเป็นต้อง อาศัยการดูแลจากหลายสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ พยาบาล และต้องอาศัยแนว ทางการรักษาที่รื่นรมย์ จากการวิจัยมา ช่วยในเรื่องการดูแลบาดแผลและรักษาบาดแผลให้หาย เร็วยิ่งขึ้นและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเวชภัณฑ์บำบัดแผล มืออยู่漫长的หลายชนิด หลายริมฝีท้ายหลายประเภท ไม่ ว่าจะเป็นแผลเนื้ยบพลันหรือแผลร่อง บาดแผลโดย ทั่วไปเมื่อได้รับการรักษาอย่างถูกต้องก็จะหายเป็นปกติ (อภิชัย อังสพัทธ์, 2558) แต่เพื่อให้ได้ประโยชน์และ คุ้มค่าคุ้มทุนในการนำเวชภัณฑ์บำบัดแผลมาใช้เพื่อให้ ได้กระบวนการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมสมประยุตและ คุ้มค่า นอกจากแผลหายเร็วขึ้น ผู้ป่วยเจ็บปวดลดลง ไม่ต้องทำแผลบ่อย ลดค่าใช้จ่าย ในการเดินทางมา ทำแผล ลดภาระงานของแพทย์และพยาบาลและลดการ สูญเสียรายได้ ของผู้ป่วยและญาติ ที่ต้องเดินทางหรือ เสียเวลามาทำแผล หรือต้องหยุดงานพำนัชป่วยมาทำแผล ทุกวัน (พรพรหม เมืองแม่น, อภิชัย อังสพัทธ์ และ อภิวัชช์ ช่วงสุวนิช, 2558) จึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็น ที่ผู้ให้การดูแลรักษาควรจะสนใจและทำการศึกษา ทำความเข้าใจเกี่ยวกับเวชภัณฑ์ในการทำแผลต่างๆ เพื่อจะได้ใช้เวชภัณฑ์ในการทำแผลให้เกิดประโยชน์สูง สุดและมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ และเพิ่มสมรรถนะใน วิชาชีพ ให้มีความก้าวหน้าและทัดเทียมกับนานาประเทศ ต่อๆ ไป

คำจำกัดความของแผล (Definition of wound)

แผล (Wound) คือรอยแยกหรือช่องโหว่ที่ เกิดขึ้นที่ชั้น หนังกำพร้า (Epidermis) ของผิวหนัง อันอาจจะนำไปสู่ภาระண์ติดเชื้อโรคหรือเชื้อโรคเข้าสู่ กระแสโลหิตได้ (พูนพิศมัย สุวะใจ, 2558)

พยาธิสรีวิทยาของการหายของบาดแผล (Pathophysiology of wound healing)

กระบวนการหายของแผลสามารถแบ่งออกได้ เป็น 3 ระยะ คือระยะที่มีการอักเสบ (Inflammatory phase) ระยะที่เซลล์มีการแบ่งตัว (Proliferative phase) และระยะปรับตัว (Remodeling phase) (วันเฉลิม จรริรัตน์, 2560) โดยทั้ง 3 ระยะนี้จะเกิด ขึ้นต่อเนื่องกันโดยในระยะแรกเมื่อเกิดบาด แผลขึ้นสิ่งแรกที่ร่างกายตอบสนองก็คือการทำให้เลือด หยุดไหลในขบวนการนี้จะเกิดการหดตัวของเส้นเลือด ที่ดีรับบาดเจ็บ (Vasoconstriction) ในขณะเดียว กันเกล็ดเลือดก็มาประสานรวมกันเพื่อปิดกั้นเลือดให้ หยุดไหลreburb ว่าเกล็ดเลือดมีส่วนสำคัญมากในการ ทำให้กระบวนการหายของแผลเริ่มต้นและดำเนินต่อไป ได้เกล็ดเลือดจะหลังซอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโต (Growth factor) เพื่อดึงดูดให้เซลล์ต่างๆ ที่ช่วย ในการหายของแผลมารวมกันในบริเวณที่เกิดแผล เม็ด เลือดขาวจะถูกดึงดูดมาเพื่อทำหน้าที่กำจัดสิ่งแปลกปลอม ที่อยู่ในบาดแผลซึ่งก็คือระยะที่มีการอักเสบ หลังจาก นั้นเซลล์ที่ทำหน้าที่ซ่อมแซมก็จะค่อยๆ เข้าทดแทนได้แก่ เม็ดเลือดขาว (Macrophage) และเซลล์ไฟbroblast (Fibroblast) ซึ่งเป็นการเข้าสู่ระยะที่เซลล์มีการแบ่ง ตัวและสร้างเนื้อเยื่อมาทดแทน ล้วนที่ถูกทำลายไปได้แก่ไฟ บริล (Fibril) ซึ่งประกอบกันเป็นไฟบริน (Fibrin) และ เส้นไนโคลาเจนซ่อมแซมเส้นเลือดที่ถูกทำลาย (Neo vascularization) และเซลล์ผิวหนังก็จะเลื่อนมาเพื่อ ทำการปิดบาดแผล (Epithelialization) เป็นต้น (พีรยุทธ ลิทธิไซรากุล, 2554; Nunan, Harding, & Martin, 2014) ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีการเจริญเติบโตหลาย ชนิดมีส่วนสำคัญอย่างมากในการควบคุมการทำงาน เหล่านี้ เมื่อบาดแผลถูกปิดได้สำเร็จแล้วร่างกายก็จะเข้า สู่ระยะปรับตัวเพื่อปรับแต่งให้บาดแผลอยู่ในสภาพที่ ใกล้เคียงเนื้อเยื่อเดิมมากที่สุด ส่วนใดที่สร้างเกินหรือ ไม่เป็นระเบียบก็จะถูกย่อยสลายมีการปรับแต่งซึ่งระยะนี้ จะดำเนินต่อไปหลังจากแผลหายแล้วนานถึง 6 เดือน หรือมากกว่า (อภิชัย อังสพัทธ์, 2558)

การจำแนกแผล (Wound classification)

แผลจำแนกออกเป็น แผลเฉียบพลัน (Acute wound) และแผลเรื้อรัง (Chronic wound) (กมลวรรณ เจนวิทีสุข, 2556)

1. **แผลเฉียบพลัน (Acute wound)** กิจดากแรงทางกลไก (Mechanical force) (สรุคัตติ์ เมืองสมบูรณ์ 2549) แบ่งออกเป็น

1.1 แผลที่เกิดจากการผ่าตัด (Surgical wound)

1.2 แผลจากแรงกระแทกกระแทบกระเทือน (Traumatic wound)

1.2.1 แผลถลอก (Abrasion) เป็นการขูดหรือถลอกของผิวหนังชั้นตื้นๆ คือชั้นหนังกำพร้า(Epidermis) หรือหนังแท้ (Dermis) หรือบางส่วนแผลถลอก อาจจะแคบแคบเรียกว่ารอยข่วน (Scratch) หรือเป็นบริเวณกว้างเรียกว่ารุข (brush abrasion) หรือถากกว้างมากเรียกว่าเฟรiction burn)

1.2.2 แผลฟกช้ำ (Bruises/Contusion) เกิดจากแรงกระแทกตั้งฉากกับผิวหนัง

1.2.3 แผลฉีกขาด (Laceration) เป็นแผลที่มีการแยกหรือฉีกขาดของผิวหนังหลังจากแรงกระแทก (Blunt trauma) ทำให้ส่วนของผิวหนังถูกทำลายทั้งชั้น แผลฉีกขาด (Laceration) มักจะพบในบริเวณที่มีกระดูกแข็งอยู่ใต้ผิวหนัง เช่นบริเวณคิ้ว บริเวณหัวศรีษะ ผิวหนังบริเวณใบหน้า ขอบแผลแผลฉีกขาดมักจะไม่เรียบมีรอยช้ำร่วมด้วยอาจจะมีเคบชุมปลายเล็บประสาทหรือเล็บเลือดเป็นเล็บฯ อยู่ในแผล

1.2.4 แผลกรีด (Incised wounds) เป็นแผลที่เกิดจากของมีคมตัดหรือกรีดเช่นมีดหรือแก้วที่แตก บาดแผลจากใบมีดโกนขอบจะเรียบและช้ำดังนี้

1) แผลรอยเฉือน (Slash wounds) เป็นแผลที่มีความยาวมากกว่าความยาวอวุธยที่ใช้แทน

2) แผลถูกแทง (Puncture wound) เป็นแผลที่มีความลึกมากกว่าความยาวอวุธยที่ใช้แทนได้แก่มีด ดาบ ดาบป้ายปืน กระซิกร หรือบางที่ก

เป็นอุปกรณ์ที่ๆ (Blunt instruments) เช่นไขควง

1.2.5 แผลถูกยิง (Gunshot wound)

1) มีทั้งชนิดเป็นแผลรอยถูกเป็นรอยถลอก (Abrasion)

2) แผลเป็นร่องฉีกขาด (Laceration) รูปดาว

3) แผลชนิดมีดินเป็นผังรอบรوبر (Intermediate gunshot wound)

1.3. แผลไฟไหม้หน้าร้อนลวก (Burn)

1.3.1 แผลจากความร้อน (Thermal burn) 1) แผลไฟไหม้หน้าร้อนลวกภาระตับ 1

(First degree)

2) แผลไฟไหม้หน้าร้อนลวกภาระตับ 2 (Second degree or partial thickness skin burn)

3) แผลไฟไหม้หน้าร้อนลวกภาระตับ 3 (Third degree or full thickness skin burn)

1.3.2 แผลไฟฟ้าจากไฟฟ้า (Electrical burn)

2. แผลเรื้อรัง (Chronic wound)

2.1 สาเหตุของแผลเรื้อรัง

2.1.1 หลอดเลือด (Vascular Causes) เช่น เส้นเลือดแดง (Arterial) และเส้นเลือดดำ (Venous)

2.1.2 ระบบต่อมน้ำเหลือง หรือท่อทางเดินน้ำเหลือง (Lymphatic or Lymphedema)

2.1.3 การอักเสบของกลอตเลือด (Vasculitis) เช่น ภูมิแพ้ภูมิแพ้ (Lupus) ข้ออักเสบเรื้อรังตออยด์ (Rheumatoid arthritis) และผิวหนังอักเสบ (Scleroderma)

2.1.4 ระบบโลหิตวิทยา (Hematologic) เช่น โรคโลหิตจางเม็ดเลือดแดง ติดเชื้อ (Sickle Cell Anemia Infections)

2.1.5 ภาวะติดเชื้อ เช่น ติดเชื้อแบคทีเรีย วัณโรค กระดูกและข้ออักเสบเรื้อรัง (Chronic osteomyelitis) และเชื้อร่า (Fungus)

2.1.6 ระบบเผาผลาญ (Metabolic) เช่น โรคเบาหวาน (Diabetes) และแผลกดทับ (Pressure sore)

- 2.1.7 แผลรังสี (Radiation ulcer)
- 2.1.8 เนื้องอก (Tumors)
- 2.1.9 เชล์มะเร็งชนิดต่างๆ (Basal cell carcinomas, Squamous cell carcinoma)
- 2.1.10 ยารือสารเคมี
- 2.2 ชนิดของแผลเรื้อรัง ที่พบบ่อย

2.2.1 แผลกดทับ (Pressure ulcer)

มีสาเหตุเกิดจากการกดทับเป็นระยะเวลานาน จนเนื้อเยื่อขาด เสื่อมมาเลี้ยง (Blood supply) ทำให้เกิด เนื้อแห่าย (Tissue necrosis) ในที่สุดโดย ส่วนใหญ่มักเกิดในตำแหน่งที่มีน้ำหนักมากกระทำมากกว่า บริเวณอื่นๆ ของร่างกาย เมื่อมีน้ำหนักกดลงมาจะมีแรงกระทำเกิดขึ้นได้แก่แรงตึง (Shearing force) มีผลทำให้ลดการไหลเวียนเลือด (Capillary blood flow) ส่วนการตึงลากรัง (Friction) ซึ่งเป็นแรงที่ทำให้เกิดการถลอกของผิวหนังเป็นแรงที่เกิดขึ้นเมื่อมีการชุด ดันรังผู้ป่วย (เก่งกาจ วินัยโภคล, 2556)

2.2.2 แผลหลอดเลือดขา (Venous leg ulcer)

พยาธิสภาพ (Pathogenesis) : มีสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดแผลหลอดเลือดที่ขาได้จาก (Menke, Ward, Witten, Bonchev, & Diegelmann, 2007)

1. หลอดเลือดอุดตัน (Venous thrombosis and obstruction) เกิดจากการเกะดัวของ เกล็ดเลือด (Platelet) ที่ผนังด้านใน (Endothelial wall) ของเส้นเลือดและเกิดเป็นไฟเบริน (fibrin mesh) จนกระแท้ท่อของเส้นเลือด (Vessel lumen) ถูกอุดตันจนหมด กระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบ (Inflammatory process)

2. หลอดเลือดขยายโป่งพอง (Venous dilatation or varicosity) พวบเมื่อเกิดเส้นเลือดอด (varicose vein) ความดันในเส้นเลือดจะเพิ่มขึ้น ส่วนของผิวหนังและซี่โครงมัน ใต้ผิวหนังจะขาดออกซิเจน และสารอาหารที่จำเป็นเกิดเป็นแผลเรื้อรังตามมาได้

2.2.3 แผลหลอดเลือดแดง (Arterial ulcer) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นมีสาเหตุการเกิดการอุดตันของเส้นเลือดแดงสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มคือ

1. เจ็บพลัน (Acute) เกิดการอุดตันทันที เช่นการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombosis)
2. เรื้อรัง (Chronic) เกิดการอุดตันอย่างค่อยเป็นค่อยไปทีละน้อย เช่น ผนังหลอดเลือดแดงเกิดการอุดตันหรือไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็จะส่งผลให้เกิดแผลขาดเลือด (Ischemic ulceration)

2.2.4 แผลเบาหวาน (Diabetic ulcer) แผลเบาหวานที่เท้า (Diabetic foot) มีสาเหตุการเกิดจากเสื่อมมาเลี้ยงไม่เพียงพอ (Vascular supply deficiency) มีภาวะติดเชื้อในกล้ามเนื้อที่ขาดเสื่อมมาเลี้ยง (Infection in deep compartment) และมีแรงกดทับ (Pressure downloading)

2.2.5 แผลรังสี (Radiation ulcer) ผลของรังสีที่ก่อให้เกิดแผลเรื้อรังนั้นขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ได้รับ ความถี่และตำแหน่งที่ได้รับโดยพบร่วมกับผลของรังสีทำให้เกิดเซลล์ไฟbroblastdead เสื่อมเซลล์ได้รับบาดเจ็บ ลดการผลิตเลื่อนไบโคลลาเจน หลอดเลือดถูกทำลาย และลดความสามารถทบทวนต่อเบคทีเรีย

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการหายของแผล

มีปัจจัยมากมายที่เป็นสาเหตุให้บกวนการหายของบาดแผลไม่อาจดำเนินไปตามปกติปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ การอักเสบเรื้อรัง โรคบางชนิด เช่น เบาหวาน โรคที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันหรือการทำงานของเซลล์การได้รับยาหรือสารบางชนิด ยาสเตียรอยด์ ยาเคมีบำบัด การขาดเลือดไปเลี้ยงที่บาดแผลเนื่องจากเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณนั้นมีปัญหาจากสาเหตุหลายๆ ประการ เช่น จำกัดความดันต่ำ หัวใจวาย เส้นเลือดอุดตัน หรือภาวะที่บาดแผลนั้นมีความดันสูง จนเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงบาดแผลไม่ได้ การเคลื่อนไหวมากเกินไปของบาดแผล ภาวะซีด การได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอการสูบบุหรี่ แรงกดทับ การทำแผลที่ผิดวิธี อายุ และอื่นๆ โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ปัจจัยคือปัจจัยภายใน และภายนอกดังนี้ (สุรศักดิ์ เมืองสมบัติ, 2549)

ปัจจัยภายใน (Intrinsic factors) เช่น ภาวะขาดเลือด (Ischemia) การติดเชื้อ (Infections)

ลิ้งแบปลกปลอม (Foreign body) บุหรี่ (Cigarette smoking) การขาดเลือดมาเลี้ยงอย่างเพียงพอ (Venous insufficiency) รังสี (Radiation fibrosis) การกระแทกกระเทือนซ้ำซ้อน (Repeated trauma) สารพิษ (Local toxin) และเซลนมะเร็ง (Cancer) เป็นต้น

ปัจจัยภายนอก (Extrinsic Factor) เช่น ภาวะขาดสารอาหาร (Nutritional deficiency) โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) ไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure) ยาสตีย์รอยด์ (Steriod) สารเคมี (Chemical therapeutic agent) มะเร็ง ถุงลมจากที่อื่น (Distance malignancies) สูง อายุ (Old age) โรคตับ (Liver disease) และยาบางชนิด เป็นต้น

การจัดการดูแลแผล (Wound management)

เมื่อมีบาดแผลเกิดขึ้นจำต้องให้การรักษาโดย มีหลักสำคัญๆ ทางประการดังนี้ (พรพรหม เมืองเม่น และอรรถพล นิติพน, 2553; เกษยร ภังคานันท์, 2553)

- ใช้หลักการในการรักษา และ เลือก ผลิตภัณฑ์ในการทำแผล (Topical medication) ที่เหมาะสม หลักการคือ บادแผลต้องได้รับการทำความสะอาด ตัดเนื้อตายออกอย่างเหมาะสม และ เลือกใช้ ผลิตภัณฑ์ (Topical medication) ที่เหมาะสม มีฤทธิ์ทำลายเชื้อโรคได้กว้าง และทำลาย เนื้อดีให้น้อย ที่สุด

- การจำแนก และการสืบค้น หาพยาธิสภาพ (Identify and address underlying pathology) การดูแลรักษาแผลที่ดีไม่ใช่แค่การทำแผลแต่ยังจำเป็น ต้องตรวจสืบค้นเพื่อหาพยาธิสภาพอื่นของผู้ป่วย หาก ตรวจพบว่ามีภาวะแทรกซ้อน ให้ทำการรักษาตามความเหมาะสม เช่น

- 2.1 แผลหลอดเลือดแดง (Arterial ulcer) ใช้วิธีตัดต่อเส้นเลือด (Revascularization)

- 2.2 แผลหลอดเลือดดำ (Venous ulcer) รักษาโดยการใช้แรงกดโดยการพันขา (Compression therapy)

2.3 แผลเบาหวานที่เท้า (Diabetic foot ulcer) ลดน้ำหนักและแรงกดเบี่ยง โดยการตัดรองเท้า ที่เหมาะสม ให้ผู้ป่วย

2.4 แผลกดทับ (Pressure ulcer) โดย การลดแรงกดทับ (Pressure reduction)

2.5 แผลจากรังสี (Radiation ulcer) โดย ส่วนใหญ่แล้วรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อปิดปากแผล ด้วยการปลูกถ่ายเนื้อ (Muscle flap) จะดีกว่าแบบ อื่นเนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยงที่ดี (สรุคักดี เมืองสมบัติ, 2549)

3. การใช้เทคโนโลยีที่ก้าวหน้า (Consider advanced technology) และการควบคุมการติดเชื้อของบาดแผล เนื่องจากในปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์และ เวชภัณฑ์นำบัดแผลมากมายที่มุ่งหวัง ช่วยในการดูแล แผลล่งเสริมการหายของแผล ให้แผลหายเร็วขึ้น โดย เวชภัณฑ์นำบัดแผลต่างๆ เหล่านี้มีมากหลายชนิด และหอยบริษัทที่คิดค้นและวิจัยและพัฒนาและมีใช้กัน อย่างแพร่หลายในหลายๆ โรงพยาบาลทั้งในไทยและ ต่างประเทศโดยมุ่งหวัง เพื่อให้ลดการติดเชื้อของบาดแผลรักษาความชุ่มชื้นให้บادแผลไม่ติดแผลเวลาลอก ออกทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเจ็บปวดนานเวลาเปิดการทำแผล บางชนิดผลิตเพื่อห่วงให้ไม่ต้องทำแผลบ่อยไม่เสียเวลา ลดค่าใช้จ่าย เพราะแม้ว่าบادแผลที่ใช้ในการรักษาหาก จะหายในที่สุดแต่คิดไปทางอย่างในการรักษา เช่น การลดความเจ็บปวดไม่ต้องนัดผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทุกวัน เพื่อทำแผลลิงเหล่านี้จะทำให้เพิ่มความสะดวกสบาย และสะดวกต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมากและลดภาระการ ทำงานโดยบุคลากรทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น (เก่งกาจ วินัยโภคสุ, 2556)

การดูแลบาดแผลขั้นสูงด้วยการใช้เวชภัณฑ์นำบัดแผล

เวชภัณฑ์นำบัดบาดแผล (Wound dressing materials) เป็นวัสดุปิดแผลที่ใช้ร่วมในการทำความสะอาดแผลในทางการแพทย์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วย ล่งเสริมการหายของแผล ซึ่งในปัจจุบันมีการพัฒนาไป อย่างมาก ในอดีตัวสุดท้ายแผลจะมีส่วนประกอบของ

โลหะเงิน (Silver) เป็นหลัก ด้วยคุณสมบัติส่งเสริมการหาย (Pro healing effect) และต่อต้านการอักเสบ (Anti-inflammatory effect) ต่อแผล การใส่สารจากเชื้อ ซึ่งที่นิยมใช้กันคือ 1% ซิลเวอร์ซัลฟ่าไดอะซีน (Silver sulfadiazine) และกระตุ้นการสร้างเซลล์ใหม่ในช่วงหลังได้มีการนำเอารีชีนาโนมาใช้เตรียมซิลเวอร์เรียกว่า nano เทคโนโลยี ซึ่งซิลเวอร์แบบ nano คริสตัลลีนซิลเวอร์นี้ (Nano crystalline silver) จะมีลักษณะและคุณสมบัติแตกต่างไปจากซิลเวอร์ ที่เคยใช้มาก่อนขนาดของอนุภาคซิลเวอร์จะเล็กมากทำให้เพิ่มพื้นผิวของซิลเวอร์ที่จะไปจับกับเชื้อโรค นอกจากนี้วัสดุปิดแผลใหม่ๆยังมีผลิตขึ้นมา เพื่อช่วยทำให้ผู้ป่วยสบาย แพลงหายเร็วขึ้น และบุคลากรทางการแพทย์ทำงานได้อย่างสะดวกทำให้มีเวลามากขึ้น ในปัจจุบันสามารถแบ่งชนิดของเวชภัณฑ์บำบัดแผลตามคุณลักษณะออกได้เป็นหลายลักษณะดังนี้ (พรพรหม เมืองเม่น, อภิชัย อังสพาร์ธ และอภิรักษ์ ช่วงสุวนิช, 2558)

1. เวชภัณฑ์แบบดั้งเดิม (Passive dressing) ได้แก่ เวชภัณฑ์บำบัดแผลที่ใช้มาแต่เดิมไม่ได้มีผลต่อห้องน้ำ กับกระบวนการหายของแผลกลุ่มนี้ เช่น ผ้าก๊อส และผ้าก๊อสทูล (Tulle gauze) เป็นต้น

2. เวชภัณฑ์ชนิดดูดซับ (Absorptive dressing) การจัดสิ่งแวดล้อมของแผลให้เหมาะสมกับการหายของแผลมากที่สุดนั่นก็คือ การต้องดูดซึมสิ่งคัดหลังที่สร้างจากบาดแผลให้บาดแผลมีสภาวะแคร์ชีน ไม่แห้งเกินไปเนื่องจากสภาวะที่เหมาะสมสมกับการหายของแผลมากที่สุดก็คือ สิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้แผลหายดี ดังนั้นการหาเวชภัณฑ์บำบัดแผลที่มีความสามารถในการดูดซึม ได้ดีจึงเป็นหัวใจที่สำคัญประการหนึ่งในการพัฒนาเวชภัณฑ์บำบัดแผล ผ้าก๊อสนั้นสามารถดูดซับของเหลวจากแผลได้แต่จะติดแน่นกับแผลจึงได้มีการออกแบบให้ก็อสวางแผนอยู่บนเวชภัณฑ์ที่ไม่ติดแผล ก็อสจะสามารถดูดซับของเหลวผ่านวัสดุชั้นล่างขึ้นมาได้โดยไม่ติดกับแผลเมื่อเวลาลอกออก

หลักการเลือกวัสดุที่ใช้สำหรับดูดซับ พิจารณาตามปริมาณของสิ่งคัดหลัง ดังนี้

- 1) สิ่งคัดหลังมาก ให้เลือกชนิดที่ ดูดซับได้มาก เช่น ไฮโดรไฟเบอร์ อัลจิเนต และโพฟ
- 2) สิ่งคัดหลังน้อย ให้เลือกชนิดแผ่นบางเพียงแค่รักษาความชื้นชี้น

ส่วนใหญ่ในห้องตลาดมักจะเป็นกลุ่มวัสดุปิดแผลชนิดแบบบาง กรณีที่แผลมีการติดเชื้อ ถึงแม้จะใส่วัสดุปิดแผล แต่ก็ควรท่าแผลบ่อยๆอาจทำแผลทุกวันเพื่อจะได้อดูแลแผลอย่างใกล้ชิด และควรใช้วัสดุปิดแผลที่มีการผสมผสานเร่าๆ หรือฉาบยาปฏิชีวนะช้าๆ เชื้อแบคทีเรียซึ่งมีฤทธิ์ช้าๆได้

3) วัสดุปิดแผลชนิดแอคทีฟ (Interactive dressing) ได้แก่ เวชภัณฑ์บำบัดแผลที่มีผลต่อสภาวะแวดล้อมของแผลช่วยทำให้กระบวนการหายของแผลดำเนินไปได้อย่างดีกว่ามัน ได้แก่ ฟิล์มไฮโดรคออลลอยด์ อัลจิเนตโพฟ เป็นต้น

4) วัสดุปิดแผลชนิดชีวภัณฑ์ (Bioactive dressing) ได้แก่ เวชภัณฑ์บำบัดแผลที่มีส่วนประกอบหรือให้สารที่กระตุ้นปัจจัยการเจริญของเนื้อเยื่อ (Growth factor) และการสร้างผลิตผลของเซลล์ที่ช่วยในการเจริญ (Cell growth product) ซึ่งจะช่วยให้กระบวนการหายของแผลที่มีปัญหาเป็นไปได้ดียิ่งขึ้น กลุ่มนี้โดยมากเป็นสารที่ได้มาจากเทคโนโลยีเพาะเลี้ยง เนื้อเยื่อ เป็นชีวภัณฑ์ที่ทำแผลช้าๆ ควรและถาวร

การแบ่งกลุ่mvัสดุปิดแผลทางศัลยกรรม

เนื่องจากในปัจจุบันนี้มีวัสดุปิดแผลในห้องตลาดมากมายหลายชนิดและหลายบริษัท ดังนั้นเพื่อให้ง่ายต่อการนำมายใช้ให้ถูกต้องตามข้อบังคับ ผู้ใช้จึงควรจดจำลักษณะและคุณสมบัติข้อเด่นของวัสดุปิดแผลเป็นกลุ่มๆ โดยจะขอแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (เก่งกาจ วินัย โภคส, 2556)

1. วัสดุปิดบาดแผล แบบดั้งเดิม (Inert product

dressings) ได้แก่ พ ragazzi, ผ้า และผ้าฝ้าย รวมถึง วัสดุที่ไม่เกาะยึดผิวหนัง (Non-adherent dressing) เช่น ตะข่ายเคลือบ瓦斯ลินต่างๆ (tulle gauze, paraffin gauze dressing) กลุ่มนี้จะมีผิวที่มีความมัน เวลาปิดแผลแล้วลอกออกอกรักษากะทำให้ไม่ติดแผล บางชนิดมีการผสมสารฆ่าเชื้อ (antiseptics) ต่างๆ ลงไปด้วย ที่นิยมใช้กันป่วยๆ ทางการแพทย์ ได้แก่ แบคติการ์(Bactigras) ซีโรฟอร์ม (Xeroform) โซฟา ทูล (Sofa tulle) ข้อดีคือ วัสดุปิดแผลน้ำร้าไม่แพง แต่ข้อเสียคือ รูดข่ายของบาดแผลค่อนข้างใหญ่ ไม่ค่อยเท่มากที่จะใช้ในบาดแผลเปิดบริเวณกว้าง เช่น บาดแผลไฟไหม้ หรือแผลผ่าตัดที่ต้องปิดปากแผลแยกเป็นแนวกว้างๆ เนื่องจากว่า เวลาลอกออกอกรักษากะทำให้เกิดเลือดซึมออกมากได้ และทำให้กระบวนการหายของบาดแผลช้าลงวัสดุทำแผล จำพวก แบคติการ์และทูล ต่างๆ จะเหมาะสมในการรักษาในบาดแผลที่เราทำการปิดแล้ว เช่น แผลเย็บ (Sutured wound) หรือแผลปลูกผิวหนัง (Skin graft wound) เป็นต้น (พรพรหม เมืองแม่น, 2555)

2. แผ่นพิล์ม (Vapour permeable films/membranes) ที่มีใช้กันในห้องตัด เนื่อง เทคการเดริร์ม (Tegaderm), และ ออฟไซ (Opsite) เป็นตัน ลักษณะเป็นแผ่นบางๆ ใส มักจะมี ความเหนียวมากยึดติด (Adhesive) ที่สามารถติดกับผิวหนังได้ เมื่อปิดแล้วจะป้องกันน้ำได้ เพิ่มความสะอาดสบายน้ำให้แก่ผู้ป่วยทำให้บริเวณนั้นโดยน้ำได้โดยไม่ปนเปื้อนกับบาดแผล แต่ข้อเสียคือ วัสดุทำแผลชนิดนี้ ชนิดนี้ให้การรับยาของเหลวหรือสิ่งคัดหลังจากแผลไม่ได้ ไม่เหมาะสมกับบาดแผลที่มี ของเหลวหรือสิ่งคัดหลังมาก บาดแผลที่นิยมใช้เช่นแผล เย็บหลังผ่าตัด (Post-sutured wound) ต่างๆ บาดแผลที่ใช้ควรเป็นบาดแผลที่ไม่ติดเชื้อ เพราะวัสดุปิดแผลเหล่านี้ไม่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ แต่อย่างใด

3. ไฮโดรเจล (Hydrogels) ผลิตภัณฑ์เหล่านี้เป็นใช้ในห้องตัดหัวไปโดยมีผลิตภัณฑ์จากหลากหลาย

บริษัท เป็นแบบสมผ่านประกอบหลากหลาย (Complex organic polymers) ซึ่งมีน้ำเป็นส่วนผสมอยู่ด้วยร้อยละ 30-90 ช่วยให้ความชุ่มชื้นแผลจะไม่แห้งจนเกินไป นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ในการดูดซับส่วนของสารคัดหลังด้วย นอกจากนี้ยังช่วยเรื่องกลไกย่อยสลายเอง ส่วนที่เป็นเนื้อatyของแผลก็จะออกไปด้วย เมื่อใส่เจลลงในบาดแผลมักจะต้องปิดด้วยก็อสแห้งด้านบนอีกชั้นหนึ่ง เจลนี้จะติดแผลเวลาลอกออกจะลดการกระบวนการทบทวนต่อบาดแผลทำให้บาดแผลหายเร็วขึ้น

4. ไฮโดรคอลลอยด์ (Hydrocolloids) เป็นผลรวมของพลาโนลีเมอร์ที่มีโพลีแซคคาไรด์ (Polysaccharides) โซเดียมคาร์บอฟิลเมทิลเซลลูโลส (Sodium carboxymethylcellulose) แพคติน (Pectin) เจลลัติน (Gelatin) และแอดhesive (Adhesive) อยู่ด้วย เมื่อนำมาใช้ปิดแผล ส่วนของโพลีเมอร์จะไปจับกับลิ่นคัดหลัง แล้วกลายเป็นก้อนคล้ายก้อนเจล ซึ่งจะช่วยทางด้านการย่อยสลายตามองซึ่งทำกับช่วยนำเอาเนื้อatyออกไปจากแผล นอกจากนี้ยังรักษาคงสภาพความชุ่มชื้นให้แผลได้ดี หมายเหตุกับบาดแผลที่มีลิ่นคัดหลัง ไม่สามารถโดยไฮโดรคอลลอยด์จะช่วยป้องกันผิวหนังให้เป็นปกติ ไฮโดรคอลลอยด์ ที่รู้จักใช้กันแพร่หลายได้แก่ ดูโอดิร์ม (Duoderm) นำมาปิดบาดแผลกดทับต่างๆ หรือ นำมาปิดบริเวณปากแผลรุதวารเที่ยมช่วยทำให้แผลที่เกิดรอบๆ ปากหวานเที่ยม ที่เรียกว่า ผิวหนังลอกแตกเป็นแผลเปื่อยแดง (Excoriated skin) หายได้ด้วย ปัจจุบันมีการนำมาใช้ในแผลเปิดบริเวณกว้าง เช่นแผลไฟไหม้ต่างๆ โดยข้อดีของวัสดุปิดแผลเหล่านี้ จะแทบไม่ติดแผลเลย แต่ข้อเสียคือจะติดตามถุงมือของบุคลากรผู้ใช้ทำให้ปิดลงบาดแผลได้ลำบาก ต้องซูบหน้าบริเวณถุงมือเล็กก่อนล้มผ้ากันผิวตัวกันท์ วัสดุนี้เหล่านี้จะทำให้ใช้ปิดบาดแผลได้ง่ายขึ้นอีกทั้งยังสามารถเลือกใช้ในกรณีแผลติดเชื้อได้ เช่น เออดิทู เอสเอสดี (Urgotoul SSD) จะมีการฉาบตัวยาอนพันธ์โลหะเงินลงไบอิกที่ หมายเหตุกับบาดแผลเปิดที่มีการติดเชื้อแกรกช้อน ราคากว่าไปอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม ไม่แพงมากนัก แต่ไม่เหมาะสมจะนำมาใช้ในบาดแผลที่มีลิ่นคัดหลังมาก

และบริเวณที่เข้าถึงได้ยากเช่นตามข้อพับต่าง ๆ เพราะจะนำมานำไปด้วยแล้วนี้ได้ยากเนื่องจากไม่ค่อยติดกับบาดแผลเท่าไร ควรใช้ในบริเวณที่เป็นพื้นราบจะเหมาะสม เช่นบริเวณแขน ขา หน้าอกห้อง เป็นต้น

5. แอลจิเนต (Alginates)

ผลิตภัณฑ์จากสาหร่ายทะเล จะประกอบด้วยแคลเซียม หรือเกลือโซเดียม/เกลือแคลเซียม ของกรด Mannuronic และกรดกลูโคโรนิก (Glucuronic acids) โดยมาจากสาหร่ายทะเล ตระกูล จีนัส (Genus laminaria) ดูดซึบสารตัดหลัง เล็กน้อยมาเป็นเจล บางที่อาจช่วยเรื่องการหยุดเลือดออก (Hemostatic) ได้ด้วย หมายเหตุ กับบาดแผลที่มีสารตัดหลัง ค่อนข้างมาก และสามารถนำมาตัดให้ส่วนของบาดแผลที่มีโพรง และมีสารตัดหลังมากได้ดี กลไกการทำงานคล้ายๆ กับไฮโดรไฟเบอร์ ที่จะกล่าวถึงต่อไป แต่ราคาถูกกว่า ข้อเสียคือตักของเหลวจากบาดแผล ได้ดีไม่เท่าไฮโดรไฟเบอร์

6. ไฮโดรไฟเบอร์ (Hydrofiber)

ผลิตภัณฑ์นี้สักดามาจากเปลือกไม้ ประกอบด้วยโซเดียมคาร์บอฟอามิลเซลลูโลสและเคลือบคลุมด้วยชาตุเงิน มีฤทธิ์ในการดูดซึมน้ำสูง จำกัดได้มาก โดยถ้าดูดซึบมากแล้วจะกลaly เป็นลักษณะเจล ที่สามารถเอากลับได้ง่าย ข้อเสียคือราคาจะแพงกว่ากลุ่มแอลจิเนต และข้อดีคือสามารถดูดซึบดักเอาของเหลวหรือสารตัดหลังได้มากโดยไม่ค่อยร้าวออกจากวัสดุปิดแผล และในชนิดที่มีการผสมผสานชิลเวอร์ เช่น อควาเซล เอจี (Aquacel Ag) ออกฤทธิ์โดยเม็ดดูดซึบสูงคัดหลังเข้ามาแล้ว เชื้อโรคก็จะติดตามเข้ามาด้วย และจะถูกทำลายโดยชิลเวอร์ที่ผสมผสานในสันไยของวัสดุนี้ ผลิตภัณฑ์นี้เหมาะกับบาดแผลที่มีสิ่งคัดหลังมาก ไม่เหมาะกับบาดแผลที่มีสิ่งคัดหลังน้อยพราะอาจทำให้แห้งติดแผล ลอกออกจะเกิดเลือดออกได้

7. โฟม (Foams)

ใช้ดูดซึบสิ่งคัดหลัง จากแผลได้ดี หมายเหตุ กับบาดแผลที่มีสิ่งคัดหลังมาก เช่นกัน บางชนิดมีการผสมอนุพันธุ์ของโลหะเงินลงไวเพื่อเพิ่มฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ

ที่มีใช้ในห้องตัด้าด เช่น อัลเลอวิน (Allevyn) ซึ่งเป็นโพลีเอทิลีโนฟอยล์มีคุณภาพดี ดูดซึบของเหลวจากแผลได้มาก ผลิตภัณฑ์อีกตัวที่มีใช้กันในห้องตัด้าดคือแอลกิโน คอเลจิโอล เอจี (Askina Calgitrol Ag) เป็นผลิตภัณฑ์แคลเซียมแอลจิเนต (Calcium alginate dressing) ผลิตจาก อัลจิเนต (Alginate) ที่พบในสาหร่ายทะเล หมายเหตุ กับบาดแผลที่มีสิ่งคัดหลังค่อนข้างมาก อีกด้านฉบับจะด้วยชิลเวอร์มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย

8. วัสดุปิดแผลแบบนาโนผสมอนุพันธุ์ของโลหะเงินเพื่อช่วยในการฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (Nanocrystalline silver dressing)

วัสดุนี้เป็นแผ่นปิดแผลที่เคลือบด้วยโลหะเงินชนิดเดียวกันที่ผ่านกระบวนการผลิตให้มีอนุภาชนะขนาดเล็กมาก (Nanocrystalline silver) ทำให้มีปริมาณแร่ธาตุเงินสูง จึงมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย และสามารถควบคุมการเกิดเชื้อแบคทีเรียที่รุนแรงหลายประเภทได้ และยังออกฤทธิ์ต่อเนื่องได้นานอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งวัสดุทำแผลชนิดนี้ (Nanocrystalline silver) ยังมีคุณสมบัติช่วยให้แผลหายได้เร็วขึ้น เมื่อนำมาใช้ปิดบาดแผลโดยทั่วไปจะเปลี่ยน ทุก ๆ 2-7 วันขึ้นกับปริมาณของสิ่งคัดหลัง ถ้ามีมากก็เปลี่ยนให้เร็วขึ้น ซึ่งมีข้อดีคือ จะลดความเจ็บปวดของผู้ป่วย เพราะไม่ต้องเปลี่ยนแผลหลายครั้งเหมือนการรักษาด้วยวัสดุปิดแผลแบบชนิดดังเดิม

วัสดุปิดแผลแบบนาโนผสมอนุพันธุ์ของโลหะเงินเพื่อช่วยในการฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (Nanocrystalline silver dressing) มีฤทธิ์ในการทำลายเชื้อแบคทีเรียสูงประกอบด้วยอนุพันธุ์ชิลเวอร์ nano ที่มีความเข้มข้นของชิลเวอร์สูง (High silver concentration)

9. แผ่นชิลโคน (Silicone Dressing)

แผ่นปิดแผลแบบชิลโคน นี้เวลาลอกจากแผลจะไม่ติดแผล ลดการทำลายเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลโดยไม่จำเป็นที่มีใช้ในห้องตัด้าด เช่น เมบพิเทล (Mepitel), และเมบพิเลก (Mepilex) เป็นต้น ข้อดีคือไม่ติดแผล ส่งเสริมการเกิดเนื้อเยื่อได้ดี แต่ข้อเสียคือไม่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ ดังนั้นจึงไม่เหมาะกับบาดแผลที่ติดเชื้อ

ผลิตภัณฑ์ดูแลแผลมีหลายผลิตภัณฑ์ที่ใช้กันทุกผลิตภัณฑ์ใช้ได้ผลดี ถ้าเราเลือกใช้เหมาะสมกับบาดแผล นั่นๆ ตามหลักการที่ถูกต้อง ข้อดีของวัสดุเหล่านี้คือ ปิดครั้งหนึ่งอยู่ได้ 2-5 วัน ไม่จำเป็นต้องนัดมาทำแผลทุกวันไม่เสียเวลาผู้ป่วยไม่ต้องปวดแผลจากการเปิดห้าแผลแต่ละครั้งและสามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้สะดวก

สรุป

การดูแลบาดแผลแนวใหม่ด้วยการใช้เวชภัณฑ์บำบัดแผลในปัจจุบันเป็นสิ่งที่มีประโยชน์และได้ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายและก้าวหน้าขึ้นอย่างมากและได้มีการพัฒนาต่อยอดอย่างไม่หยุดยั่ง การเข้าใจสาเหตุ

และการจัดการดูแลบาดแผลที่ถูกต้องเหมาะสมสมกับบาดแผลแต่ละชนิดเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับการหายของแผล การที่จะทำให้บาดแผลของผู้ป่วยหายเร็วยิ่งขึ้น ผู้ทำการรักษาควรมีการนำเทคโนโลยีที่ก้าวล้ำนำสมัยมาใช้ในการรักษาบาดแผลจึงจะสามารถเร่งรัดการหายของบาดแผลลดอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพและพิการ สามารถลดค่าใช้จ่ายและการเสียชีวิตลงได้จะนั้นเพื่อให้เกิดคุณประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้ป่วยเองและด้านการแพทย์และการพยาบาลผู้ดูแลจึงควรศึกษาหลักการ ในการนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไปซึ่งจะเป็นการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยของวงการสาธารณสุขไทยและบทบาทพยาบาลในประเทศไทยให้ดียิ่งๆ ขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กมลวรรณ เจนวิถีสุข. (2556). กระบวนการหายของแผลและหลักการรักษา. การประชุมวิชาการประจำปีคณภาพแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ครั้งที่ 29. สืบค้นจาก <https://tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/14743>.
- เก่งกาจ วินัยโภคส. (2556). Pressure ulcer management. การประชุมวิชาการประจำปีคณภาพแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ครั้งที่ 29. (2561). สืบค้นจาก <https://tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/14743>
- เกษยร วงศานนท์. (2553). คู่มือผ้าตัดเล็ก. (พิมพ์ครั้งที่ 17). กรุงเทพมหานคร : หมอบัวบ้าน.
- พรพรหม เมืองแม่น. (2555). การประเมินและช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บแผลใหม่. ใน พรพรหม เมืองแม่น, อภิรักษ์ ช่วงสุวนิช และคณะ. (บ.ก.). Approach toward the better care of burn and wound. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพเวชสาร.
- พรพรหม เมืองแม่น และอรรถพล นิติพน. (2553). Advanced Surgical Wound Care Technology Dressing. (2561). สืบค้นจาก <https://www.bangkokhospital.com/images/downloads/advanced.pdf>.
- พรพรหม เมืองแม่น, อภิชัย อังสพัทธ์, และอภิรักษ์ ช่วงสุวนิช. (บ.ก.). (2558). Wound care 2015. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- พระยุทธ ลิทธิไซยากร. (2554). Tissue Repair: Regeneration, Healing, and Fibrosis. ภาควิชาพยาธิวิทยาและนิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- พูนพิสัย สุจะ. (2558). Wound Healing: The different between acute and chronic wound. ใน พรพรหม เมืองแม่น, อภิรักษ์ ช่วงสุวนิช และอภิรักษ์ ช่วงสุวนิช (บ.ก.). *Wound care* 2015. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- วันเฉลิม จงศิริวัฒนา. (2560). Wound Healing. (2561). สืบค้นจาก http://meded.psu.ac.th/binla/class05/388_531/wound_Healing/index1.html
- สุรศักดิ์ เมืองสมบัติ. (2549). Introduction to wounds. ใน จอมจักร จันทร์สกุล. (บ.ก.). *The first wound care meeting of the Thai society of wound healing*. ชุมรมสมานแพลแท่งประเทศไทย โรงพยาบาลราชวิถี.
- อภิชัย อังสพัทธ์. (2558). Burns: การบาดเจ็บจากบาดแผลไฟไหม้ร้อนลวก. ใน: สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒเน่พงศ์ นาวีเริญ. (บ.ก.). ตำราคัลยศาสตร์ ภาค 1. (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพมหานคร: ไอลินเน็คเน็ต.
- อภิชัย อังสพัทธ์. (2560). *Wound Care* 2017. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- Menke, N.B., Ward, K.R., Witten, T.M., Bonchev, D.G., & Diegelmann, R.F. (2007). Impaired wound healing. *Clinics in Dermatology*, 25, 19–25.
- Nunan, R., Harding, K.G., Martin, P. (2014). Clinical challenges of chronic wounds: searching for An optimal animal model to recapitulate their complexity. *Disease Models Mechanisms*, 7, 1205–13.



บันทึกทางการพยาบาล: การเขียนบันทึกที่ดีและมีคุณภาพ

พัชราพร ตาใจ *

บทคัดย่อ

การเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และได้คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน มีความสำคัญอย่างมากต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล เพราะสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย ให้แก่ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ช่วยให้บุคลากรในทีมได้รับทราบข้อมูลปัญหา ความต้องการของผู้รับบริการ และนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมตลอดจนใช้เป็นหลักฐานในการตรวจประเมินคุณภาพการพยาบาลและหลักฐานสำคัญทางกฎหมาย รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่นิยมใช้ มี 6 รูปแบบ ซึ่งมีข้อดีข้อเสียต่างกัน ดังนี้แต่ละหน่วยงานควรต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานของตน

คำสำคัญ : บันทึกทางการพยาบาล, การเขียนบันทึกที่ดี

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1), 59–67

*อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตீียน

Corresponding author, e-mail: Patcharaporn.air@gmail.com Tel. 094-7056999

วันที่รับบทความ: 28 พฤษภาคม 2562, วันที่แก้ไขบทความแล้ว: 25 มิถุนายน 2562,

วันที่ตอบรับบทความ: 29 มิถุนายน 2562

Nursing Documentation : Good Documentation and Quality Record

Patcharaporn Tajai*

Abstract

The nursing documentation focus on completion of the standard nursing documentation. Nursing documentation is an integral part of nursing service because it can continuously help in the proficiency and effectiveness of the nurses treatment, prevention and promotion of diseases and health to service recipients. Keeping a mutinous documentation of patients' information facilitates communication among healthcare team and serve as a head-up about the clients medical history and needs. This also serve as a legal documentation of the process of care and supports the evaluation of nursing care. The style of nursing documentation can be divided into 6 categories. Nursing department can choose appropriate charting with their own context.

Keywords: Nursing documentation, Good documentation

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1), 59–67

*Instructor, College of Nursing , Christian University of Thailand

Corresponding author, e-mail: Patcharaporn.air@gmail.com Tel. 094-7056999

Received: 28 May 2019, Revised 25 June 2019, Accepted 29 June 2019

บทนำ

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นภารกิจที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพ หลังจากปฏิบัติการพยาบาลแล้วจะต้องทำการบันทึกสิ่งที่ได้ปฏิบัติลงในบันทึกทางการพยาบาลทุกรุ้ง เป็นการบันทึกเกี่ยวกับการกระทำใดๆ ในการให้การพยาบาลแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน อย่างต่อเนื่องและซื่ออมโยงตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจบงาน บันทึกทางการพยาบาลเป็นเอกสารที่แสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล รวมทั้งใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพและทีมการพยาบาล ทำให้พยาบาลและผู้ร่วมทีมได้ทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับตลอดจนการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการมากที่สุด นอกจากนี้ยังใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงทางกฎหมายที่แสดงถึงว่าพยาบาลได้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยภายใต้ขอบเขตที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานในการตรวจประเมินคุณภาพการพยาบาลได้

การบันทึกทางการพยาบาลมีปัญหาหลายอย่าง เช่น การบันทึกไม่ครบถ้วน บันทึกเฉพาะสิ่งที่เกิดขึ้นหรือปัญหาของผู้ป่วยแต่ไม่บันทึกการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วย เขียนบันทึกซ้ำกับเรื่องก่อน ใช้ภาษาพูดปนภาษาเขียน หรือใช้ภาษาอังกฤษปนภาษาไทย เป็นต้น ปัญหาการเขียนบันทึกทางการพยาบาลส่วนใหญ่เกิดจากตัวพยาบาลที่ขาดความรู้ที่ยังจำกัด การเขียนบันทึก แบบบันทึกที่มีจำนวนมาก ระบบบันทึกที่ซับซ้อน และภาระงานมาก หากบันทึกทางการพยาบาลไม่มีคุณภาพ อาจส่งผลให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้รับข้อมูลไม่เพียงพอที่จะนำมาวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงไม่สามารถใช้ในการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสุขภาพอื่นๆ ได้ (พัชราพร ตาใจ, 2555)

ถึงแม้ว่ารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลจะมีอยู่หลายรูปแบบแต่การเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพ ควรครอบคลุมการดูแลเอาใจ

ใส่ให้การพยาบาลแบบรวม การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ความพร้อมช่วยเหลือสนับสนุน การสอนให้คำแนะนำ และการติดตาม ตามแผนที่วางไว้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2553) นอกจากนี้ควรเขียนได้อย่างถูกต้องครบถ้วน มีความกะทัดรัด ความชัดเจนและได้ใจความ จึงจะทำให้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานได้

ความหมายของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาล คือ การเขียนข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลตามหน้าที่ของพยาบาลอย่างครอบคลุม ในตัวนการให้การดูแล การป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ที่พยาบาลได้กระทำต่อผู้ป่วย ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล จนกระทั่งจบงานอย่างต่อเนื่อง

ความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาล ซึ่งบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ ทำให้พยาบาลและผู้ร่วมทีมมีความรู้ ความเข้าใจ ในความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วยในแต่ละวัน เป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) สะท้อนให้เห็นคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ยังใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัย และการบริหารจัดการความเสี่ยง รวมทั้งเป็นหลักฐานในการประกันคุณภาพของบริการพยาบาล ตลอดจนใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายเมื่อเกิดการฟ้องร้องหรือเกิดคดีความในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (Smith, Duell & Martin, 2008) สามารถยืนยันได้ว่าพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยบริการภายใต้ขอบเขตที่กฎหมายและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพกำหนดได้

วัตถุประสงค์ของการบันทึกทางการพยาบาล

การบันทึกทางการพยาบาลมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ (ลุรีย์ ธรรมิกบรร, 2540; อารี ชีวเกษตรสุข, 2551)

1. เพื่อสื่อสารให้ทีมพยาบาลกับทีมสุขภาพอื่นๆ ทราบเกี่ยวกับปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย แผนการพยาบาลที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และแผนการรักษาพยาบาลของทีมสุขภาพ ระดับต่างๆ
2. เพื่อใช้เป็นหลักฐานที่แสดงถึงกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขณะอยู่ในโรงพยาบาล
3. เพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบของพยาบาลออกจากทีมสุขภาพอื่นๆ
4. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในด้านการศึกษาวิจัย
5. เพื่อใช้ในการตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาล
6. เพื่อใช้เป็นหลักฐานทางด้านกฎหมาย

รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

รูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาล มีการพัฒนาและปรับปรุงมาอย่างหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ตรงตามความต้องการในการใช้งานของแต่ละหน่วยงาน และถือให้เป็นถึงการดูแลผู้ป่วยที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแต่ละรูปแบบก็มีข้อดี ข้อด้อยต่างกัน โดยรายละเอียดของแต่ละแบบที่นิยมใช้ในปัจจุบัน มี 6 รูปแบบ ดังนี้ (พรศิริ พันธสี, 2560; Iyer & Camp, 1995; Perry, Anne Griffin, 2018)

1. รูปแบบการบันทึกแบบบรรยาย (Narrative Charting)

เป็นรูปแบบการบันทึกการพยาบาลแบบดั้งเดิม โดยการเขียนเล่าเรื่องราวหรือข้อมูลตามสิ่งที่พยาบาล สังเกตได้ โดยจะเน้นบรรยายกิจกรรมการพยาบาลที่ทำเป็นประจำ (Routine) เทศุการณ์สำคัญต่างๆ อาจบรรยายตามวันเวลา ตามลำดับก่อน-หลัง หรือเป็นบรรยายสรุปเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาล และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การบันทึกรูปแบบนี้มีข้อดี คือ เข้าใจง่าย คุ้นเคย

สะดวกต่อการใช้งาน สามารถใช้ร่วมกับแบบบันทึกอื่นๆ ได้ง่าย ส่วนข้อเสีย คือ ไม่สะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาล เป็นการบันทึกตามการปฏิบัติงานไปเรื่อยๆ ขาดความเชื่อมโยงกับข้อมูลสนับสนุนของปัญหาทางการพยาบาลที่คืบหน้า ทำให้ยากต่อการประเมินคุณภาพการพยาบาล

2. รูปแบบการบันทึกแบบลงมือปัญหา (Problem-Oriented Charting)

เป็นการบันทึกที่เน้นปัญหาของผู้ป่วยมีการบันทึกทุกรายการปฏิบัติการพยาบาล มีข้อมูลสะท้อนให้เห็นภาพรวมของกระบวนการพยาบาล อธิบายการดำเนินโรคของผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง ลดคลื่อน กับแผนการพยาบาลเฉพาะราย เป็นรูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างในรูปของ SOAP คือ

S (Subjective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย มีการบันทึกในลักษณะคำพูด

O (Objective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจวัด การลังเกต การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่างๆ

A (Assessment) คือ การนำข้อมูลที่รวมไว้มาวิเคราะห์เพื่อดันหนาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

P (Plan) คือ แผนการรักษาพยาบาล ต่อมาได้มีการเพิ่ม I และ E เป็น SOAPIE โดย I (Intervention) คือ การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและ E (Evaluation) เป็นการประเมินผลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นผลของการปฏิบัติการพยาบาล

รูปแบบการบันทึกแบบลงมือปัญหามีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐาน (Data based) เป็นข้อมูลอัตนัยและปรนัยที่พยาบาลรวบรวมจากการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย และต้องมีการปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบันเสมอตลอดเวลาที่ผู้ป่วยพักในโรงพยาบาล

2. รายการปัญหา (Problem list) เป็นบัญชีของผู้ป่วยที่ได้จากการวิเคราะห์ และนำมาเขียนตามลำดับวันที่ที่พบปัญหานั้น ไม่ใช่เขียนตามลำดับความสำคัญ และหากบัญชาติได้รับการแก้ไขหมดก็จะรุนแรงที่ให้ทราบบั้จเดจน

3. แผนการพยาบาลขั้นต้น (Initial plan) เป็นการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาตามที่ได้ระบุไว้ โดยพิจารณาตามความรุนแรงและเร่งด่วน

4. การบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย (Progress note) เป็นการบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภายหลังจากที่ได้รับการรักษาและการพยาบาลในรูปแบบ SOAP (IE)

5. การสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge summary) เป็นการสรุปปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมดทั้งในส่วนที่ได้รับการแก้ไข และส่วนที่ยังคงเหลืออยู่ เพื่อประโยชน์ในการส่งต่อและการรักษาที่ต่อเนื่อง

การบันทึกรูปแบบง่ายปัญหามีข้อดี คือ เป็นการบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เฉพาะทำให้นักการในทีมสุขภาพรับทราบปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงกัน อีกทั้งยังแสดงให้เห็นถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องและสามารถใช้ร่วมกับแผนการพยาบาลมาตรฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนข้อจำกัดจะพบว่าแต่ละปัญหาต้องบันทึกการประเมินและกิจกรรมการพยาบาล ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนและใช้เวลามากในการเขียน ดังนั้นจึงไม่เหมาะสมที่จะใช้ในหน่วยบริการที่ผู้ป่วยมุนเเวนเร็ว

3. รูปแบบการบันทึกแบบมุ่งความต้องการ (Focus Charting)

เป็นการบันทึกที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยบอกให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย ลิสท์ผู้ป่วยต้องการ หรือสภาพผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง หลังจากประเมินสภาพผู้ป่วยจากข้อมูลที่รวบรวมไว้ก็จะกำหนดเป็นจุดชี้เฉพาะ (focus) แทนคำว่า "ปัญหา" การบันทึกความก้าวหน้าใช้รูปแบบ DAR (Data Action Response) บันทึกความก้าวหน้าประกอบด้วยแบบฟอร์มสำหรับเขียน focus และ

DAR คือ D = data เป็นการบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วยที่สนับสนุนจุดชี้เฉพาะ A = action คือการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย และ R = response คือ ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาลหรือการรักษา ซึ่งมีข้อดีคือง่ายต่อการบันทึกเป็นระบบมุ่งเน้นเฉพาะปัญหาหรือความต้องการที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ทำให้มีการรวมปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ง่ายต่อการดันหาข้อมูลส่วนข้อเสีย คืออาจขาดข้อความส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่นขาดการประเมินในกรณีที่ยังไม่สามารถประเมินได้ หรืออาจขาดข้อความที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล

4. รูปแบบการบันทึกแบบ CBE (Charting by Exception)

เป็นการบันทึกที่ออกแบบเพื่อลดเวลาที่ใช้ในการบันทึกและการส่งเรว โดยใช้ลัญลักษณ์แทนการเขียนบรรยายทำให้ทราบสภาพอาการของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว การบันทึกแบบ CBE ประกอบด้วย แบบฟอร์มอยู่ ได้แก่ 1) แบบฟอร์มคำสั่งการรักษาของแพทย์และคำสั่งพยาบาล 2) แบบฟอร์มข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย 3) แบบฟอร์มบันทึกการสอนผู้ป่วย 4) แบบฟอร์มการจำหน่ายผู้ป่วยและ 5) แบบบันทึกความก้าวหน้า การบันทึกรูปแบบนี้มีข้อดี คือ รวดเร็ว ใช้เวลาน้อยในการเขียนบันทึก ลดเวลาในการกระตุนเตือนพยาบาลในการปฏิบัติภาระการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ข้อเสียคือ ขาดจุดเน้นในเรื่องการป้องกัน ไม่มีการบันทึกที่จำเป็นในการใช้เป็นหลักฐานยืนยันการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นหากเกิดปัญหาฟ้องร้องจะไม่สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

5. รูปแบบการบันทึกแบบใช้กระบวนการพยาบาล (Problem–Intervention–Evaluation: PIE charting)

เป็นการบันทึกที่มุ่งเน้นปัญหาของผู้ป่วย มีรูปแบบสหห้องน้ำการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยบริการ เมื่อแรกรับ จนถึงการประเมินผลการปฏิบัติภาระการพยาบาล และการวางแผนสำหรับผู้ป่วย รูปแบบการ

บันทึกแบบ PIE ประกอบด้วย ส่วนของปัญหา (Problem) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) และการประเมินผล (Evaluation) โดยใช้แบบฟอร์มที่มีอยู่ในแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยประจำวัน (Daily Patient Assessment Sheet) เขียนแผนการพยาบาลและความก้าวหน้าของผู้ป่วยประจำวันในแบบบันทึกความก้าวหน้า (Progress note) ซึ่งมีข้อดี คือ บอกวันที่เริ่มต้นและสิ้นสุดปัญหาได้ชัดเจน มีการวิเคราะห์ข้อมูลและตัดสินใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่วนข้อจำกัด คือ ขาดขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลและการติดตามประเมินผล ไม่เหมาะสมที่จะใช้งานกับผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือมีอาการคงที่

6. รูปแบบการบันทึกโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ (Computer-based patient record)

เป็นการบันทึกโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ช่วยลดเวลาที่ใช้ในการบันทึกและเพิ่มความถูกต้องแม่นยำระบบคอมพิวเตอร์สามารถนำมาใช้แทนระบบบันทึกทลายชนิด เช่น รายงานการจัดการทางการพยาบาล ข้อมูลการจำแนกประเภทผู้ป่วย แผนบุคลากร ปัจจุบันได้มีการพัฒนาการบันทึกลงในคอมพิวเตอร์โดยใช้ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลระดับสากล (International Classification for Nursing Practice: ICNP) ทำให้การทำงานมีความละเอียด เร็วขึ้น และยังสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับแผนกอื่นๆ ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้นข้อเสียของ การบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ คือ มีค่าใช้จ่ายสูง การวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลอาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกคน ถึงแม้จะป่วยด้วยโรคเดียวกัน

กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล

กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง ขั้นตอน วิธีการที่จะได้มาซึ่งการบันทึกทางการพยาบาล ที่สมบูรณ์ เป็นประโยชน์โดยยึดหลักตามแนวทางบันทึกการพยาบาล (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูล

ก่อนการบันทึกจะเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการรวบรวมข้อมูล การรวบรวมข้อมูลที่ดี ย่อมช่วยให้บันทึกได้ดี ซึ่งมีวิธีการดังนี้

- ผู้ร่วบรวมข้อมูลต้องมีความรู้ในกลุ่มอาการ หรือโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เกี่ยวกับการเกิดโรค การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบนอกจากนี้ต้องมีทักษะในการสังเกตที่ดี เพื่อช่วยให้สามารถหาข้อมูลที่น่าสนใจอื่นๆ ได้

- ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องมีกรอบแนวคิด หรือทฤษฎีทางการพยาบาลกำกับเพื่อเป็นแนวทางในการหาข้อมูล เช่น อาจใช้กรอบแนวคิดตามความต้องการของมาสโลว์ หรือแบบแผนลุขภาพของกอร์ดอน มาเป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาล ซึ่งเมื่อเลือกใช้แนวคิด หรือทฤษฎีใดก็จะประเมินผู้ป่วยตามทฤษฎีนั้นๆ

- มีการกำหนดแบบฟอร์ม เพื่อใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลให้เป็นรูปแบบเดียวกันสะดวกต่อการนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับทุกคนในทีมสุขภาพ ซึ่งในการเลือกแบบฟอร์ม ดูนี้เป็นความจำเป็นที่แต่ละสถาบันจะต้องตกลงกันเอง

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลต่างๆ เอาไว้พิจารณาฯ จะบันทึกอย่างไร จึงจะลับ งดงาม ให้ดี ได้ข้อมูลเพียงพอ ครบถ้วน และสะดวกต่อการปฏิบัติ โดยมีแนวทางในการวิเคราะห์ลิสต์ที่บันทึก ดังนี้

- ข้อมูลนั้นเป็นจริงหรือไม่ ถ้าข้อมูลยังคลุมเครือไม่ชัดเจน ห้ามนำเสนอด้วยแบบการสรุปความให้บันทึกตามที่เห็น

- ข้อมูลที่ได้ลืมกี่ข้อของกับผู้ป่วยในลักษณะใด เช่น ปัญหาที่พยาบาลค้นพบ เป็นลิสต์ที่สังเกตเห็น เป็นการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้วเป็นต้นสามารถบันทึกได้ แต่ถ้าข้อมูลที่ได้มาบ้างไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือไม่เกิดประโยชน์ต่อการได้รับการรักษาพยาบาลก็ไม่จำเป็นต้องบันทึก

- การบันทึกจะบันทึกในลักษณะใดให้พิจารณาตามความเหมาะสม เช่น ช่วงเวลาใด หรือ

เป็นการสรุปความตลอดระยะเวลาในแต่ละเวลา เช่น กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอยู่ในภาวะวิกฤต ลักษณะนี้ควรพิจารณาเขียนเป็นช่วงเวลา หรือหันที่ที่ได้ข้อมูล แต่ถ้าข้อมูลไม่รีบด่วน ก็สามารถเขียนสรุปได้ในแต่ละเวลา

4. สิ่งที่จะบันทึกมีความครบถ้วนถูกต้องสมบูรณ์ สามารถบันทึกลงในแผ่นรายงานได้หรือไม่เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการบันทึกทางการพยาบาล
บันทึกอย่างถูกต้องด้วยลายมือที่อ่านง่าย ชัดเจนมีความสมบูรณ์ และได้ใจความ ด้วยปากกาสีน้ำเงิน ถ้าเขียนผิดให้ขีดคร่อม เล่าเขียนใหม่พร้อมลงชื่อกำกับ ห้ามชุดลบ

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการบันทึก

ประเมินผลการบันทึกทุกครั้งว่าได้เขียนบันทึกตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่ คือ บอกถึงปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล การตอบสนองจากผู้ป่วย และสิ่งที่สังเกตพบ ซึ่งมีความสำคัญต่อแผนการรักษาพยาบาล

คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล

คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล คือ ลักษณะการเขียนในแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ตรงกับความต้องการหรือเกณฑ์การบันทึกทางการพยาบาลขององค์กรซึ่งหลักของการบันทึกทางการพยาบาลที่ดีควรมีลักษณะ ดังนี้ (ปราณี อัครัตน์ 2555; นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2554; สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2540)

1. เนื้อหา มีความถูกต้อง (Correct)

การเขียนบันทึกของพยาบาลต้องบันทึกให้ถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องสอดคล้องและล้มพ้นธัน្ឌกับอาการ อาการแสดงตามสภาวะของโรคและสภาวะที่เป็นจริงของผู้ป่วย เช่น พยาบาลจะบันทึกว่าบาดแผลที่หน้าห้องของผู้ป่วยแห้งดี รอบแผลไม่บวมแดง พยาบาลต้องเห็นแผลนั้นจริง ไม่บันทึกก่อนเห็นจริงหรือปฏิบัติจริง เพราะไม่ทราบว่าเมื่อไรจะมีการเปลี่ยนแปลง

นอกจากนี้ ต้องเขียน วัน เวลา หรือช่วงเวลา ที่บันทึกให้ชัดเจนบันทึกถูกต้องตามหลักการเขียนภาษาไทย และใช้เครื่องหมายวรดตอนต่าง ๆ ให้ถูกต้อง

2. เนื้อหา มีความครบถ้วน (Complete)

บันทึกทางการพยาบาลต้องมีความสมบูรณ์ครอบคลุม และครบถ้วน ลิستบันทึกต้องมีความเหมาะสมสมเกี่ยวเนื่อง ไม่จำเป็นต้องบันทึกทุกสิ่งที่เห็นเขียนบันทึกความก้าวหน้าที่เป็นจริง มีความจำเพาะ คือ เขียนสิ่งที่ได้เห็น ได้ยินจริง ไม่ใช่ความคิดเห็น หรือการแปลผลของพยาบาล เช่น "ผู้ป่วยมีความเครียด" ซึ่งควรบันทึกคำพูดของผู้ป่วยที่แสดงออกมา เช่น "ห่วงร้านที่ทำอยู่ไม่มีคนดูแล" เป็นต้น โดยสิ่งที่ควรบันทึก ได้แก่ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย กิจกรรมการแก้ปัญหาและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมการพยาบาล 4 มิติคือ การดูแลรักษา การป้องกันภัยแวงซ้อน การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

3. เนื้อหา มีความชัดเจน (Clear)

การเขียนบันทึกทางการพยาบาลต้องเขียนตัวย่อหลักสี่ในเงื่อนหรือสี่ตัว เขียนตัวย่อภาษาไทยด้วย ย่างง่าย และใช้สัญลักษณ์ คำย่อที่เป็นสากล ถ้ามีความผิดพลาดให้ขีดเลื่อนทับ โดยยังมองเห็นช่องความเดิมได้ และลงชื่อกำกับพร้อมตำแหน่ง ห้ามลงด้วยหมึกขาว (Liquid paper) หรือยางลบ เพราะการลบอาจมีผลทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่ามีการแก้ไข ล้างผลให้ความน่าเชื่อถือลดลงได้

4. เนื้อหา ได้ใจความ (Concise)

บันทึกที่ดีควรจะมีข้อความกะทัดรัด สั้น ได้ใจความ ตรงประเด็น ตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยอ่านแล้วเข้าใจง่ายและต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งบ่งให้เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล

5. เนื้อหา ตรงตามลำดับเหตุการณ์ (Currency)

การบันทึกต้องตรงตามเวลา ในแต่ละเหตุการณ์เขียนช่วงเวลาให้ชัดเจน บันทึกเรียงตามลำดับ

ก่อนหลังและบันทึกหันที่หลังเหตุการณ์เกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติรวมทั้งผลที่ได้รับ เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและยังช่วยอธิบายการดำเนินโรคของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

6. เนื้อหามีความต่อเนื่อง (Continued)

การเขียนบันทึกของพยาบาลต้องเขียนเป็นประจำ สม่ำเสมอ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่วันแรกจนกระทั่งสิ้นสุดการปฏิบัติงานทุกวัน ซึ่งการบันทึกที่ดีและต่อเนื่องสามารถช่วยอธิบายผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

นอกจากนี้การเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพ ยังมีหลักการที่ต้องคำนึงถึง ดังนี้

- 1) ไม่เขียนข้อความเต็มให้ผู้อื่น
- 2) ก่อนจะบันทึกให้เขียนบัญชี ไม่เขียนห่องว่างไว เพราะจะเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นมาเขียนเพิ่มเติมได้ ซึ่งจะมีผลในแง่กฎหมาย ผู้เขียนกำกับต้องรับผิดชอบในข้อความนั้น
- 3) ลิงที่บันทึกควรครอบคลุมการดูแลเอาใจใส่ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ความพร้อมทั่วไปหลังผู้ป่วย การสอนให้คำแนะนำ และการติดตาม ตามแผนที่วางไว้

บทสรุป

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นงานที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับพยาบาล ซึ่งพยาบาลควรตรวจสอบถึงการเขียนบันทึกอย่างมีคุณภาพ เนื่องจากบันทึกทางการพยาบาลแสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล อีกทั้งยังเป็นการแสดงความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ ต่อภารกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมาย ถึงแม้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลทั้ง 6 รูปแบบจะมีข้อดีข้อเสีย ต่างกัน แต่ผลลัพธ์ที่ทุกรูปแบบต้องการนั้นคล้ายกัน นั่นก็คือเพื่อนำเสนอข้อมูลของผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาล อาจรวมถึงการรักษาของแพทย์ ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบใด หากพยาบาลสามารถเขียนบันทึกได้อย่างถูกต้อง มีเนื้อหาครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความ และเรียงตามลำดับเหตุการณ์อย่างต่อเนื่อง จึงจะแสดงให้บันทึกทางการพยาบาลนั้นเป็นบันทึกที่ดีและมีคุณภาพ สามารถบอกถึงคุณภาพของการพยาบาลได้

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนा ฐานะและ อารีวรรณ กลั่นกิลิน. (2558). บันทึกทางการพยาบาล: หลักฐานสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพ. พยาบาลสาร. 42(1), 164-170
- นิตยา ครีญานลักษณ์. (2545). การบริหารการพยาบาล. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ปราณี อัครรัตน์. (2555). บันทึกทางการพยาบาล: หลักการบันทึกเพื่อใช้ประโยชน์ทางกฎหมาย. วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย. 5(2), 24-32.
- พัชราพร ตาใจ. (2555). การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ในแผนผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือภูมิชัยเมืองเรย์ล จังหวัดลำพูน. (การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล).
- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พรศิริ พันธุลี. (2560). กระบวนการพยาบาล แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. สมุดประการ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยท่าวเฉียนเฉลิมพระเกียรติ.
- รติวันเดช กิตติชัยเครชฐ์. (2557). การประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล แผนผู้ป่วยในศูนย์สิรินธรเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงการทำงานการแพทย์แห่งชาติ. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2553). แนวทางการบันทึกและตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. กรุงเทพมหานคร: ยุทธนาลัยตัวไวโอล็อก.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สรุรีย์ ธรรมภิวัตร. (2540). การบันทึกทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- อารี ชีวเกษมสุข. (2551). กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. นนทบุรี: สำนักวิชาการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- Iyer, P. W., & Camp, H. N. (1995). *Nursing documentation: A nursing process approach.* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
- Perry, Anne Griffin. (2018). *Clinical nursing skills and techniques.* St. Louis: Elsevier.
- Smith, S.F., Duell, D.J., & Martin, B.C. (2008). *Clinical nursing skill: basic to advanced skills.* (7th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Taylor, Carol. (2015). *Fundamentals of nursing: the art and science of person-centered nursing care.* Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P., Lynn, P. (2008). *Fundamentals of Nursing: The Art & Science of Nursing Care.* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.



**คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความ
วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน**

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ยินดีรับบทความวิจัยหรือบทความวิชาการทางการพยาบาล เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ทุก 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ โดยบทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือ อญจนาประวัติการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ห้ามนำองค์บรรณาธิการขอสงวนลิขสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ รวมทั้งการจัดลำดับการตีพิมพ์ตามความเหมาะสม

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์ทางการพยาบาล
2. บทความวิชาการทางการพยาบาล

การเตรียมต้นฉบับและ การส่งบทความ

ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์จะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดโดยเฉพาะในส่วนของ Footnote และจริยธรรม ดังนี้

1. **พิมพ์ต้นฉบับ** ในกระดาษ A 4 หน้าเดียว ไม่เว้นบรรทัด (Single spacing) โดยใช้โปรแกรม Microsoft word และตัวพิมพ์ Angsana New ขนาดตัวอักษร 16 มีเลขหน้ากำกับทุกหน้าและมีความยาวของเรื่อง ดังนี้

1.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ทางการพยาบาล ความยาว 10-18 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความและไม่ควรเกิน 20 รายการ

1.2 บทความวิชาการทางการพยาบาล ความยาว 9-15 หน้า รายการอ้างอิงให้ใช้อ้างอิงในบทความและไม่ควรเกิน 20 รายการ

2. **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีหัวชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวอักษรชนิดตัวหนาขนาด 18 และจัดให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ชื่อภาษาอังกฤษให้พิมพ์อักษรตัวแรกของทุกคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่

3. **ชื่อผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ (Authors)** ให้ใส่ชื่อครบทุกคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ขนาด 13 จัดซิดด้านขวาและใส่เครื่องหมาย * ต่อท้าย สำหรับส่วน Footnote ใต้บทคัดย่อหรือ Abstract พิมพ์ชื่อตำแหน่งวิชาการ ชื่อหน่วยงานที่สังกัดเรียงจากหน่วยงานย่อยไปหน่วยงานใหญ่ของแต่ละคนให้ตรงกับเครื่องหมาย * ที่กำกับไว้ด้านบน ให้ระบุ email ของผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์หลักไว้ในส่วน Corresponding author และเบอร์โทรศัพท์ ตัวพิมพ์ขนาด 13 (ดังตัวอย่าง)

4. **บทคัดย่อ และ Abstract** ต้องมีหัวบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยพิมพ์แยกหน้าพร้อม Footnote ตามตัวอย่างและกำหนดความยาวของบทคัดย่อ ดังนี้

4.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ทางการพยาบาล ความยาวไม่เกิน 20 บรรทัด และ Abstract ความยาวไม่เกิน 250 คำ

4.2 บทความวิชาการทางการพยาบาล ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และ Abstract ความยาวไม่เกิน 200 คำ

5. คำสำคัญ และ Keywords กำหนดคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ 2-5 คำ โดยใช้เครื่องหมาย, คันระหว่างคำ และพิมพ์ชิดซ้ายต่อจากบทคัดย่อ และ Abstract

6. บทความที่ส่งมาพิจารณาตีพิมพ์ ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ต้องแน่ใจว่า ได้มีการตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้วและไม่มีการคัดลอกเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) และได้มีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน เนื่องจากศูนย์ด้านนักวิชาการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ให้ความสำคัญมาก "ในด้านจริยธรรม และจรรยาบรรณวารสารวิชาการไทย ในฐานข้อมูล TCI"

7. บทความที่ส่งมาตีพิมพ์ที่เป็นวิทยานิพนธ์ กรณีของนักศึกษา จะต้องมีลายเซ็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลักเพื่อรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความผ่านมาแล้วก่อนส่งบทความเสนอให้บรรณาธิการ และ กองบรรณาธิการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่

8. รูปแบบของการเขียนบทความ

8.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ทางการพยาบาล ให้เรียงลำดับเรื่องดังนี้

8.1.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมทั้งระบุข้อเสนอแนะการทำไปใช้ประโยชน์

8.1.2 คำสำคัญ และ Keywords

8.1.3 ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

8.1.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

8.1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย พร้อมระบุที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัยพอลสั่งเข้า

8.1.6 วิธีการดำเนินการวิจัย ประชากการและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง การพัฒนาเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

8.1.7 การรับรองจริยธรรมการวิจัย ต้องระบุชัดเจนในหมวดวิธีดำเนินการวิจัย หัวข้อการพิทักษ์ลิขิตร่วมตัวอย่างว่างานวิจัยที่ศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ขอให้ระบุหน่วยงานหรือสถาบันที่รับรองและเลข IRB ให้ถูกต้อง

8.1.8 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

8.1.9 สรุปผลการวิจัย / ข้อค้นพบจากการวิจัย

8.1.10 การอภิปรายผลการวิจัย

8.1.11 ข้อเสนอแนะการทำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการทำวิจัยในครั้งต่อไป

8.1.12 กรณีวิจัยมีรูปภาพ ถ้ามีภาพประกอบควรเป็นภาพขาวดำ หรือภาพสีที่คมชัด จัดกึ่งกลางหน้า พิมพ์คำบรรยายไว้ใต้รูปภาพ และระบุแหล่งที่มาอ้างอิงให้ถูกต้อง

8.1.13 รูปแบบตาราง ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางปลายเปิดด้านซ้ายและขวา โดยเส้นบนและเส้นล่างใช้เส้นคู่ ดังตัวอย่าง ตาราง 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าลัมปาร์สีทีส์ทั้มพันธ์แบบเพียร์สัน (*r*) ระหว่างภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 4 ด้าน ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (*n=115*)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
	<i>r</i>	p-value
ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล	- 0.363*	0.000
ด้านความขัดแย้งในตนเอง	- 0.349*	0.000
ด้านความรู้สึกคิด	- 0.324*	0.000
ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน	- 0.161	0.086
รวมทุกด้าน	- 0.385*	0.000

8.1.14 การเขียนเอกสารอ้างอิง (ใช้ระบบนาม, ปี) ไล่เฉพาะรายการที่มีการอ้างถึงในบทความ และกรุณาตรวจสอบ ชื่อ นามสกุล ปี พ.ศ. ให้ตรงกันทุกแห่งที่อ้างอิง เช่น (ทิพวัลย์ ธีรลิริโรจน์, 2561)

8.2 บทความวิชาการทางการพยาบาล ให้เรียงลำดับดังนี้

8.2.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

8.2.1 คำสำคัญ และ Keywords

8.2.3 เนื้อหาบทความทางวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ เนื้อเรื่อง และบทสรุป

9. รูปแบบการเอกสารอ้างอิงประเภทต่างๆ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสต์เดียน ใช้ระบบการอ้างอิง แบบ APA (6th edition) ดังต่อไปนี้

9.1 อ้างอิงจากหนังสือทั่วไป

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล./ปีที่พิมพ์)./ชื่อหนังสือ. (พิมพ์ครั้งที่). /สถานที่พิมพ์/สำนักพิมพ์.
ผู้แต่ง 1 คน	ревดี ธรรมอุปกรณ์. (2530). การใช้ชานำบัดอาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
	Polit, D.F. (2010). <i>Statistics and data analysis for nursing research</i> . (2 nd ed.). United States of America: Pearson education.
ผู้แต่งเป็นสถาบัน	มหาวิทยาลัยคริสต์เดียน. (2560). รายงานผลดำเนินงาน ปีการศึกษา 2559 . นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสต์เดียน.
ผู้ร่วบรวมหรือบรรณาธิการ	พิทยา วงศ์กุล. (บรรณาธิการ). (2541). <i>ไทยยุควัฒนธรรมทากาส</i> . กรุงเทพมหานคร: โครงการวิจัย ทั่วโลก.

9.2 อ้างอิงจากหนังสือในรูปแบบต่างๆ

รูปแบบ บทความใน หนังสือ	ชื่อ/สกุล./[ปีที่พิมพ์]./ชื่อบทความ./ใน/ ชื่อบรรณาธิการ/[บ.ก.]/ชื่อหนังสือ/[น./เลขหน้า]./ ///////สถานที่พิมพ์:/ สำนักพิมพ์.
ตัวอย่าง	เสawaney จำเดิมเพ็จติก. (2534). การรักษาภาวะจับหัดเดินพัลันในเด็ก. ใน สมศักดิ์ โลเลขา, ชลีรัตน์ คิเรกัตชัย และ มนตรี ดูจันดา (บ.ก.). อิมมูโนวิทยาทางคลินิกและ โรคภูมิแพ้ (น. 99-103). กรุงเทพมหานคร: วิทยาลักษณ์การแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
ตัวอย่าง	Vornstein, M. H., Hahn, C. S., Suwalsky, J. T. D., & Haynes, O. M. (2003). Socioeconomic status, parenting, and child development : The Hollingshead four-factor index of social status and the socioeconomic index of occupations. In M. H. Bornstein & H. B. Robert (Eds). <i>Monographs in parenting series. Socioeconomic status, Parenting, and Child development</i> (pp. 29-82). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
รูปแบบ หนังสือ อิเล็กทรอนิกส์	ชื่อ/สกุล./[ปีที่พิมพ์]./ชื่อเรื่อง./พิมพ์ครั้งที่./ลีบคั่นจาก / URL
ตัวอย่าง	เกรียงศักดิ์ ลาภจตุรพิช. (2558). หมวดเจ็บ. สืบค้นจาก http://www.ebooks.in.th/ebook/10427 หมวดเจ็บ (ตัวอย่าง 7 ตอน)/ Dahlberg, G., & Moss, P. (2005). <i>Ethics and politics in early childhood education</i> . Retrieved from https://epdf.tips/ethics-and-politics-in-early-childhood-education-contesting-early-childhood.html
รูปแบบ หนังสือแปล	ชื่อ/สกุล./[ปีที่พิมพ์]./ชื่อเรื่อง.[ชื่อหนังสือภาษาอังกฤษ]./[ชื่อผู้แปล, ผู้แปล]./พิมพ์ครั้งที่ ./ ///////สถานที่พิมพ์:/ สำนักพิมพ์.
ตัวอย่าง	ซอว์คิง ออส ดันบินกิล. (2552). ประวัติย่อของกาลเวลา ฉบับภาพประกอบ. [The illustrated: A brief history of time]. (ปีบุตร นุริคำ และ อรรถกฤต พัตรภูมิ, ผู้แปล). พิมพ์ครั้งที่ 17. กรุงเทพมหานคร: มิตชน.

9.3 อ้างอิงจากวารสาร

รูปแบบบทความ วารสาร	ชื่อ/สกุล./[ปีที่พิมพ์]./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร/[ปีที่(ฉบับที่)],/ เลขหน้า-เลขหน้า.
ตัวอย่าง	เสawaney ทรงประโคน. (2560). รูปแบบการคุยกับบุตรที่ติดเชื้ออชโธไว. วารสาร พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 40(4), 1-20. Haag, F., Casonato, S., Varela, F., & Firpo, C. (2011). Parents' knowledge of infective endocarditis in children with congenital heart disease. <i>Brazilian journal of Cardiovascular Surgery</i> , 26(3), 413-418.
รูปแบบ วารสารอิเล็กทรอนิกส์(มีเลข DOI)	ชื่อ/สกุล./[ปีที่พิมพ์]./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร/[ปีที่(ฉบับที่)],/ เลขหน้า-เลขหน้า. doi:xxx.

ตัวอย่าง	Roger L.C. & Richare, L.H. (2010). Calcium-Permeable AMPA receptor dynamics mediate fear, memory erasure. <i>Science</i> , 330(6007),1108-1112. Doi:10.1126/science.1195298.
รูปแบบ บทความสาร วิจัยที่ ไม่ปรากฏเลข DOI	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์).ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่(ฉบับที่)/เลขหน้า-เลขหน้า./URL
ตัวอย่าง	Cadigan, J., Schmitt, P., Shupp, R., & Sworpe, k. (2011). The Holdout problem and urban sprawl: experimental evidence. <i>Journal of Urban Economics</i> . 69(1),72. Retrieved from http://journals.elsevier.com/00941190/journal-ov-urban-economics/

9.4 ข้างอิงจากวิทยานิพนธ์ และวิจัย

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์).ชื่อวิทยานิพนธ์./วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต)./ชื่อมหาวิทยาลัย./ชื่อเมือง.
ตัวอย่าง	สมหมาย จริวิทยาคม. (2547). ประสบการณ์การสอนท่าคว่ำหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไห้รกรุงประเทศไทยในโรงพยาบาลรามคำแหงราชวิถี (วัดไร่ขิง). (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมาศalaศศรัตนมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสตเดียน,นครปฐม. Sirinoot Teanrungroj. (2005). <i>The Development of an innovative integrated approach to ICI-Mediated learning in science</i> . (Doctoral dissertation). Srinakharinwirot University, Bangkok.
ไทย อังกฤษ	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์).ชื่อวิทยานิพนธ์/วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์///////////ปริญญามหาบัณฑิต)./ชื่อมหาวิทยาลัย./สืบกันจาก/URL สกุล/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์).ชื่อวิทยานิพนธ์/(Doctoral Dissertation or Master's //////////thesis,/ชื่อมหาวิทยาลัย)./Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	ธนาพ จันทร์เทศ. (2547). การนำเสนอรูปแบบการพัฒนา โยบายของสถาบันราชภัฏ (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชารัฐศาสตร์). สืบกันจาก http://tdc.thailis.or.th/tdc Bruckman, A. (1997). <i>MOOSE crossing: Construction, community, and learning in a networked virtual world for kids</i> (Doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Technology). Retrieved from http://www-static.cc.gatech.edu/~asb/thesis/

ไทย อังกฤษ	ชื่อ/สกุล./ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/(วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์///////ปริญญานำหน้าบัณฑิต)./สืบค้นจาก/ชื่อฐานข้อมูล./หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่นๆ) สกุล,/อักษรย่อชื่อ./ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/(Doctoral Dissertation or Master's thesis)./Available from/database's name./หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่นๆ)
ตัวอย่าง	McNiel, D.S. (2006). <i>Meaning through narrative : A personel narrative discussing growing up with an alcoholic mother</i> (Master's thesis). Available from ProQuest Disertations and Theses database. (UMI No. 1434728)
ไทย อังกฤษ	สกุล./ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(รายงานผลการวิจัย)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์. สกุล,/อักษรย่อชื่อ./ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(Research Report)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.
ตัวอย่าง	เพ็ญธิดา พงษ์ชานี. (2557). ผลของความรู้ทักษะคุณค่าจรรยาบรรณและทัศนคติในวิชาชีพที่มีต่อสาขาวิชาของผู้สอบบัญชีภาษีอากร (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์. Lipsey, M. W., Farran, D. C., & Hofer, K. G. (2015). <i>A randomized control trial of a statewide voluntary prekindergarten program on children's skills and behaviors through Third Grade</i> (Research Report). Nashville, TN: Vanderbilt University, Peabody Research Institute.

9.5 รายงานการประชุมเชิงวิชาการ (Proceeding) ในรูปแบบหนังสือและออนไลน์

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล./ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.),/ชื่อรายงานการประชุมเชิง///////วิชาการ(น./เลขหน้า)./เมือง,/ประเทศ.
ตัวอย่าง	พัชราภา ดันดิษเวช. (2553). การขับเคลื่อนคุณภาพการศึกษาไทย, ใน ศิริชัย กาญจนวนารถ (บ.ก.), การประชุมวิชาการและเผยแพร่ผลงานวิชาการระดับชาติ (น. 97-102). กรุงเทพมหานคร,ประเทศไทย.
ไทย อังกฤษ	ชื่อ/สกุล./ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.),/ชื่อรายงานการประชุมเชิง///////วิชาการ(น./เลขหน้า)./สืบค้นจาก/URL สกุล,/อักษรย่อชื่อ./ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง./ชื่อบรรณาธิการ/(Ed.หรือEds.),/ชื่อรายงานการ///////ประชุมเชิงวิชาการ/(pp./เลขหน้า)./Retrieved from/URL *กรณีมีเลข doi ให้เติม doi:xxx แทนข้อความ สืบค้นจาก/URL หรือ Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	Freeman, S., Eddy, S. L., McDonough, M., Smith, M. K., Okoroafor, N., Jordt, H., & Wenderoth, M.P. (2014). Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. <i>Proceedings of the national academy of sciences</i> , 111(23) (pp.8410-8415). Retrieved form https://doi.org/10.1073/pnas.1319030111

9.6 สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์

9.6.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (eBook)

ไทย อังกฤษ	ชื่อ/สกุล.(ปีที่พิมพ์).ชื่อเรื่อง.(พิมพ์ครั้งที่).สืบค้นจาก/URL สกุล/อักษรย่อชื่อ./ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง./พิมพ์ครั้งที่./Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2560 สำหรับเด็ก อายุต่ำกว่า 3-5 ปี. สืบค้นจาก http://drive.google.com/file/d/1HiTwRh1Er73hVYIMh1cYWzOiaNl_Vc/view Dahlberg, G., & Moss, P. (2005). <i>Ethics and politics in early childhood education</i> . Retrieved from https://epdf.tips/ethics-and-politics-in-early-childhood-education-contesting-early-childhood.html

๙๖๒ ๑ ทฤษฎีความจำความสัมภาระอิเล็กทรอนิกส์ที่มีผลฯ DOI

๒.๖.๓ บทความจำภาวะสารอิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ปรากฏ เช่น DOI

รูปแบบ	สกุล/อักษรย่อชื่อ./ปีที่พิมพ์).ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร/ปีที่(ฉบับที่)/เลขหน้า-เลขหน้า// URL
ตัวอย่าง	Cadigan, J., Schmitt, P., Shupp, R., & Sworpe, k. (2011). The Holdout problem and urban sprawl: experimental evidence. <i>Journal of Urban Economics</i> . 69(1), 72. Retrieved from http://journals.elsevier.com/00941190/journal-ov-urban-economics/

9.6.4 ข้อมูลจาก Website

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./สืบค้นจาก/URL
อังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อผู้เขียน./ปีที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	นิภา พ่องพันธ์. (2552). เปิดโลกทัศน์ให้ผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก http://suanprung.go.th/article-new National Education Goals Panel (NEGP). (1997). <i>Ready schools</i> . Retrieved from http://govinfo.library.unt.edu/negp/reports/readysch.pdf

9.6.5 สารสนเทศประเภท Press Release รายงานประจำปี ไฟล์ประเภท PowerPoint, Web Blog facebook post หรือ Twitter post

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล./(ปี,เดือน,วันที่)./ชื่อเนื้อหา./[รูปแบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์]. //////สืบค้นจาก/URL
ตัวอย่าง	ชาญณรงค์ ราชบัณฑุณอย. (22 พฤษภาคม 2561). ศัพท์บัญญัติการศึกษา. [เว็บล็อก]. สืบค้นจาก http://www.sornor.org/

10. การส่งบทความ

10.1 ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้นิพนธ์ที่ต้องการส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเดียน โปรดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา และหากรูปแบบการพิมพ์ไม่ถูกต้อง จะถือว่ากองบรรณาธิการยังไม่ได้รับบทความ

10.2 ส่งบทความตีพิมพ์ในรูปแบบไฟล์ word และไฟล์ PDF พร้อมแนบไฟล์ "แบบฟอร์มรับรอง จริยธรรมการนำเสนอบทความ" ส่งไปอีเมลของวารสารฯ nursejournal@christian.ac.th สำหรับแบบฟอร์มดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

11. การพิจารณาและการประเมินบทความ

11.1 กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้นเกี่ยวกับเนื้อหาและความถูกต้องของรูปแบบการพิมพ์ หากผ่านการพิจารณาจึงจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเนื้อหาของบทความนั้นมากที่สุด จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer reviewer อายุตั้งแต่ 2 คน ซึ่งกระบวนการประเมินจะไม่เปิดเผยให้เจ้าของบทความทราบว่าใครคือผู้ประเมินและผู้ประเมินจะไม่ทราบว่าบทความนั้นเป็นของผู้ใด เพื่อคุ้มภาพของบทความ การพิจารณาตัดสินการรับตีพิมพ์ หรือ ปฏิเสธการรับตีพิมพ์บทความขึ้นอยู่กับผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสองคน ส่วนการตัดสินใจขึ้นสุดท้ายขึ้นกับบรรณาธิการวารสารฯ)

11.2 การควบคุมคุณภาพบทความโดยบทความที่เป็นผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ภายใต้สถาบัน กองบรรณาธิการ จะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายในอีก 2 คน เป็นผู้ประเมินแทนนั้น

11.3 บทความที่ผ่านการประเมินและมีการแก้ไข ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์จะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไซร์ทส่วนที่ปรับแก้ไปและลังไฟล์บทความที่ถูกต้องภายหลังปรับแก้ให้เรียบร้อยมาที่เมล์วารสาร ภายในเวลาที่กำหนด

11.4 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปเล่มของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

11.5 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการมีนโยบายในการเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าร่วมบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารฯ

11.6 เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ผู้เดียว

สถานที่ติดต่อ

เลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารมหาบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ถนนพระประโคน – บ้านแพ้ว

ตำบลอนามัยหมู่ อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 3102-04 โทรสาร 0-3427-4500

E-mail : nursejournal@christian.ac.th

อ่านบทความฉบับเต็ม (Full text)

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

ตัวอย่างบทความวิจัย

ผลของโปรแกรมกิจกรรมดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง*

มนีรัตน์ เอี่ยมอนันต์**
น้ำฝน ปฏิกรรมมาล**
พินกร จังหวา**
ประวีณา อินทรวงศ์***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมดูแลรักษาและกลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยโปรแกรมนี้ประยุกต์จากแนวคิดดูแลรักษาแบบ Magee, et al. (2006) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 32 คน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 16 คน ทำการจับคู่ด้าน เพศ อายุ โรคเรื้อรัง ทั้งนี้กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมครั้งละ 60 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมกิจกรรมดูแลรักษา ประกอบด้วย คู่มือดำเนินโปรแกรมกิจกรรมดูแลรักษา แผ่น ชีดี 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 3) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) 4) แบบทดสอบสมองเบื้องต้นชนบัญชาไทย (MMSE Thai 2002) และ 5) แบบประเมินบาร์ลอด (Barthel ADL Index) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติค่าทดสอบเชิงคณิต และสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกิจกรรมดูแลรักษา น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมดูแลรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) 2) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมดูแลรักษา(กลุ่มทดลอง) ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ($p>.05$)

คำสำคัญ : กิจกรรมดูแลรักษา, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1),15-26.

* ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน

** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***พยาบาลเทคนิคประจำ สถานสังเคราะห์คนชรานครปฐม จังหวัดนครปฐม

Corresponding author, e-mail: Maneerat.A@hotmail.com, Tel. 086-0919174

วันที่รับบทความ: 7 พฤษภาคม 2562, วันที่แก้ไขบทความ: 22 มิถุนายน 2562, วันที่ตอบบทความ: 28 มิถุนายน 2562

The Effect of Music Activity on Depression in Chronic Elderly Patients*

Maneerat Aiamanan**
Namfon Patiganmonthon **
Thinnakron Jungharn **
Praveena Intarawong***

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to compare depression of experimental group before and after received the program and compare depression between experimental group and control group. The participants consisted of 32 chronic elderly patients, the first 16 participants were assigned to the experimental group and the other 16 participants were assigned to control group. Both groups were pair-matched by age, gender, chronic illnesses. The experimental group was scheduled for 60 minutes/day 3 times a week for 4 weeks and control group who received only conventional nursing care. Research instruments were: 1) Music Activity Program for Chronic Illnesses Elderly Patients with Depression, 2) General info of the respondents 3) Thai Geriatric Depression Scale. 4) MMSE (Mini Mental State Examination)-Thai 2002 and 5) Barthel ADL Index. The t-test was used in data analysis.

The major findings were as follows: 1) Mean score of depression in experimental group was statistical significance lower than before received the program ($p<.05$). 2) Mean score of depression in experimental group after received the program was not statistical significance between the experimental group and control group ($p>.05$)

Keywords: Music activity, Depression, Elderly, Chronic elderly patients

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1),15–26.

* Funded by Christian University of Thailand

** Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

*** Technical Nurse, Nakhonpathom Elderly Home, Nakhonpathom Province

Corresponding author, e-mail: Maneerat.A@hotmail.com, Tel. 083-225-1199

Received: 7 May 2019, Revised 22 June 2019, Accepted 28 June 2019

ตัวอย่างบทความวิชาการ

บันทึกทางการพยาบาล: การเขียนบันทึกที่ดีและมีคุณภาพ

พัชราพร ตาใจ *

บทคัดย่อ

การเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และได้คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน มีความสำคัญอย่างมากต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล เพราะจะช่วยให้เห็นถึงการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ในการดูแลรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย ให้แก่ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ช่วยให้บุคลากรในทีมได้รับทราบข้อมูลปัจจุบัน ความต้องการของผู้รับบริการ และนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนใช้เป็นหลักฐานในการตรวจประเมินคุณภาพการพยาบาลและหลักฐานสำคัญทางกฎหมาย รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่นิยมใช้มี 6 รูปแบบ ซึ่งมีข้อดีข้อเสียต่างกัน ดังนั้นแต่ละหน่วยงานควรต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานของตน

คำสำคัญ : บันทึกทางการพยาบาล, การเขียนบันทึกที่ดี

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1), 61-69

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสตีียน

Corresponding author, e-mail: Patcharaporn.air@gmail.com Tel. 094-7056999

วันที่รับมา: 28 พฤษภาคม 2562, วันที่แก้ไข: 25 มิถุนายน 2562, วันที่ต่อรับมา: 29 มิถุนายน 2562

Nursing Documentation: Good Documentation and Quality Record

Patcharaporn Tajai*

Abstract

The nursing documentation focus on completion of the standard nursing documentation. Nursing documentation is an integral part of nursing service because it can continuously help in the proficiency and effectiveness of the nurses treatment, prevention and promotion of diseases and health to service recipients. Keeping a meticulous documentation of patients' information facilitates communication among healthcare team and serve as a head-up about the clients medical history and needs. This also serve as a legal documentation of the process of care and supports the evaluation of nursing care. The style of nursing documentation can be divided into 6 categories. Nursing department can choose appropriate charting with their own context.

Keywords: Nursing documentation, Good documentation

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1). 59–67

* Instructor, College of Nursing , Christian University of Thailand

Corresponding author, e-mail: Patcharaporn.air@gmail.com Tel. 094-7056999

Received: 28 May 2019 , Revised 25 June 2019 , Accepted 29 June 2019

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

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

โดยได้ส่งเงินค่าสมาชิกเป็น เงินสด ธนาณัติ ตัวแลกเงินไปรษณีย์

โอนผ่านธนาคาร

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

หมายเหตุ : 1. การลังจ่ายทางไปรษณีย์ กรุณากลับสั่งจ่าย ปณจ. นครปฐม ในนาม มหาวิทยาลัยคริสเตียน

2. กรณีส่งเงินโอนผ่านบัญชีธนาคารลังจ่าย ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ธนาคารไทยพาณิชย์ (มหาชน) บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 404-052839-7

สาขาพระประโคน (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
อาคารสำนักงานสภาคิสต์จักรในประเทศไทย
328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2214-6303-6

 คณะคริสตศาสสนศาสตร์
71 ซอยวชิรธรรมสาธิต 37 ถนนสุขุมวิท101/1
แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2746-1103-4

www.christian.ac.th