



วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

JOURNAL OF NURSING AND HEALTH SCIENCES
NAKHON PHANOM UNIVERSITY

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567

VOL. 2 NO.2 JULY - DECEMBER 2024

ISSN 2985-0908 (ONLINE)



วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ที่ปรึกษา

อธิการบดีมหาวิทยาลัยนครพนม
คณบดีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ นพ.กิตติศักดิ์	สวรวยาวิสุทธ์
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	ตั้งวรพงศ์ชัยรอง
ศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช	ห่านิรติศัย
รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา	สาธิยมาศ
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา	คงวัฒนานนท์
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	วัชรสินธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์	ลาวัง
รองศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์	สุนทรไชยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสรัตน์	วงศ์สุทธิธรรม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรพร	แก้ววิมล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวรส	มีกุลศล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณ	ศรีโสภา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิติกร	ภูสุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุศ	ทิพย์แสนคำ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุมิตตา	สว่างทุกข์
ดร.ลักขณา	ไชยนอก
ดร.ศิริณี	อ๋มน้ำขาว
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชนี	สมกำลัง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดารุณีเย้	สวัสดิโชคดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัยวัฒน์	อินไชยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.मारศรี	ศิริสวัสดิ์
ดร.ธงชัย	อามาตย์บัณฑิต

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

บรรณาธิการ

ดร.รัตติยา ทองอ่อน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรฤทัย ภูนาถลม

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางพยอม ลินธุศิริ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณ ปาพรม
นางสาวนาฏนภา อารยะศิลปธร
นางสาวสุชมาพร พิงผาสุก
นายนรากร พลหาญ
นางสาววาสนา คำสงค์
นายวุฒิชิกรณม์ ประพัตรวงค์
นางสาวสุภาพร ปัญหาชัย

กำหนดเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ
ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน
ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
มหาวิทยาลัยนครพนม
92 ตำบลหนองแสง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม
48000
โทรศัพท์ 0 4251 2196 ต่อ 4101
โทรสาร 0 4251 2184
Email : bcnnjournal@gmail.com
พิมพ์ที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
ปีที่พิมพ์ 2567
ISSN 2985-0908 (Online)

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องทางวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ
จากหลากหลายสถาบัน จำนวน 3 ท่าน ทำการประเมินแบบ double-blind peer review สำหรับความ
คิดเห็นภายในบทความ เป็นความคิดเห็นของผู้พิมพ์ ซึ่งมิใช่ความรับผิดชอบของวารสาร

สารจากบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม กำลังเข้าสู่ปีที่ 3 และยังคงได้รับบทความส่งเข้ามาตีพิมพ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งทางบรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ของศูนย์อ้างอิงดัชนีวารสารไทย (TCI) เพื่อให้ผู้นิพนธ์ผลงานและผู้อ่านเชื่อมั่นได้ว่าผลงานที่ได้รับการตอบรับการตีพิมพ์ในวารสารนี้มีมาตรฐานและความน่าเชื่อถือ เป็นแหล่งสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะเกิดประโยชน์ ต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ท้ายที่สุดนี้ ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ 2568 ทางบรรณาธิการ และกองบรรณาธิการขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยดลบันดาลให้ทุกท่านมีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่แข็งแรง สมปรารถนาในทุกประการ

ดร.รัตติยา ทองอ่อน

บรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยนครพนม

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2567

สารบัญ

บทความวิจัย

- ◆ ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดจอตาลอกชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่1
Prevalence and Risk Factors for Rhegmatogenous Retinal Detachment in Patients Admitted at Eye Ward,
Maharaj Nakhon Chiang Mai Hospital.

- ◆ ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยที่มีแผลเบาหวานที่เท้า หอผู้ป่วย
ศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสกลนคร.....12
Effects of a Program to Provide Knowledge and Promote Behavior Taking Care for Foot Wounds among Diabetic
Patients, Female Surgery ward 1, Sakon Nakhon Hospital.

- ◆ ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจอตาลอกที่ได้รับการผ่าตัดด้วย
วิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา.....25
Effect of Education Program on Knowledge and Self-care Behaviors of Patients with Retinal Detachment Who
Underwent an Operation of Gas or Silicone Oil Injection.

- ◆ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลโชคชัย จังหวัด
นครราชสีมา.....39
Development of Nursing Practice Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers in the Male Inpatient Ward
at Chokchai Hospital, Nakhon Ratchasima Province.

- ◆ ผลของการใช้ท่าผีเสื้อประยุต์ต่อระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาในการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก และ APGAR
score ของทารกแรกเกิด.....47
Effects of Modified Bhadrasana Pose on Pain Score, Duration Time of Delivery Among Primigravida and
Newborn APGAR Score.

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2567

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

- ◆ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร.....59
Development of Health Knowledge Promotion Model to Newborn Low Weight Infants for Pregnant Women Receiving Antenatal Care Services at Don Tan Hospital, Don Tan District, Mukdahan Province.

กรณีศึกษา

- ◆ การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา: กรณีศึกษา.....71
Nursing care for Patients with Alcohol induce Psychosis: A Case Study

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดจอตาลอกชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตาในผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

จันทวันต์ พาสพิณ¹อิสริย์ ปัญญาวรรณ²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของจอตาลอกชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตา (RRD) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจักษุวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วย 360 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะจอประสาทตาลอกระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2565 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคส แควร์ การทดสอบฟิชเชอร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก เพื่อหาอัตราส่วนความเสี่ยงของปัจจัยต่างๆ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของ RRD สูงกว่าชนิดที่ไม่ใช่ RRD ประมาณ 3 เท่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด RRD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคเบาหวาน ภาวะจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน สายตาสั้น การผ่าตัดตา และการบาดเจ็บที่ตา ส่วนการสูบบุหรี่และโรคเมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีประวัติการผ่าตัดภายในลูกตามีโอกาสเกิด RRD สูงกว่าผู้ที่ไม่มียังประวัติดังกล่าว 5.20 เท่า (95% CI = 1.39–18.82) ในขณะที่การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการลดโอกาสการเกิด RRD 0.13 เท่า (95% CI = -3.83 ถึง -0.26) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าควรมีการเฝ้าระวังและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด RRD โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีประวัติการผ่าตัดตา สายตาสั้น เบาหวาน และการบาดเจ็บที่ตา นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และการเกิด RRD

คำสำคัญ: ความชุก, ปัจจัยเสี่ยง, จอตาลอกชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตา

วันที่รับบทความ

26 กรกฎาคม 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

21 สิงหาคม 2567

วันที่ตอบรับบทความ

26 สิงหาคม 2567

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: kpanyawan@gmail.com

โทร. 094-6165191

Prevalence and Risk Factors for Rhegmatogenous Retinal Detachment in Patients Admitted at Eye Ward, Maharaj Nakhon Chiang Mai Hospital

Chantawan Paspisanu¹Issaree Panyawan²

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to examine the prevalence and risk factors of rhegmatogenous retinal detachment (RRD) in patients admitted to the ophthalmology ward at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The sample consisted of 360 patients diagnosed with retinal detachment between January 1, 2022, and December 31, 2022. Data analysis employed descriptive and inferential statistics, including the chi-square test, Fisher's exact test, and logistic regression, to determine risk ratios for various factors at a 95% confidence interval.

Results showed that the prevalence of RRD was approximately three times higher than that of non-RRD types. Factors significantly associated with RRD occurrence included gender, age, alcohol, diabetes, diabetic retinopathy, myopia, eye surgery, and eye injury. Smoking and cancer were not statistically significantly associated with RRD occurrence. Patients with a history of intraocular surgery were 5.20 times more likely to develop RRD than those without such a history (95% CI = 1.39–18.82). Interestingly, smoking was significantly associated with a decreased chance of RRD by 0.13 times (95% CI = –3.83 to –0.26). The study findings highlight the need for surveillance and education for patients with RRD risk factors, especially those with a history of eye surgery, myopia, diabetes, and eye injury. Furthermore, the study suggests that additional research should be conducted to explore the relationship between smoking and RRD occurrence. This research provides valuable insights into the prevalence and risk factors of RRD, which can inform clinical practice and patient education strategies. The unexpected finding regarding smoking's potential protective effect against RRD warrants further investigation to understand the underlying mechanisms and confirm this association in larger, more diverse populations.

Keywords: prevalence, risk factors, rhegmatogenous retinal detachment

Received

26 July 2024

Revised

21 August 2024

Accepted

26 August 2024

¹Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital²Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Corresponding author e-mail: kpanyawan@gmail.com Tel. 094–6165191

บทนำ

จอตาเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญในการมองเห็น ทำหน้าที่รับภาพและส่งสัญญาณไปยังสมอง จอตาลอกเป็นภาวะที่เยื่อตาชั้นนอก (vitreous) หลุดออกจากจอประสาทตา ส่งผลให้จอประสาทตาหลุดลอกออกจากผนังลูกตา ทำให้เกิดอาการมองเห็นภาพบิดเบี้ยว มองเห็นเป็นเงาดำ หรือสูญเสียการมองเห็นถาวรได้ จอตาลอกหรือจอประสาทตาลอกแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) จอประสาทตาลอกชนิดที่เกิดจากพังผืดตึงรั้ง (Tractional Retinal Detachment ;TRD) เป็นสาเหตุที่พบได้ไม่บ่อยมักพบในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตา 2) จอตาลอกชนิดที่เกิดจากสารน้ำรั่วซังใต้จอตาโดยไม่มีรูฉีกขาดที่จอตา (Exudative Retinal Detachment ;ERD) มักเกิดจากการอักเสบหรือมีเนื้องอกในตา และ 3) จอตาลอกชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตา (Rhegmatogenous Retinal Detachment ;RRD) พบได้บ่อยที่สุดและเป็นภาวะที่จำเป็นต้องรักษาอย่างเร่งด่วน¹

จอตาลอกชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตา (RRD) เป็นภาวะที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมได้แก่ การมองเห็นทั่วไป การดำรงชีวิต อารมณ์ จิตสังคมและเศรษฐกิจ¹ จากงานวิจัยพบว่า การมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น (Vision-related quality of life ;VRQOL) ลดลงมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น การสูญเสียการมองเห็นที่รุนแรงขึ้น ระยะเวลาของโรคที่ยาวนานขึ้น และโรคจอประสาทตาที่เกี่ยวข้อง² ผู้ป่วยอาจสูญเสียการมองเห็นบางส่วนหรืออาจลุกลามจนกระทั่งตาบอด ซึ่งมีโอกาสรักษาให้หายได้ยากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประกอบอาชีพ การดำเนินชีวิตประจำวัน และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนี้ ภาวะนี้ยังอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น ความดันลูกตาสูง การติดเชื้อภายในลูกตา³ การกลับเป็นซ้ำ⁴ และนอกจากผลกระทบต่อความสามารถในการมองเห็นแล้ว RRD อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยอาจรู้สึกเครียด วิตกกังวล หรือกลัวการสูญเสียการ

มองเห็น ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้² ก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศตามมา

จากการศึกษา พบว่าความชุกของ RRD ทั่วโลกเฉลี่ยอยู่ที่ 12.17 รายต่อประชากร 100,000 คน (ช่วงความเชื่อมั่น 95% 10.51–14.09)⁵ ความชุกของ RRD สูงที่สุดในยุโรป โดยมีอุบัติการณ์ 14.52 ต่อประชากร 100,000 คน (95% CI 11.79 – 17.88) รองลงมาคือภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก มีอุบัติการณ์ 10.55 ต่อประชากร 100,000 คน (95% CI 8.71 – 12.75) และภูมิภาคอเมริกา มีอุบัติการณ์ 8.95 ต่อประชากร 100,000 คน (95% CI 6.73 – 11.92) ประมาณ 1 ใน 10,000 คนเป็นโรค นอกจากนี้อุบัติการณ์ของ RRD เพิ่มขึ้นตามเวลา และอาจเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของอัตราการเกิดปัจจุบันภายใน 2 ทศวรรษข้างหน้า⁶ อุตการณ์ของ RRD แตกต่างกันไปตามเชื้อชาติ โดยพบมากในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ผู้ที่มีสายตาสั้นมาก ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นจอตาลอก และผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคบางชนิด เช่น โรคเบาหวาน โรคจอประสาทตาเสื่อมจากวัยสูงอายุ⁷ พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50⁸ ในขณะที่บางงานวิจัยได้กล่าวว่าการมีจอตาบางผิดปกติ การบาดเจ็บที่ดวงตา การเป็นต้อกระจก เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักในการเกิด RRD การเป็น RRD ไม่เกี่ยวข้องกับอายุ และเพศ⁹

จากรายงานการศึกษาความชุกของการเกิด RRD ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทย พบว่ามีอุบัติการณ์ประมาณ 1 :10,000 รายต่อปี^{10,11,12} ความชุกของโรค RRD ในประชากรไทยทั่วไปร้อยละ 0.3 และความชุกของรูรั่วในจอตาของประชากรทั่วไปร้อยละ 5–7¹³

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม การศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดจอตาลอกชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอต่ายังมีการศึกษาน้อยและมีผลการศึกษาที่

ขัดแย้งกันอยู่ ในประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องนี้จำกัด และยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่รายงานความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด RRD ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งเป็นแหล่งรักษาผู้ป่วยโรคตาในภาคเหนือของประเทศไทย ดังนั้น การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด RRD ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จะช่วยให้ทราบถึงสถานการณ์ของการเกิด RRD ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ และใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและดำเนินงานป้องกัน RRD ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และสามารถใช้ในการอ้างอิงสำหรับการศึกษาอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดจอตาลอกชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ ร.พ.มหาราชนครเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) จากข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียนจากโปรแกรม Digicard ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ย้อนหลัง 1 ปีตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจอตาลอกทุกชนิดทุกคน มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 360 คนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ

1. เป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565
2. ไม่จำกัดอายุ

3. มีข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยครบถ้วน ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติครอบครัว ประวัติโรคประจำตัว และประวัติการรักษา เป็นต้น

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์
2. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1
3. ผู้ป่วยโรคต้อหิน ต้อกระจก ต้อเนื้อ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์เอกสารเลขที่ 016/2567 ชุดข้อมูลถูกจัดเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยที่ต้องใช้รหัสผ่านในการเปิด ผู้วิจัยจะเก็บรักษาชุดข้อมูลไว้เป็นเวลา 2 ปี และจะทำลายทิ้งโดยการลบไฟล์ออกจากคอมพิวเตอร์ หากจะจัดส่งชุดข้อมูลไปยังหน่วยงานหรือบุคคลอื่นภายนอกคณะแพทยศาสตร์ ผู้วิจัยจะต้องจัดทำเอกสารข้อตกลงการใช้และแบ่งปันข้อมูล (Data use and sharing agreement) และชุดข้อมูลที่จะจัดส่งจะต้องอยู่ในรูปแบบที่ไม่ระบุชื่อหรือส่วนที่ทำให้รู้ว่าเป็นข้อมูล ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ รวบรวมข้อมูลเวชระเบียนออนไลน์จากโปรแกรม Digicard ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้วิจัยจะทำการบันทึกข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเป็นโรคเบาหวาน ภาวะการเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา
2. แบบบันทึกข้อมูลทางจักษุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การมีภาวะสายตาสั้น ประวัติการผ่าตัดในลูกตา ประวัติการ

บาดเจ็บ/อุบัติเหตุที่ลูกตา และมีเนื้องอกหรือเป็นมะเร็งในร่างกาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Content validity) ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จักษุแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจักษุ 1 ท่าน ได้ค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 นำมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำมาใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางจักษุวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด RRD วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test หรือ Fisher-exact test ในกรณีที่พบว่ามีค่าไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของ Chi-square test

3. วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด RRD และใช้การถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic Regression) เพื่อหาอัตราส่วนความเสี่ยง (odds ratio) ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด RRD ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยด้าน เพศ อายุ การดื่มแอลกอฮอล์ การเป็นโรคเบาหวาน การเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ภาวะสายตาสั้น ประวัติการผ่าตัดในลูกตา และประวัติการบาดเจ็บ/อุบัติเหตุที่ลูกตา มีความสัมพันธ์กับการเกิด RRD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่การสูบบุหรี่และการเป็นมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิด RRD ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด RRD (n=306 คน)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	RRD (n=228)	ไม่ใช่ RRD (n=78)	
เพศ^a			.002
ชาย	148(64.91)	35(44.87)	
หญิง	80(35.09)	43(55.13)	
อายุ^b (ปี)			<.001
<60 ปี	99(43.42)	58(74.36)	
≥60 ปี	129(56.58)	20(25.64)	
การสูบบุหรี่^a			0.75
สูบ	16(7.02)	7(8.97)	
ไม่สูบ	212(92.98)	71(91.03)	
การดื่มแอลกอฮอล์^a			0.03
ดื่ม	52(22.81)	8(10.26)	
ไม่ดื่ม	176(77.19)	70(89.74)	
การเป็นโรคเบาหวาน^a			<.001
เป็น	35(15.35)	7(8.97)	
ไม่เป็น	193(84.65)	71(90.03)	

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	RRD (n=228)	ไม่ใช่ RRD (n=78)	
การเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา* ^a			<.001
เป็น	16(7.02)	71(91.03)	
ไม่เป็น	212(92.98)	7(8.97)	
การมีภาวะสายตาสั้น* ^b			<.001
เป็น	22(9.65)	0(0.00)	
ไม่เป็น	206(90.35)	78(100)	
ประวัติการผ่าตัดในลูกตา* ^a			<.001
เคย	79(34.65)	6(7.69)	
ไม่เคย	149(65.35)	72(92.31)	
ประวัติการบาดเจ็บ/อุบัติเหตุที่ลูกตา* ^b			<.001
เคย	48(21.05)	3(3.85)	
ไม่เคย	180(78.95)	75(96.15)	
มีเนื้องอกหรือเป็นมะเร็ง ^b			0.57
เป็น	3(1.32)	0(0.00)	
ไม่เป็น	225(98.68)	78(100.00)	

*a = Chi-square, b = Fisher-exact test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ความชุกของจอตาลอกพบชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตา (Rhegmatogenous Retinal Detachment ;RRD): ชนิดที่ไม่ใช้รูฉีกขาด (Tractional Retinal Detachment ;TRD หรือ Exudative Retinal Detachment ;ERD) คิดเป็นร้อยละ 74.51 : 25.49

หรืออัตราส่วนของ RRD : TRD+ERD คือ 2.92 : 1 หรือ RRD มีจำนวนมากกว่า TRD และ ERD ประมาณ 2.92 เท่า หรือเกือบ 3 เท่า ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความชุกของ RRD (n=306 คน)

ชนิดของจอตาลอก	จำนวน	ร้อยละ
- ชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตา (Rhegmatogenous Retinal Detachment ;RRD)	228	74.51
- ชนิดที่ไม่ใช้รูฉีกขาด (Tractional Retinal Detachment ;TRD หรือ Exudative Retinal Detachment ;ERD)	78	25.49

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยในการทำนายการเกิด RRD ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่าปัจจัยการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับโอกาส

ที่ลดลงของ RRD 0.13 เท่า (95%CI=-3.83 ถึง -0.26) และปัจจัยประวัติการผ่าตัดในลูกตาที่ส่งผลกระทบต่อ RRD หรือผู้ป่วยที่มีประวัติการผ่าตัดในลูก

ตามีโอกาสเกิด RRD มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติการผ่าตัดในลูกตา 5.20 เท่า (95%CI=1.39-18.82) ปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ การดื่มแอลกอฮอล์ เบาหวาน การเป็น

โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา สายตาสั้น การบาดเจ็บ/อุบัติเหตุที่ลูกตา และการเป็นมะเร็ง ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยในการทำนายการเกิด RRD (n=306 คน)

ปัจจัย	Odds Ratio	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
เพศ	0.64	-1.46	0.56	0.39
อายุ	1.02	-0.04	0.07	0.53
สูบบุหรี่	0.13	-3.83	-0.26	0.03*
ดื่มแอลกอฮอล์	1.16	-1.24	1.55	0.83
การเป็นเบาหวาน	22102060.6	-14292.49	14326.32	0.99
การเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา	<0.001	-14330.95	14287.86	0.99
ภาวะสายตาสั้น	677166200.0	-38673.03	38713.69	0.10
ประวัติการผ่าตัดในลูกตา	5.20	0.35	2.95	0.01*
การบาดเจ็บ/อุบัติเหตุที่ลูกตา	1.15	-1.64	1.92	0.88
มีเนื้องอกหรือเป็นมะเร็ง	482608100.0	-194989.04	195029.03	0.10

*ที่ระดับนัยสำคัญ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ความชุกของ RRD มีจำนวนมากกว่า TRD และ ERD ประมาณ 2.92 เท่า หรือเกือบ 3 เท่า น้อยกว่าการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่พบอุบัติการณ์ของการผ่าตัด RRD: TRD เท่ากับ 20.72 : 1.25 หรือ incidence ของการผ่าตัดจอตาลอกชนิด RRD มีค่ามากกว่าการผ่าตัดจอตาลอกชนิด TRD จำนวน 16.58 เท่า⁷ จากการศึกษาประเทศไนจีเรีย พบว่าความชุกของอัตราการตาบอดในดวงตาข้างเดียว TRD + ERD มากกว่า RRD 2.59 เท่า¹⁴ ตาบอดทั้งสองข้างในผู้ป่วยจอตาลอกชนิด RRD ร้อยละ 85.7 TRD ร้อยละ 71.1 และชนิด ERD ร้อยละ 50 ความชุก อัตราการตาบอดใน RRD ที่สูงกว่าชนิดอื่นในงานวิจัยนี้อาจเนื่องมาจากธรรมชาติของโรคหรือปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ในกลุ่ม

ประชากรที่ทำการศึกษา เช่น อายุ เพศ หรือการประสบอุบัติเหตุทางตา¹⁵

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับการเกิด RRD ได้แก่ เพศ อายุ การดื่มแอลกอฮอล์ การเป็นโรคเบาหวาน การเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ภาวะสายตาสั้น การผ่าตัดตา และการได้รับบาดเจ็บที่ตา ขณะที่การสูบบุหรี่และการเป็นมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิด RRD ผลการวิจัยอาจเนื่องมาจาก ปัจจัยด้านเพศชาย อายุมากกว่า 60 ปี มีวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุราซึ่งเป็นที่ยอมรับในบางพื้นที่ของภาคเหนือ อาจส่งผลต่อสุขภาพดวงตาในระยะยาวมากกว่าเพศหญิง ผลการศึกษาพบการดื่มสุรามากกว่าร้อยละ 80 อีกทั้งการประกอบอาชีพและสภาพแวดล้อม ส่วนใหญ่เพศชายมักทำงานกลางแจ้ง ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่มีโอกาสได้รับ

บาดเจ็บบริเวณดวงตาได้ง่าย เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 65.36 และเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร้อยละ 71.75 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด RRD อาจรวมถึงสภาวะแวดล้อม เช่น ปัญหามลพิษทางอากาศจากหมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็กในปัจจุบัน หรือที่เรียกว่า PM 2.5 อาจทำให้เกิดการระคายเคืองและอาการแทรกซ้อนต่อดวงตาได้ อาจเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ชายวัยสูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด RRD มากกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศได้แก่ ประเทศปากีสถานพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ RRD คือ อายุ การบาดเจ็บและการผ่าตัดลูกตา¹⁶ เพศชายเกิด RRD และเกิดจอตาแตกมากกว่าเพศหญิง¹⁷ การศึกษาในประเทศสกอตแลนด์ RRD เกิดขึ้นในเพศชายร้อยละ 62.8 และเพิ่มขึ้นมากที่สุดที่สุดในเพศชายอายุ 50–59 ($p = 0.0094$), 60–69 ($p = 0.0395$) และเพศหญิงอายุ 40–49 ($p = 0.0312$) และ 50–59 ($p = 0.0024$)¹⁸ ต่างจากการศึกษาของประเทศญี่ปุ่นที่พบว่า RRD พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย¹⁹ และเพศหญิงมีโอกาสได้รับการผ่าตัดน้อยกว่าเพศชายร้อยละ 34 นอกจากนี้เพศหญิงยังมีแนวโน้มที่จะได้รับการผ่าตัดล่าช้ากว่าเพศชายอีกด้วย²⁰ หรือการศึกษาของชาฮิดและคณะที่พบว่า อายุเพศ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ RRD และพบมากในผู้ป่วยอายุน้อย⁹

ปัจจัยในการทำนายการเกิด RRD คือ การมีประวัติการผ่าตัดในลูกตามีโอกาสเกิด RRD มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติการผ่าตัดในลูกตา 5.10 เท่า (95%CI=1.39–18.82) มากกว่าการศึกษาในต่างประเทศที่พบความเสี่ยงของการเกิด RRD หลังการผ่าตัดเลนส์อยู่ที่ประมาณ 2.3 เท่า²¹ หรือจากการศึกษาความชุกของ RRD หลังการผ่าตัดแก้ไขสายตาคัดตาด้วยการฝัง ICL (implantable collamer lens) ในผู้ป่วยที่มีสายตาสั้นสูงพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีโอกาสดังกล่าวเกิด RRD มากกว่าผู้ไม่ผ่าตัดเพียง 1.39 เท่า²² ผลการศึกษาอาจเนื่องมาจากการผ่าตัดตา

ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างตา²³ การอักเสบ การเกิดพังผืด การเปลี่ยนแปลงในความดันลูกตา และการหลุดลอกของวุ้นตา การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้สามารถทำให้จอตาเปราะบางและเสี่ยงต่อการฉีกขาดมากขึ้น ส่วนปัจจัยการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับโอกาสที่ลดลงของ RRD อาจเป็นไปได้ว่ามีความคลาดเคลื่อนในการให้ข้อมูล ความแม่นยำ ความละเอียดถูกต้องด้านการสูบบุหรี่หรือการเข้าใจไม่ตรงกันของการชักประวัติซึ่งต่างกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการหลุดของจอประสาทตาในระยะเริ่มแรกและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา เช่น โรคจอประสาทตาเสื่อม (PVR)²⁴ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็น RRD²⁵ และเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ภายหลังการผ่าตัดเพื่อเอาจอประสาทตาออกอีกด้วย²⁶

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองและติดตามผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด RRD โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติการผ่าตัดในลูกตา เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดตาอย่างใกล้ชิด
2. ควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) เพื่อติดตามผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงและศึกษาการพัฒนาของ RRD ในระยะยาว รวมถึงศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการคัดกรองและป้องกัน RRD ในประชากรทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
3. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และ RRD โดยควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนอื่นๆ ให้มากขึ้น เพื่อให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพโดยรวม
4. ควรให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการเบื้องต้นของ RRD เพื่อให้สามารถสังเกตอาการและเข้ารับการรักษาได้ทันเวลาที่ และ

ส่งเสริมการตระหนักรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการ
ดูแลสุขภาพตาในกลุ่มเสี่ยง

เวชระเบียนที่อาจไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะการให้ข้อมูล
เกี่ยวกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่ม
แอลกอฮอล์ของผู้ป่วย

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา
แบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study)
ซึ่งทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนได้ทั้งหมด
และอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในข้อมูลที่ได้จาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ หอผู้ป่วยจักษุ งานการพยาบาล
ผู้ป่วยทั่วไป ฝ่ายการพยาบาล และผู้ร่วมวิจัยที่ทำให้
งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Kashyap A, Sharma KN. Retinal detachment demystified: Doctor's secret guide. Virtued Press; 2023.
2. Du Y, Mo X-H, Li X-L, Zeng J, Luo W, Huang M-L. Vision-related quality of life and depression in rhegmatogenous retinal detachment patients. *Medicine (Baltimore)*. 2019 [cited 2024 June 2]; 98: e14225. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000014225>
3. Han X, Ong J-S, An J, Craig JE, Gharahkhani P, Hewitt AW, et al. Association of myopia and intraocular pressure with retinal detachment in European descent participants of the UK biobank cohort: A Mendelian randomization study. *JAMA Ophthalmol*. 2020; 138: 671.
4. Sung J-Y, Lee M-W, Won Y-K, Lim H-B, Kim J-Y. Clinical characteristics and prognosis of Total Rhegmatogenous retinal detachment: a matched case-control study. *BMC Ophthalmol*. 2020 [cited 2024 June 9]; 20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12886-020-01560-4>
5. Ge JY, Teo ZL, Chee ML, Tham Y-C, Rim TH, Cheng C-Y, et al. International incidence and temporal trends for rhegmatogenous retinal detachment: A systematic review and meta-analysis. *Surv Ophthalmol*. 2024;69(3): 330-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.survophthal.2023.11.005>
6. Ludwig CA, Vail D, Al-Moujahed A, Callaway NF, Saroj N, Moshfeghi A, et al. Epidemiology of rhegmatogenous retinal detachment in commercially insured myopes in the United States. *Sci Rep*. 2023 [cited 2024 June 9]; 13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-023-35520-x>
7. van Leeuwen R, Haarman AEG, van de Put MAJ, Klaver CCW, Los LI, Dutch Rhegmatogenous Retinal Detachment Study Group. Association of rhegmatogenous retinal detachment incidence with myopia prevalence in the Netherlands. *JAMA Ophthalmol*. 2021; 139: 85.
8. Nielsen BR, Alberti M, Bjerrum SS, la Cour M. The incidence of rhegmatogenous retinal detachment is increasing. *Acta Ophthalmol*. 2020; 98: 603-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/aos.14380>

9. Shahid A, Iqbal K, Iqbal SM, Ghaffar Z, Tariq M, Jehanzeb Tahir M, et al. Risk factors associated with rhegmatogenous retinal detachment. Cureus. 2022 [cited 2024 June 26]; Available from: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.23201>
10. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลราชวิถี. รายงานสถิติประจำปีงบประมาณ 2564. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rajavithi.go.th/rj/?p=21649>
11. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://drive.google.com/file/d/1pAU6Y9PFJvqnxUtt56sXSpiuw9rnNyh2/view>
12. Somboonthanakij, S., Chanwimol, K., & Jiranaisilawong, P. Impact of the COVID-19 pandemic on the number, clinical characteristics, surgical types, and anatomical outcome of patients with primary rhegmatogenous retinal detachment during and after COVID-19 lockdown in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand, 2023; 106: 467–475.
13. ญาณภา อินทจักร. ผลการผ่าตัดรักษาโรคจอตาลอกหลุดชนิดมีรูในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ปี พ.ศ. 2561. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563; 39: 202–212.
14. Ibanga A, Okonkwo ON, Ovienria W, Oyekunle I, Akanbi T, Nkanga D, et al. The fellow eye of retinal detachment patients: Vision and clinical presentation. Niger J Clin Pract. 2023; 26: 1342–7. Available from: http://dx.doi.org/10.4103/njcp.njcp_101_23
15. Ratra D. Principles of vitrectomy for diabetic tractional retinal detachment. Singapore: Springer Nature Singapore; 2023.
16. Wasim S, Ghayoor I, Shakir M, Afza R, Ali W. Factors predisposing to rhegmatogenous Retinal Detachment in a tertiary care hospital of Pakistan: <http://doi.org/10.36351/pjo.v37i2.1172>. pak J Ophthalmol. 2021; 37. Available from: <http://dx.doi.org/10.36351/pjo.v37i2.1172>
17. Saraf SS, Lacy M, Hunt MS, Lee CS, Lee AY, Chee YE, et al. Demographics and seasonality of retinal detachment, retinal breaks, and posterior vitreous detachment from the Intelligent Research in Sight Registry. Ophthalmol Sci. 2022; 2: 100145. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.xops.2022.100145>
18. El-Abiary M, Shams F, Goudie C, Yorston D. The Scottish RD survey 10 years on: the increasing incidence of retinal detachments. EYE. 2023; 37: 1320–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41433-022-02123-1>
19. Ideta H, Yonemoto J, Tanaka S, Hirose A, Oka C, Sasaki K. Epidemiologic characteristics of rhegmatogenous retinal detachment in Kumamoto, Japan. Arbeitsphysiologie. 1995; 233: 772–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/bf00184088>

20. Callaway NF, Vail D, Al-Moujahed A, Ludwig C, Ji MH, Mahajan VB, et al. Reply to comment on: Sex differences in the repair of retinal detachments in the United States. *Am J Ophthalmol*. 2021; 224: 345–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajo.2020.09.013>
21. Olsen T. The incidence of retinal detachment after cataract surgery. *Open Ophthalmol J*. 2012; 6: 79–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.2174/1874364101206010079>
22. Arrevola-Velasco L, Beltrán J, Rumbo A, Nieto R, Druchkiv V, Martínez de la Casa JM, et al. Ten-year prevalence of rhegmatogenous retinal detachment in myopic eyes after posterior chamber phakic implantable collamer lens. *J Cataract Refract Surg*. 2023; 49: 272–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.jcrs.0000000000001099>
23. Sultan ZN, Agorogiannis EI, Iannetta D, Steel D, Sandinha T. Rhegmatogenous retinal detachment: a review of current practice in diagnosis and management. *BMJ Open Ophthalmol*. 2020; 5:e000474. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjophth-2020-000474>
24. Xiang J, Fan J, Wang J. Risk factors for proliferative vitreoretinopathy after retinal detachment surgery: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2023; 18: e0292698. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0292698>
25. Charters L. Identifying risk factors for development of rhegmatogenous retinal detachments in fellow eyes. *Modern Retina*. 2022 [cited 2024 June 26]. Available from: <https://www.modernretina.com/view/identifying-risk-factors-for-development-of-rhegmatogenous-retinal-detachments-in-fellow-eyes>
26. Essex RW, Okada M, Paul R, Sumpton C, Hicks A. Daily tobacco smoking is associated with retinal detachment surgery failure. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2020 [cited 2024 June 26]; 61: 1411–1411. Available from: <https://iovs.arvojournals.org/article.aspx?articleid=2769668>

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วย ที่มีแผลเบาหวานที่เท้า หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสกลนคร

วิสัยวรรณ พรหมน้อย¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือนมีนาคมถึงมิถุนายน พ.ศ.2567 จำนวน 35 คน ระยะเวลาในการวิจัย 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้โรคเบาหวาน 15 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 3) เครื่องมือกำกับการวิจัยเพื่อบันทึกข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกการตรวจเท้าและการดูแลเท้า แบบบันทึกการบริหารเท้าบนเก้าอี้ 10 ท่า และแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ dependent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้โรคเบาหวาน ก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ระดับปานกลาง ($SD = 1.24$) หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ระดับสูง ($SD = 0.77$) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลเท้าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัว เพื่อให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเท้าของตนเองในการป้องกันเกิดแผลที่เท้าและลดความพิการ

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้, การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้า, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสกลนคร

วันที่รับบทความ
15 กรกฎาคม 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข
26 สิงหาคม 2567

วันที่ตอบรับบทความ
29 สิงหาคม 2567

โรงพยาบาลสกลนคร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: nidwilaiwon@gmail.com โทร. 081-8720892

Effects of a Program to Provide Knowledge and Promote Behavior Taking Care for Foot Wounds among Diabetic Patients, Female Surgery ward 1, Sakon Nakhon Hospital

Wilaiwon Promnoi¹

Abstract

This quasi-experimental, one group pretest-posttest research design, aimed to study the effects provide knowledge and promote behavior taking care for foot wounds among diabetic patients, Female Surgery ward 1, Sakon Nakhon Hospital . The participants were 35 patients with diabetic foot ulcers, who received an eight-week diabetic foot care program between March 2024 to June 2024. Data were collected using 1) program to provide knowledge and promote behavior taking care for foot wounds among diabetic patients 2) Questionnaires assessing diabetic knowledge with 15-items and foot self-care behaviors for patients with diabetic foot ulcers 3) Diabetic foot and foot self-care exam record, 10 chair stretches record, and telephone follow-up record. Data were analyzed using descriptive statistics and dependent t-test.

The study results showed that the experimental group had a moderate average score on diabetes knowledge before receiving the program (SD = 1.24), which increased to a high average score after the program (SD = 0.77), with a statistically significant difference ($p < 0.001$). Regarding foot care behavior, after receiving the foot care promotion program for diabetic patients with foot ulcers, the average score was significantly higher than before receiving the program ($p < 0.001$).

The result of this study suggested that the program could be applied with diabetic patients as well as family members in order to gain foot care knowledge and promote healthy foot self-care behaviors for foot wound protection and disability prevention.

Keywords: Educational Program, Foot Care Behavior Promotion, Patients with diabetes mellitus, Female Surgical Ward 1 Sakon Nakhon Hospital

Received
15 July 2024

Revised
26 August 2024

Accepted
29 August 2024

¹Sakon Nakhon Hospital, Corresponding author e-mail; nidwilaiwon@gmail.com Tel. 081-872089

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก สมาพันธ์เบาหวานโลกรายงานว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน 463 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 700 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2588¹ ในปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานในประชากรอายุ 20-79 ปี เพิ่มขึ้นจากปี 2562 เป็นร้อยละ 16² โดยในเพศหญิงมีความชุกมากกว่าเพศชาย อัตราตายจากโรคเบาหวานพบร้อยละ 4 หรือ 1.6 ล้านคน² ในช่วงชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเป็นแผลที่เท้าร้อยละ 15 และมีโอกาสถูกตัดเท้าและขา ร้อยละ 85³ แผลที่เท้าเป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมากที่สุดกว่าภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อุบัติการณ์พบว่า การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 20-30 พบความชุกจากภาวะปลายเส้นประสาทเสื่อมหรือร่วมกับภาวะเส้นเลือดแดงส่วนปลายตีบร้อยละ 3-8²

แผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลสกลนคร ผู้ป่วยที่รับไว้เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปให้บริการรักษาภายในจังหวัดและจังหวัดใกล้เคียง ให้การรักษาด้วยยาและการผ่าตัด พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นแผลเบาหวานที่เท้ามีจำนวนเพิ่มขึ้น สถิติผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีแผลที่เท้าในปีงบประมาณ 2564 – 2566 จำนวน 408, 402 และ 550 ราย ได้รับการตัดนิ้วเท้า จำนวน 91, 153 และ 164 ตัดบริเวณใต้เท้า จำนวน 8, 19 และ 37 ตามลำดับ จำนวนวันนอนเฉลี่ย 20 วัน ค่าใช้จ่าย 52,092 บาทต่อราย⁴ จากข้อมูลจะเห็นว่าแนวโน้มผู้ป่วยแผลเบาหวานที่เท้าถูกตัดขาได้เข้าเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม จึงจำเป็นต้องป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วย⁵⁻⁶ จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 รับผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าเริ่มในปี งบประมาณ 2564 พบผู้ป่วยแผลเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2564 – 2566 จำนวน 101, 140 และ 143 ได้รับการตัดนิ้วเท้า 31, 42 และ 48 ตัดขาบริเวณใต้เท้าจำนวน 4, 4 และ

12 ตามลำดับ ซึ่งแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลทำความสะอาดแผล ให้ยาตามแผนการรักษา ฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดอยู่ในภาวะปกติและรับประทานอาหารตามโภชนาจัดเตรียมให้ในแต่ละมื้อ จากการซักประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการมีแผลที่เท้าในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสกลนครพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแผลที่หัวแม่เท้าและเคยได้รับการผ่าตัดตกแต่งแผลที่เท้ามาก่อน ทำให้รูปทรงและลักษณะของนิ้วเท้าโดยเฉพาะนิ้วหัวแม่เท้าจะบิดออกด้านนอก ผิวหนังบริเวณหลังเท้าสีเข้มขึ้น บริเวณฝ่าเท้าจะหนาตัวขึ้น บางรายมีรอยตาปลาหรือแตกกระแหง และซอกนิ้วไม่ได้รับการดูแลเพราะกลัวน้ำถูกบริเวณแผลจะทำแผลหายช้า เมื่อซักประวัติถึงสาเหตุการเกิดแผลที่เท้าผู้ป่วยไม่สามารถระบุระยะเวลาที่เกิดได้

จากการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมาพบว่า การป้องกันเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่เกณฑ์ปกติและการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเท้าเพื่อลดปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าเพราะผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีอาชีพทำไร่ทำนา พฤติกรรมดูแลเท้าไม่เหมาะสม ได้แก่ การเดินเท้าเปล่า หลังกลับจากการทำงานไม่ได้ดูแลรักษาความสะอาดเท้า การใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสมและการตัดเล็บหรือทำเล็บไม่ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้า⁶ ไม่ตรวจเท้าด้วยตนเองรวมทั้งไม่บริหารเท้า ทำให้การไหลเวียนเลือดส่วนปลายไม่ดี ส่งผลให้เส้นเลือดแข็งและตีบเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความผิดปกติของเส้นประสาทรับความรู้สึกจะทำให้มีผลต่อระบบประสาทที่มาควบคุมกระบวนการหายของแผล ทำให้หลอดเลือดขยายตัว สูญเสียการสังเคราะห์ collagen กระบวนการต่อต้านเชื้อโรคลดลง และการรับความรู้สึกลดลงทำให้เกิดแผลเรื้อรังที่เท้า หากการรักษาล่าช้าอาจนำไปสู่การถูกตัดขาจากภาวะการติดเชื้อ⁷⁻⁸ ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานควรเอาใจใส่ดูแลเท้าที่เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผลที่เท้าลด

ความเสี่ยงในการตัดขาและนิ้วเท้าได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาการให้ความรู้และการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าที่ผ่านมาพบว่า ระยะเวลาของโปรแกรมการดูแลเท้าใช้เวลา 5-12 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผล ส่วนใหญ่เน้นด้านการให้ความรู้ ลักษณะของกิจกรรมได้แก่การออกกำลังกายเช่น การเดิน การวิ่งเหยาะและแกว่งแขน และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ จากการศึกษาพบว่าการบริหารเท้าบนเก้าอี้ 10 ท่าช่วยในการเหยียดยืดกล้ามเนื้อและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนขาและเท้าทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดที่เท้าดีขึ้นและไม่เกิดแรงกระแทกบริเวณเท้า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติช่วยให้กระบวนการหายของแผลเบาหวานดีขึ้น สามารถลดวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁸ แนะนำควรออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายช่วยให้กล้ามเนื้อใช้น้ำตาลเป็นพลังงานมากขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานได้สอดคล้องกับผลงานของต้องจิตร์ เอี่ยมสมบูรณ์⁹ การวิจัยแบบกึ่งทดลองใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติและการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลเท้าและแผลที่เท้าด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่พบการเกิดแผลใหม่ และกลุ่มทดลองไม่พบการลุกลามของแผล ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 13.3 พบการลุกลามของแผล แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p < 0.12$) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าด้วยหอผู้ป่วย

ศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสกลนคร เป็นหน่วยงานในแผนกศัลยกรรมที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยหญิงที่มีแผลเบาหวานที่เท้า และมีความต้องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวให้มีความรู้และพฤติกรรมดูแลเท้าได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดแผลที่เท้าซ้ำ ลดความพิการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า รวมทั้งพัฒนาคุณภาพการให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าของพยาบาลในโรงพยาบาลสกลนครต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลเท้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ของ Bandura ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากความเชื่อในความสามารถของตนเอง (efficacy beliefs) ว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จตามเป้าหมาย และคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) ซึ่งการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถพัฒนาได้ โดยประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และการส่งเสริมสภาวะทางอารมณ์ (Emotional arousal) ซึ่งส่งผลให้เกิดกระบวนการทางปัญญา (cognitive processing)

พิจารณาตัดสินความสามารถของตน เพื่อลงมือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ดังนั้น เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยที่มีแผลเบาหวานที่เท้าเกิดแผลซ้ำ การให้ผู้ป่วยที่มีแผลเบาหวานที่เท้าได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้า¹⁰ และเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติตามการดูแลเท้าได้¹¹ ร่วมกับการได้แรงเสริมอย่างมีประสิทธิภาพจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งการได้เห็นต้นแบบที่เป็นสัญลักษณ์ เช่น สื่อต่างๆ และบุคคลต้นแบบ เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินและการดูแลเท้า ตลอดจนการได้รับคำพูดชักจูง และการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่มีแผลเบาหวานที่เท้า เพื่อให้เห็นถึง

ความสำคัญของกิจกรรม ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น และทำให้เกิดประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง พร้อมกับมีการอภิปราย และโทรศัพท์เพื่อติดตามการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การดูแลเท้า และให้มีความกำลังใจ รวมถึงการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน จนผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลเท้าอย่างต่อเนื่อง¹² และเน้นให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักรู้ในตัวเอง ใช้ความสามารถตนเอง เพื่อควบคุมพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) จะส่งผลให้สามารถป้องกันการเกิดแผลซ้ำได้ดังรูป

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า (8 สัปดาห์)

1. การใช้คำพูดโน้มน้าวให้เห็นความสำคัญของการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลัก 3อ. 2ส. การประเมินและการดูแลเท้า การบริหารเท้าบนเก้าอี้ 10 ท่าผ่านวิดีโอทัศน์และแผ่นพับ คู่มือความรู้โรคเบาหวาน
2. การให้กำลังใจและการเห็นต้นแบบจากผู้ป่วยที่มีแผลเบาหวานที่เท้า สาธิตการประเมินเท้า การดูแลเท้า และการบริหารเท้าบนเก้าอี้ พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
3. การสร้างประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง มอบหมายการดูแลสุขภาพเท้า การประเมินเท้า การดูแลเท้า การบริหารเท้าบนเก้าอี้ 10 ท่า ครั้งละ 30 นาที ทุกวัน ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล
4. ติดตามเยี่ยมอาการต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยการโทรติดตามเยี่ยมและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่ออยู่ที่บ้าน



- พฤติกรรมการดูแลเท้า ↑
- ความรู้การดูแลเท้า ↑

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (One group pre-test post-test) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคัดครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่น้อยกว่า 1 ปีและมีแผลเบาหวานที่เท้า เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวน 44 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็น โรคเบาหวานไม่น้อยกว่า 1 ปี และที่มีแผลเบาหวานที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสกลนครอายุ 20 ปี ขึ้นไป ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวน 38 ตัวอย่าง โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วม

โครงการ (Inclusion criteria)

1. เลือกแบบเจาะจงผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลเบาหวานที่เท้า ที่อายุ 20 ปี ขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นแผลเบาหวานที่เท้า ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม เช่น แขนขาพิการ อัมพาต ไตวายที่ต้องฟอกไต เป็นต้น

2. ผู้ป่วยสมัครใจให้ความร่วมมือ และสื่อสารภาษาไทยได้

3. มีโทรศัพท์มือถือถือ (Smart phone) และสามารถใช้งานโทรศัพท์มือถือได้

4. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจาก

โครงการ (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นการวิจัย

2. ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง มีอาการรุนแรงของโรค

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จาก G*power(Faul,et.al.,2007) โดยใช้สถิติ Independent t-test ค่า effect size จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน¹² คือผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เท่ากับ 0.05 Power .95 ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้ กลุ่มตัวอย่าง 32 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 20 เปอร์เซนต์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจถอนตัวออกจากงานวิจัยเพิ่มอีก 6 คน สรุปได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าขณะทดลองผู้ป่วยมีอาการ

ทรุดลงต้องได้รับการฟอกเลือด 1 รายและ ได้รับการผ่าตัดขาได้เข้า 2 รายจากภาวะแผลลุกลาม เหลือกลุ่มทดลอง 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือ 3 ชุดประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยที่มีแผลเบาหวานที่เท้า ซึ่งดัดแปลงจากผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพเท้าและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด¹⁴⁻¹⁵ ประกอบด้วย คู่มือสำหรับผู้ป่วยเบาหวานสร้างโดยผู้วิจัย เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินการดูแลสุขภาพเท้า การบริหารเท้าบนเก้าอี้ 10 ท่า ซึ่งสาธิตโดยผู้วิจัยและผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นต้นแบบ พร้อมมอบหมายให้กลุ่มทดลองประเมินและดูแลเท้า และบริหารเท้าบนเก้าอี้ 10 ท่า ปฏิบัติอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ขณะที่นอนรักษาในโรงพยาบาล จากนั้นจะมีการติดตามเยี่ยมอาการต่อเนื่อง โดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่สร้างโดยผู้วิจัยเป็นคำถามปลายปิดรูปแบบตรวจรายการ (Checklist Questions) โดยเป็นคำถามที่มีหลายคำตอบให้เลือก (Multiple Choice Questions) ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ยาที่ใช้ในการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษาและโรคประจำตัวอื่นๆ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้โรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ของคณะ

เจ้าหน้าที่รพ.สต.บ้านท่าขาม¹⁵ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและจากการทบทวนตำราและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การศึกษาดำรง และการทบทวนงานวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา เป็นแบบทดสอบแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ช่วงคะแนน 0 – 15 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ประเมินของ (Bloom (1971)¹⁶⁻¹⁷ แปลผลดังนี้

ระดับสูง หมายถึง ร้อยละ 80 ขึ้นไป

(ตอบถูก 12-15 ข้อ)

ระดับปานกลาง หมายถึง ร้อยละ 60-79

(ตอบถูก 6-11 ข้อ)

ระดับต่ำ หมายถึง ต่ำกว่าร้อยละ 60

(ตอบถูก 0- 5 ข้อ)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเท้าของนอเดีย รอนิง¹⁴ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 ประกอบด้วย การตรวจเท้า 5 ข้อ การป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและการดูแลเล็บเท้า 4 ข้อ การดูแลเท้าเมื่อมีความผิดปกติ 4 ข้อ การใส่รองเท้า 3 ข้อ และการส่งเสริมการไหลเวียนเลือด 4 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกในลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert's 5 rating scale 5 ระดับปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติส่วนใหญ่ ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติบางครั้งไม่ปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1981)¹⁸⁻¹⁹ แปลผลดังนี้

ระดับสูง หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.67 – 4.00

ระดับปานกลาง หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.66

ระดับต่ำ หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 0.00– 1.33

3. เครื่องมือกำกับการวิจัยเพื่อบันทึกข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการตรวจเท้าและการดูแลเท้า

แบบบันทึกการบริหารเท้าบนเท้า 10 ท่าและแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม และอาจารย์พยาบาล ช่วยพิจารณาตรวจสอบคุณภาพความถูกต้องความเหมาะสม ครอบคลุมเนื้อหาตรงกับวัตถุประสงค์ที่ศึกษาและความชัดเจนของภาษาโดยแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลเท้า โดยค่าแบบประเมินระดับความคิดเห็น IOC แก้ไขปรับปรุงให้เท่ากับ 1

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่โครงการวิจัยSKNHREC No.130/2566 รับรองวันที่ 15 มีนาคม 2567 ถึง 15 มีนาคม 2568 โดยกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ดูแลในครอบครัวจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงชื่อยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา มีการปกปิดข้อมูล ไม่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและอันตรายต่อร่างกายหากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจถอนตัวได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใดในโรงพยาบาลและหากมีข้อสงสัยผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยการหาค่าความถี่และร้อยละ การประเมินความรู้โรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ dependent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิงรับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสกลนคร เป็นผู้ป่วยที่มีแผลเบาหวานที่

เท้า จำนวน 35 คนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยที่มีแผลเบาหวานที่เท้าขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้โรคเบาหวานมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้ามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) หลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าไม่เกิดแผลซ้ำ

1. **ข้อมูลทั่วไป** ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า อายุระหว่างมากกว่า 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 36 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 37 สถานภาพคู่ร้อยละ 77 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 94 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 77 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 80 ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 54 การออกกำลังกายวันละ 30 นาที มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 11 มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงพบร้อยละ 31 ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและไตเสื่อมยังไม่ต้องฟอกเลือดพบร้อยละ 17

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้า

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	35	100
อายุ (ปี)		
31-40	2	6
41-50	7	20
51-60	13	37
61-70	11	31
71-80	2	6
สถานะภาพ		
โสด	2	6
คู่	27	77
หย่าร้าง	2	6
หม้าย	4	11
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	33	94
อนุปริญญา	1	3
ปริญญาตรี	1	3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรม
การดูแลเท้า (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน/ว่างงาน	7	20
เกษตรกรรวม	27	77
ลูกจ้าง/รับจ้าง	1	3
รายได้		
ไม่มีรายได้	2	6
รายได้เฉลี่ยกว่า 5,000 บาท/เดือน	28	80
รายได้เฉลี่ยกว่า 5,000 บาท/เดือน	5	14
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคเบาหวาน		
ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยน้อยกว่า 10 ปี	16	46
ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 10 ปี	19	54
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	35	100
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่มสุรา	35	100
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	31	89
ออกกำลังกายมากกว่า 3 วัน/ สัปดาห์	4	11
การรับยารักษาโรคเบาหวาน		
ชนิดกิน	29	83
ชนิดฉีด	5	14
รักษาทั้งกินและฉีดยาเบาหวาน	1	3
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มี	8	23
ความดันโลหิตสูง	5	14
ไขมันในเลือดสูง	2	6
ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง	11	31
ความดันโลหิตสูง, โรคไตเสื่อมระยะไม่ต้องฟอกเลือด	3	9
ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, ไตเสื่อมระยะไม่ต้องฟอกเลือด	6	17

2. ความรู้โรคเบาหวาน ผลการศึกษาความรู้โรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ก่อนได้รับโปรแกรมผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ระดับปานกลาง 11.40 (SD =1.24) หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ระดับสูง 14.23 (SD =.77) และ

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -14.55, p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง (n = 35)

ความรู้โรคเบาหวาน	Mean	SD	t	df	p-value*
ก่อนการทดลอง	11.40	1.24	-14.55	34	< 0.001
หลังการทดลอง	14.23	0.77			

*กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. พฤติกรรมการดูแลเท้า

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลเท้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าพบว่ามีความรู้คะแนนการตรวจเท้า การรักษาความสะอาดเท้า

การป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและดูแลเท้า การดูแลเท้าเมื่อมีความผิดปกติ การใส่รองเท้าและการส่งเสริมการไหลเวียนเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.844, -7.647, -12.383, -10.013, -6.063, -21.07$ ตามลำดับ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า (n = 35)

พฤติกรรมการดูแลเท้า	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	df	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
1.การตรวจเท้า	2.43	1.12	3.54	.51	-6.844	34	< 0.001
2.การรักษาความสะอาดเท้า	2.08	3.82	3.07	1.5	-7.647	34	< 0.001
3.การป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและดูแลเท้า	2.75	2.38	4	0	-12.383	34	< 0.001
4.การดูแลเท้าเมื่อมีความผิดปกติ	2.52	1.93	3.24	1.30	-10.013	34	< 0.001
5.การใส่รองเท้า	2.21	1.63	2.50	.97	-6.063	34	< 0.001
6.การส่งเสริมการไหลเวียนเลือด	2.15	2.08	3.25	1.27	-21.07	34	< 0.001

*กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า พบว่ามีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรมดูแลเท้าสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของของ Bandura ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของ

บุคคล เกิดจากความเชื่อในความสามารถของตนเอง (efficacy beliefs) ว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จตามเป้าหมาย และคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) ซึ่งการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถพัฒนาได้ โดยประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) การใช้

คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และการส่งเสริมสภาวะทางอารมณ์ (Emotional arousal) ซึ่งส่งผลให้เกิดกระบวนการทางปัญญา (cognitive processing) พิจารณาตัดสินความสามารถของตน เพื่อลงมือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เช่นเดียวกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและฝึกปฏิบัติดูแลเท้า การบริหารเท้าบนเก้าอี้ 10 ท่า มีการบรรยายนำเสนอเนื้อหาผ่านสื่อ คู่มือแผ่นพับ วิดีทัศน์ประกอบ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าได้เห็นภาพและเสียงทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น การสนทนา ซักถาม มีการอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตัวได้เหมาะสมและการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pander, 1996) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถเปลี่ยนแปลงบุคคลให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปได้เป็นการเพิ่มการดำรงชีวิตอย่างมีเป้าหมาย

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าได้รับโปรแกรม²⁰ ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้า^{5,12,19,20} ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล แผลที่เท้าดีขึ้นตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยรายอื่นเห็นความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมและสามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรค ในการป้องกันการเกิดแผลซ้ำและส่งเสริมให้แผลหายเร็วขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล วันนอนลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น มีการมอบหมายให้ทำกิจกรรมบริหารเท้าบนเก้าอี้ 10 ท่า วันละ 30 นาทีต่อวันอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์อย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามเยี่ยมโดยการโทรศัพท์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้กำลังใจ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้โรคเบาหวานและการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญที่จะต้องติดตามตรวจสอบ

ไปสู่เครือข่ายในระดับปฐมภูมิตัวเองทั่วถึง ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดแผลที่เท้าเพราะเมื่อผู้ป่วยมีแผลจะรักษาเองเมื่อมีอาการลุกลามจะมาพบแพทย์เพื่อทำการรักษาทำให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการทรุดลงและเพื่อป้องกันการถูกตัดขาของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของนาเดีย รอนิง¹⁴ การจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล โดยมีผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนน ($p < 0.001$) แต่จะทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่มีอาการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติตัวเองที่เหมาะสม การศึกษานี้ทำในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่นอนรักษาแผลที่เท้าในโรงพยาบาล พยาบาลต้องเลือกกิจกรรมที่ไม่เสี่ยงต่ออันตรายเท้าข้างที่มีแผลเพื่อให้แผลเบาหวานที่เท้าดีขึ้นตามลำดับ และการบริหารเท้าบนเก้าอี้ 10 ท่า วันละ 30 นาที ในขณะที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้า ทำให้กล้ามเนื้อหดตัว ลดอาการบวมบริเวณเท้า แผลบริเวณเท้าดีขึ้นตามลำดับ การทำกิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้ป่วยรายใหม่ได้เห็นความสำคัญในการร่วมกิจกรรมเพราะได้เห็นอาการแผลที่เท้าและสุขภาพเท้าผู้ป่วยที่เป็นต้นแบบดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยข้างต้นจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และเพื่อการวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานทุกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสกลนครเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ยังไม่มีแผลที่เท้าได้รับการป้องกันไม่ให้เกิดแผลที่เท้าและถ้าเกิดแผลแล้วผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับบริการรักษาไม่ปล่อยให้แผลลุกลามจนถึงต้องได้รับการตัดขา
2. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานควรมีการเยี่ยมผ่านระบบไลน์แอปพลิเคชัน เพื่อจะได้ประเมิน

สุขภาพเท้าและความก้าวหน้าการหายของแผลรวมทั้ง
การสื่อสารที่ชัดเจนขึ้นเพื่อป้องกันการแอบอ้างจาก
กลุ่มมิจฉาชีพ

3. บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการ
ดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรมีการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีการ
ดูแลเท้าอย่างเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า
เพิ่มนำไปสู่ความพิการได้

4. การวิจัยครั้งนี้เป็นการทดลองแบบ 1 กลุ่ม
โดยการวัดผลก่อนและหลังทดลอง จึงยังไม่สามารถ
สรุปได้อย่างหนักแน่น เนื่องจากไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ
กับกลุ่มควบคุมว่าการทดลองนี้ผลที่เกิดขึ้นมาจากการ
ทดลองดังนั้นควรเพิ่มกลุ่มควบคุมการการศึกษา
ครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (IDF: International Diabetes Federation). สถานการณ์โรคเบาหวานปี 2560. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054>.
2. กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2562. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>.
3. สุมาลี เชื้อพันธ์. ผลของโปรแกรมการดูแลเท้าแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมดูแลเท้าสถานะเท้าและระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้า. วารสารสภาการพยาบาล. 2559; 31: 111–123.
4. เวชระเปียน หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสกลนคร. สรุปผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564–2566. โรงพยาบาลสกลนคร; 2566.
5. อุไรวรรณ นนทบุรี, แสงทอง ชีระทองคำ, จิราพร ไลงิงเกอร์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้าง สมรรถนะ แห่งตน ในการดูแลเท้าต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและการสูญเสียความรู้สึกที่เท้าในผู้ป่วยที่เป็น เบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2563; 76–91.
6. ธนาภรณ์ สาลี,เบญจา มุกตพันธุ์, พิษณุ อุดตมะเวทิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้าของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2561; 21: 87–98.
7. สิริอร ช้อย. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลเบาหวานเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา. 2562; 2: 12–21.
8. อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลของ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสมาคม สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 2560; 6: 56–67.
9. ต้องจิตร์ เอี่ยมสมบูรณ์และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าและแผลที่เท้าด้วยตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลกระทุ่มแบนจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2560; 47: 289–300.
10. สุปรียา เลียงดัง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4: 191–204.
11. กรวรรณ ผมทอง, เขมารดี มาสิงบุญ, วไลยา คุณทรงเกียรติ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า. 2562. [5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://nurse.buu.ac.th/rsh/file/journal/0000001102.pdf>

12. กมลวรรณ วงวาส, ศากุล ช่างไม้และ วีนัส สีพหกุล. ผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 2562; 15: 34-45.
13. Pender.N.J. Health promotion in nursing practice. Stanford: Appleton & Lange; 1996.
14. นอเดีย รอนิง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าสุขภาพเท้าและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. 2562. [10 ตุลาคม 2566] เข้าถึงได้จาก https://www.nur.psu.ac.th/researchdb/file_warasarn/15408journal2.pdf
15. กมลพรรณ จักรแก้ว. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานต่ำบลงเหนืออวัยวะสะกิดจังหวัดเชียงใหม่. 2561. [5 ตุลาคม 2566] เข้าถึงได้จาก <http://www.cmruir.cmru.ac.th/bitstream/123456789/1901/1/กมลพรรณ.pdf>
16. Bloom, Benjamin S. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1957.
17. อนุชา คำไสวและคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ต่ำบลงเปลี่ยน อ่างอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการแพรวกาฬสินธุ์. 2560; 4: 316-328.
18. Best, J.W.. Research in Education. New Jersey: Prentice-Hall; 1981.
19. สำรวย กัลยณีและศศิวรรณ ทศนเอี่ยม. ผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3 อ.2 ส.ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่. วารสารราชพฤกษ์. 2562; 17: 95-104.
20. ทศพร ชูศักดิ์, เนตรนภา สาสังข์, และสายสมร เฉลยกิตติ. ผลการใช้โปรแกรมการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการถูกตัดขาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่ำบลงสำโรงชัย อ่างอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. เวชสารแพทย์ทหารบก. 2561; 71: 105-112.

ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จอตาลอกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา

จันทวันต์ พาสพิษณุ¹อิสริย์ ปัญญาวรรณ²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังใช้โปรแกรมการสอนผู้ป่วยจอตาลอกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจอตาลอกที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงมิถุนายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติตัว และโปรแกรมการสอน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที่เหมาะสม

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสอน ระดับความรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยทุกคนในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 100) มีความรู้ในระดับดี เทียบกับร้อยละ 16.67 ก่อนการทดลอง ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย โดยจำนวนคนที่มีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 45.83 คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองระหว่างสองกลุ่มมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ และ $p = 0.05$ ตามลำดับ) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการศึกษาในการเพิ่มพูนความรู้และปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจอตาลอกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา

คำสำคัญ: โปรแกรมการสอน, ความรู้, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยจอตาลอก, การฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคน

วันที่รับบทความ

27 สิงหาคม 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

4 ตุลาคม 2567

วันที่ตอบรับบทความ

21 ตุลาคม 2567

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

²โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: kpanyawan@gmail.com

โทร. 094-6165191

Effect of Education Program on Knowledge and Self-care Behaviors of Patients with Retinal Detachment Who Underwent an Operation of Gas or Silicone Oil Injection

Chantawan Paspisanu¹

Issaree Panyawan²

Abstract

This quasi-experimental research the objectives were to compare knowledge scores within the experimental group and between the experimental and control groups after implementing an educational program for retinal detachment patients who underwent a surgery of gas or silicone oil injection. The sample consisted of 48 retinal detachment patients receiving treatment at the Ophthalmology Ward of Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, divided into experimental and control groups of 24 patients each. Data were collected from January to June 2024. The instruments used included a personal information questionnaire, a knowledge test, a behavioral intention questionnaire, and a teaching program. Data were analyzed using descriptive statistics and appropriate inferential statistics.

The results showed that, after receiving the teaching program, the knowledge level of the experimental group increased significantly, with all patients in the experimental group (100%) having good knowledge compared to 16.67% before the experiment. The control group showed only slight changes, with the number of patients having good knowledge increasing from 16.67% to 45.83%. The mean scores for knowledge and self-care behaviors after the experiment were significantly different between the two groups ($p < 0.001$ and $p = 0.05$, respectively), with the experimental group having higher average scores than the control group. This research demonstrates the effectiveness of the educational program in enhancing knowledge and improving self-care behaviors among retinal detachment patients who underwent surgery with gas or silicone oil injection.

Key word: education program, knowledge, self-care behaviors, retinal detachment, injecting gas or silicone oil

¹Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

²Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Corresponding author e-mail: kpanyawan@gmail.com Tel. 094-616519

บทนำ

จอประสาทตาลอก จอตาลอก หรือ จอตาหลุดลอก (retinal detachment) คือ ภาวะที่จอตาหลุดลอกออกจากผนังลูกตาด้านหลัง ซึ่งเป็นชั้นของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงจอตา ทำให้จอตาบริเวณนั้นขาดสารอาหารและออกซิเจนไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ หากปล่อยทิ้งไว้นาน เซลล์ประสาทตาจะเสื่อมและตายจากการขาดเลือด จอตาบริเวณดังกล่าวอาจจะสูญเสียการทำงานอย่างถาวร¹ จอตาลอกถือเป็นภาวะเร่งด่วนที่ควรได้รับการรักษาโดยเร็ว การรักษาจอตาลอกมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค วิธีการหนึ่งคือการผ่าตัดมีหลักการ คือ ปิดรูฉีกขาด ลดการดึงรั้งของวุ้นตาที่มีต่อจอตา เพื่อให้จอตาราบลง และทำให้จอตากลับไปแนบติดอยู่กับผนังลูกตาเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการลอกหลุดของจอตามากยิ่งขึ้น ซึ่งหลังจากการผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การรักษาได้ผลดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้² สมาคมผู้เชี่ยวชาญด้านจอประสาทตาแห่งอเมริกากล่าวว่า การรักษาด้วยการผ่าตัดซ่อมแซมสามารถประสบความสำเร็จในผู้ป่วย 9 ใน 10 รายในการผ่าตัดเพียงครั้งเดียว

อุบัติการณ์ของโรคจอตาลอกทั่วโลก อุบัติการณ์อยู่ที่ 7.79 รายต่อประชากร 100,000 ราย³ การศึกษาของประเทศญี่ปุ่นรายงานอุบัติการณ์ของโรคจอตาลอกอยู่ระหว่าง 6.3 ถึง 17.9 ต่อ 100,000 คน⁴ การศึกษาในประเทศสกอตแลนด์พบอุบัติการณ์ของจอประสาทตาหลุดลอก 16.02 ต่อ 100,000 คนเพิ่มขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประมาณร้อยละ 28 โดยเฉพาะในผู้ชายอายุระหว่าง 50 ถึง 59 ปี การศึกษาอุบัติการณ์ที่คล้ายคลึงกันทั่วยุโรป ในเดนมาร์ก ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ และโครเอเชีย⁵ นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราอุบัติการณ์ในผู้ที่มีสายตาสั้นมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีสายตาสั้นถึง 39 เท่า⁶ อุบัติการณ์โรคจอตาลอกในประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 27.8⁷ ดังนั้นการคาดการณ์ในปี 2566 จังหวัด

เชียงใหม่จะมีผู้ป่วยจอตาลอกประมาณ 5 แสนกว่าราย (คำนวณจากสถิติจำนวนประชากรในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,797,075 ราย)⁸ จากสถิติของหอผู้ป่วยจักษุ 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่พบว่า มีผู้ป่วยที่เป็นจอตาลอกประมาณ 150 รายต่อปี การรักษาจะได้ผลดีจะต้องได้รับความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัด หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น จอประสาทตาหลุดลอก (ร้อยละ 6.95) ความดันเลือดต่ำ (ร้อยละ 7.9) ความดันลูกตาสอง (ร้อยละ 12.9) ต้อกระจก (ร้อยละ 68.0) เป็นต้น⁹ ดังนั้น การรักษาจอตาลอกจึงจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการมองเห็นสูญเสียอย่างถาวร การรักษาด้วยการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตาเป็นวิธีที่นิยมใช้ เนื่องจากมีความปลอดภัยและประสิทธิภาพสูง อย่างไรก็ตาม การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา ความเสี่ยง และการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ ลดความกังวล และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การรักษาจอตาลอกด้วยวิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา เป็นวิธีการรักษาที่ได้รับความนิยมเนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและผลข้างเคียงน้อย¹⁰ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ จำเป็นต้องมีความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนการผ่าตัด ความเสี่ยง และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด เพื่อช่วยให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จ ลดความวิตกกังวล และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การสอนผู้ป่วยเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ การสอนที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตและ

ลดความเสี่ยงในการกลับเข้ามาับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง

จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจอตาลอกด้วยวิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตาเฉลี่ยปีละประมาณ 60 ราย ในจำนวนนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำแต่ไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน อาจเนื่องมาจากการสอนผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดจอตาลอกด้วยวิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตาในปัจจุบันยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร จากการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลหอผู้ป่วยจักษุ 1 เบื้องต้นพบว่าการให้ความรู้ยังไม่ครอบคลุมทุกด้านที่จำเป็น เช่น การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การใช้ยา ผู้ป่วยและญาติยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดอย่างเพียงพอ เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติได้ เช่น ผู้ป่วยอาจไม่สามารถดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจต้องกลับเข้ามาับการผ่าตัดอีกครั้ง ซึ่งอาจทำให้เสียค่าใช้จ่ายเสียเวลาและเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจอตาลอกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองอีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังใช้โปรแกรมการสอนผู้ป่วยจอตาลอกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจอตาลอกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา ระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังใช้โปรแกรมการสอน

สมมติฐาน

1. หลังได้รับโปรแกรมการสอนผู้ป่วยจอตาลอกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. หลังได้รับโปรแกรมการสอนผู้ป่วยจอตาลอกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. หลังได้รับโปรแกรมการสอนผู้ป่วยจอตาลอกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อน – หลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนผู้ป่วยจอตาลอกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจอตาลอกในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด จากผู้ที่เข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยจักษุ 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2567

ผู้เข้าร่วมการศึกษา

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 102 ราย

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจอตาลอกที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1.9.4 อ้างอิงจากงานวิจัยของรัตน

คำขาย และภาวนา ดาวงค์ศรี เรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตาต่อพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน โรงพยาบาลอุดรธานี¹¹ คำนวณจากคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการใช้ยาหยอดตา 34.7 ± 3.3 คะแนน และ 37.0 ± 2.9 คะแนน ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.74 กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% อำนาจทดสอบที่ 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มละ 24 ราย

เกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 48 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

- (1) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
 - (2) ได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่อเข้ารับการรักษาว่าเป็นจอตาลอกครั้งแรกหรือเป็นซ้ำ เป็นตาหนึ่งข้าง สองข้างหรือทั้งสองข้างก็ได้ ที่ได้รับการผ่าตัดแบบชนิดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าลูกตา
 - (3) ไม่มีการบาดเจ็บที่ร่างกายส่วนอื่น โดยเฉพาะส่วนหลัง คอ แขน ข้อต่อต่างๆ สามารถนอนคว่ำหน้าหลังผ่าตัดได้
 - (4) ไม่มีปัญหาด้านสติปัญญาทางการ ได้ยิน การมองเห็น อ่านออกเขียนได้ สามารถเข้าใจ และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
 - (5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย
- เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ
- (1) ผู้ป่วยที่คาดว่าจะย้ายไปแผนกอื่น หรือไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้
 - (2) ผู้ป่วยที่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้เอง
 - (3) ผู้ป่วยอาการหนักที่มีความเสี่ยงจะย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติ
 - (4) ผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับตาโรคอื่น เช่น โรคเบาหวาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษครั้งนี้ คือ แบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจอตาลอกในการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและเติมคำ สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา การสมรส จำนวนโรคร่วม การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ประสบการณ์ในการผ่าตัด ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษา

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับจอตาหลุดลอกการที่ได้รับการผ่าตัดแบบชนิดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าลูกตาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยวัดความรู้ความเข้าใจและการนำไปใช้ของผู้ป่วยจอตาหลุดลอกก่อนผ่าตัด หลังการผ่าตัด และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 17 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบถูกต้อง 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน การแปลความหมาย ระดับความรู้ พิจารณาจากการคิดค่าคะแนนจาก ค่าสูงสุดถึงค่าต่ำสุดและแบ่งเป็นระดับชั้นคะแนน ระดับความรู้ตามคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 11-17 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 7-10 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0 – 6 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับไม่ดี

3. แบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอตาหลุดลอกการที่ได้รับการผ่าตัดแบบชนิดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าลูกตา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior –

TPB) พัฒนาโดย Icek Ajzen ซึ่งอธิบายว่าความตั้งใจในการปฏิบัติตัวของบุคคลได้รับอิทธิพลจากทัศนคติต่อพฤติกรรมนั้นๆ บรรทัดฐานทางสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม¹² ทฤษฎีนี้สามารถนำมาใช้เพื่อเข้าใจความตั้งใจของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด ใช้ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยทำการสอบถามผู้ป่วยในวันจำหน่าย แบบประเมินมีจำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ เกณฑ์การประเมิน ระดับ 5 ตั้งใจมากที่สุด ระดับ 4 ตั้งใจมาก ระดับ 3 ตั้งใจปานกลาง ระดับ 2 ตั้งใจน้อย ระดับ 1 ตั้งใจน้อยที่สุด เกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนของความตั้งใจ ตามค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

40.00 – 50.00 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจอยู่ในระดับมากที่สุด

30.00 – 39.99 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจอยู่ในระดับมาก

20.00 – 29.99 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจอยู่ในระดับน้อย

10.00 – 19.99 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

4. โปรแกรมการสอน มีเนื้อหาที่ครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้อและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจอตาลอกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา เช่น สาเหตุ อาการ การรักษา การดูแลตนเองหลังผ่าตัดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น โดยใช้วิธีการสอนได้แก่ การบรรยาย การสาธิต การสาธิตย้อนกลับ การตอบคำถาม และการให้คำชม ใช้สื่อแผ่นพับและวีดิทัศน์ประกอบการบรรยาย ใช้เวลาในการสอนประมาณ 30 นาที ดังนี้ ขั้นนำ (5 นาที) ขั้นสอน (20 นาที) และขั้นสรุป (5 นาที)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอตาลอกที่ได้รับการ

ผ่าตัดแบบฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าลูกตา และโปรแกรมการสอน ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้แก่ จักษุแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่านและ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยจักษุ 1 ท่าน ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยจอตาลอกที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 074/2567 ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาของการวิจัย ผู้ที่ได้รับเชิญร่วมการวิจัยสามารถเลือกที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธได้ และสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาในระหว่างดำเนินการได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาทางการแพทย์หรือการบริการที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยนี้ถือเป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลจะถูกนำเสนอในรูปแบบที่ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของผู้ป่วยแต่อย่างใด

วิธีการวิจัย

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติให้เสร็จสิ้นก่อนที่จะเริ่มดำเนินการกับกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันไม่ใหกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองในขณะที่นอนโรงพยาบาลพร้อมกัน หรือป้องกันการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม ซึ่งในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพปกติจากบุคลากรทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่ในกลุ่มทดลองจะดำเนินการโดยผู้วิจัยเอง

ขั้นเตรียมการ

1. สร้างแผนพับความรู้และวีดิทัศน์ โดยแผนพับความรู้จะมีเนื้อหาที่กระชับและเข้าใจง่าย ส่วน

วิธีทัศน์จะมีภาพและเสียงที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย เนื้อหาของสื่อจะครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- อธิบายความรู้เกี่ยวกับจอตาลุกลอก
- อธิบายเกี่ยวกับวิธีการฉีดยาเข้าวุ้นตา

วิธีการทำผ่าตัดจอตาลุกลอก

- การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด
- การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดจอตาลุกลอก
- การปฏิบัติตัวและการดูแลตนเอง

นอกจากนี้ แผ่นพับยังประกอบด้วยหัวข้อความเสี่ยง ข้อห้าม ข้อควรระวังต่างๆ และอาการผิดปกติของตาที่ควรรีบพบแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย รวมถึงการพบแพทย์ตามนัด จากนั้นทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและทดลองใช้

2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการเก็บข้อมูลและวัตถุประสงค์การทำวิจัยแก่หัวหน้างาน ผู้ตรวจการ และหัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุ งานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป และขออนุญาตการดำเนินการวิจัย

ขั้นปฏิบัติการ

3. ผู้วิจัยเข้าชี้แจงแนะนำตัวกับผู้ป่วย เพื่ออธิบายการเก็บข้อมูล วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และซักถามอาการ ในกรณีผู้ป่วยสมัครใจ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยอ่านแบบชี้แจงอย่างละเอียด และลงชื่อเพื่อยินยอมให้ศึกษาวิจัย หลังจากนั้นจึงให้ ผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับจอตาลุกลอก การที่ได้รับการผ่าตัดแบบชนิดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าสู่ตาและแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ในวันแรกที่เข้ารับการรักษ หากผู้ป่วยมีปัญหาทางสายตาผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือในการอ่านเอกสารได้

4. ดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด โดยใช้โปรแกรมการสอนร่วมกับการใช้แผ่นพับความรู้และวิธีทัศน์

4.1 ในวันแรกที่นอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและประเมินความต้องการความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังการผ่าตัด โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ สอบถาม หรือสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย

เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเพียงพอหรือไม่ หากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ จำเป็นต้องให้ความรู้เพิ่มเติมในความรู้ที่พร่องหรือขาดเรื่องนั้น รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม

4.2 การสื่อสารและประเมินผล ใช้เวลาประมาณ 30 นาที มีขั้นตอนการให้ความรู้โดยใช้แผ่นพับความรู้และวิธีทัศน์ ดังนี้

1) ผู้วิจัยมอบแผ่นพับความรู้และการดูแลตัวเองหลังผ่าตัดให้กับผู้ป่วยและผู้วิจัยอธิบายเนื้อหาของแผ่นพับ

2) ให้ผู้ป่วยดูวิธีทัศน์ความรู้การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

3) ผู้วิจัยสอนสาธิตการคว่ำหน้า และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ

4) ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยหากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ

6) หลังจากผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดหรือสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้วิจัยจะสังเกตพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ให้คำแนะนำหรือการสอนซ้ำหากผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม

7) วันจำหน่าย ผู้วิจัยสอบถามอาการ และให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลือในการอ่านเอกสาร หากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางสายตาให้คำแนะนำหรือสอนซ้ำหากผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม

5. ขั้นสรุปและประเมินผล นำข้อมูลที่ได้มาสรุป วิเคราะห์และจัดรวบรวมรายงานผลการศึกษาวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบน

มาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรมหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลอง โดยข้อมูลในระดับนามบัญญัติใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) ในกรณีที่มีความถี่คาดหวัง (expected count) มีค่าน้อยกว่า 5 ไม่เกินร้อยละ 20 ถ้าความถี่คาดหวังมีค่าน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ใช้สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และข้อมูลในระดับอันตรภาคชั้น (interval scales) ใช้สถิติ Mann-Whitney U test ทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มคะแนนความรู้ใช้สถิติ Wilcoxon test

สรุปผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของประชากรในการศึกษา โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 24 คน พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.83) กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีสัดส่วนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน (ชายร้อยละ 54.17, หญิงร้อยละ 45.83) อายุ: ทั้งสอง

กลุ่มมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (กลุ่มทดลอง 58.08 ปี, กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 57.79 ปี) ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี การศึกษา: กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถม/มัธยม (ร้อยละ 79.17) กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวช./ปวส. (ร้อยละ 79.17) สถานภาพสมรส: ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (กลุ่มทดลองร้อยละ 70.83, กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร้อยละ 62.50) โรคร่วม: กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคร่วม (ร้อยละ 66.67) กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติครึ่งหนึ่งไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 50) พฤติกรรมเสี่ยง: ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า: กลุ่มทดลอง ร้อยละ 75, กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร้อยละ 83.33 การสูบบุหรี่: กลุ่มทดลองร้อยละ 66.67, กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร้อยละ 70.83 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัด (ร้อยละ 87.50) โดยสรุป ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=24)		χ^2	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					1.42	.19 ^b
ชาย	17	70.83	13	54.17		
หญิง	7	29.17	11	45.83		
อายุ					30.00	.36 ^a
น้อยกว่า 60 ปี	13	54.17	15	62.50		
≥ 60 ปี	11	45.83	9	37.50		
Mean ± SD	58.08 ± 11.29		57.79 ± 12.38			
Median: (Min, Max)	58.5 (Min: 35, Max: 79)		59.00 (Min:37, Max:83)			
การศึกษา					3.14	.37 ^a
ประถม/มัธยม	19	79.17	1	4.16		
อนุปริญญา/ ปวช./ปวส.	2	8.33	19	79.17		
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	12.50	4	16.67		

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=24)		χ^2	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพสมรส					2.02	.37 ^a
คู่	17	70.83	15	62.50		
โสด	1	4.17	4	16.67		
หม้าย/หย่า/แยก	6	25.00	5	20.83		
จำนวนโรครวม					1.80	.62 ^a
ไม่มี	8	33.33	12	50.00		
1 โรค	4	16.67	2	8.33		
2 โรค	7	29.17	5	20.83		
มากกว่า 2 โรค	5	20.83	5	20.83		
การดื่มเหล้า					0.72	.36 ^b
ดื่ม	18	75.00	20	83.33		
ไม่ดื่ม	6	25.00	4	16.67		
สูบบุหรี่					1.00	.50 ^b
สูบ	16	66.67	17	70.83		
ไม่สูบ	8	33.33	7	29.17		
ประสบการณ์ในการผ่าตัด					1.00	.67 ^b
เคย	3	12.50	3	12.50		
ไม่เคย	21	87.50	21	87.50		

*ระดับนัยสำคัญที่ p = .05 a = การทดสอบไคสแควร์ b = สถิติฟิชเชอร์

ระดับความรู้ของกลุ่มทดลองในระดับดีเพิ่มขึ้น หลังการทดลอง โดยจำนวนคนที่มีความรู้ในระดับดี จาก 4 คน (ร้อยละ 16.67) เป็น 24 คน (ร้อยละ 100) ในขณะที่ไม่มีใครที่มีความรู้ในระดับไม่ดีหรือระดับปานกลางหลังการทดลอง ส่วนระดับความรู้ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เพิ่มขึ้นจาก 4 คน (ร้อยละ 16.67) เป็น 11 คน (ร้อยละ 45.83) และจำนวนคนที่มีความรู้ในระดับไม่ดีลดลง จาก 13 คน (ร้อยละ 54.17) เหลือ 4 คน (ร้อยละ 16.67) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ(n=24)

ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง				กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้ในระดับไม่ดี	9	37.50	0	0	13	54.17	4	16.67
มีความรู้ในระดับปานกลาง	11	45.83	0	0	7	29.17	9	37.50
มีความรู้ในระดับดี	4	16.67	24	100.0	4	16.67	11	45.83

โปรแกรมการสอนมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้อีกแก่กลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนมัธยฐานเพิ่มขึ้นจาก 7.19 คะแนนเป็น 14.29 คะแนน

และคะแนนต่ำสุดเพิ่มขึ้น จาก 1 คะแนนเป็น 13 คะแนน แสดงถึงการพัฒนาความรู้ที่ดีขึ้นในกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนมัธยฐาน ความรู้ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=24)

คะแนนความรู้	Median	Min	Max	Mean Rank	Z	P-value
ก่อนการทดลอง	7.19	1	15	12.50*	-4.30	<.001
หลังการทดลอง	14.29	13	17			

*ที่ระดับนัยสำคัญที่ $p = .05$ Negative Ranks = pre < post

คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลอง ($Z = -1.078$, $p = 0.28$) คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลอง ($Z = -4.43$, $p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างชัดเจน

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลอง ($p = .05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลการวิจัยนี้สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการสอนมีผลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจอตาหลังได้รับโปรแกรม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจอตาหลังได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=48)

กลุ่ม	Mean Rank	Sum of Rank	Z	P-Value
ก่อนทดลอง			-1.078	0.28
ควบคุม (n=24)	22.33	536.00		
ทดลอง (n=24)	26.67	640.00		
หลังทดลอง			-4.43	<.001
ควบคุม (n=24)	15.81	379.50		
ทดลอง (n=24)	33.19	796.50		
คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง			-1.94	0.05
ควบคุม (n=24)	20.58	494.00		
ทดลอง (n=24)	28.42	682.00		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .05$

อภิปรายผลการวิจัย

สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ภายในกลุ่มทดลอง และคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับ

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังใช้โปรแกรมการสอนผู้ป่วยจอตาหลังได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการ

พยาบาลตามปกติ อาจเนื่องมาจาก โปรแกรมการสอนมีเนื้อหาครอบคลุมและออกแบบมาอย่างเป็นระบบ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดมากขึ้น รวมถึงมีการอธิบายขั้นตอนการดูแลหลังการผ่าตัดอย่างละเอียด เช่น วิธีการดูแลแผลผ่าตัด การใช้ยาหยอดตา และการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน เป็นต้น มีการใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย เช่น การสอนแบบบรรยาย การใช้สื่อวิดีโอทัศน์ แผ่นพับ ที่ทำให้เข้าใจง่าย และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้จากการสอนสาธิต ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและจดจำข้อมูลได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการติดตามผลและให้คำปรึกษาหลังการสอน ทำให้สามารถแก้ไขข้อสงสัยและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันที ส่งผลให้ความรู้ที่ได้รับมีความแม่นยำและครบถ้วนมากขึ้น จากผลการวิจัย สรุปได้จากคะแนนมัชฌานหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นจาก 7.19 คะแนนเป็น 14.29 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนมีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยจอตาลอกอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของต่างประเทศที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย มีประสิทธิผลในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางการแพทย์ การปฏิบัติตามการรักษา ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง¹³ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสามารถส่งผลดีต่อความเข้าใจและการตระหนักรู้ของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจส่งผลต่อการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว¹⁴ หรือการศึกษาของ นภากาศ ศรีวรชัย ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ระดับดีหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม¹⁵ แต่หากเปรียบเทียบการสอนต่างกัน เช่น การสอนบนเว็บกับการสอนแบบดั้งเดิม พบว่าการเรียนการสอนบนเว็บมีประสิทธิผลเท่ากับการเรียนการสอนในห้องเรียนในแง่ของความรู้เชิงพรรณนา (ข้อเท็จจริงและข้อมูล) อย่างไรก็ตาม การเรียนการสอนในห้องเรียนมีประสิทธิผลมากกว่าเล็กน้อยสำหรับความรู้เชิงขั้นตอน (ทักษะและงานที่ต้องใช้การฝึกฝน) และพบว่าคะแนนความพึงพอใจ

ของการสอนทั้งสองประเภทมีระดับคะแนนที่ใกล้เคียงกัน¹⁶

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจอตาลอกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดแก๊สหรือน้ำมันซิลิโคนเข้าตา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังใช้โปรแกรมการสอน คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการสอนช่วยเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ทำให้เข้าใจถึงความสำคัญและวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ส่งผลให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริง โปรแกรมการสอนมีการฝึกปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้พัฒนาทักษะและความมั่นใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น และการใช้สื่อการสอนที่เหมาะสม เช่น วิดีทัศน์ หรือเอกสารที่มีภาพประกอบ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและจดจำวิธีการดูแลตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับหลายการศึกษา ที่พบว่า การให้โปรแกรมความรู้มีประสิทธิผลต่อการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา¹⁷ หรือในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ^{15, 17} แต่มีบางการศึกษา เช่น การศึกษาของคาลาฟและคณะ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมตามแบบจำลองการดูแลเรื้อรังต่อการจัดการตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองและคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลอง¹⁸ หรือการศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่

ได้รับการพยาบาลตามปกติวัดผลทันทีและวัดผลอีก
แปดสัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม¹⁹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

การศึกษานี้ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็ก
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเพียง 48 คน (กลุ่มละ 24 คน)
การเก็บข้อมูลทำเฉพาะที่หอผู้ป่วยจักษุ 1 โรงพยาบาล
มหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งอาจไม่เป็นตัวแทนของ
สถานพยาบาลอื่นๆ และอาจมีปัจจัยอื่นๆ
นอกเหนือจากโปรแกรมการสอนที่ส่งผลต่อความรู้
และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น ควรมี
การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นเพื่อเพิ่มความ
น่าเชื่อถือและความสามารถในการนำไปใช้กับ
ประชากรทั่วไป ทำการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่อาจ
ส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมการสอน เช่น
อายุ ระดับการศึกษา หรือประสบการณ์ เป็นต้น หรือ
ทำการศึกษาโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น
แอปพลิเคชันมือถือ หรือการสอนออนไลน์ ในการ
สอนเสริมหรือทดแทนโปรแกรมการสอนแบบดั้งเดิม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ประโยชน์

1. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการ
สอนที่พัฒนาให้มีเนื้อหาครอบคลุมและใช้วิธีการสอน

ที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การใช้สื่อวิดีโอ
และแผ่นพับ สามารถช่วยเพิ่มความรู้และพัฒนา
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมี
นัยสำคัญ ดังนั้น โรงพยาบาลและสถานพยาบาลอื่น ๆ
สามารถใช้โปรแกรมการสอนที่พัฒนาขึ้นนี้เพื่อ
ปรับปรุงผลลัพธ์ทางการแพทย์และลด
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด

2. ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปปรับปรุงแนว
ทางการดูแลผู้ป่วยจอตาลอกทั้งก่อนและหลังการ
ผ่าตัด โดยเน้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องและครอบคลุม
ทุกด้านที่จำเป็น รวมถึงการดูแลภาวะแทรกซ้อนที่อาจ
เกิดขึ้น

3. ผลการวิจัยที่ได้สามารถใช้เป็นพื้นฐานใน
การทำวิจัยเพิ่มเติมเพื่อศึกษาผลกระทบของโปรแกรม
การสอนในประชากรกลุ่มอื่น ๆ หรือในสถานพยาบาล
อื่นๆ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการ
นำไปใช้กับประชากรทั่วไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ สนับสนุนโดยทุนอุดหนุนการวิจัย
จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ขอขอบคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชน
นครเชียงใหม่และทีมงานวิจัย ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกคน
ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Kashyap A, Sharma KN. Retinal detachment demystified: Doctor's secret guide. Virtued Press; 2023.
2. Ong SS, Ahmed I, Gonzales A, Aguwa UT, Beatson B, Dai X, et al. Management of uncomplicated
rhegmatogenous retinal detachments: a comparison of practice patterns and clinical outcomes in a real-
world setting. EYE. 2023; 37(4): 684–91.
3. Xu MN, Yang H, Song BH, Wu RH, Jiang ZP, Feng KM, et al. Incidence of rhegmatogenous retinal
detachments is increasing in Wenzhou, China. Int J Ophthalmol. 2023; 16(2): 260–6.
4. Nishi K, Nakamura M, Nishitsuka K. Efficacy of vitrectomy with air tamponade for rhegmatogenous retinal
detachment: a prospective study. Sci Rep. 2023; 13(1): 10999.
5. El-Abiary M, Shams F, Goudie C, et al. The Scottish RD survey 10 years on: the increasing incidence of
retinal detachments. Eye. 2023; 37: 1320–4.

6. Ludwig CA, Vail D, Al-Moujahed A, Callaway NF, Saroj N, Moshfeghi A, et al. Epidemiology of rhegmatogenous retinal detachment in commercially insured myopes in the United States. *Sci Rep*. 2023; 13(1): 9430.
7. Panichsamai C, Akrapipatkul K. Risk Factors of Retinal Redetachment after Treatment of Rhegmatogenous Retinal Detachment. *Eye South East Asia*. 2023; 18(1): 27–34.
8. กรมการปกครอง. สถิติประจำเดือน [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 3 ตุลาคม 2024]; เข้าถึงได้จาก: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>
9. Issa R, Xia T, Zarbin MA, Bhagat N. Silicone oil removal: post-operative complications. *Eye*. 2020; 34(3): 537–43.
10. Dimitrios B, Krassas G, Dettoraki M, Lavaris A, Sideri A, Droutsas K, et al. Large Retinectomies for Retinal Detachment Complicated by Proliferative Vitreoretinopathy: Anatomical and Functional Outcome of Silicone Oil versus Perfluoropropane Gas. *Clin Ophthalmol*. 2020; 14: 2679–86.
11. รัตนา คำชาย, ภาวนา ดาวาศ ศรี. ผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะการใช้จ่ายยหยาตต่อพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี*. 2565; 30(3): 420–34.
12. Ajzen I. The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychol Health*. 2011 ; 26(9): 1113–1127. doi:10.1080/08870446.2011.613995
13. Correia JC, Waqas A, Assal J–P, Davies MJ, Somers F, Golay A, et al. Effectiveness of therapeutic patient education interventions for chronic diseases: A systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Front Med (Lausanne)* [cited 2024 June 7]; 9: 996528. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2022.996528>
14. Hossam M, El-Khatib M, Samir M, Naeem M, Arafat A. Modifying the health teaching process to increase the patient awareness. *Eur J Cardiovasc Nurs* [cited 2024 June19]. 2022; 21(Supplement_1): zvac060.062. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac060.062>
15. นภาพร ศรีวรชัย. ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*. 2567; 9(2): 1–7.
16. Sitzmann T, Kraiger K, Stewart D, Wisher R. The comparative effectiveness of web-based and classroom instruction: A meta-analysis. *Pers Psychol*. 2006 ; 59(3): 623
17. Ounprasertsuk J, Suksatan W, Saengphuean N, Benjanirat T. Effectiveness of behavior modification program for diabetic patients in Suan kluai health promoting hospital, ban pong district in Ratchaburi province, Thailand. *Indian J Forensic Med Toxicol*. 2021; 15(2): 3747–54.
18. Kalav S, Bektas H, Ünal A. Effects of Chronic Care Model-based interventions on self-management, quality of life and patient satisfaction in patients with ischemic stroke: A single-blinded randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci* [cited 2024 July 10]. 2022; 19(1): e12441. Available from: <https://doi.org/10.1111/jjns.12441>

19. Khademian Z, Kazemi Ara F, Gholamzadeh S. The effect of self care education based on Orem's nursing theory on quality of life and self-efficacy in patients with hypertension: A quasi-experimental study. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2020; 8(2): 140–9.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโซคชัย จังหวัดนครราชสีมา

พรสุตา ศิริวงศ์¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโซคชัย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในชาย จำนวน 16 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโซคชัย ที่คะแนน Braden score > 16 คะแนน จำนวน 19 คน เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งทำการศึกษาตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2567 ถึงเดือน กรกฎาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 4 ชุด คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ 3) แบบวัดการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 4) แบบวัดความพึงพอใจของพยาบาล

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับร้อยละ 52.25 และปฏิบัติตามถูกต้องร้อยละ 100 มี 3 ข้อ คือ การประเมินผิวหนังสภาพแผลเรื้อรัง การยกเคลื่อนย้าย การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยด้วยคน ≥ 2 คน การยกผู้ป่วยออกจากพื้น และให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ พบว่า ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับตั้งแต่แรกรับ 2 คน แผลกดทับดีขึ้น 1 คน ผู้ป่วย 17 คนไม่เกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโซคชัย อยู่ในระดับพึงพอใจมาก

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประกาศนโยบาย กำหนดตัวชี้วัดสำคัญในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการนิเทศทางคลินิก มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติเพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: แผลกดทับ, แนวปฏิบัติ, ความพึงพอใจ, พยาบาลวิชาชีพ, การพัฒนา

วันที่รับบทความ

27 กันยายน 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

1 พฤศจิกายน 2567

วันที่ตอบรับบทความ

11 พฤศจิกายน 2567

โรงพยาบาลโซคชัย จังหวัดนครราชสีมา, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: yingnuy1109@hotmail.com

โทร. 085-4949466

Development of Nursing Practice Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers in the Male Inpatient Ward at Chokchai Hospital, Nakhon Ratchasima Province.

Pornsuda Siriwong¹

Abstract

This research and development study aimed to develop guidelines for pressure ulcer prevention in the male inpatient ward of Chokchai Hospital, Nakhon Ratchasima Province. The sample consisted of 16 professional nurses working in the male inpatient ward and 19 patients admitted to the male inpatient ward of Chokchai Hospital with Braden score > 16 points. The purposive sampling was used. The study was conducted from June 2024 to July 2024. The research instruments were a questionnaire consisting of 4 sets of data: 1) Personal information of patients, 2) Personal information of professional nurses, 3) Pressure ulcer prevention practice compliance measurement form, and 4) Nurse satisfaction measurement form.

The research results found that professional nurses followed the guidelines for pressure sore prevention at 52.25 percent and 100 percent correctly followed 3 items: assessment of skin condition of the initial wound, lifting and moving, changing patient positions by more than 2 people, lifting patients off the floor, and providing knowledge on pressure sore prevention. The results of using the guidelines for pressure sore prevention found that 2 patients had pressure sores at initial admission, 1 patient had improved pressure sores, and 17 patients did not have pressure sores. The satisfaction of professional nurses with using the guidelines for pressure sore prevention in the male inpatient ward of Chokchai Hospital was at a very satisfactory level.

Recommendations: There should be an announcement of policies, key performance indicators should be set in relevant agencies, there should be clinical supervision, and there should be monitoring and evaluation of performance to promote continuous practice.

Keywords: Bedsore, Clinical Practice Guidelines, Satisfaction, Nurse, Development

Received

27 September 2024

Revised

1 November 2024

Accepted

11 November 2024

¹Chokchai Hospital, Nakhon Ratchasima, Corresponding author e-mail: yingnuy1109@hotmail.com Tel. .085-4949466

บทนำ

แผลกดทับเป็น 1 ใน 10 ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ที่บ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลผิวหนังของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยโดยตรง¹ การเกิดแผลกดทับส่งผลต่อผู้ป่วยโดยตรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นอาจเกิดการติดเชื้อและเสียชีวิตได้² นอกจากนี้ยังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลทั่วโลกที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแล³ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ตลอดจนการมีรูปแบบในการป้องกันการเกิดแผลกดทับกันอย่างกว้างขวาง และมีการศึกษาถึงความสำคัญของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติพยาบาล (Evidence Based Nursing) ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การศึกษาเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติป้องกันการเกิดแผลกดทับสามารถช่วยลดการเกิดแผลกดทับได้จริงโดยกลุ่มทดลองไม่มีแผลกดทับ และกลุ่มควบคุมมีแผลกดทับเกิดขึ้นร้อยละ 0.06⁴ เช่นเดียวกับการศึกษา⁵ ผลการวิจัย พบว่า หลังใช้แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ไม่พบ การเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 98.4 และระดับความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X} = 4.61$) จากอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของหอผู้ป่วยในชาย มีผู้ป่วยกลุ่ม Palliative care ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับมีความ ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน เพิ่มค่าใช้จ่ายทั้งของโรงพยาบาลและญาติ หากผู้ป่วยได้กลับไปรักษาตัวที่บ้าน การพัฒนาการดูแลป้องกันผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ ตั้งแต่ปี 2555 โดยปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (WI – IPD – 004) และเมื่อเกิดอุบัติการณ์ก็จะทบทวนหาสาเหตุ หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และปรับปรุงแนวปฏิบัติป้องกันการเกิดแผลกดทับ (WI – IPD – 004)ทุกปี ซึ่งเป็นปัจจัยด้านด้านบุคลากรแต่การประเมินสถานการณ์พบว่า แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ปฏิบัติอยู่มีความ

หลากหลาย ความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติ ความเพียงพอของทรัพยากรที่มีอยู่ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกของหน่วยงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติป้องกันการเกิดแผลกดทับและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลโชคชัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (development research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลโชคชัย ซึ่งดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.2567 – เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยและทีมพัฒนา แนวปฏิบัติ คัดเลือกปัญหา จากการประเมินและ วิเคราะห์ความเสี่ยงที่เป็นปัญหาสำคัญของหน่วยงาน โดยใช้ตารางประเมินความเสี่ยง (Risk matrix)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (WI – IPD – 004) ซึ่งได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยง ในหน่วยงานที่เกิดขึ้น โดยให้พยาบาลหอผู้ป่วยในชายมีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติม จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและนำแนวปฏิบัติที่ได้มาสื่อสารให้กับพยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยในชายทราบในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

3.1 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยในชายของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้ แนวทางปฏิบัติ เก็บข้อมูลโดยการสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ โดยหัวหน้าเวรที่ผ่านเกณฑ์การ ประเมินสมรรถนะในการประเมินคะแนน Braden score ไม่แจ้งให้ผู้ถูกประเมินทราบล่วงหน้า

3.2 สอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยในชาย เกี่ยวกับความยากง่าย ความชัดเจน ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ ประสิทธิภาพของการใช้ และ ความเป็นไปได้ที่จะนำแนวทางไปใช้ในหน่วยงาน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโชคชัย จำนวน 16 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโชคชัยทั้งหมด 131 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโชคชัย จำนวน 16 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโชคชัยที่มีคะแนน Braden score > 16 คะแนนจำนวน 19 คนโดยใช้สูตร Two dependent means จาก Application N4studiesเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถามปลายปิดและปลายเปิดจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยคำถาม ปลายปิดจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลโชคชัย มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดแบบวัดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโชคชัย จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับโดยแต่ละค่ามีความหมายดังนี้คือ

มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
น้อย	ให้ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ได้แก่ แบบประเมินแผลกดทับ (Braden score) โรงพยาบาลโชคชัย

การตรวจสอบความตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส NRPH 089 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ

ดำเนินงานวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถบอกเลิกจากการวิจัยได้โดยไม่มีเหตุผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลใดๆ การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยการวิเคราะห์ สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลโชคชัย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลโชคชัยที่มีคะแนน Braden score ≤ 16 คะแนน ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2567 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.5, มีอายุมากกว่า 80 ปีมากถึงร้อยละ 47.5, มีโรคประจำตัวร้อยละ 89.5 ส่วนใหญ่พบโรคความดันโลหิตสูง 47.7 และโรคอื่นๆ 36.8, คะแนน Braden score แรกรับอยู่ในช่วง 16-18 คะแนนพบมากที่สุด ร้อยละ 47.4, มีการประเมินแผลกดทับตั้งแต่แรกพบพบว่าไม่มีแผลกดทับร้อยละ 89.5 ข้อมูลพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลโชคชัย เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง < 33 ปี ร้อยละ 50.4 อายุระหว่าง 34-42 ปี ร้อยละ 37.8 อายุระหว่าง > 43 ปี ร้อยละ 12.6, อายุการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพพบมากที่สุด อายุงาน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50, เวย์ที่ปฏิบัติงานพบมากที่สุด คือ เวย์ราย ร้อยละ 43.8

พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 52.25 และปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 100 มี 3 ข้อ คือ 1) การประเมินผิวหนังและสภาพแผลแรกรับ 2) การยกเคลื่อนย้าย เปลี่ยนท่าผู้ป่วยด้วยคน ≥ 2 คน ยกผู้ป่วยออกจากพื้น 3) ให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับการใช้ อุปกรณ์ลดแรงกดทับ แนวปฏิบัติที่มีการปฏิบัติน้อยมี 3 ข้อ คือ 1) การทาโลชั่นหรือครีมบำรุงผิวบริเวณแห้งกร้านหรือปุ่มกระดูกร้อยละ 37.5 2) ใส่ใบประเมินความเสี่ยงทุกรายในผู้ป่วยมีคะแนน Braden scale ≤ 20 คะแนน ร้อยละ 56.3 3) การดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารประเภทโปรตีนสูง และน้ำตามต้องการร้อยละ 56.3 ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ พบว่า ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับตั้งแต่แรกรับ 2 ราย แผลกดทับดีขึ้น 1 รายจากเกรด 3 เป็นเกรด 2 ผู้ป่วย 17 รายไม่เกิดแผลกดทับ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยในชาย ในภาพรวม อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X} = 4.3$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความพึงพอใจจากมากไปหาน้อยดังนี้ แนวทางการปฏิบัติมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและประโยชน์ต่อคุณภาพทางการพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ ($\bar{X} = 4.5$) แนวปฏิบัติความเข้าใจง่ายทำให้การดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ($\bar{X} = 4.4$) การนำไปใช้ในการปฏิบัติ ($\bar{X} = 3.9$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลโชคชัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 52.25 และปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 100 มี 3 ข้อ คือ การประเมินผิวหนังและสภาพแผลแรกรับ การยก

เคลื่อนย้าย การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยด้วยคน ≥ 2 คน การยกผู้ป่วยออกจากพื้น และให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับการใช้ อุปกรณ์ลดแรงกดทับ ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับตั้งแต่แรกเริ่ม 2 ราย แผลกดทับดีขึ้น 1 ราย จากเกรด 3 เป็นเกรด 2 ผู้ป่วย 17 รายไม่เกิดแผลกดทับซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา⁵ ผลการวิจัย พบว่าหลังใช้แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ไม่พบ การเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 98.4 มีการปฏิบัติตามแนวทาง ร้อยละ 100 คือ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับผู้ป่วยรับใหม่ รับย้ายทุกราย โดยใช้แบบประเมินของ Barden ภายใน 24 ชม. เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ด้วยการยกแทนการดึงลาก หรือใช้ Pot Slide บันทึบการเกิดแผลกดทับทุกครั้งที่พบแผลใหม่ ผลการศึกษา⁶ พบว่า ภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไปใช้พบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ต่ำกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับผลการศึกษา⁷ อัตราการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.013

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลโชคชัย อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X} = 4.3$) คือ ข้อที่พึงพอใจมาก 2 อันดับแรก คือ ประโยชน์ต่อคุณภาพทางการพยาบาล และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษา⁵ ระดับความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X} = 4.61$) ผลการศึกษา⁸ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับใหม่ พบว่า อยู่ในระดับมาก (คะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) และสอดคล้องกับผลการศึกษา⁹

พบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเห็นด้วยว่าแนวปฏิบัติง่ายต่อการนำไปใช้เห็นด้วยในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 85 แนวปฏิบัติมีข้อเสนอแนะชัดเจนมีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยได้และมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 90

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า การใช้แนวปฏิบัติควบคู่กับการใช้แบบประเมิน Braden score แนวทางที่มีการปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 100 มี 3 ข้อ ได้แก่ การประเมินผิวหนังและสภาพแผลแรกเริ่ม การยกเคลื่อนย้ายเปลี่ยนท่าผู้ป่วยด้วยคน ≥ 2 คนยก ผู้ป่วยออกจากพื้น และให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับการใช้ อุปกรณ์ลดแรงกดทับ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำมาใช้ได้จริงโดยผนวกเข้ากับงาน ประจำควรนำไปใช้กับหอผู้ป่วยที่มีบริบท คล้ายคลึงกัน เช่น หอผู้ป่วยในหญิงและหอผู้ป่วยสังเกตอาการ และควรศึกษาเพิ่มเติมว่าพยาบาลกลุ่มใดปฏิบัติตามแนวทางมากที่สุด

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ตามแนวทางการปฏิบัติพบว่า การทาโลชั่นหรือครีมบำรุงผิวบริเวณแห้งกร้านหรือปุ่มกระดูกร้อยละ 37.5 ใส่ใบประเมินความเสี่ยงทุกรายในผู้ป่วยมีคะแนน Braden scale ≤ 20 คะแนน ร้อยละ 56.3 การดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหาร ประเภทโปรตีนสูง และน้ำตามต้องการร้อยละ 56

3. จากข้อเสนอแนะของกลุ่มการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ อาจต้องปรึกษาสหวิชาชีพ เช่น อายุรแพทย์ นักโภชนาการต่อไป ผู้ป่วยมีสภาพผิวหนังแห้ง จะทำให้มีโอกาสเกิดรอยแตกของผิวหนังและแผล โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก บริเวณเท้า หรือในผู้สูงอายุที่ จึงควรพิจารณาเพิ่มความถี่ในการตรวจสภาพผิวหนังเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่ ผิวหนังเริ่มมีรอยผื่นแดง และฝึกทักษะการประเมินสภาพผิวหนังแก่พยาบาล และผู้ดูแลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จากดร.สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ คุณเทพรัตน์ เทศประสิทธิ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยใน ที่ให้คำแนะนำ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือหลักฐานเชิงประจักษ์ ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง และขอขอบคุณพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลโชคชัย ที่มีความมุ่งมั่นให้ผู้ป่วยในความดูแลปลอดภัย และให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดเก็บข้อมูลสำคัญ. กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร; 2556.
2. Jenny Alderden, June Rondinelli, Ginette Pepper, Mollie Cummins and JoAnne Whitney. (2017). Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 71-97-114.
3. Frances Lin, Zijong Wu, Bing Song, Fiona Coyer, & Wendy Chaboyer. The effectiveness of Multicomponent pressure injury prevention programs in adult intensive care patients. A Systematic review. International Journal of Nursing Studies, 2019; 102, 1-14.
4. มณีสุข สุทธสนธิ์ และกาญจนา ปัญญาธร. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอาการหนัก โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562; 37(4): 80-89.
5. สมปอง สัจจาสุวรรณ. ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลโพธิ์ทอง. 2566. [10 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://atg-h.moph.go.th/node/378>
6. อิศริย์ ชนชัยทิศ. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค. 2567. [10 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Creator/personDc/87612>
7. ยุติ เกื้อกุลวงศ์ชัย. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ. Mahidol R2R e-journal. 2564; 8(1): 1-11.
8. ฉัตรวลัย ใจอารีย์ และ สุภาพ ลิ้มเจริญ. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลนครปฐม. 2563. [20 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.nkphospital.go.th/nso-nph/login/promotion/images/20240716015742.pdf>

9. ณิชภา ยนจอหอ, ประภัสสร ดาราทิพย์ และ พิมพ์ชนก ช่วงนาค. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูล. วารสารสถาบันบำราศนราดูล. 2562; 11(3): 1-12.

ผลของการใช้ท่าผีเสื้อประยุต์ต่อระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาในการคลอด ในผู้คลอดครรภ์แรก และ APGAR score ของทารกแรกเกิด

อริยา อนนตะชัย¹โยธกา ภาคี²อารยา หงษ์รัมย์¹ปิติพร สุโพเคน¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม เพื่อศึกษาผลของการใช้ท่าผีเสื้อประยุต์ต่อระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาในการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก และ APGAR score ของทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก อายุครรภ์ระหว่าง 37 – 42 สัปดาห์ ที่มาคลอดโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย คู่มือการใช้ท่าผีเสื้อประยุต์ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการคลอดและมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t -test และ exact probability test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร และ 8-10 เซนติเมตร น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ย APGAR score ของทารกแรกเกิด นานาทีที่ 1 ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .107$) และมีค่าเฉลี่ย APGAR score ของทารกแรกเกิด นานาทีที่ 5 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การใช้ท่าผีเสื้อประยุต์สามารถลดระดับความเจ็บปวด ลดระยะเวลาการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกได้ และ ส่งผลให้คะแนน APGAR score นานาทีที่ 5 มีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม และไม่พบภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

คำสำคัญ: ท่าผีเสื้อประยุต์, ระดับความเจ็บปวด, ระยะเวลาในการคลอด, APGAR score ของทารกแรกเกิด, ผู้คลอดครรภ์แรก

วันที่รับบทความ

25 กันยายน 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

5 พฤศจิกายน 2567

วันที่ตอบรับบทความ

18 พฤศจิกายน 2567

โรงพยาบาลนครพนม

โรงพยาบาลนครพนม, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: yothagaphakee@gmail.com โทร.081-7495120

Effects of Modified Bhadrasana Pose on Pain Score, Duration Time of Delivery Among Primigravidarum and Newborn APGAR Score

Arisa Anontachai¹

Yothaga Phakee²

Araya Hongrum¹

Pitiporn Suphoken¹

Abstract

This quasi-experimental research aimed to Effects of Modified Bhadrasana Pose on Pain Score, Duration Time of Delivery Among Primigravidarum and Newborn APGAR Score. The samples consisted of 60 primigravidarum at 37 to 42 weeks receiving labour room at Nakhon Phanom Hospital, Nakhon Phanom Province and were equally divided into the experimental group (n = 30) and the control group (n = 30). The research instruments included the handbook modified Bhadrasana pose, Personal data record form, Delivery record form and Visual Analogue Scale. The implementation and data collection were conducted from November, 2023 to February, 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test and exact probability test.

The research results revealed that the experimental group had statistically significant lower mean scores of Pain Score during 5–7 centimeters of cervical dilatation and during 8–10 centimeters of cervical dilatation than those of the control group ($p < .05$). The experimental group had statistically significant lower mean scores of duration time of delivery than those of the control group ($p < .001$). The experimental and control groups was not statistically significant difference in the mean scores of newborn APGAR score 1st minute ($p = .107$) and the experimental group had statistically significant higher mean scores of newborn APGAR score 5th minute than those of the control group ($p < .05$). The study findings highlight the Modified Bhadrasana Pose can reduce pain score, duration time of delivery among primigravidarum and results in the APGAR score 5th minute than those of the control group and not found the rates of birth asphyxia.

Keywords: Modified Bhadrasana Pose, Pain Score, Duration Time of Delivery, Newborn APGAR Score, Primigravidarum

Received

25 September 2024

Revised

5 November 2024

Accepted

13 November 2024

¹Nakhon Phanom Hospital,

²Nakhon Phanom Hospital, Corresponding author e-mail: yothagaphakee@gmail.com Tel.081-7495120

บทนำ

การคลอดปกติเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อที่จะขับเอาตัวทารก รก น้ำคร่ำและเยื่อหุ้มรกออกจากโพรงมดลูกผ่านทางช่องคลอด¹ ในแต่ละระยะของการคลอดสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่หนึ่ง ระยะที่สอง ระยะที่สาม และระยะที่สี่ของการคลอด² โดยในระยะที่ 1 ของการคลอดจะเริ่มตั้งแต่ผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์จริงไปจนถึงปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ได้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) คือ ระยะตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร และระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) คือ ระยะที่ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตรจนถึง 10 เซนติเมตร โดยในครรภ์แรกระยะที่ 1 ของการคลอดใช้เวลาเฉลี่ยไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมง และในครรภ์หลังไม่ควรเกิน 10 ชั่วโมง³ ซึ่งในระยะปากมดลูกเปิดเร็วจะมีการหดตัวของมดลูกทุก 2-3 นาทีต่อครั้ง นานครั้งละ 45-60 วินาที และในแต่ละครั้งมดลูกจะหดตัวแรงมาก ส่งผลให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บครรภ์ที่รุนแรงเพิ่มขึ้น⁴

พฤติกรรมการแสดงออกของผู้คลอดในแต่ละระยะจะแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ขณะที่ผู้คลอดอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว มดลูกจะหดตัวแรงมาก เมื่อมดลูกหดตัวผู้คลอดจะมีการเกร็งแขนขาและกำมือแน่น ไม่สามารถควบคุมหรือทนต่อความเจ็บปวดได้ ผู้คลอดจะรู้สึกอ่อนล้า และ บางรายรู้สึกนอนพักไม่ได้ วิตกกังวลความสามารถในการตัดสินใจลดลง มีพฤติกรรมพึ่งพามากขึ้น ร้องขอความช่วยเหลือเพื่อยากให้ช่วยบริหารจัดการเจ็บปวดออกไปโดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการคลอดบุตรจึงมีความกลัวการคลอดบุตรสูงกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง^{5,6} โดยความเจ็บปวดที่รุนแรงนั้นมีผลเสียต่อสุขภาพจิตทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัว ความตึงเครียด และมีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีน (catecholamine) และคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกทำงานผิดปกติ

มีการหดตัวของมดลูกลดลง ส่งผลให้ระยะเวลาการคลอดล่าช้า⁷ และส่งผลเสียต่อทารกในครรภ์ โดยขณะมดลูกหดตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและการส่งผ่านออกซิเจนไปยังทารกลดลง เกิดภาวะเลือดเป็นกรด (fetal acidosis) ส่งผลให้การเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ ทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ หากช่วยเหลือไม่ทันทารกอาจได้รับอันตรายหรือเกิดการสูญเสียจากการคลอด⁸

ดังนั้น การดูแลสนับสนุนผู้คลอดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจึงเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากความปวดถือเป็นปัญหาทางการพยาบาลที่พยาบาลผดุงครรภ์ควรตระหนักและให้ความสำคัญ เพื่อการจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ซึ่งบทบาทหน้าที่นี้เป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลผดุงครรภ์ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโดยพบว่าจากสถิติของโรงพยาบาลนครพนม ปี พ.ศ. 2563 – 2565 มีจำนวนมารดาคลอดทางช่องคลอดจำนวน 1257, 1,150 และ 1,112 ราย และทารกแรกเกิดเกิดภาวะ birth asphyxia จำนวน 71, 72, และ 68 ตามลำดับ⁹ ซึ่งกระบวนการคลอดนั้นผู้คลอดทุกรายจะต้องเผชิญกับอาการเจ็บครรภ์คลอด ในฐานะบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์จึงเป็นการดูแลและสนับสนุนให้ผู้คลอดสามารถเลือกใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้คลอดได้ผ่านประสบการณ์การคลอดโดยเฉพาะการเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰ การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วสามารถบรรเทาได้ด้วยวิธีการใช้ยาบรรเทาปวดและไม่ใช้ยาบรรเทาปวด โดยยาที่ใช้ในการบรรเทาปวดนี้จะส่งผลข้างเคียงต่อผู้คลอดและทารกได้⁴ ทั้งนี้การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วยังสามารถบรรเทาได้ด้วยวิธีการไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถปฏิบัติได้โดยอิสระ

วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วโดยไม่ใช้ยา พบมีหลากหลายวิธี ดังนี้ เทคนิคการหายใจ การนวด การใช้ความร้อน การใช้วิธีกดจุด การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่าทาง¹⁰ โดยเฉพาะการจัดท่าผู้คลอดให้อยู่ในท่าศีรษะสูงจะส่งผลต่อการลดระยะเวลาของการคลอดในระยะที่ 1 เป็นอย่างมาก ซึ่งลดระยะเวลาของการคลอดได้ถึง 1 ชั่วโมง 20 นาที นอกจากนี้ยังช่วยบรรเทาปวด ลดการใช้ยาในการบรรเทาปวด และลดโอกาสที่ทารกจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด¹¹ ซึ่งทาง WHO (2018)³ ได้นำแนะให้ผู้คลอดเคลื่อนไหวท่าทางและการอยู่ในท่าศีรษะสูง ผู้คลอดไม่จำเป็นต้องอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งจนตลอดแต่ควร ได้ปรับเปลี่ยนท่าที่ตนเองสุขสบายทุก 30 – 60 นาที

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าท่าผีเสื้อ (Bhadrasana) เป็นหนึ่งในท่าของโยคะอาสนะที่ใช้บริหารร่างกายสตรีตั้งครรภ์ เพื่อช่วยให้ข้อต่อบริเวณสะโพกและกระดูกหัวหน่าวขยายออก¹² และยังทำให้กล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บมีการยืดขยายเพื่อช่วยให้คลอดได้ง่ายขึ้น¹³ จากการศึกษาผลของการจัดทำผีเสื้อประยุกต์ต่อความปวดและเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอด โดยใช้ท่าผีเสื้อมาดัดแปลงเป็นท่าผีเสื้อประยุกต์ ลักษณะเป็นท่านั่งบนเตียงในลักษณะฝ่าเท้าทั้ง 2 ข้างประกบกัน ให้สันเท้าชิดกับฝีเย็บ ลำตัวยืดตรง เอนโน้มตัวไปด้านหน้าทำมุมกับแนวดิ่งประมาณ 15 – 30 องศา พูพหน้ากับหมอน ลักษณะนุ่มบนโต๊ะคอมเตียง ตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง โดยใช้แขนทั้ง 2 ข้างวางข้างศีรษะ งอข้อศอกเล็กน้อย และทิ้งน้ำหนักตัวตามสบาย โดยใช้เวลานั่งครั้งละ 15 นาที นั่งทุก 1 ชั่วโมงจนปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ผลการวิจัยพบว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับท่าผีเสื้อประยุกต์มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้งช่วงปากมดลูกเปิด 5 – 7 เซนติเมตร ($p = .144$) และช่วงปากมดลูกเปิด 8 – 10 เซนติเมตร ($p = .631$) และ ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการจัดทำผีเสื้อประยุกต์มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาระยะปากมดลูกเปิดเร็วน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0025$)¹⁴ แต่การศึกษาดังกล่าวยังไม่มีการวัดผลลัพธ์ของ APGAR score ของทารกแรกเกิด ซึ่งพบว่าการนั่งท่าผีเสื้อประยุกต์ลักษณะลำตัวจะโค้งเป็นรูปตัวซี (C) จะทำให้น้ำหนักมดลูกไม่กดทับเส้นเลือด inferior vena cava จึงมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจไปยังผู้คลอดอย่างเพียงพอ กล้ามเนื้อมดลูกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน ส่งผลให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวน้อยกว่าท่านอนราบ นอกจากนี้ยังทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและการส่งผ่านออกซิเจนไปยังทารกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ปกติและทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน⁴ นอกจากนี้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วดังกล่าวนี้ ท่าผีเสื้อประยุกต์เป็นวิธีการที่สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่จะประยุกต์โดยใช้เฉพาะหมอนสามเหลี่ยมซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดทำที่หาได้ง่ายโดยไม่ใช้โต๊ะคอมเพื่อให้สะดวกยิ่งขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผดุงครรภ์ได้ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบของความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วที่จะส่งผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาผลของการใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์เพื่อช่วยลดระดับความความเจ็บปวดลดระยะเวลาในการคลอด และช่วยให้ Apgar score ของทารกแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งผลการวิจัยจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลมารดาในระยะคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มที่ได้ใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้ใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพื่อเปรียบเทียบ Apgar score ของทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มที่ได้ใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (two group posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้คลอดครรภ์แรก อายุครรภ์อยู่ในช่วง 37 – 42 สัปดาห์ เจ็บครรภ์คลอดและมาคลอดบุตรที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2567 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุระหว่าง 20-34 ปี 2) ความสูง 145 เซนติเมตรขึ้นไป 3) คาคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ โดยการตรวจครรภ์ วัด height of fundus อยู่ระหว่าง 2,500 – 3,999 กรัม 4) ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร ขึ้นไป 5) อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ปกติอยู่ระหว่าง 110 – 160 ครั้ง/นาที 6) ไม่มีประวัติได้รับบาดเจ็บหรือผ่าตัดเกี่ยวกับกระดูกสันหลัง 7) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ได้แก่ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การตกเลือดก่อนคลอด น้ำเดินครรภ์แฝด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ 8) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 9) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านสูติกรรมและอายุรกรรมในระหว่างการศึกษา 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามแผนการวิจัย 3) ได้รับยาบรรเทาปวด และ 4) สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการชักนำการคลอด

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการดูแลตามมาตรฐานเดิมของห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม โดยค่าเฉลี่ยระยะเวลาการคลอดของมารดา อยู่ที่ 6.35 ชั่วโมง SD 2.35 เมื่อสอนการใช้ท่าผีเสื้อประยุต์คาดว่า จะลดระยะเวลาการรอคลอดลงเป็น 4.5 ชั่วโมง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significant level) ที่ .05 ใช้อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ One-sided test ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มรวมทั้งหมด 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่ม

ควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการจับคู่ (matching) ตามอายุ อายุครรภ์ คะแนนอาการปวดก่อนการทดลอง น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ค่าดัชนีมวลกายขณะตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกในครรภ์ เพื่อให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ คู่มือการใช้ท่าผีเสื้อประยุต์ในผู้คลอดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของผู้คลอด ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ การสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน อายุครรภ์ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ค่าดัชนีมวลกายก่อนคลอด คาคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ และประวัติการเตรียมตัวเพื่อคลอด โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ 2) แบบบันทึกการคลอด ได้แก่ ระยะเวลาของการคลอด น้ำหนักทารกและ APGAR score ของทารกแรกเกิดโดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 มาตราวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale) เป็นแบบวัดระดับความเจ็บปวดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรง ซึ่งมีหน่วยเป็นเซนติเมตรจาก 0 – 10 เซนติเมตร จุดเริ่มต้นมีคะแนนเท่ากับ 0 คือไม่เจ็บปวดเลย และจุดปลายมีคะแนนเท่ากับ 10 คือเจ็บปวดมากที่สุด¹⁵ วิธีการวัดกระทำโดยผู้วิจัยสอบถามสตรีตั้งครรภ์ว่าในขณะที่มดลูกมีการหดตัวมีอาการปวดให้ระดับคะแนนความปวดเท่าไร และสตรีตั้งครรภ์ทำเครื่องหมายบนเส้นตรงเพื่อแสดงความรุนแรงของความปวด แล้วผู้วิจัยนำค่าที่ได้มาวัดเป็นเซนติเมตรแทนค่าคะแนนความปวด (pain score) เป็น 0 – 10

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำคู่มือการใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นรับการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วย อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน และสูติแพทย์ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา การจัดลำดับเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย โดยประเมินความเหมาะสมของกิจกรรม และความพึงพอใจต่อการใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม (หนังสือเลขที่ 41/2566 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมดก่อน โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่แผนก

งานห้องคลอด แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)

ขั้นตอนการในกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 5 เซนติเมตรตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด (ประเมินครั้งที่ 1)

2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรอคลอด และคำแนะนำการบรรเทาปวดโดยการหายใจ การลูบหน้าท้อง และให้นอนในท่าที่สุขสบายจากพยาบาลผดุงครรภ์ประจำแผนกห้องคลอดตามปกติ

3. เมื่อเข้าระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา เมื่อปากมดลูกเปิด 5 – 7 เซนติเมตร (ประเมินครั้งที่ 2) และ 8 – 10 เซนติเมตร (ประเมินครั้งที่ 3)

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างคลอดแล้วผู้วิจัยบันทึกข้อมูลระยะเวลาการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และ APGAR score ของทารกแรกเกิดจากใบรายงานการคลอด

ขั้นตอนการในกลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ปากมดลูกเปิด น้อยกว่า 5 เซนติเมตร ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด (ประเมินครั้งที่ 1)

2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรอคลอด และคำแนะนำการบรรเทาปวดโดยการหายใจ การลูบหน้าท้อง และให้นอนในท่าที่สุขสบายจากพยาบาลผดุงครรภ์ประจำแผนกห้องคลอดตามปกติ

3. เมื่อเข้าระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร ขึ้นไป ดูแลจัดทำให้สตรีตั้งครรภ์นั่งท่าผีเสื้อประยุกต์ โดยนั่งบนเตียงในลักษณะฝ่าเท้าทั้ง 2 ข้างประกบกัน ให้ส้นเท้าชิดกับ

ผีเสื้อ ลำตัวยืดตรงเอนโน้มตัวไปด้านหน้าทำมุมกับแนวตั้งประมาณ 15 – 30 องศา พบหน้ากับหมอนสามเหลี่ยมตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง โดยใช้แขนทั้ง 2 ข้าง วางบนหมอนสามเหลี่ยม งอข้อศอกเล็กน้อย และทิ้งน้ำหนักตัวตามสบาย เริ่มนั่งตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร จนถึงปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร นั่งทุก 1 ชั่วโมงใช้เวลา นั่งครั้งละ 15 นาที

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา เมื่อปากมดลูกเปิด 5 – 7 เซนติเมตร (ประเมินครั้งที่ 2) และ 8 – 10 เซนติเมตร (ประเมินครั้งที่ 3) โดยประเมินขณะอยู่ในท่าผีเสื้อประยุกต์

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างคลอดแล้วผู้วิจัยบันทึกข้อมูลระยะเวลาการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และ APGAR score ของทารกแรกเกิดจากใบรายงานการคลอด

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการติดตาม EFM เพื่อประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ไว้ตลอด หาก EFM ผิดปกติจะยุติการเข้าร่วมการวิจัย ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมง และวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ตามมาตรฐานการดูแลของห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t –test และ exact probability test การเปรียบเทียบความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t –test การเปรียบเทียบระยะเวลาในการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t –test การเปรียบเทียบ Apgar score ของทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t –test

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20–24 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 25.6 ปี ($SD = 4.4$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.3 มีอาชีพแม่บ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 83.3 มีค่าดัชนีมวลกายขณะตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 25.00–29.99 กก./ม.² คิดเป็นร้อยละ 46.7 โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.5 กก./ม.² ($SD = 2.70$) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 15 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 60.0 โดยมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 13.4 กิโลกรัม ($SD = 3.79$) และส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 37–39 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 80.0 โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.4 สัปดาห์ ($SD = 1.1$) และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเตรียมตัวเพื่อคลอด คิดเป็น 100%

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20–24 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 25.5 ปี ($SD = 4.3$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป/เกษตรกร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 76.7 มีค่าดัชนีมวลกายขณะตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 25.00–29.99 กก./ม.² คิดเป็นร้อยละ 46.7 โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.8 กก./ม.² ($SD = 3.0$) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 15 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 63.3 โดยมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 13.1 กิโลกรัม ($SD = 4.32$) และส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 37–39 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 80.0 โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.4 สัปดาห์ ($SD = 1.1$) และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเตรียมตัวเพื่อคลอด คิดเป็น 100% เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด (n = 60)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					
Mean ± SD	25.6± 4.4		25.5± 4.3		0.977 ^a
20 – 24 ปี	15	50.0	15	50.0	1.000 ^b
25 – 29 ปี	9	30.0	9	30.0	
30 – 34 ปี	6	20.0	6	20.0	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	3	10.0	4	13.3	0.872 ^b
มัธยมศึกษา	16	53.3	17	56.7	
สูงกว่ามัธยม	11	36.7	9	30.0	
อาชีพ					
รับจ้างทั่วไป/เกษตรกรรม	11	36.7	11	36.7	0.706 ^b
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/ลูกจ้าง	3	10.0	6	20.0	
รับราชการ/พนักงาน	3	10.0	3	10.0	
แม่บ้าน	13	43.3	10	33.3	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000	5	16.7	7	23.3	0.748 ^b
มากกว่า 10,000	25	83.3	23	76.7	
อายุครรภ์ (สัปดาห์)					
Mean ± SD	38.4±1.1		38.4±1.1		1.000 ^a
37 – 39 สัปดาห์	24	80	24	80	1.000 ^b
39 ⁺¹ – 42 สัปดาห์	6	20	6	20	
น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์					
Mean ± SD	13.4±3.79		13.1±4.32		0.776 ^a
น้อยกว่า 15 kg	18	60.0	19	63.3	1.000 ^b
15 kg ขึ้นไป	12	40.0	11	36.7	
ค่าดัชนีมวลกายขณะตั้งครรภ์					
Mean ± SD	25.5 ± 2.7		25.8 ± 3.0		0.666 ^a
น้อยกว่า 18.50 kg/m ²	0	0.0	0	0.0	1.000 ^b
18.50 – 24.99 kg/m ²	13	43.3	13	43.3	
25.00 – 29.99 kg/m ²	17	46.7	17	46.7	

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	(n = 30)		(n = 30)		
น้ำหนักทารกแรกเกิด					
Mean ± SD	2,983.7±290.9		3,066.3±298.2		0.282 ^a
2,500 – 2,999 กรัม	15	50.0	15	50.0	1.000 ^b
3,000 – 3,499 กรัม	12	40.0	12	40.0	
3,500 – 3,999 กรัม	3	10.0	3	10.0	

หมายเหตุ. ^aindependent t-test, ^bexact probability test.

การเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดระหว่าง
กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า
กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดในระยะ
ปากมดลูกเปิด 5–7 เซนติเมตร และ 8–10 เซนติเมตร
น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p < .05) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 60)

ลักษณะศึกษา	กลุ่มทดลอง(n = 30)		กลุ่มควบคุม(n = 30)		Difference (95%CI)	p-value
	M	SD	M	SD		
ระยะปากมดลูกเปิด <5 ซม.	4.3	0.5	4.5	0.5	-0.2 (-0.5, 0.06)	0.064
ระยะปากมดลูกเปิด 5–7 ซม.	7.0	0.9	7.5	0.8	-0.5 (-1.0, -0.04)	0.033*
ระยะปากมดลูกเปิด 8–10 ซม.	8.9	0.6	9.4	0.7	-0.6 (-0.9, -0.2)	0.001**

หมายเหตุ *p < .05, **p < .0

การเปรียบเทียบระยะเวลาในการคลอด
ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง
พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการคลอด
ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว น้อยกว่ากลุ่มอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาในการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 60)

ลักษณะศึกษา	กลุ่มทดลอง(n = 30)		กลุ่มควบคุม(n = 30)		Difference (95%CI)	p-value
	M	SD	M	SD		
ระยะปากมดลูกเปิด 5–10 ซม.	151.0	13.5	267.7	45.5	-116.7 (-134.0, -99.3)	< 0.001

การเปรียบเทียบApgar score ของทารกแรก
เกิดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการ
ทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย
APGAR score ของทารกแรกเกิด นาที่ที่ 1 ไม่มีความ
แตกต่างกัน (p = .107) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย
APGAR score ของทารกแรกเกิด นาที่ที่ 5 มากกว่า
กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)
(ตาราง ที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบ Apgar score ของทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 60)

ลักษณะศึกษา	กลุ่มทดลอง(n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Difference (95%CI)	p- value
	M	SD	M	SD		
Apgar score นาทีที่ 1	9.1	0.7	8.8	0.7	0.3 (-0.1, 0.7)	0.107
Apgar score นาทีที่ 5	9.9	0.5	9.7	0.3	0.2 (0.01, 0.4)	0.038*

หมายเหตุ *p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในผู้คลอดครรภ์แรกที่ใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ ในระยะปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร และ 8-10 เซนติเมตร มีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถกล่าวได้ว่าการนั่งท่าผีเสื้อประยุกต์ ลักษณะลำตัวจะโค้งเป็นรูปตัวซี (C) จะทำให้น้ำหนักมดลูกไม่กดทับเส้นเลือด inferior vena cava จึงมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจไปยังผู้คลอดอย่างเพียงพอ กล้ามเนื้อมดลูกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน ส่งผลให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวน้อยกว่าท่านอนราบ⁴ ทั้งนี้จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งต่างกันเพียงเล็กน้อย เนื่องจากความปวดจากการคลอดนั้นจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามความก้าวหน้าของการคลอดเมื่อศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงมากดบริเวณปมประสาทบริเวณอุ้งเชิงกรานผู้คลอดจะมีความเจ็บปวดที่รุนแรงมากขึ้น การใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์เพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถลดความปวดได้เพียงพอ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาผลของการจัดท่าผีเสื้อประยุกต์ต่อความปวดและเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอด พบว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการจัดท่าผีเสื้อประยุกต์มีความปวดไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งช่วงระยะปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร (p = .177) และระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร (p = .864)¹⁴ ดังนั้นอาจต้องใช้เทคนิคการ

บรรเทาปวดแบบอื่นร่วมด้วย เพื่อลดการรับรู้สิ่งกระตุ้นความปวดได้แก่ การประคบร้อน การประคบเย็น การนวด การกดจุด เป็นต้น

ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาในการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกที่ใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์มีระยะเวลาในการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถกล่าวได้ว่าการนั่งท่าผีเสื้อประยุกต์ ลักษณะเป็นท่านั่งบนเตียงในลักษณะผ่าเท้าทั้ง 2 ข้างประกบกัน ให้ส้นเท้าชิดกับผีเสื้อ ลำตัวยืดตรง เอนโน้มตัวไปด้านหน้าทำมุมกับแนวดิ่งประมาณ 15 – 30 องศา ในขณะที่ผ่าเท้าทั้ง 2 ข้างประกบกัน ให้ส้นเท้าชิดกับผีเสื้อมากที่สุดจะช่วยให้ออตัวบริเวณสะโพกและกระดูกหัวหน่าวขยายออก¹² และยังทำให้กล้ามเนื้อบริเวณผีเสื้อมีการยืดขยายเพื่อช่วยให้คลอดได้ง่ายขึ้น¹³ นอกจากนี้การจัดท่าศีรษะสูงให้แก่ผู้คลอดจะช่วยให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลง เมื่อศีรษะทารกกดลงบนปากมดลูกจะเกิดการส่งกระแสประสาทไปที่ต่อมใต้สมองส่วนหลัง ทำให้หลังฮอร์โมนออกซิโตซินเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น จึงส่งผลให้มดลูกหดตัวแบบมีประสิทธิภาพ เกิดเป็นวงจรที่เรียกว่า เฟอร์กูสันรีเฟล็กซ์ (Ferguson's reflex) ส่งผลให้มีการเปิดขยายของปากมดลูกและทำให้คลอดเร็วขึ้น^{10,16} ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาผลของการจัดท่าผีเสื้อประยุกต์ต่อความปวดและเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอด พบว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการจัดท่าผีเสื้อประยุกต์มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วน้อยกว่า

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁴

ผลการเปรียบเทียบ Apgar score ของทารกแรกเกิดในผู้คลอดครั้งแรกที่ใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ APGAR score ของทารกแรกเกิด นาทิตที่ 1 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน APGAR score ของทารกแรกเกิด นาทิตที่ 5 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถกล่าวได้ว่า APGAR score ของทารกแรกเกิด นาทิตที่ 1 ไม่มีความแตกต่างกัน และ Apgar score ของทารกแรกเกิด นาทิตที่ 1 และ นาทิตที่ 5 มีคะแนน Apgar score มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไปทุกราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเป็นผู้คลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้โอกาสที่ทารกจะเกิดภาวะเครียดต่ำ Apgar score ของทารกแรกเกิดจึงอยู่ในระดับปกติ แต่ยังเห็นได้ว่าแนวโน้ม APGAR score ของทารกแรกเกิด นาทิตที่ 5 มากกว่ากลุ่มควบคุม สามารถกล่าวได้ว่าการนึ่งท่าผีเสื้อประยุกต์ การนึ่งลักษณะลำตัวจะโค้งเป็นรูปตัวซี (C) จะทำให้น้ำหนักมดลูกไม่กดทับเส้นเลือด inferior vena cava จึงมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจไปยังผู้คลอดอย่างเพียงพอ กล้ามเนื้อมดลูกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและการส่งผ่านออกซิเจนไปยังทารกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ปกติและทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน⁴ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความถี่การคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของ

ผู้คลอดครั้งแรก พบว่าคะแนน APGAR score นาทิตที่ 1 และ 5 ของทารกแรกเกิดทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนน APGAR score นาทิตที่ 1 และ นาทิตที่ 5 มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไปทุกราย¹⁷

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ด้านการพยาบาล ในกระบวนการคลอดพยาบาลผดุงครรภ์ควรใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์เพื่อช่วยส่งเสริมการคลอด เนื่องจากมีผลทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดเร็วขึ้น ลดความเจ็บปวดระหว่างการคลอด และส่งผลต่อคะแนน APGAR score ทารกแรกเกิดไม่พบภาวะขาดออกซิเจน

ด้านการวิจัย ควรศึกษาการใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ร่วมกับวิธีการบรรเทาปวดแบบอื่น เนื่องจากความปวดจากการคลอดนั้นจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามความก้าวหน้าของการคลอด ผู้คลอดจึงมีความเจ็บปวดที่รุนแรงมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบและพิจารณาคุณภาพเนื้อหาของงานวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอดที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลการวิจัย และขอขอบพระคุณ ดร.นพ.เกรียงไกร ประเสริฐ ที่ให้คำชี้แนะในการทำวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- 1.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคลอด. ใน: ปิยะนุช ชูโต, บรรณาธิการ. การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีในระยะคลอดและหลังคลอด. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563. หน้า 13–15.
- 2.ACOG. Approaches to limit intervention labor and birth. obstetrics and gynecology 2019; 133(2): 164–73.
- 3.World Health Organization. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization; 2018.

- 4.Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC, Alden KR, Olshansky E. Maternity and women's health care 12th ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier; 2020.
- 5.Alehagen S, Wijma K, Wijma B. Fear during labor. Acta obstetrician et gynecologica Scandinavica 2001; 80(4): 315–320.
- 6.Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy D. Prevalence of childbirth fear in an australian sample of pregnant women. Biomed central pregnancy & childbirth 2014; 14(275): 1–10. doi: 10.1186/1471–2393–14–275.
- 7.ปิยะนุช ชูโต. การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีในระยะคลอดและหลังคลอด. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563.
- 8.Bryant H, Yerby M. Relife of pain during laboyr. MylesMidwifery 13th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2004. p. 458–75.
9. งานห้องคลอด, สถิติห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม ปี 2563–2565. นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม; 2566.
- 10.Chapman V,Charles C. The Midwife's Labour and Birth Handbook 4th ed. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd; 2018. p. 433–40.
- 11.Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; 8.
- 12.Sun YC, Hung YC, Chang Y, Kuo SC. Effects of a prenatal yoga program on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self–efficacy in Taiwan. Midwifery2010; 26(6): 31–36.
- 13.Babbar S,ShykenJ. Yoga in pregnancy. Clinical obstetrics and gynecology 2016;59(3):600–612.
- 14.กิตติ ดั่งมณี. ผลของการจัดทำฝึลือ่ประยุกต์ต่อความปวด และเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอด (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; สงขลา: 2558. 125 หน้า
- 15.Melzack R. Phantom body pain in paraplegics: Evidence for a central "pattern generating mechanism" for pain 1978; 4(3): 195–210. doi: 10.1016/0304–3959(77)90133–6.
- 16.GizzoS, Di Gangi S, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Nardelli GB. Women’s choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. BioMed research International; 2014. doi: 10.1155/2014/638093.
- 17.สุदारักษ์ ประสาร, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564; 31(1): 148–60.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย แกเหตุตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

เกียร ประทุมวัน¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและการพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแกเหตุตั้งครรภ์ 3) เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยต่าง ๆ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด และ 4) เพื่อประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแกเหตุตั้งครรภ์ โดยดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลดอนตาล 2) พัฒนารูปแบบฯ และ 3) ศึกษาประเมินผลรูปแบบฯ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลดอนตาล ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 40 คน ผลพบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 20-30 ปี มีสิทธิในการรักษาพยาบาล คือ บัตรประกันสุขภาพ และคลอดทารกมีน้ำหนักทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ความรอบรู้หลังการได้รับการพัฒนาฯ สูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาฯ ($p < 0.01$) ทศนคติต่อการต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r = 0.855, 0.238, 0.436$ และ 0.587 ($p < 0.05, 0.01$) ปัจจัยดังกล่าวจึงมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำถึงสูง ดังนั้นรูปแบบฯ ในการวิจัยและการพัฒนานี้ มีความเหมาะสมกับการใช้เฉพาะบริบทในพื้นที่

คำสำคัญ รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ, ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย, หญิงตั้งครรภ์, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

วันที่รับบทความ

1 พฤศจิกายน 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

18 ธันวาคม 2567

วันที่ตอบรับบทความ

19 ธันวาคม 2567

¹ โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: nooyeg@hotmail.com

โทร. 081-5449351

Development of Health Knowledge Promotion Model to Newborn Low Weight Infants for Pregnant Women Receiving Antenatal Care Services at Don Tan Hospital, Don Tan District, Mukdahan Province

Keyoon Prathumwan¹

Abstract

This research and development aimed to 1) study the situation of low birth weight infants, 2) develop a model for promoting health literacy to prevent low birth weight infants for pregnant women receiving antenatal care, 3) study the level of various factors and factors related to the birth weight of pregnant women receiving antenatal care and 4) evaluate the model for promoting health literacy to prevent low birth weight infants for pregnant women receiving antenatal care. Which was developed as conducted 3 phases of research: 1) study the situation of low-birth-weight infants at Don Tan Hospital, 2) develop the model and 3) study and evaluate the model. The researcher collected data using a questionnaire from 40 pregnant women receiving antenatal care at Don Tan Hospital in fiscal year 2024. The results of the research found that most pregnant women had an average age of 20–30 years, which was the health insurance card and pregnant women gave birth to babies with normal infant weight, accounting for 100.00%. Their knowledge after receiving the development was significantly higher than their knowledge before receiving the development ($p < 0.01$). Their attitudes toward pregnancy and antenatal care, their social support from the community and society and their self-care behavior during pregnancy were at a high level. The factor of knowledge about pregnancy and antenatal care, attitudes toward pregnancy and antenatal care, their social support from the community and family, and their self-care behavior during pregnancy. They were related to the weight of the newborn with a correlation coefficient of $r = 0.855, 0.238, 0.436$ and 0.587 ($p < 0.05, 0.01$). Such factors have a low to high correlation. Therefore, this model of research and development. It is suitable for use only in the local context.

Keywords Health Knowledge Promotion Model, Newborn Low Weight, Pregnant Women, Health Knowledge

Received

1 November 2024

Revised

18 December 2024

Accepted

19 December 2024

¹Don Tan Hospital, Mukdahan Province, Corresponding author e-mail: nooyeg@hotmail.com Tel. 081-5449351

บทนำ

การตั้งครรภ์แม้ว่าจะไม่ใช่ภาวะการเจ็บป่วย แต่การตั้งครรภ์มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของร่างกายทุกระบบเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างสลับซับซ้อน จากผลการเปลี่ยนแปลงนี้อาจมีแนวโน้มก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นขบวนการเกิดโรคได้ ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพไม่แข็งแรง ก็จะส่งผลให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพไม่สมบูรณ์และไม่แข็งแรงด้วย ทำให้ทารกเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตสูง¹

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์ ถือว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการที่จะให้มารดาและทารกมีสุขภาพที่ดี¹ ซึ่งแนวทางหนึ่งที่สำคัญในการลดปัญหานี้คือการใช้แนวคิดการส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นการส่งเสริมความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ ซึ่งในที่นี้คือการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีของมารดาและทารก²

จากสถิติข้อมูลในปี 2566 ที่ผ่านมา พบว่ามีปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 8.91 และในส่วนของระดับอำเภอ พบว่า อำเภอดอนตาล พบปัญหาดังกล่าว ร้อยละ 9.13 จึงทำให้ทางอำเภอดอนตาล เมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา ยังพบว่า ปี 2567 ยังคงมีเด็กน้ำหนักแรกเกิดน้อย และมีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 13.33³ อันมีผลมาจากทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อย เกิดความผิดปกติทางระบบทางเดินอาหาร ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารต่างๆ ได้ไม่ดี ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโต ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทารกที่น้ำหนักน้อยยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ และทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย³ โรงพยาบาลดอนตาลจึงได้มีการดำเนินการ

กิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องส่งเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ตามแนวทางมาตรฐาน โดยการรณรงค์ให้มารับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และต่อเนื่อง 8 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ทั้งนี้ยังมีการเสริมเกลือเสริมไอโอดีน ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก แจกไขให้มารดารับประทานอย่างน้อยวันละ 1 ฟอง เสริมนมจิตสำหรับหญิงตั้งครรภ์ 90 วัน 90 กลอง แต่ยังมีเด็กน้ำหนักแรกเกิดน้อยอยู่ ร้อยละ 13.33 ซึ่งยังคงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา³ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีปัจจัยที่เกิดจากความรอบรู้และการพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ รวมทั้งพฤติกรรมดูแลสุขภาพและใส่ใจของบุคคลใกล้ชิด คือ สามีที่เป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว⁴ และจากการศึกษาของสุนันทา ขวัญใจ⁵ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยใช้แนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้และตระหนักตลอดจนพัฒนาความสามารถของตนเอง ในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหาการแสวงหา และการส่งเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการแก้ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ การโทรศัพท์ติดตามอาการ เป็นต้น ซึ่งสามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่สำคัญที่สุด คือ คนที่ใกล้ชิดที่สุดคือสามีของหญิงตั้งครรภ์ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่หญิงตั้งครรภ์

จะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง รวมทั้งสามีจะต้องมีส่วนร่วมในการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้เห็นความสำคัญของครอบครัว⁶

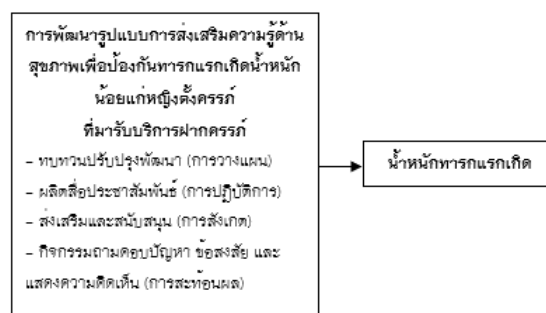
จากข้อมูลความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น รวมทั้งในพื้นที่อำเภอดอนตาลยังไม่มีการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์และสามีแต่อย่างใด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาลขึ้น โดยการพัฒนารูปแบบผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความตระหนักรู้ในตนเองของดูวาลส์และวิดลันด์⁷ ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลมีความตระหนักรู้ในตนเอง จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการเสริมพลังสร้างสุขภาพของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล

รามาศิบัติ⁸ ซึ่งเป็นการสร้างความแข็งแกร่งทางด้านสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อป้องกันการเกิดโรคภัยไข้เจ็บหรือปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรง และก่อให้เกิดสุขภาวะแก่บุคคลนั้น ซึ่งผลการศึกษาที่ได้คาดว่าจะเป็นอย่างรูปแบบที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงกับผู้มารับบริการ โดยจะส่งผลดีต่อการลดปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลดอนตาล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาล ดอนตาล
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล ที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

- **รูปแบบการศึกษา** เป็นการศึกษาและพัฒนา (Research and development) โดยมีจุดมุ่งหมาย การวิจัย 3 ระยะ ดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลดอนตาล 2) พัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร และ 3) ศึกษาประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล ที่พัฒนาขึ้น

- **กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่วิจัย**

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลดอน

ผู้วิจัยทำการศึกษาศถานการณ์ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ภายในจังหวัดมุกดาหาร และโรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ในช่วงปี 2566 จากสถิติของโรงพยาบาล เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

ประชากร ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ของโรงพยาบาลดอนตาล จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางหรือการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 4 คน รวมจำนวน 5 คน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับบริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์การให้การพยาบาลทารกแรกเกิดในหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลดอนตาล ที่มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิด 3 ปีขึ้นไป หรือพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิดหรือการพยาบาลเวชปฏิบัติทารกแรกเกิด และมีประสบการณ์ทำงานในหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิด 3 ปี ขึ้นไป

ระยะที่ 3 ศึกษาประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาลที่พัฒนาขึ้น

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่ 1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนา รูปแบบเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลดอนตาล ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 40 คน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลดอนตาล ในปีงบประมาณ 2567 และยินยอมเข้าร่วมให้ข้อมูล

2. กลุ่มที่ 2 ประชากรที่ใช้ในการประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล ที่พัฒนาขึ้น จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ของโรงพยาบาลดอนตาล จำนวน 1 คน หัวหน้าหน่วยพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการที่ผ่าน

การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 4 คน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ให้การพยาบาลทารกแรกเกิดในหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลดอนตาล มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ 1 เดือนขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมให้ข้อมูล

พื้นที่วิจัย หน่วยการพยาบาลบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

● **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล

ซึ่งเป็นแผนการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีกระบวนการในการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน หรือที่เรียกว่ากระบวนการ PAOR ที่ประกอบไปด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Acting : A) การสังเกต (Observing : O) การสะท้อนผล (Reflecting : R) โดยดำเนินการเป็น 2 รอบ ดังต่อไปนี้

1.1 วงรอบที่ 1 ประกอบด้วย

1.1.1 การดำเนินการพัฒนาในวงรอบที่ 1 ด้วยการดำเนินการตามกลยุทธ์ที่ใช้ในการพัฒนา คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการนิเทศภายใน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบโครงงานได้ รวมทั้งเป็นการ

ติดตามและประเมินผลการจัดกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมายแต่ละคนเพื่อให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำ ประกอบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

1.1.2 การสะท้อนผลการพัฒนาในวงรอบที่ 1 ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการพัฒนาในวงรอบที่ 1 มาสรุปเป็นภาพรวมว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถจัดกิจกรรมได้ในระดับใด มีกลุ่มเป้าหมายคนใดสามารถจัดกิจกรรมได้และมีกลุ่มเป้าหมายคนใดที่ยังต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ เพิ่มขึ้น

1.2 วงรอบที่ 2 ประกอบด้วย

1.2.1 การดำเนินการพัฒนาในวงรอบที่ 2 ด้วยการดำเนินการกลยุทธ์ที่ใช้ในการพัฒนา คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ เพื่อใช้ประกอบการพัฒนากลุ่มเป้าหมายที่ยังต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์

1.2.2 การสะท้อนผลการพัฒนาในวงรอบที่ 2 ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้มาสรุปเป็นภาพรวมเพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์

ทั้งนี้การดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นการวางแผน (Planning) ประกอบไปด้วย

- 1) การศึกษาสภาพปัจจุบันในการดำเนินงานและปัญหา
- 2) กำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ในการพัฒนา
- 3) กำหนดแผนการปฏิบัติการ

2. ขั้นการปฏิบัติการ (Action) นำแผนการปฏิบัติการการดำเนินงานพัฒนาบุคลากรในการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิง

ตั้งครรห์ ที่กำหนดไว้ไปสู่การปฏิบัติตามลำดับกิจกรรม ซึ่งเป็นการดำเนินงานในวงรอบที่ 1

3. ขั้นการสังเกต (Observation) ผู้วิจัยและหญิงตั้งครรห์ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผลการดำเนินกิจกรรม 4 กิจกรรม ได้แก่

3.1 กิจกรรมที่ 1 การทบทวนปรับปรุงและพัฒนาแบบการดำเนินงานภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของรูปแบบเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรห์ที่มารับบริการฝากครรห์ โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

3.2 กิจกรรมที่ 2 การผลิตสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรห์และฝากครรห์ ผ่านวิทยุชุมชน แผ่นพับ การประสานเครือข่ายต่าง ๆ และเยี่ยมบ้าน รวมทั้งสามี ผ่านกิจกรรม เพื่อกระตุ้นจิตสำนึกกลุ่มเป้าหมาย ด้วยสโลแกน “คุณแม่มือใหม่ใส่ใจ ฝากท้องไว้ เพื่อความปลอดภัยของลูกน้อยในครรห์”

3.3 กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมและสนับสนุนส่งเสริมความเข้มแข็งชุมชน แกนนำ อสม. มาร่วมในคณะทำงานเพื่อพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรห์ โดยให้หญิงตั้งครรห์ได้ทำแบบทดสอบความรู้ก่อนได้รับการจัดกิจกรรม และให้ทำแบบทดสอบความรู้หลังได้รับการจัดกิจกรรมพร้อมทั้งตอบแบบสอบถามในส่วนที่เกี่ยวข้อง

3.4 กิจกรรมที่ 4 จัดกิจกรรมถามตอบปัญหาข้อสงสัย และแสดงความคิดเห็นร่วมกันในไลน์กลุ่มหญิงตั้งครรห์

4. ขั้นการสะท้อน (Reflection) หลังจากที่ได้มีการเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ต่าง ๆ มาวิเคราะห์ข้อมูลและสะท้อนผลการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการดำเนินงานในวงรอบที่ 2

2. แบบสอบถาม (Questionnaire)

มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยใช้แบบสอบถามในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่ทำการศึกษาผลรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรห์ที่มารับบริการฝากครรห์ โรงพยาบาลดอนตาล ที่พัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล และน้ำหนักทารกแรกเกิด ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open ended question) และปลายปิด (Close ended question) รวมจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรห์และการฝากครรห์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ถ้าตอบถูกให้ข้อละ 1 คะแนน ตอบผิด หรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการตั้งครรห์และการฝากครรห์ จะวัดถึงความคิดเห็น หรือความรู้สึกของหญิงตั้งครรห์ที่มีต่อการตั้งครรห์และการฝากครรห์ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ทสเกล (Likert scale) โดยมีข้อคำถามให้เลือกตอบว่า เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ โดยมีข้อคำถามที่เป็นทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน และครอบครัว จะวัดถึงการที่หญิงตั้งครรห์ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับคำแนะนำในเรื่องที่เกี่ยวข้อง กับการตั้งครรห์ และการคลอด จากสามีและญาติ รวมจำนวน 14 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ทสเกล (Likert scale) โดยมีข้อคำถามให้เลือกตอบว่า ใช่ ไม่แน่ใจ และไม่ใช่ โดยมีข้อคำถามที่เป็นทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรห์ จะวัดถึงการปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) โดยมีข้อคำถามให้เลือกตอบว่า โดยมีข้อคำถามให้เลือกตอบว่า ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง เป็นประจำ และทุกวัน โดยมีข้อคำถามที่เป็นทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

- **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ทำการตรวจสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา มีค่าความเที่ยงโดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.864 ส่วนเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ทำการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยได้ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อให้มีเนื้อหาที่มีความสอดคล้องและตรงตามวัตถุประสงค์

- **การวิเคราะห์ข้อมูล** เชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติ Pearson's Correlation และเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร โดยค่าสถิติที่ใช้ได้แก่ t-test (Paired-samples test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

- **การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ตามหนังสือโครงการวิจัยเลขที่ 39.0033.2567

สรุปผลการวิจัย

สถานการณ์การพบทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในอำเภอดอนตาล พบปัญหาดังกล่าว ร้อยละ 9.13 จึงทำให้ทางอำเภอดอนตาล เมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา ยังพบว่าปี 2567 ยังคงมีเด็กน้ำหนักแรกเกิดน้อย และมีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 13.33⁽³⁾ อันมีผลมาจากทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อย เกิดความผิดปกติทางระบบทางเดินอาหาร ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารต่าง ๆ ได้ไม่ดี ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโต ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทารกที่น้ำหนักน้อยยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ และทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย⁽³⁾

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลดอนตาล ในปีงบประมาณ 2567 มีอายุเฉลี่ย 25.57 ปี ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 45.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม คิดเป็นร้อยละ 52.50 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,143.75 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีสิทธิในการรักษาพยาบาลคือ บัตรประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 85.00 และหญิงตั้งครรภ์คลอดทารกมีน้ำหนักทารกเฉลี่ย 2,941 กรัม ซึ่งเป็นน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 100.00

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และฝากครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ก่อนได้รับการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 72.50 โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 8.05 คะแนน (คะแนนเต็ม 11 คะแนน) ส่วนหลังได้รับการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร และยังมีผลให้น้ำหนักเด็กทารกแรกเกิดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ทั้งหมดมีน้ำหนักตามเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ทำให้ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ครั้งนี้ มีความเหมาะสมใช้กับบริบทพื้นที่และสามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ที่สูงขึ้น

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์หลังการได้รับรูปแบบเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร มีระดับสูงกว่าก่อนการได้รับรูปแบบเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปิยะพร กองเงิน และคณะ¹⁰ ที่ได้ทำการศึกษารื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ ที่มี

ภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อีกทั้งจากผลการศึกษาค้นนี้ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการรับการพัฒนา และมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นภาพร บุญมา¹¹ ที่ได้ทำการศึกษารื่องการพัฒนาคุณภาพการให้บริการอนามัยมารดาเพื่อลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนัก<2,500 กรัม ที่พบว่า ปัจจัยที่ทำให้น้ำหนักของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยเกิดจากปัจจัยด้านพฤติกรรม และการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรทบทวนและปรับปรุงรูปแบบเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายด้วยการเขียนเป็นเสมือนหนังสือคู่มือในการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์
2. ควรจัดทำแผนงานบูรณาการ และกำหนดเป็นนโยบายและกลยุทธ์การทำงานเชิงบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแก่หญิงตั้งครรภ์
3. ทำการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของงานเป็น KPI ที่สะท้อนผลงานขั้นพื้นฐาน และผลงานที่สะท้อนความสำเร็จอย่างแท้จริง หรือจัดให้มี KPI ผลงานด้านปริมาณ และคุณภาพที่สอดคล้องกับพื้นฐาน และความพร้อมของบุคลากรและหน่วยงานที่รับผิดชอบ

เอกสารอ้างอิง

1. ดาราวรรณ มณีกุลทรัพย์ และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2560; 3: 1-12.
2. กรมควบคุมโรค. คู่มือกระบวนการการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท อาร์ เอ็น พี พี วอเตอร์ จำกัด. 2564.
3. โรงพยาบาลดอนตาล. สถิติหญิงตั้งครรภ์ ข้อมูลปี 2566. Mukdahan: โรงพยาบาลดอนตาล. 2565.
4. ดาราวรรณ อมรศักดิ์. การศึกษาความมีมนุษยสัมพันธ์ในการปฏิบัติงานของพนักงานระดับปฏิบัติการ กรณีศึกษา : โรงแรมบันยันทรี กรุงเทพ. กรุงเทพมหานคร: 2560: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2560.
5. สุนันทา ขวัญใจ. แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2566.
6. จิราจันทร์ คนทา. การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร. 2561; 8: 1-12.
7. Duval, S. & Wicklund, R. A.. A theory of objective self awareness. New York: Academic Press; 1972.
8. โรงพยาบาลรามาศิบัติ. โรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพในแบบรามาศิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลรามาศิบัติ; 2552.
9. ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพฯ: อู่การพิมพ์; 2543.
10. ปิยะพร กองเงิน และคณะ. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. วารสารสภาการพยาบาล. 2559; 31: 67-82.
11. นภาพร บุญมา. การพัฒนาคุณภาพการให้บริการอนามัยมารดาเพื่อลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนัก<2,500 กรัม. ประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2566. 2566: 1-3.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา: กรณีศึกษา

ภาณุรัตน์ ศรีมงคล¹

บทคัดย่อ

ความผิดปกติจากการดื่มสุรา (Alcohol use disorder: AUD) เป็นปัญหาสำคัญในทุกประเทศ โรคจิตจากสุรา (Alcohol induced psychotic disorder: AIPD) อาจเกิดขึ้นได้ในระยะพิษสุราเฉียบพลัน ระยะถอนพิษสุรา และโรคติดสุราเรื้อรัง ผู้ที่เป็นโรคติดสุราเรื้อรังและดื่มสุราอย่างหนักและเป็นเวลานานมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะพัฒนาเกิดลักษณะอาการทางจิต เช่น อาการภาพหลอน อาการหลงผิด และอาการอื่นๆ ที่คล้ายกับโรคจิตเภทแต่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา โรคจิตจากสุราเป็นปัญหาเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะกลับไปดื่มสุราอีก บทความนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายเกี่ยวกับโรคจิตจากสุรา และการนำเสนอการพยาบาลในผู้ป่วยกรณีศึกษาที่มีลักษณะที่พบเจอได้บ่อยครั้งในการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาลควรเพิ่มความตระหนักให้กับประชาชนเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุรา สิ่งสำคัญอย่างยิ่งคือ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมที่สุด นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ควรมุ่งเน้นการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราและครอบครัว เพื่อลดและเลิกดื่มสุราด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายและผู้ป่วยปลอดภัย ลดการกลับเป็นซ้ำ และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: โรคจิตจากสุรา, การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

วันที่รับบทความ

21 กรกฎาคม 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

8 กันยายน 2567

วันที่ตอบรับบทความ

13 กันยายน 2567

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์; Panurat035@gmail.com
โทร. 080-1948386

Nursing care for Patients with Alcohol induce Psychosis: A Case Study

Panurat Srimungkhul¹

Abstract

Alcohol use disorder (AUD) is a significant issue across all countries. Alcohol induced psychotic disorder (AIPD) can occur with acute intoxication, alcohol withdrawal, and chronic alcoholism. There was an increased risk of developing psychotic features, including hallucinations, delusion, and other symptoms that resemble those of schizophrenia but are merely relevant to alcohol drinking, in people with chronic alcohol dependence. AIPD is a chronic problem because patients with AIPD tend to increase their alcohol consumption again. This article reviews the literature to describe studies on AIPD and present nursing care for patients with AIPD to Case studies that have characteristics that are often encountered in nursing practice nursing personnel should increase public awareness about the problems associated with alcohol. It is incredibly important for the patient to receive the most appropriate nursing care. Moreover, HCWs should focus on educating and motivating patients with AIPD and their families to reduce alcohol consumption and stop drinking. The patients are harmless and secure, thereby reducing the likelihood of relapse and readmission.

Keywords: Alcohol induced psychotic disorder, nursing care for the patients with Alcohol induced psychotic disorder

Received
21 July 2024

Revised
8 September 2024

Accepted
13 September 2024

¹Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Corresponding author e-mail; Panurat035@gmail.com Tel. 080-1948386

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขในประเทศทั่วโลก พบผู้ดื่มสุรามีจำนวนสูงถึง 3.1 พันล้านคน¹ ปัญหาการดื่มสุราเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนทั่วโลกเสียชีวิตในแต่ละปีมากถึง 2.5 ล้านคน² มีผู้เสียชีวิต 6 คน ใน 1 นาที³ ข้อมูลจากระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปีงบประมาณ ปี 2564 2565 และ 2566 จำนวน 217,656 185,045 และ 178,323 ราย ตามลำดับ⁴ มีการคาดการณ์ว่าจะมีนักดื่มปัจจุบัน (Current drinker) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ดื่มสุรา 15.96 ล้านคน หรือร้อยละ 28 ผู้ที่ดื่มสุราอย่างน้อยหนึ่งครั้งใน 12 เดือนที่ผ่านมา⁵ การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายต่อผู้ติดสุรา เช่น เบื่ออาหาร โรคกระเพาะอาหาร ลำไส้อักเสบ ก่อให้เกิดโรคตับแข็ง ตับอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ ปัญหาต่อเนื่องจากโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเมเร็ง โรคทางจิตประสาท และอาการนอนไม่หลับ⁶ ผลกระทบด้านความสัมพันธ์และจิตใจ การดื่มสุราทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท การทำร้ายร่างกายทั้งทำร้ายตนเองและผู้อื่น สะท้อนถึงต้นตอของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับทางด้านพฤติกรรมของบุคคล ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม อีกทั้งเป็นสาเหตุความสูญเสียและการเกิดอุบัติเหตุทางถนน⁷ การดื่มสุราจึงนับเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ดื่มเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมในวงกว้าง ไม่ว่าจะเป็นลักษณะพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (low risk drinker) การดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) การดื่มแบบอันตราย (harmful drinking) และการดื่มแบบติด (alcohol dependence) การดื่มสุราแบบไม่เหมาะสม (alcohol abuse) ล้วนนำไปสู่ความบกพร่อง สูญเสีย ความทุกข์ทรมาน และการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ลดการทำงานของระบบประสาทของบุคคล ทำให้เกิดพยาธิสภาพด้านชีวภาพ

(Biological factor) โดยตรงและนำมาซึ่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย จากกลไกของสารเคมีในระบบประสาท (neurochemical mechanism) โดย Dopamine D2 receptor⁸

บทความนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายเกี่ยวกับโรคจิตจากสุรา เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจโรคจิตจากสุรามากยิ่งขึ้น รวมทั้งนำเสนอการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการบำบัดรักษา และได้รับการพยาบาลอย่างครอบคลุมบรรลุทั้งเป้าหมายการพยาบาล ลดการกลับเป็นซ้ำและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

โรคจิตจากสุรา (Alcohol induced psychotic disorder: AIPD)

โรคจิตจากสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders fifth edition (DSM-5) ระบุอาการ ดังนี้ (A) มีอาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิดอย่างเห็นได้ชัด โดย (B) มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าอาการดังกล่าวเกิดขึ้นภายในหรือระหว่างเดือนที่มีอาการมึนเมาหรือเลิกสุรา (C) อาการโรคจิตที่ยังคงอยู่ต่อเนื่องนานหลังหยุดดื่มหรือหลังภาวะถอนพิษสุราผ่านไปแล้ว โดยโรคจิตที่พบไม่ได้เกิดจากสารเสพติด (เช่น มีอาการก่อนการใช้สารเสพติด) และ (D) ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงระยะเวลาของภาวะสับสนเพื่อคั่ง ช่วงเวลาที่เริ่มมีอาการ ควรเป็นระหว่างหรือเร็วๆ นี้ หลังจากมึนเมาหรือถอนสุรา⁹ สำหรับองค์การอนามัยโลก โรคจิตจากสุรา ใช้รหัส F 10.5 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากการดื่มสุรา¹⁰ ผู้ป่วยจะมีอาการโรคจิต ซึ่งเกิดร่วมกับการดื่มสุราจัดเป็นเวลานาน โดยมีอาการสำคัญที่พบมากที่สุด คือ ประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่ว (auditory hallucination) ในขณะที่ระดับความรู้สึกตัวยังคงปกติ หรือเลอะเลือนไปเพียง

เล็กน้อยเท่านั้น โรคนี้จะเกิดหลังจากการดื่มสุราน้อยลงหรือหยุดดื่ม มักเกิดอาการภายใน 48 ชั่วโมงหลังหยุดดื่มสุรา แต่บางรายอาจเกิดหลังจากหยุดดื่มนานกว่านี้หลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่ม วินิจฉัยจากประวัติการดื่มสุราอย่างหนัก ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคจิตจากสาเหตุใดๆ มาก่อน และไม่ได้อยู่ในช่วงของภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) หรือภาวะสับสนเพ้อคลั่ง (delirium tremens)

อาการแสดงของโรคจิตจากสุรา ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีอาการแสดงแตกต่างกัน บางรายมีอาการหลงผิด (delusions) หลงผิดหวาดระแวง (paranoid delusions) คิดว่าผู้อื่นปองร้าย คอยติดตาม จะทำร้ายตน บางรายมีอาการประสาทหลอน (hallucinations) เป็นการรับรู้ที่ไม่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง เช่น อาการประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่ว (auditory hallucination) และเห็นภาพหลอน (visual hallucination) บางรายมีความผิดปกติด้านความคิด (disordered thinking) ความคิดกระจัดกระจาย พูดไม่สัมพันธ์กัน บางรายมีอาการวุ่นวาย (agitation) อาจจะรบกวนและก่อพฤติกรรมรุนแรง บางรายสับสน (confusion) มีภาวะซึมเศร้า (depression) และวิตกกังวล (anxiety)¹¹

โรคจิตจากสุรา อาจเกิดขึ้นได้ในระยะพิษสุราเฉียบพลัน ระยะถอนพิษสุรา และโรคติดสุราเรื้อรัง ผู้ที่เป็นโรคติดสุราเรื้อรังและดื่มสุราอย่างหนักและเป็นเวลานานมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะพัฒนาเกิดลักษณะอาการทางจิต เช่น อาการภาพหลอน อาการหลงผิด และอาการอื่นๆ ที่คล้ายกับโรคจิตเภท^{12, 13} ส่วนใหญ่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาล และมีอาการถอนพิษสุรา ซึ่งบางรายอาจจะไม่มีหรือไม่มีภาวะเพ้อสับสนจากการถอนสุรา (delirium tremens) ก็ได้ อย่างไรก็ตามโรคจิตจากสุรา มีอาการทางจิตที่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายจากปัญหาการรับรู้ (perception) ที่แปรปรวนจากอาการประสาทหลอน (Hallucination) อาการหวาดระแวง (Paranoid) อาจจะมีพบปัญหาการใช้ความรุนแรงทางพฤติกรรม ทำร้าย

ผู้อื่น ทำลายสิ่งของและมีความคิดฆ่าตัวตายที่นำไปสู่การทำร้ายตนเอง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว อาจนำไปสู่ผลเสียที่รุนแรงมากขึ้น¹² โรคจิตจากสุรา (Alcohol induced psychotic disorder: AIPD) เป็นความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมที่ปรากฏภายใน 2 สัปดาห์ของการดื่มสุราและหยุดดื่มหรือขาดสุรามากกว่า 48 ชั่วโมง ผู้ที่ดื่มเป็นระยะเวลานานเป็นสัปดาห์เป็นเดือน หรือมากกว่า แล้วหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลง อาจทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ความคิดผิดปกติ ภาวะอารมณ์ผิดปกติ¹³

การศึกษาความชุกของการเกิดโรคจิตจากสุราทั่วไปพบร้อยละ 0.41 ในผู้ติดสุราพบร้อยละ 0.4–0.6¹⁴ ผู้ที่ติดสุราเมื่อดื่มอย่างหนักแล้วหยุดดื่มจะพบอาการประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) และหลงผิดหวาดระแวง (paranoid delusions) ถึงร้อยละ 3¹⁵ อาการทางคลินิกที่พบ ร้อยละ 3 มีอาการหูแว่ว (auditory hallucination) หลงผิด (delusion) และหวาดระแวง (paranoid) และพบความชุกของการเกิดอาการทางจิตในผู้ป่วย AIPD ร้อยละ 6.19¹⁵ การศึกษาในประเทศอินเดียพบว่า อาการทางจิตที่เกิดจากสุราจากจำนวน 61 รายมีอาการหูแว่ว (auditory hallucination) ร้อยละ 67.2 อาการหลงผิด คิดว่าถูกข่มเหง โดนรังแก (persecution) ร้อยละ 55.7 คิดว่ามีคนนิทาว่าร้ายตนเองและกล่าวถึงตนเองในทางไม่ดี (Idea of Reference) ร้อยละ 20.5 เห็นภาพหลอน (Visual Hallucination) และมีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide Ideation) ร้อยละ 19.7¹⁶ ในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา เริ่มดื่มตั้งแต่อายุน้อยและดื่มสุราอย่างหนักดื่มเป็นระยะเวลาดำเนินยาวนาน พบความชุกของการเกิดอาการทางจิต ร้อยละ 9 และพบอาการประสาทหลอนทางหูมากที่สุด¹⁷

บทความนี้ ผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายเกี่ยวกับโรคจิตจากสุรา และนำเสนอการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม

โดยขอแนะนำเสนอกรณีศึกษาและการพยาบาลผู้ป่วย
ภาวะโรคจิตจากสุรา ดังนี้

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยภาวะโรคจิตจากสุรา

ข้อมูลทั่วไปโดยสรุปของกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 48 ปี สถานภาพ หย่าร้าง
นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษา
ปีที่ 3 ว่างาน รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ครั้งที่ 1
การวินิจฉัยโรค Alcohol induced psychotic disorder
อาการสำคัญก่อนนำส่งโรงพยาบาล ดุร้าย พุดคนเดียว
มีพฤติกรรมเดินรอบหมู่บ้านก่อความรำคาญ เป็นมา
2 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุราจัดตั้งแต่อายุ 20 ปี ให้
ประวัติว่าเริ่มดื่มตั้งแต่อายุ 12 ปี ดื่มกับเพื่อนเพราะ
อยากรลอง สุราที่ดื่มคือสุราขาว 40 ดีกรีวันละ
ประมาณ 1-2 ขวดและเมาเกือบทุกวัน ไม่มีใครจ้าง
ทำงาน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตเมื่อประมาณ 2 ปี
มีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูดตำหนิเรื่องดื่มสุรา
และบางครั้งเป็นเสียงคนคุยกันจับใจความไม่ได้ และ
นอนไม่หลับ ญาติจึงพาไปรักษาที่โรงพยาบาล
อยู่โรงพยาบาลประมาณ 14 วัน อาการทุเลาลง และหู
แว่วหายไปได้ รับการวินิจฉัยโรค alcohol dependence
แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ผู้ป่วยไม่รับประทานยาและ
ผู้ป่วยไม่ได้ไปติดตามการรักษา ยังมีพฤติกรรมดื่มสุรา
อย่างหนักเหมือนเดิม

1 ปีก่อน ผู้ป่วยดื่มสุรามากขึ้น มีอาการมือสั่น
พูดเรื่อยเปื่อย พูดไม่รู้เรื่อง ญาติพามาโรงพยาบาล
ชุมชนด้วยอาการหงุดหงิด ชักเกร็ง รักษาตัวประมาณ
10 วัน ได้รับการวินิจฉัยโรค Alcohol withdrawal with
delirium หลังออกจากออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วย
รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เคยพยายามทดลองหยุดดื่ม
สุราได้ประมาณ 1 เดือน ผู้ป่วยทนไม่ไหวหวนกลับมา
ดื่มสุราตามเดิม

7 วันก่อนมาโรงพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยมีอาการ
มือสั่น พุดคนเดียว ชักเกร็งกระตุก ญาตินำส่ง
โรงพยาบาลจังหวัด อยู่รักษาประมาณ 2 สัปดาห์
ผู้ป่วยมีอาการมึนงงสับสน นอนไม่หลับ พุดคนเดียว

อาการไม่ทุเลา จึงส่งตัวต่อมารักษาในโรงพยาบาล
จิตเวช

ผู้ป่วยเมาสุราเกือบทุกวันทำให้ทะเลาะกับภรรยา
บ่อยๆ และบางครั้งถึงทุบตีกัน ปัจจุบันเลิกกรากับ
ภรรยาได้ประมาณ 5 เดือน และอยู่บ้านคนเดียว ส่วน
มารดาภาน้องสาวอยู่บ้านอีกหลังแต่ยังอยู่ในหมู่บ้าน
เดียวกัน บิดาเสียชีวิตแล้ว ผู้ป่วยไม่มีประวัติการ
เจ็บป่วยทางจิตมาก่อน ไม่เคยมีอุบัติเหตุทางสมอง
และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว
ผู้ป่วยเป็นคนพูดน้อย เก็บตัว ไม่ค่อยไว้วางใจใคร

การตรวจสภาพจิต (Mental status examination)
ชายไทยวัยผู้ใหญ่ รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ไม่มี
บาดแผลตามร่างกาย แต่งกายด้วยชุดของ
โรงพยาบาล สะอาด สุขวิทยาส่วนบุคคลดี ขณะพูดคุย
สบตาเป็นพักๆ สีหน้าวิตกกังวล ให้ความร่วมมือใน
การสนทนา อารมณ์โดยรวมและต่อเหตุการณ์ (affect
and mood) บอกว่าเฉยๆ สีหน้ามีความวิตกกังวล
แสดงอารมณ์สอดคล้องกับเรื่องที่เล่า การพูดและการ
ใช้ภาษา (speech and language) ไม่ช้าหรือเร็วเกินไป
ไม่มีพูดเรื่อยเปื่อย ตอบคำถามตรงประเด็น ความคิด
(thought) มีรูปแบบความคิดเชื่อมโยงและต่อเนื่อง
ปฏิเสธความคิดอยากตาย ยังมีความคิดหวาดระแวง
กลัวคนทำร้ายบางครั้ง ไม่ค่อยไว้วางใจใคร
(Persecutory delusion type) การรับรู้(perception) มีหู
แว่ว (auditory hallucination) บอกว่าได้ยินเสียงคนคุย
มีทั้งเสียงผู้ชายและผู้หญิง บางครั้งจับใจความไม่ได้
บางครั้งเป็นเสียงตำหนิ บางครั้งเป็นเสียงชมเชย ได้ยิน
มากช่วงกลางคืน เสียงที่ได้ยินมักจะทำให้สะดุ้งตื่น
ตอนกลางคืน ทำให้ตนเองกังวล หวาดกลัวเล็กน้อย
และหงุดหงิดรำคาญ ปฏิเสธเห็นภาพหลอน (visual
hallucination) ปฏิเสธการได้กลิ่นผิดปกติ (olfactory
hallucination) และปฏิเสธสัมผัสผิดปกติ (tactile
hallucination) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัวเพราะบางครั้ง
กลัวเสียงที่ได้ยิน การรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล
(orientation) ปกติ สามารถระบุวันที่ เวลา สถานที่และ
บุคคลได้ ความรู้สึกตัว (conscious) รู้สึกตัวดี ถามตอบ

รู้เรื่องสมาธิและความสนใจ (attention and concentration) ไม่มีสมาธิ วอกแวกง่ายเมื่อมีสิ่งรอบข้างกระตุ้น ความจำ (memory) ปกติ ทั้งความจำในปัจจุบัน (recent memory) ความจำในอดีต (remote memory) และความจำที่เพิ่งเกิดขึ้น (recall memory) สามารถบอกวันเดือนปีเกิด บอกข้อมูลส่วนตัวและบ้านเลขที่ตนเอง สามารถตอบได้ว่าตนเองทำกิจกรรมอะไรมาบ้างก่อนหน้าพบพยาบาล การตัดสินใจ (judgment) เหมาะสม การรู้จักตนเอง (insight) ผู้ป่วยบอกว่ารู้ว่าตนเองมาโรงพยาบาลเพราะการดื่มสุราอย่างหนัก แต่ไม่รับประทานยาเพราะคิดว่าตนเองไม่ได้ป่วย

การบำบัดรักษาด้วยยาและจิตสังคมบำบัด

การบำบัดด้วยยา: Lorazepam (2 mg) 1 tab t.i.d. oral pc and 3 tab x hs, Vitamin B1-6-12 (100) 1tab oral t.i.d. pc, Folic acid 1tab oral OD เข้า, Lorazepam (2mg.) 1-2 tab for CIWA-Ar / Diazepam (10 mg.) IV prn. for alcohol withdrawal symptoms according to nursing guideline for alcohol withdrawal management, Haloperidol 5 mg IM prn for agitation, Sertraline (50) 1tab oral pc, Perphenazine (8) 1tab oral b.i.d. pc ต่อมา off Lorazepam เดิม ให้ Clozapine (25) ¼ tab oral hs.

จิตสังคมบำบัด: เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาจากถอนพิษสุรา พยาบาลส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้านจิตสังคม เพื่อฟื้นฟูด้านจิตใจและพัฒนาทักษะทางสังคมและด้านอื่นๆ ที่พร่องไป และเติมเต็มให้ผู้ผู้ป่วยพร้อมออกจากโรงพยาบาลกลับคืนสู่การดูแลโดยครอบครัวและชุมชน การบำบัดสามารถจัดให้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มตามความเหมาะสม ตามอาการและตามศักยภาพของผู้ป่วยที่จะทำได้ เป็นการเตรียมความพร้อมโดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาลง ส่งเสริมการเข้าร่วมกลุ่มย่อยที่ไม่ยากและซับซ้อน ร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด กลุ่มบำบัดในรูปแบบต่างๆ กลุ่มจิตสังคมบำบัด รวมทั้งสร้างแรงจูงใจเพื่อลดละเลิกการ

ดื่มสุรา และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้มีความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะโรคจิตจากสุรา

กรณีศึกษารายนี้ ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล เมื่อพยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญแล้วนำข้อมูลมาเขียนแผนการพยาบาลประกอบด้วย ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุนวัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล โดยมีเป้าหมายระยะสั้น (Short term objective) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยในขณะที่มีภาวะถอนพิษสุรา มีปัญหาการนอนและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมถึงการดูแลตนเอง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ ได้แก่ ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากอยู่ในระยะถอนพิษสุรา ข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวิวและหวาดระแวง และเป้าหมายระยะยาว (Long term objective) มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา มุ่งเน้นให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเอง และประเมินความพร้อมของครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย มุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้มีความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ข้อที่ 3 เสี่ยงต่อเกิดการกลับเป็นซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้านเนื่องจากการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมและดื่มสุรา

ตัวอย่างการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา รายนี้ พยาบาลได้ใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหา การเชื่อมโยงไปสู่กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นแนวทางที่จะช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การช่วยเหลือในระยะแรก มุ่งเน้นมิติด้านร่างกาย โดยช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

จากอาการไม่สุขสบายและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือในระยะหลัง คือ มิติด้านการฟื้นฟู ทางด้านจิตใจ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ซึ่งต้องใช้ เวลานานและต่อเนื่อง จึงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถ ปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้

1. เป้าหมายระยะสั้น (Short term objective) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ ได้รับความปลอดภัยในขณะที่มีภาวะถอนพิษสุรา มีปัญหาการนอนหลับและให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่างเหมาะสม รวมถึงการดูแลตนเอง การจัด สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากอยู่ในระยะถอนพิษสุรา

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective Data: ผู้ป่วยบอกว่า “นอนยังไม่หลับ นอนยากนะ เวลาเช้าก็ต้องตื่นแล้ว”

Subjective Data: ผู้ป่วยบอกว่า “นอนไม่ได้ เลย”

Objective Data: จากการสังเกตผู้ป่วยมีอาการ มือสั่น กระวนกระวาย สับสนมาก เหงื่อออกทั่วตัว ไม่รับรู้วันเวลาสถานที่ ต้องจำกัดพฤติกรรมไว้บนเตียง ประเมินภาวะขาดสุรา (CIWA-Ar Score) = 21 คะแนน

Objective Data: จากการสื่อสารของทีมการ พยาบาลที่ดูแลพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการนอนต้องได้รับ ยาตาม CIWA-Ar score ในช่วงเวลากลางคืน อยู่ใน ระยะลดระดับยา Lorazepam

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ (Goals/Objectives)

1. เพื่อบรรเทาการนอนไม่หลับจากอาการ ถอนพิษสุรา
2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก ภาวะถอนพิษสุรา

เกณฑ์การประเมินผล (Outcome criteria)

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอน พิษสุรา เช่น อุบัติเหตุ ภาวะขาดน้ำ และภาวะน้ำตาล ในเลือดต่ำ

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะถอนพิษ สุรารุนแรง เช่น ชักเกร็ง สั่น กระวนกระวาย

3. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

4. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

5. CIWA-Ar score มีค่าคะแนน น้อยกว่า 7 หรือไม่มีภาวะถอนพิษสุรา

การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)

1. ชักประวัติการดื่มสุราอย่างละเอียดในเรื่อง ปริมาณการดื่ม ชนิดของสุราและการดื่มครั้งสุดท้าย

2. ประเมินระดับความรุนแรงและอันตรายจาก ภาวะถอนพิษสุรา ได้แก่ ประวัติการดื่มในอดีตที่เพิ่ง ผ่านมาการดื่มเร็วๆ นี้ ความถี่ ปริมาณและการดื่มครั้ง สุดท้าย ระยะเวลาในการดื่ม ปริมาณ การดื่มสุราต่อ วัน ประวัติการเกิดอาการถอนพิษสุรา อาการชัก อาการประสาทหลอน หรือเพื่อสับสน การประเมิน ทางด้านร่างกายโดยการวัดสัญญาณชีพ อาการที่ บอถึงการดื่มสุราเรื้อรังเช่น ตาแดง หน้าบวม โรค ทางกายที่พบ เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร ท้องเสีย โรคตับ หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2.1 ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา คือ Lorazepam (2) mg 1 tab oral t.i.d. pc, Lorazepam (2) mg 1 - 2 tab oral prn for CIWA-Ar score, Diazepam (10) mg Vein Prn for CIWA-Ar score

2.2 ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแบบ บันทึกดัดตามอาการถอนพิษสุรารายบุคคลตามแบบ ประเมิน CIWA-Ar score

3. ระวังระวังอุบัติเหตุ หกล้ม ตกเตียง เพราะ ฤทธิ์ยาเผลอทำให้ง่วงนอน

4. ประเมินและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ

5. ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องอาการข้างเคียงของยา เช่น ยาจะก่อกำหนดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีอาการง่วงซึม ความสามารถในการคิด จำและการตัดสินใจลดลง สมาธิลดลง การควบคุมแขนขาไม่สัมพันธ์กัน ไม่มีแรง แนะนำผู้ป่วยหากมีอาการดังกล่าวมากจนไม่สามารถทนได้ให้แจ้งพยาบาล เพื่อรายงานแพทย์ปรับเปลี่ยนการรักษาต่อไป

6. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันอาการเวียนศีรษะ

7. ตรวจวัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการของการเกิดภาวะสับสนเพ้อคลั่ง (delirium tremens) ตามแบบประเมิน CIWA-Ar score

8. การติดตามความสมดุลในการทำงานของไต (intake and output monitoring) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำเพื่อประเมินอาการ (ถ้ามี)

9. การเฝ้าระวังการทำงานของหัวใจเต้นผิดปกติ หากผิดปกติให้รายงานแพทย์

10. จัดผู้ป่วยให้อยู่ในห้องหรืออยู่ใกล้ที่อยู่ของพยาบาลซึ่งสามารถสังเกตอาการผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด

11. การลดสิ่งกระตุ้นผู้ป่วย เพื่อป้องกันการได้รับอุบัติเหตุหรืออันตรายจากอาการประสาทหลอนหรือหลงผิด และเฝ้าระวังการเกิดอาการชัก รวมถึงหากเกิดอาการชักให้สามารถช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย

12. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยตั้งราวข้างเตียงขึ้น จัดเตรียมอุปกรณ์ การป้องกันการกัดลิ้นไว้ข้างเตียง และเฝ้าระวังขณะผู้ป่วยนอนหลับจากภาวะสับสน หรือพยายามปีนลงจากเตียงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้

13. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะงุนงง สับสน การทรงตัวไม่ดี พิจารณาผูกยึดตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ในระหว่างผูกมัดให้การพยาบาล ดังนี้

- ประเมินผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในผู้ป่วยในแล้วพบว่าอยู่ในระยะถอนพิษสุราและมีอาการ

สับสน ไม่รับรู้บุคคล เวลา และสถานที่ หรือแม้แต่มองอยู่หนึ่งมีพฤติกรรมรุนแรงดูแลให้ได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐาน

- ดูแลเรื่องอาหาร น้ำดื่ม ระวังการสำลัก ทดสอบการกลืนก่อนทุกครั้ง เพื่อป้องกันการสำลักเข้าปอด (aspiration pneumonia)

- ดูแลเปลี่ยนท่าทุก 1 – 2 ชั่วโมง และเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับและบริเวณรอบผกมัต

- ตรวจเย็บมอาการทุก 15-30 นาที เพื่อสอบถามความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วย

- เฝ้าระวังความเสี่ยงต่าง ๆ เช่นการเกิดอุบัติเหตุการหกล้มบาดเจ็บจากการผูกมัด

- ดูแลการพักผ่อน การขับถ่าย ขณะที่ผู้ป่วยผูกมัด

14. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ และเฝ้าระวังภาวะขาดน้ำ

15. เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยติดตามค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) หากผิดปกติให้รายงานแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรงจากภาวะถอนพิษสุรา เช่น ไม่เกิดอุบัติเหตุ มีภาวะขาดน้ำ ปากแห้งเล็กน้อยหลังจากการให้การดูแลไม่เกิดภาวะขาดน้ำรุนแรง ไม่มีอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. ในช่วง 3 วันแรกผู้ป่วยยังมมีอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุราในช่วงเวลากลางคืน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การชัก หลังจากนั้นอาการดีขึ้น พุดคุยรู้เรื่องมากขึ้น ไม่มีอาการงุนงงและสับสน รับทราบ วัน เวลา สถานที่ บุคคล วันที่

3. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้หลังได้รับยาบรรเทาอาการ

4. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
อุณหภูมิร่างกาย = 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ = 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ = 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 134/77 มิลลิเมตรปรอท

5. แบบประเมิน CIWA-Ar score = 2 คะแนน และยุติการประเมินเมื่อครบ 6 วัน

ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหิวแหว่และหวาดระแวง

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective Data: ผู้ป่วยบอกว่า “มีหิวแหว่เป็นเสียงคนมากระซิบ บางครั้งพูดเรื่อยเปื่อยจับใจความไม่ได้”

Subjective Data: ผู้ป่วยบอกว่า “หิวแหว่ทำให้หงุดหงิดไม่ไหว”

Objective Data: สังเกตเห็นผู้ป่วยพูดคนเดียว

Objective Data: สังเกตเห็นผู้ป่วยเดินไปมา กระวนกระวาย เดินวนไปมาในบริเวณหอผู้ป่วย หมดระวังตัวเอง ท่าทางหวาดระแวง

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ (Goals/Objectives)

1. เพื่อให้ผู้ป่วยแสดงอาการออกอย่างเหมาะสมและควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ไม่ทำร้ายผู้อื่น

2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

3. สามารถจัดการกับอาการหิวแหว่ได้

เกณฑ์การประเมินผล (Outcome criteria)

1. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้รับอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสม รู้สึกไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล เจ้าหน้าที่ และเพื่อนผู้ป่วยอื่น ผู้ป่วยมีภาวะหวาดระแวงลดลงภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์

การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)

1. ประเมินการรับรู้ อาการหิวแหว่ อาการประสาทหลอน และประเมินภาวะหวาดระแวงที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นโดยสังเกตจาก

พฤติกรรมอารมณ์ที่แสดงออกทางคำพูด ท่าทาง การกระทำของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยทุกวัน วันละ 30-45 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาล โดยแนะนำตัวพยาบาลก่อนว่าเป็นใคร จะช่วยเหลืออะไรได้บ้างก่อนที่จะเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยครั้งแรก และในครั้งต่อไป ถ้าจำเป็นอาจต้องแนะนำซ้ำอีก

3. ขณะสนทนาอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของผู้ป่วยที่จะได้รับในการให้ประวัติอย่างละเอียด และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และสิ่งที่บอกมานั้นเป็นความลับเฉพาะที่ทีมผู้รักษาท่านั้น ถ้าจำเป็นต้องบันทึกข้อมูลไว้ควรบันทึกเฉพาะข้อมูลที่จำเป็นต่อหน้าผู้ป่วย

4. บอกความจริงกับผู้ป่วยทุกครั้งที่แสดงอาการหวาดระแวง เช่น “ดูเหมือนว่าคุณกำลังไม่สบายใจ อะไรทำให้คุณหวาดระแวงกลัว พยาบาลกำลังอยู่เป็นเพื่อนคุณ คุณสามารถบอกสิ่งที่คุณไม่สบายใจ หวาดระแวงกลัวกับพยาบาลได้” และทุกสถานการณ์พูดกับผู้ป่วยอย่างเปิดเผยไม่มีการกระซิบกระซาบ ตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา ไม่มีการลั่นเสียง

5. สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดทุก 1 ชั่วโมง โดยสังเกตพฤติกรรมแสดงออก กิริยาท่าทาง คำพูดถ้าผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงมาก ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ พยาบาลพิจารณาให้ยา Haloperidol 5 mg IM prn for agitation ทันทีตามแผนการรักษา และพิจารณาจำกัดพฤติกรรมโดยการแยกห้อง หรือการผูกมัดไว้บนเตียงหากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะอันตรายไม่สามารถควบคุมตนเองได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง และบุคคลอื่น โดยบอกเหตุผลให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งว่า “เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้มีการควบคุมตนเอง” วัดสัญญาณชีพ และตรวจดูบริเวณที่ผูกยึดผู้ป่วยตลอดจนเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยทุก 30 นาที หากอาการไม่ทุเลา พิจารณารายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาให้ยาซ้ำ

6. รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงกับแพทย์และส่งเวรโดยละเอียดตลอดจนบันทึกอาการทุก 8 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

7. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและจัดเก็บสิ่งที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธ เช่น ช้อน ถาดอาหาร เชือก ผูกมัด

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ตลอด 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย Lorazepam (2 mg) 1 tab t.i.d. oral pc and 3 tab x hs, Vitamin B1-6-12 (100) 1tab oral t.i.d. pc, Folic acid 1tab oral Am OD, Sertraline (50) 1tab oral pc, Perphenazine (8) 1tab oral b.i.d. pc, Clozapine (25) ¼ tab oral hs. ติดตาม สังเกต การรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ระวังผู้ป่วยซ่อนยาไว้ในปากและใต้ลิ้น ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีที่ทำซ่อนยาให้ตรวจดูในช่องปาก โดยให้ผู้ป่วยอ้าปากและกระดกลิ้นขึ้นพร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่า การให้ยาเป็นส่วนหนึ่งของแผนการรักษา กรณีที่ผู้ป่วยมีความลังเลใจในการรับประทานยาหรือมีแอบซ่อนยาให้รายงานแพทย์ผู้รักษาทราบ เพื่อพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาชนิดแทนยาเกิน เช่น ยา Haloperidol 5 mg IM prn for agitation

9. ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา Clozapine ประกอบด้วย (1) วัด Vital Sign ทุก 4 ชั่วโมงและเฝ้าระวังสังเกตภาวะ Tachycardia (2) เฝ้าระวังสังเกตภาวะ Agranulocytosis (3) เฝ้าระวัง สังเกตอาการชัก และระวังภาวะ Aspirate Pneumonia (4) เฝ้าระวัง อุบัติเหตุ หรือหกล้ม และ (5) เฝ้าระวังสังเกตอาการ Obsessive Compulsive Disorder

ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

1. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้รับอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่นขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล โดยในสัปดาห์แรก ผู้ป่วยมีอาการหิวแหว่ หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย บางครั้งพยายามจะทำร้ายคนอื่น ในช่วงที่เฝ้าระวังภาวะถอนพิษสุรามีอาการทางจิตร่วม ต้องจำกัดพฤติกรรมโดยให้อยู่ในห้องแยกและบางครั้ง

แนะนำไม่รับฟัง อาการไม่สงบ ต้องจำกัดพฤติกรรม โดยการผูกมัดไว้บนเตียงเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะอันตรายไม่สามารถควบคุมตนเองได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง และบุคคลอื่น พิจารณารายงานแพทย์ซ้ำและให้ยาบรรเทาอาการ คือ Haloperidol 5 mg IM prn for agitation ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยปฏิเสธอาการระแวง ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามแผนการรักษา ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยปฏิเสธอาการระแวง ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้

2. ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมเหมาะสม รู้สึกไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล ไม่พบอาการหวาดระแวง รับรู้ความเป็นจริง ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ร่วมกิจกรรมกลุ่มสนใจได้ดีมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีในสัปดาห์ที่ 2

2. เป้าหมายระยะยาว (Long term objective) มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา มุ่งเน้นให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเอง และประเมินสถานะความพร้อมของครอบครัว ชุมชน ของผู้ป่วย มุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้มีความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำ เมื่อกลับไปอยู่บ้านเนื่องจากการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมและดื่มสุรา

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective Data: “เหล้าคือมิตร เหล้าคือความสนุกสนานทำให้ลืมทุกอย่างที่ไม่สบายใจ ไม่เคยตำหนิตัวเองกลับ เมาแล้วมีแต่ความสนุกสนาน ลดปัญหาชั่วคราวแต่สุขใจ”

Subjective Data: “เลิกไม่ได้หรอก บอกไปก็ไปกินเหล้าดื่มเหล้าขาว ยังไม่ถึงเวลา”

Objective Data: มีระดับแรงจูงใจในระดับที่ 1 หรือ ขึ้นเกินเฉย

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์

(Goals/Objectives)

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ตลอดจนแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และกลับไปอยู่ที่บ้าน
2. เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้นาน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องความเชื่อต่อการรับรู้ปัญหาของตนเอง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรู้วิธีในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล (Outcome

criteria)

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยตลอดจนแนวทางในการรักษาที่ถูกต้องโดยสามารถบอกถึงสาเหตุ อาการ การรักษา ได้ถูกต้องอย่างน้อย 3 ข้อ
2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและขณะกลับไปอยู่ที่บ้านสามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวได้ถูกต้องอย่างน้อย 4 ข้อ
3. ผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องความเชื่อต่อการรับรู้ปัญหาของตนเองในทิศทางบวก สามารถตอบคำถามเชิงบวกได้อย่างน้อย 3 ข้อ

การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)

1. สนทนากับผู้ป่วยแบบ 1: 1 วันละ 30 -45 นาที ทุกวัน
2. ให้สุขภาพจิตศึกษา เรื่องการลดละเลิกสุรา การคิดเชิงบวก การจัดการกับสิ่งกระตุ้นภายนอก และภายใน ทักษะการปฏิเสธ มุมมองเชิงบวกต่อตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหา การรักษาด้วยยา การปฏิบัติตนขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล การให้การศึกษา เรื่องการมองตนเองและการจัดการกับความเครียดขณะอยู่ที่บ้าน 1 เรื่องทุกวัน เพื่อให้ผู้ป่วย

มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น ได้แสดงความคิดเห็นและเพื่อนร่วมกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นร่วมกันด้วย

3. ให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) แก่ผู้ป่วย เพราะการทำหน้าที่ให้ข้อมูลเพื่อโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลโดยใช้เวลาสั้นๆ ประมาณ 5-10 นาที การให้คำปรึกษาแบบนี้เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับผู้ที่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองในระดับน้อย การกระทำตามขั้นตอนมีหลากหลายวิธี เช่น การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การให้ความรู้(Provide information) การใช้ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดตามกำหนดเป้าหมาย (Establish a goal) การให้คำแนะนำการมี การดื่มหรือการเสพเริ่มที่มีผลกระทบ (Give advice on Prohibition) โดยใช้การอธิบายปริมาณ วิธีการดื่มหรือเสพที่ต้องระมัดระวัง และการให้กำลังใจ (Provide Encouragement) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับคำแนะนำแบบสั้นที่ตรงประเด็นปัญหาโน้มน้าวไปสู่การแก้ไข

4. หากผู้ป่วยเริ่มลังเลใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ สะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ พยาบาลทำหน้าที่บำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) ในแต่ละ Section กำหนดด้วยระยะเวลา 15 -30 นาทีอยู่ภายใต้ Motivational Interviewing เนื่องจาก Motivational Interviewing เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจมีความแตกต่างจากคำแนะนำทั่วไปหรือการสอน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการสนทนา สร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียว เป็นพวกเดียวกัน (Collaboration) พยาบาลในฐานะผู้ให้การบำบัด ทำให้ลักษณะการสนทนาเป็นการเสนอความคิดเห็นร่วมกันที่ผู้รับบริการต้องตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ในรูปแบบ Motivational Interviewing Process อย่างน้อย 3 Section ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5. วันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จัดให้ญาติและผู้ป่วยร่วมกิจกรรมกลุ่มครอบครัวบำบัด โดยพูดคุยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การลดละเลิกสุรา

การรักษา การติดตามผู้ป่วย และการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านตามแผนการจำหน่ายกลับบ้านโดยเน้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน โดยให้รับประทานยาต่อเนื่อง สม่ำเสมอ การเข้าใจผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การพูดคุยเชิงบวก ทักษะการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ เป็นต้น เพื่อให้ญาติเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติไปจากเดิม ให้นำผู้ป่วยไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านทันที พร้อมแนะนำสถานพยาบาลใกล้บ้านให้ครอบครัวผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจวิธีการดำเนินการเมื่อฉุกเฉิน

6. ใช้ระบบส่งต่อ/เครือข่าย โดยประสานงานกับกลุ่มงานจิตเวชชุมชน ช่วยประสานงานไปที่เครือข่าย โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านช่วยติดตามดูแลช่วยเหลืออีกทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนหลังจำหน่าย

7. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ถ้าหากมีอาการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นก็ตามที่แตกต่างไปจากปกติ ให้ผู้ป่วยติดต่อขอรับบริการคำแนะนำปรึกษาจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน

ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ แนวทางในการรักษาพยาบาลและสามารถบอกถึงสาเหตุ อาการ การรักษาที่ถูกต้องได้ 5 ข้อ

2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน และสามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้ 4 ข้อ

3. ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการลดละเลิกสุรา การคิดเชิงบวก การจัดการกับสิ่งกระตุ้นภายนอก ภายใน ทักษะการปฏิเสธ มุมมองเชิงบวกต่อตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหา การรักษาด้วยยา การปฏิบัติตนขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล กิจกรรมการให้คำปรึกษา เรื่องการมองตนเองการจัดการกับความเครียดขณะอยู่ที่บ้าน และสามารถ

รับรู้ปัญหาของตนเองในทิศทางบวก สามารถตอบคำถามเชิงบวกได้ 4 ข้อ สิ้นหนาท่าทางแจ่มใส มีความพร้อมที่จะกลับไปอยู่ที่บ้าน เริ่มลงมือแก้ไขเกี่ยวกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของตนเอง ระดับแรงจูงใจเปลี่ยนแปลง อยู่ในระยะที่ 3 คือ ขั้นตัดสินใจที่จะเลิกดื่มสุรา จากเดิมที่อยู่ในขั้นเมินเฉย

สรุป

โรคจิตจากสุรา อาจเกิดขึ้นได้ในระยะพิษสุราเฉียบพลัน ระยะถอนพิษสุรา และโรคจิตสุราเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มสุราอย่างหนักและเป็นเวลานาน มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะมีอาการทางจิต เช่น อาการภาพหลอน อาการหลงผิด และอาการอื่นๆ โดยพบมากที่สุดคืออาการประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่ว โรคจิตจากสุราเป็นผลมาจากการดื่มสุราอย่างหนักติดต่อกันมาเป็นเวลายาวนานจนกระทั่งอาจส่งผลต่อผู้ป่วยทำให้เกิดโรคจิต วิดกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ความจำบกพร่อง สมองเสื่อม มีพฤติกรรมรุนแรง การบำบัดรักษาประกอบด้วย การบำบัดเพื่อถอนพิษสุราและการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและกลับไปดื่มสุราอีก การบำบัดด้วยยาเพื่อรักษาภาวะทางกายและลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ผู้ป่วยบางรายอาจวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า หูแว่ว ภาพหลอน หลงผิด แพทย์จะพิจารณาให้ยาลดความวิตกกังวล ยาต้านเศร้า ยาต้านโรคจิตตามอาการและมีการบำบัดทางจิตสังคมควบคู่กันไป สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ มีความสำคัญกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาลจึงถือเป็นหัวใจสำคัญตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล นำมาสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุม ดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) และมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยเป้าหมายระยะสั้น (Short term objective) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยในขณะที่มีภาวะถอนพิษสุรา มีปัญหา

การนอน การรับรู้ที่แปรปรวนจากอาการประสาทหลอน อาการหวาดระแวง และความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ในฐานะพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้ใช้ศาสตร์และศิลปะของการพยาบาล มุ่งเน้นให้เกิดความปลอดภัย รวมถึงส่งเสริมการดูแลตนเอง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ เป้าหมายระยะยาว (Long term objective) มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา มุ่งเน้นให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเอง และประเมินสถานะความพร้อมของครอบครัว ชุมชน ของผู้ป่วย มุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้มี

ความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มักกลับไปดื่มสุราซ้ำจึงเป็นปัญหาเรื้อรังที่ต้องร่วมมือกัน ทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ควรวางแผนดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักปัญหานี้ สร้างแรงจูงใจในการลดละเลิกการดื่มสุรา จัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือกันในชุมชนและไม่ตีตราผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามความสามารถ อันจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health . Geneva: World Health Organization, 2019.
2. World Health Organization. Unrecorded alcohol consumption , unrecorded alcohol. Global status report on alcohol and health. World Health Organization, 2014.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. [internet]. [cited 2018 September 27]. Available from: <https://www.who.int/substanc>.
4. Data Health Center Department of mental health. Report of services patients. [internet]. [cited 2024 June 28]. Available from: <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
5. World Health Organization. Definition of current drinkers. [internet]. [cited 2022 July 1]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3680#:~:text=Definition%3A,in%20the%20last%2012%20months>.
6. Laosupap K, Pimpak T, Limpiteeprakan P. Impact of alcohol consumption on oneself, family, and society of community leaders in the Southeastern Region. Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, 2019; 2(1): 44-52.
7. Chumnanborirak P, Yatha P, Singhkum B, Kraichan K, Singhkum S. Creating and developing community-based approaches to control alcohol consumption and distribution: Dong Bang Subdistrict, Mahasarakham Province. Mahasarakham Hospital Journal, 2021; 18(2): 61-71.
8. Jintaweepon P. Alcohol Dependence: Journal of Nursing and Education, 2016; 9(3): 10-19.
9. Jordaan GP, Emsley R. Alcohol-induced psychotic disorder: a review. Metab Brain Dis. 2014; 29(2): 231-43. DOI: 10.1007/s11011-013-9457-4.

10. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)–WHO Version for ;2019–covid–expanded. [internet]. [cited 2023 July 4]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#>
11. Maharji R. Brief note on alcohol-induced psychotic disorder (AIPD). *Journal of Alcoholism & Drug Dependence* 2023; 11: 382. DOI: 10.35248/2329-6488.23.11.382.
12. Douglas J. Hypothesis of alcohol misuse induced psychosis or schizoaffective disorder. *Journal of Addictive Behaviours and Therapy* 2023. DOI: 10.35841/ipjabt-7.1.05.
13. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: 11th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2015.
14. Engelhard CP, Touquet G, Tansens A, De Fruyt J. Alcohol-induced psychotic disorder: a systematic literature review. *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 2015; 57(3): 192–201. PMID: 25856742.
15. Singh PM, Karmacharya S, Khadka S, Gautam SC, Joshi N. Alcohol induced psychotic disorder: prevalence and risk factors. *Journal Psychiatrists' Association of Nepal* 2020; 9(1): 41–46.
16. Narasimha VL, Patley R, Shukla L, Benegal V, Kandasamy A. Phenomenology and course of alcoholic hallucinosis. *J Dual Diagn* 2019; 15(3): 172–176. DOI: 10.1080/15504263.2019.1619008.
17. Reddy GC, Murthy Ps, Chaudhury S. Prevalence and pattern of alcohol-induced psychosis and personality profile of male alcohol use disorder patients: a hospital-based study. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil Vidyapeeth* 2020; 13: 512–8. DOI: 10.4103/mjdrdypu_147_18.

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับบทความสำหรับผู้พิมพ์

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริม/สนับสนุน การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการทางการพยาบาลและด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลงานทางวิชาการที่ตีพิมพ์ลงวารสาร ได้แก่ บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ มีกำหนดการเผยแพร่วารสาร ปีละ 2 ฉบับ มกราคม – มิถุนายน และ กรกฎาคม – ธันวาคม ของทุกปี

การเตรียมต้นฉบับ

1. บทความที่ประสงค์ตีพิมพ์ลงวารสาร ต้องเป็นตัวพิมพ์ โดยใช้แบบอักษร (Font) ชนิทไทยนิรमित (TH Niramit AS)
2. เนื้อหา จัดพิมพ์เป็น 2 คอลัมน์
3. หากมีรูปภาพหรือตารางประกอบ ควรมีภาพที่ชัดเจน ให้จัดพิมพ์แยกออกมาจากเนื้อหา และระบุคำว่า “ภาพที่” จากนั้น ทำการจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษและวางไว้ใต้ภาพ และ “ตารางที่” จัดชิดซ้ายของหน้ากระดาษ บนตาราง ตามด้วยหมายเลขกำกับใช้ตัวอักษรขนาด 14 ตัวหนา ใช้คำหรือข้อความที่กระชับ ชัดเจน ส่วนคำอธิบายใช้ตัวอักษรขนาด 14 ตัวปกติ รูปภาพ/ตารางที่นำเสนอ ต้องมีรายละเอียดที่ครบถ้วน สมบูรณ์ อ่านแล้วเข้าใจได้โดยง่าย ทำการระบุลำดับรูปภาพ/ตารางให้ตรงกับเนื้อหาต้นฉบับ
4. พิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษพิมพ์สีขนาดเอสี่ (A4) ขนาดของตัวอักษรเท่ากับ 14 ส่วนเลขหน้าขนาด 14 และใส่เลขหน้าตั้งแต่ต้นจนจบบทความ ยกเว้นหน้าแรก โดยมีเนื้อหาบทความรวมบรรณานุกรม ไม่เกิน 14 หน้า
5. ทำการตั้งค่าน้ำกระดาษ ห่างจากขอบกระดาษด้านซ้ายและด้านบน 1 นิ้ว ด้านขวาและด้านล่าง 1 นิ้ว
6. ให้เตรียมต้นฉบับบทความตามรูปแบบ ดังต่อไปนี้
 - 6.1 ชื่อบทความ กรณีภาษาไทย ใช้แบบอักษรขนาด 18 ตัวหนาหนา
 - 6.2 ชื่อบทความ กรณีภาษาอังกฤษ ใช้แบบอักษรขนาด 18 ปกติ
 - 6.3 ชื่อผู้เขียน และผู้ร่วมพิมพ์ ใช้แบบอักษรขนาด 14 ปกติ
 - 6.4 หัวข้อหลัก ใช้แบบอักษรขนาด 16 ตัวหนา
 - 6.5 หัวข้อย่อย ใช้แบบอักษรขนาด 14 ตัวหนา
 - 6.6 เนื้อเรื่อง ใช้แบบอักษรขนาด 14 ปกติ
7. ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกกึ่งกลางหน้ากระดาษ
8. ชื่อผู้เขียน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใส่ให้ครบทุกคน รูปแบบอักษรขนาด 14 ปกติ จัดชิดกันหน้าขวา และใส่ Footnote เป็นตัวเลขอารบิกต่อท้ายแต่ละชื่อ โดยระบุสังกัด กรณีเป็นมหาวิทยาลัยให้ระบุ คณะ/วิทยาลัย และมหาวิทยาลัย กรณีหน่วยงานราชการอื่น ให้ระบุกรมและกระทรวง กรณีภาคเอกชนให้ระบุบริษัทหรือองค์กร และจังหวัด ให้ตรงกับเครื่องหมายที่กำกับไว้ข้างบน โดยให้ระบุเป็นรายบุคคลภาษาไทยและคั่นด้วย (;) ก่อนเขียนเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นทำการขึ้นบรรทัดใหม่ ให้ระบุ Corresponding author, e-mail:, Tel. ของผู้พิมพ์หลัก
9. บทคัดย่อภาษาไทย และ Abstract ภาษาอังกฤษ ทำการเขียนให้กระชับและได้ใจความ และไม่ต้องอ้างอิงเอกสาร บทคัดย่อประกอบไปด้วย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย ผลการวิจัยนั้นให้สรุปโดยย่อ

และกระชับ ไม่เกิน 300–500 คำ และควรมีคำสำคัญ ไม่เกิน 5 คำ ที่ครอบคลุมชื่อเรื่องวิจัย และจะต้องมีส่วนท้ายของบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และให้ค้นคำด้วยเครื่องหมายจุลภาค (.)

10. การเรียงลำดับของหัวข้อในบทความ หัวข้อใหญ่ให้พิมพ์ชิดขอบทางด้านซ้าย จากนั้นหัวข้อย่อยให้เว้นระยะห่างจากหัวข้อใหญ่ กำหนดระยะที่ 0.7” และหัวข้อย่อยถัดไป กำหนดระยะย่อหน้า 1.1” ทำการเว้นระยะพิมพ์ 0.5 ของช่วงบรรทัด

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิจัย กำหนดให้เรียงลำดับของหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1.1 บทนำ ควรเขียนให้เห็นภาพและความเป็นมา รวมถึงความสำคัญของปัญหาที่นำมาสู่การวิจัย

1.2 วัตถุประสงค์ ควรเขียนให้เห็นถึงจุดมุ่งหมายของการวิจัย

1.3 วิธีดำเนินการวิจัย ผู้นิพนธ์ควรเขียนและอธิบายถึงรูปแบบของการวิจัย การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล

1.4 สรุปผลการวิจัย ผู้นิพนธ์ควรเขียนตามสิ่งที่ได้ค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

1.5 อภิปรายผลการวิจัย/วิจารณ์ (Discussion) ผู้นิพนธ์ควรเขียนให้มีความเชื่อมโยงกับผลการวิจัย ว่ามีความสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของใคร เป็นไปตามแนวคิด/ทฤษฎีหรือไม่ และอภิปรายถึงผลการวิจัยดังกล่าว

1.6 ข้อเสนอแนะ ในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.7 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เป็นการกล่าวขอบคุณต่อองค์กร หน่วยงาน หรือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือให้ความช่วยเหลือ/ร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งกล่าวขอบคุณแหล่งที่มาของทุน

1.8 เอกสารอ้างอิง รูปแบบการเขียนอ้างอิงเอกสารและบรรณานุกรมใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เมื่อมีการอ้างอิง ให้ใส่เลขยกหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความ/เนื้อหา ที่ได้นำมาอ้างอิง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับอ้างอิงแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ กรณีมีการอ้างอิงซ้ำให้ใส่หมายเลขเดิมที่อ้างก่อนหน้านี้ ทั้งนี้ การอ้างอิงจะต้องตรงกันกับการอ้างอิงในเนื้อหาทั้งหมด

2. บทความวิชาการ กำหนดให้เรียงลำดับของหัวข้อ ดังต่อไปนี้

2.1 บทนำ ผู้นิพนธ์ควรเขียนแสดงถึงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอในบทความ และควรเขียนอธิบายเรื่องที่ต้องการนำเสนอมีความสำคัญ มีวัตถุประสงค์ และเค้าโครงของบทความวิชาการนั้น

2.2 เนื้อเรื่อง นิพนธ์ควรเขียนแสดงถึงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอ กำหนดให้แบ่งเป็นส่วนย่อย ดังนี้

ส่วนย่อยที่ 1 เขียนถึงพื้นฐานของความรู้แก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องที่จะกล่าวถึงก่อนเข้าสู่เนื้อเรื่อง

ส่วนย่อยที่ 2 เขียนถึงการวิเคราะห์ข้อมูล การโต้แย้งข้อเท็จจริง การใช้เหตุผลและผล หรือหลักฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลเชิงประจักษ์แก่ผู้อ่าน

ส่วนย่อยที่ 3 เขียนให้เห็นถึงการเสนอความคิดเห็น รวมทั้งข้อเสนอแนะของผู้เขียนต่อประเด็นที่ผู้เขียนได้นำเสนอ

2.3 สรุปผล เขียนกล่าวสรุปสาระสำคัญ ทำการยกประเด็นสำคัญ ๆ ของบทความมากล่าวรวมกันไว้โดยสรุปอย่างสั้นๆ ไว้ท้ายบท ผู้เขียนควรเขียนเพิ่มเติมว่า ผลลัพธ์ที่ได้กล่าวมานั้น มีความสำคัญอย่างไร นำไปใช้ประโยชน์อย่างไร

2.4 เอกสารอ้างอิง รูปแบบการเขียนอ้างอิงและบรรณานุกรมใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

กำหนดให้เขียนเอกสารอ้างอิง ในรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เมื่อมีการอ้างอิงข้อความหรือชื่อ บุคคล ให้ใส่เลขยกหลังข้อความดังกล่าวที่ได้นำมาอ้างอิง เริ่มต้นด้วยหมายเลข 1 สำหรับอ้างอิงแรก และเรียงต่อไป ตามลำดับ กรณีมีการอ้างอิงซ้ำ ให้ใส่หมายเลขที่ทำการอ้างอิงเดิมที่อ้างก่อนหน้านี้ และการอ้างอิงเอกสารนั้นจะต้อง ตรงกันกับการอ้างอิงเอกสารในเนื้อหาทั้งหมด

3.1 บทความจากวารสาร

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก- หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. พัทธพงศ์ เชื้อปัญญา, พิเชษฐ เรื่องสุขสุด, ฌติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร, จรินทร์ โคตพรม. ปัจจัยทำนายความสุขของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565; 23: 119-127.
2. ฌัญญา อ่อนผิว, ประไพรัตน์ แก้วศิริ. ผลของโปรแกรมกระตุ้นน้ำมันต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของ น้ำมันและปริมาณน้ำมันของมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย ทารกแรกเกิด. วารสารสภาภาษาไทย. 2565; 15: 108-126.
3. Falk G, Fahey T. C-reactive protein and community-acquired pneumonia in ambulatory care: systematic review of diagnostic accuracy studies. Fam Pract. 2009; 26: 10-21.

3.2 การประชุมวิชาการ

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่ พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Association of Surgical Oncologists (Thailand), International College of Surgeon (Thailand Section). Proceeding ASOT 2003: 1 st Scientific Meeting "Cancer management of today from gene to cure"; July 12-14, 2003; Ambassador City Jomtien Hotel, Pattaya. n.p.; 2003.

3.3 เอกสารเผยแพร่บน Internet

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: ชื่อเว็บไซต์.

ตัวอย่าง

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner. G*Power 3: A flexible sta-tistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007. [15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://doi.org/10.3758/BF03193146>.

3.4 หนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

โยธิน เบญจวัง, สัมมน โฉมฉาย, อุดุลย์ บัณชกุล. โรคพิษโลหะหนัก. ใน: อุดุลย์ บัณชกุล, บรรณาธิการ. ตำราอาชีวเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ราชทัณฑ์; 2554. หน้า 691-725.

3.5 วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อวิทยานิพนธ์. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่พิมพ์. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง

สมภาพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดีจากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมโฟไซต์ที่เพาะเลี้ยง. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; เชียงใหม่: 2553. 75 หน้า

Journal of Nursing and Health Sciences Nakhon Phanom University

*Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University
92 Tambol. Nongsang Mueng nakhon Phanom, Nakhon Phanom Province 48000*

Tel. +66 4251 2196 #4101 Fax. +66 4251 2184

E-mail: bcnnjournal@gmail.com