



วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข

Nursing, Health and Public Health Journal

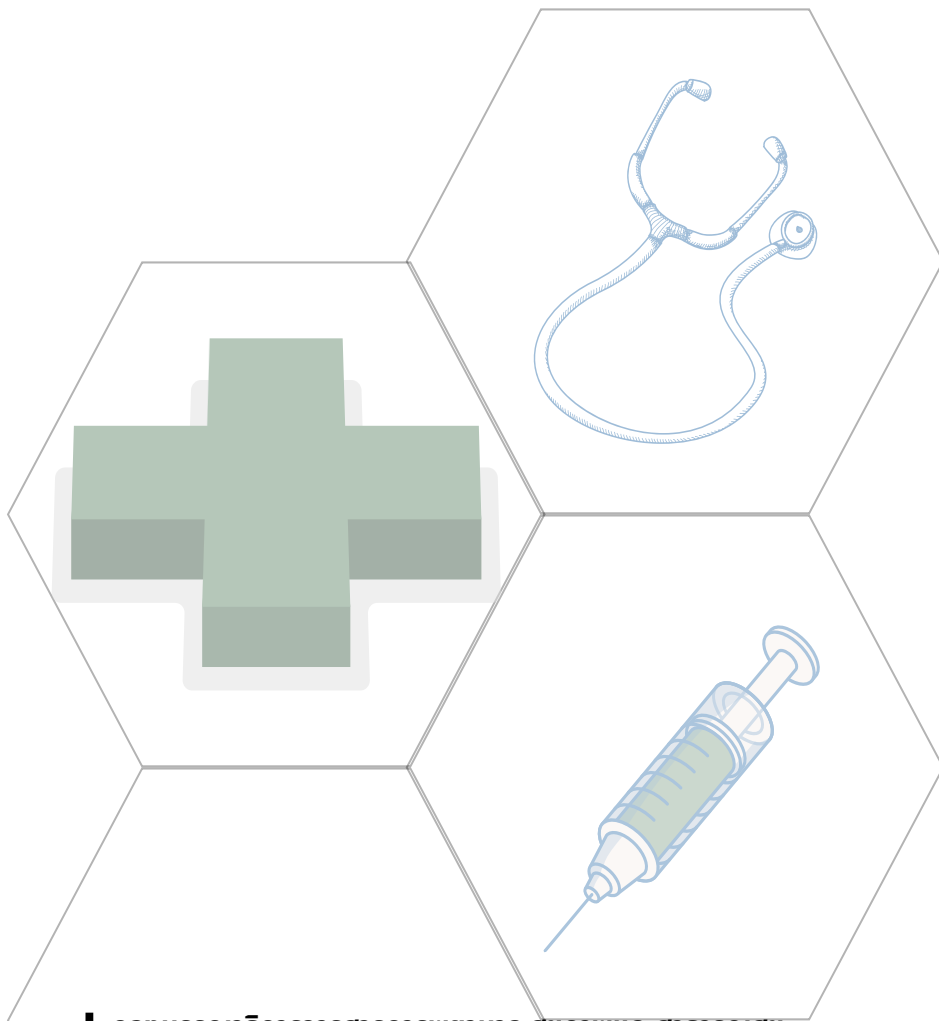
NHPHJ

ISSN 2774-082X (online)

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน) 2567

VOL.3 NO.1

JANUARY - APRIL
2024



กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

90/6 ถนนศรีธรรมไตรปิฎก อำเภอเมือง จังหวัด พิษณุโลก 65000

Email: nhphj@bcnb.ac.th โทรศัพท์ 055-252-546-8 ต่อ 1207

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ		
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	1. Professor Jane M. Amer	University of Missouri	
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	2. ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล่าหศิริวงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
ศาสตราจารย์เรืออากาศเอกหญิง	3. รศ.ดร.ปัทมา สุพรรณกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	
วนิดา ชื่นกองแก้ว	4. Dr.Elizabeth A. Anderson	University of Missouri	
รองอธิการบดีฝ่ายวิจัย สถาบันพระบรมราชชนก	5. ผศ.ดร.วิภาพร สิทธิสาร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์กมลรัตน์ เทอร์เนอร์	6. รศ.ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์	7. รศ.ดร.ศิวพร อึ้งวัฒนะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
สถาบันพระบรมราชชนก	8. รศ.ดร.ชังเคนต์ แพรขาว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
	9. รศ.ดร.ชนมชาติ วรรณพรศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม	
ผศ.ดร.อัศนี วันชัย	10. ผศ.ดร.ดวงพร ปิยะคง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี	11. ผศ.ดร.ภัทธมนัส พงศ์รังสรรค์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	
พุทธชินราช	12. ผศ.ดร.อินทิรา ปากันทะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	
	13. ดร.สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	
	14. ผศ.ดร.ภก.ศราวุฒิ อุพุดินันท์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	
	15. ผศ.ทพ.ดร.ภัชรพล สำเนียง	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	
	16. นพ.วิบูลย์ วาณิชยเจริญพร	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	
	17. นายจตุพร เสือมี	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	
	18. ดร.นงลักษณ์ บุญเยี่ย	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	
บรรณาธิการ	19. ดร.นาตยา คำสว่าง	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	
ผศ.ดร.อัศนี วันชัย	20. ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก	
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช	21. ดร.อัญชลี แก้วสระศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธชินราช	
	22. ดร.เกศกาญจน์ ทันประภัสสร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธชินราช	
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	23. ดร.รุ่งทิพา หวังเรืองสถิตย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธชินราช	
ผศ.ดวงใจ พรหมพยัคฆ์	24. ดร.กิริติ กิจธีระวุฒิมังษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธชินราช	
ดร.วิสิฐศรี เพ็งนุ้ม	25. ดร.เบญญาภา พรหมพุก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธชินราช	
นางสาวสุรรัตน์ ณ วิเชียร	26. ดร.ปานจันทร์ คนสูง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธชินราช	
นางสาวสุพัตรา ระถาพล	27. ดร.กรวิภา พรหมจวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธชินราช	
นางสาวจิรนนท์ คล้ายทรัพย์			
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช			
	กำหนดออก		
	ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้		
	ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน		
	ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม		
	ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม		
	เจ้าของ		
	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช		

บทบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข (Nursing, Health, and Public Health Journal: NHPHJ) ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2567 จัดทำโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช บทความวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ในฉบับนี้เป็นผลการวิชาการที่ได้รับการประเมินคุณภาพผลงานจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องก่อนตีพิมพ์เผยแพร่

ผลงานวิชาการในวารสารฉบับนี้มีทั้งหมด 5 เรื่อง ดังนี้ 1) ผลการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นต่อการลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 2) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในโรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน 3) ผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ 4) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ที่รับบริการคลินิกโรคตับ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และ 5) ผลของโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดปกติครั้งแรก หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านบทความวิจัยทั้ง 5 เรื่องนี้ จะสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติพัฒนางานทางการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพต่อไป และขอเชิญนักวิจัยและนักวิชาการทุกท่าน ร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งเรื่องทางการแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษา และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/nhphj>

ผศ.ดร.อัศนี วันชัย

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ผลการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นต่อการลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม <i>The effect of cold gel pack compression on postoperative pain in total knee arthroplasty</i> วิกานดา พุทธา, วิจิตรา สุขดี Wikanda Phuttha, Wijittra Sukdee	1 - 10
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในโรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน <i>Effects of the Self-efficacy Enhancement Program in Disease Control Behaviors among stage 3 Chronic Kidney Disease Patients at Banthi Hospital, Banthi District, Lamphun Province</i> จันทร์เพ็ญ ประโยงค์, วัชรพร เนตรคำยวง, วินัย กล่อมแก้ว Chanpen Prayong, Watcharaporn Netkumyong, Winai Klomkeaw	11 - 25
ผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตัดต่อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ <i>Results of Utilizing Clinical Practice Guidelines for Cataract Surgery with Same-Day Intraocular Lens Replacement in the Eye, Ear, Nose, and Throat Ward at Phetchabun Hospital</i> อารญา ธนานุวัตรพงษ์, จีระกานต์ สุขเมือง Araya Thananu wattapong, Jeerakan Sukmueang	26 - 39
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ที่รับบริการคลินิกโรคตับห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก <i>Development of the Guideline for Hepatitis C Patients Care, Liver Clinic Out-patient Department (Medicine), Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok</i> อุมาภรณ์ บุญเปี่ยม, ศันสนีย์ วรศรีหิรัญ Umaporn Boopaim, Sansanee Wrorasrehirun	40 - 55
ผลของโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดปกติครั้งแรกหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก <i>The impact of a lactation stimulation program on breast milk volume among first-time mothers with normal deliveries in the postpartum obstetrics ward at Buddhachinnaraj Hospital, Phitsanulok</i> ศิริวรรณ พันธุ์ทรัพย์, กิจยุมาศ นาคแก้ว, ละอองทิพย์ รอดมณี, นุชจรี อุทัย, กนกพร ขวัญนาค Siriwan Pansarp, Kidyamard Nakkaew, Laoongtrip Rodmanee, Nuchjaree Uthai, Kanokporn Kwannanak	56 - 66

ผลการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นต่อการลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
The effect of cold gel pack compression on postoperative pain
in total knee arthroplasty

วิกานดา พุทธา*, วิจิตรา สุขดี

Wikanda Phuttha*, Wijittra Sukdee

หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิงและเด็ก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Orthopedics for women and children, Buddhachinaraj Hospital Phitsanulok

*ผู้ให้การติดต่อ Corresponding e-mail: wikanda12032523@gmail.com

(Received: November 4, 2023; Revised: January 12, 2024; Accepted: March 21, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบศึกษาสองกลุ่ม วัดหลายครั้งแบบอนุกรมเวลา เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบเจลเย็นตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 104 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงแบ่ง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการประคบเจลเย็นตามปกติและกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ถุงเจลประคบเย็น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโดยใช้แบบประเมินความปวดแบบมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข วิเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไค-สแควร์ สถิติฟีชเชอร์ และ สถิติวิลคอกซัน

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในกลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่หลังผ่าตัดลดลง ทั้งหลังผ่าตัดทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ดังนั้น พยาบาลควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การจัดการอาการปวดรวมกับการประคบเย็นอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมให้เร็วยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม, ความปวด, ถุงเจลประคบเย็น

Abstract

This quasi-experimental research, a two-group study conducted as a time series with multiple measurements, aimed to compare the pain scores of patients after total knee arthroplasty between those receiving standard cold pack compression and those receiving a new cold pack compression method. The sample included 104 patients selected using purposive random sampling, divided into two groups. The control group received standard cold pack compression, while the experimental group received a new cold pack compression package. The experimental tool was a new cold pack compression package, and the data collection tools consisted of a demographic data recording form and a pain assessment form that used a numerical pain scale. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's Exact Test, and Wilcoxon rank sum test.

The results showed that postoperative pain scores in patients receiving a new cold pack compression package significantly decreased immediately after surgery, and then at 24, 48, and 72 hours ($p < 0.05$).

Therefore, nurses should integrate these findings to provide better care for patients undergoing knee replacement surgery. Specifically, pain management combined with regular and consistent use of cold pack compression can aid in the recovery of patients undergoing total knee arthroplasty.

Keywords: Total knee arthroplasty, Pain, Cold gel pack compression

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee) คือโรคที่เกิดจากความเสื่อมของกระดูกผิวอ่อนผิวข้อทั้งด้านรูปร่าง โครงสร้างการทำงานของกระดูกข้อต่อ และกระดูกบริเวณใกล้เคียง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมและอาจเสื่อมรุนแรงขึ้นตามลำดับ พบมากที่สุดโดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total knee arthroplasty) เป็นวิธีการรักษาโดยใช้วัสดุข้อเข่าเทียมใส่แทนส่วนที่เสียไป (วรรณีสัตยวิวัฒน์, 2551) อัตราการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยทั่วโลกมีผู้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 2.6 ล้านคนต่อปี และคาดว่าในปี 2568 ความต้องการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั่วโลกเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 4.5 (Ugalmlugle, 2020) ประเทศไทยมีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 10,736 คนต่อปี (ณัฐกฤต สวางเนตร และคณะ, 2562) จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ปี ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิงและเด็ก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในปี 2562 ถึง 2564 จำนวน 170, 175 และ 140 ราย (โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, 2562; 2563; 2564)

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการผ่าตัดใหญ่ทำให้มีการบาดเจ็บ และการฉีกขาดของเนื้อเยื่อรอบๆ ข้อเข่า หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจึงทำให้มีความบาดเจ็บชนิดเฉียบพลัน ก่อให้เกิดความปวดหลังผ่าตัด เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ดังนั้นผู้ป่วยต้องการความรู้เกี่ยวกับความปวดที่เกิดขึ้น (Adams & Arminio, 2008) ความเย็นเป็นการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา โดยการใช้ความเย็นในการรักษาอาการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเฉียบพลัน อธิบายโดยทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ได้ว่าระบบรับรู้สักรับความรู้สึกจากระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral nervous system) จะเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) ได้จะต้องผ่านประตู (Gate) ที่อยู่ที่ไขสันหลังก่อนจะขึ้นไปสู่สมอง ดังนั้นถ้ามีการกระตุ้นกระแสประสาทใดที่ไปถึงประตูก่อนกระแสประสาทที่กระตุ้นความเจ็บปวดจะมาถึงและเกิดการปิดกั้นประตูไม่ให้กระแสประสาทที่กระตุ้น

ความเจ็บปวดผ่านเข้าประตูนั้นไปได้ทำให้ผู้ป่วยจะรับรู้ความเจ็บปวดน้อยลง (Melzack & Wall, 2020) จากการศึกษาของสดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป และคณะ (2555) เรื่องผลของการจัดการความปวดแบบประคบเย็นร่วมกับโปรแกรมการออกกำลังกายต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมพบว่ากลุ่มทดลองมีความปวดต่ำกว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่า และความสามารถการเดินสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Bastami และคณะ (2015) พบว่าการใช้ก้อนน้ำแข็งประคบที่ผิวหนังก่อนทำการเจาะเลือดทางหลอดเลือดแดง ช่วยลดความเจ็บปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของรรุกร เอมโกษา และชุตินันท์ สุขสะอาด (2560) ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของสารทำความเย็นต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของผิวหนัง พบว่าถุงน้ำแข็งก้อนผสมน้ำ (Wetted cubed-ice pack) สามารถลดอุณหภูมิและคงความเย็นของชั้นผิวหนังบริเวณต้นขาด้านหน้า ในระหว่างอุณหภูมิที่ 8 - 15 องศาเซลเซียส

ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิงและเด็ก ได้เห็นความสำคัญดังกล่าว การลดความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ยาฉีดระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์เข้าเส้นเลือดดำ พบว่าสามารถลดความปวดได้ แต่ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมและฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช้า ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้ถุงเจลประคบเย็น กระตุ้นเพื่อให้เกิดกระแสประสาทไปยังประตูทำให้เกิดการปิดของประตูรับกระแสประสาทของความเจ็บปวด จะช่วยลดลดอาการเจ็บปวดลงโดยไม่ต้องใช้ยา การลดความปวดโดยใช้ความเย็นเป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมากสำหรับการลดความปวดเฉพาะที่ซึ่งเป็นวิธีที่ประหยัดใช้ได้ง่าย ทางหอผู้ป่วยมีแนวทางการประคบเจลเย็นแบบเดิมคือ หลังผ่าตัดเวลาเช้า กลางวัน เย็น โดยใช้ถุงผ้ารองเจลเย็นวางประคบบริเวณแผลผ่าตัด ซึ่งเจลเย็นอาจลื่นตก ไม่กระชับทำให้ประสิทธิภาพในการประคบเจลเย็นลดลง ผู้ป่วยไม่ทุเลาปวดต้องให้ยาแก้ปวดปริมาณมาก ผู้ป่วยมีอาการ ง่วงซึมและฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช้า ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพิ่มประสิทธิภาพในการประคบเจลเย็น เพื่อลดอาการปวดและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ลดการนอนโรงพยาบาลนาน ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ให้การประคบเจลเย็นตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่

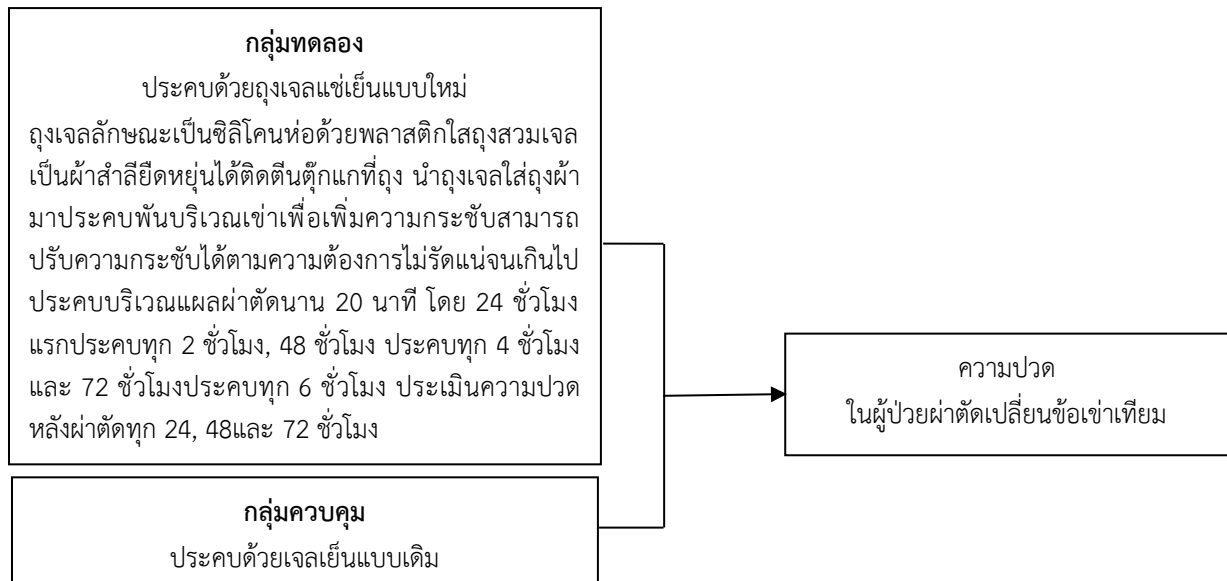
สมมติฐาน

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มที่ประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่มีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่ม ที่ได้รับประคบเจลเย็นตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การใช้ถุงเจลประคบเย็น เป็นการจัดการความปวดโดยใช้ความเย็นในการรักษาการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออย่างเฉียบพลัน ทำให้การรับรู้ความปวดลดลง ลดอาการบวมและปฏิกิริยาการอักเสบได้ เนื่องจากความเย็นมีผลในการลดการเผาผลาญของเซลล์ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนลดน้อยลง เพราะความเย็นทำให้หลอดเลือดส่วนปลายเกิดการหดตัวลดการซึมผ่านของน้ำออกจากหลอดเลือดทำให้อาการบวมลดลง (อินทรีรา ไพฑูรย์พงศ์, 2557) อธิบายโดยทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ได้ว่าโดยเมื่อผิวหนังสัมผัสกับความเย็น ตัวรับอุณหภูมิที่ผิวหนังจะผลิตไฟฟ้าที่ขึ้นส่งไปยังศูนย์ควบคุม อุณหภูมิในสมองส่วน Posterior hypothalamus โดยผ่านทาง Afferent nerve fiber ซึ่งอยู่ติดกับตัวรับอุณหภูมิที่ผิวหนัง เมื่อศูนย์ควบคุมอุณหภูมิรับการเปลี่ยนแปลงแล้วจะส่งไฟฟ้าออกมาทางระบบประสาทอัตโนมัติ (Sympathetic nerve) หลังสาร Norepinephrine จากปลายประสาท ทำให้มีการกระตุ้นการเปิดประตู (Ligand-gated ion channels) หรือ (Chemically-gated channels) ที่เซลล์เมมเบรนบริเวณผนังของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบในหลอดเลือดและกระตุ้นประตู (Voltage-gated K⁺ channels) ให้แคลเซียมไอออนเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อเรียบในหลอดเลือดหดตัว เลือดไหลเวียนลดลงในภาวะนี้จะลด Metabolism ของเซลล์ทำให้การใช้

ออกซิเจนและสารอาหารต่างๆ ลดลง และทำให้ความเร็วของการนำของกระแสประสาทความปวดลดลง และลดอัตราการนำกระแสประสาทไปตามเส้นประสาทส่วนปลายเป็นผลทำให้เกิดการเพิ่มระดับขีดกั้นของความรู้สึกเจ็บปวดจึงทำให้สมองสั่งการความรู้สึกปวดลดลง (Melzack & Wall, 2020)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดหลายครั้งแบบอนุกรมเวลา (Two-group, pretest-posttest, time series design) เพื่อศึกษาผลการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นต่อการลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโดยมีกลุ่มควบคุมคือกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ใช้การประคบเย็นแบบเดิมและกลุ่มทดลองคือกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ใช้การประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่ เปรียบเทียบความปวดขณะประคบด้วยถุงเจลแช่เย็น ประเมินความปวดวันละ 1 ครั้ง ในผู้ป่วย 2 กลุ่มในเวลาเดียวกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิงและเด็ก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนมิถุนายน 2566 รวมทั้งสิ้น 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิงและเด็ก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย สูตร ทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973) สรุปได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 104 ราย โดยกลุ่มควบคุมจะเก็บข้อมูลในลำดับเลขคู่ 1,3,5,7...51 ให้การพยาบาลประคบด้วยถุงเจลแบบเดิม กลุ่มทดลองจะเก็บข้อมูลในลำดับเลขคู่ 2, 4, 6, 8, ..., 52 ให้การพยาบาลประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแบบทั้งข้อ
2. อยู่ในระยะหลังผ่าตัดและได้รับการทำ Spinal block

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง (Chronic pain) มีความปวดอยู่นานกว่า 6 เดือน
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Spinal block morphine

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 ถุงเจลแช่เย็นแบบเดิม คือ ถุงเจลที่ซื้อสำเร็จโดยลักษณะเป็นซิลิโคนห่อด้วยพลาสติกใส มีขนาด กว้าง x ยาว 11 x 26 เซนติเมตร น้ำหนัก 350 กรัม และถุงสวมเจล ขนาด กว้าง x ยาว 12 x 27 เซนติเมตร นำถุงเจลใส่ถุงผ้าวางประคบบริเวณเข้า

1.2 ถุงเจลประคบเย็นแบบใหม่ คือ ถุงเจลที่ซื้อสำเร็จโดยลักษณะเป็นซิลิโคนห่อด้วยพลาสติกใสมีขนาด กว้าง x ยาว 11 x 26 เซนติเมตร น้ำหนัก 350 กรัม และถุงสวมเจลเป็นผ้าสำลียืดหยุ่นได้ติดตีนตุ๊กแกที่ถุงขนาด กว้าง x ยาว 12 x 54 เซนติเมตร นำถุงเจลใส่ถุงผ้ามาประคบพันบริเวณเข้าเพื่อเพิ่มความกระชับสามารถปรับ ความกระชับได้ตามความต้องการ ไม่รัดแน่นจนเกินไป



ถุงเจลประคบเย็นแบบเดิม



ถุงเจลประคบเย็นแบบใหม่

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ยาที่ได้รับเป็นประจำ

2.2 แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดแบบมาตรวัด ความปวดด้วยตัวเลข (Numeric rating scale) มีค่าหมายถึง 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึงไม่ปวดเลย และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด การแปลผลคะแนนความปวด

0-3 คะแนน หมายถึง ระดับความปวดน้อย

4-6 คะแนน หมายถึง ระดับความปวดปานกลาง และ

7-10 คะแนน หมายถึง ระดับความปวดมากที่สุด รุนแรงจนทนไม่ได้ (McCaffery & Pasero, 1999)

โดยมีการประเมินความปวดทั้งหมด 4 ครั้ง ได้แก่ ทันทีหลังผ่าตัด 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ถุงเจลประคบเย็นแบบซิลิโคนห่อด้วยพลาสติกใส สามารถเก็บความเย็น ได้ประมาณ 20 นาที ความเย็นที่ได้ประมาณ 2-8 องศาเซลเซียส เมื่อแช่แช่แข็งนาน 1 ชั่วโมงและไม่เกิดการซึมของ น้ำปนเปื้อนแผล นำถุงเจลใส่ถุงผ้ามาพันบริเวณเข้า (ถุงเป็นผ้าสำลียืดหยุ่นได้ติดตีนตุ๊กแกที่ถุง) เพื่อเพิ่มความกระชับ สามารถปรับความกระชับได้ตามความต้องการ ไม่รัดแน่นจนเกินไป ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์เฉพาะ ทางด้านเปลี่ยนข้อเข่าเทียมประจำหน่วยงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 1 ท่าน และ นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา IOC = 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยประสานหัวหน้าหอผู้ป่วยออโรติคส์หูและเด็กเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลวิจัย สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจแล้วจึงเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ให้การพยาบาลประคบเจลเย็นตามปกติ ดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกลับจากห้องผ่าตัดผู้วิจัยประเมินความปวดด้วยเครื่องมือประเมินความปวดแบบมาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข (Numeric rating scale) ทันที
2. ผู้วิจัยดำเนินการประคบบริเวณรอบๆ แผลผ่าตัดเข้าด้วยถุงเจลแช่เย็นทันที เป็นเวลา 20 นาที เมื่อครบกำหนด ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมประเมินความปวด จากนั้นประคบวันละ 3 ครั้ง คือ เช้า กลางวัน เย็น ครั้งละ 20 นาที จำนวน 3 วัน โดยจะมีการประเมินความปวดในช่วงเวลาเดียวกันกับวันแรก

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่ ดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วยกลุ่มทดลองกลับจากห้องผ่าตัดผู้วิจัยประเมินความปวดด้วยเครื่องมือประเมินความปวดแบบมาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข (Numeric rating scale) ทันที (ครั้งที่ 1)
2. ผู้วิจัยดำเนินการประคบบริเวณรอบๆ แผลผ่าตัดเข้าด้วยถุงเจลประคบเย็นแบบใหม่ทันที เป็นเวลา 20 นาที โดยทำทุก 2 ชั่วโมง เมื่อครบ 24 ชั่วโมง ประเมินความปวดด้วยตัวเลข (ครั้งที่ 2)
3. ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้วิจัยดำเนินการประคบบริเวณรอบๆ แผลผ่าตัดเข้าด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่เป็นเวลา 20 นาที ทุก 4 ชั่วโมง ยกเว้นเวลากลางคืนที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองนอน เมื่อครบ 48 ชั่วโมง ประเมินความปวดด้วยตัวเลข (ครั้งที่ 3)
4. ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้วิจัยดำเนินการประคบบริเวณรอบๆ แผลผ่าตัดเข้าด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่เป็นเวลา 20 นาที ทุก 6 ชั่วโมง ยกเว้นเวลากลางคืนที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองนอน เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ประเมินความปวดด้วยตัวเลข (ครั้งที่ 4)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการประมวลผลข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติไค-สแควร์ (Chi-square) สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่โดยใช้สถิติสถิติวิลคอกสัน (Wilcoxon rank sum test)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่ 162/65 วันที่ 19 ธันวาคม 2565 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยในกลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลใดๆ ที่จะได้รับทั้งสิ้น สำหรับข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้จะนำมาใส่รหัสข้อมูลและจะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย โดยผู้วิจัยจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบเจลแช่เย็นตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยเจลแช่เย็นแบบใหม่ ผลการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=104)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=52)	กลุ่มทดลอง (n=52)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. อายุ			1.00
50-60 ปี	16 (30.8)	16 (30.8)	
61-70 ปี	25 (48.1)	25 (48.1)	
มากกว่า 70 ปี	11 (21.2)	11 (21.2)	
2. การศึกษา			0.001
ไม่ได้เรียน	2 (3.8)	3 (5.8)	
ประถมศึกษา	48 (92.3)	40 (76.9)	
มัธยมศึกษา	0 (0.0)	9 (17.3)	
ปริญญาตรี/ปวช	2 (3.8)	0 (0.0)	
3. สถานภาพสมรส			1.00
โสด	5 (9.8)	7 (13.5)	
สมรส/คู่	40 (78.4)	41 (78.8)	
หม้าย/หย่า	6 (11.8)	4 (7.7)	
4. อาชีพ			0.005
ไม่ประกอบอาชีพ	2 (3.8)	2 (3.8)	
ข้าราชการ	6 (11.5)	13 (25.0)	
เกษตรกร	6 (11.5)	10 (19.2)	
แม่บ้าน	38 (73.1)	21 (40.4)	
รับจ้าง	0 (0.0)	5 (9.6)	
ค้าขาย	0 (0.0)	1 (1.9)	
5. โรคประจำตัว			0.820
มี	12 (23.1)	14 (26.9)	
ไม่มี	40 (76.9)	38 (73.1)	
6. ยาที่ใช้ประจำ			0.820
มี	12 (23.1)	14 (26.9)	
ไม่มี	40 (76.9)	38 (73.1)	
7. ประสบการณ์ในการผ่าตัด			0.092
มี	37 (71.2)	45 (86.5)	
ไม่มี	15 (28.8)	7 (13.5)	
8. ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดเข่า			0.235
นานกว่า 1 ปี	0 (0.0)	0 (0.0)	
1-3 ปี	33 (63.5)	26 (50.0)	
มากกว่า 3 ปี	19 (36.5)	26 (50.0)	

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=52)	กลุ่มทดลอง (n=52)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
9.BMI			0.343
ต่ำกว่าเกณฑ์ < 18.5	3 (5.8)	1 (1.9)	
ปกติ 18.5-22.9	14 (26.9)	8 (15.4)	
น้ำหนักเกิน 23-24.9	9 (18.0)	9 (17.3)	
อ้วนระดับ 1 25-29.9	16 (30.7)	22 (42.3)	
อ้วนระดับ 2 > 30	10 (19.2)	12 (23.1)	

จากตาราง 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการประคบตามปกติและกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่ โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีอายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัวยาที่ใช้ ประสิทธิภาพในการผ่าตัด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดเข่า และ BMI ไม่แตกต่างกัน สำหรับการศึกษาและอาชีพ มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่โดยใช้สถิติ Wilcoxon rank sum test พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการประคบเย็นแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบเจลแช่เย็นตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=52)		กลุ่มทดลอง (n=52)		p-value
	Median	Interquartile range (IQR)	Median	Interquartile range (IQR)	
หลังผ่าตัดทันที	8.0	(7.0,8.0)	7.0	(7.0,8.0)	0.031
หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง	6.0	(6.0,7.0)	5.0	(4.0,6.0)	0.001
หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง	5.0	(4.0,5.0)	3.0	(2.0,3.0)	0.001
หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง	3.0	(2.0,3.0)	1.0	(1.0,1.0)	0.001

จากตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่โดยใช้สถิติ Wilcoxon rank sum test พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการประคบเย็นแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยคือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มที่ประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่มีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการประคบเจลเย็นตามปกติ สามารถอธิบายตามทฤษฎีควบคุมประตูระดับไขสันหลัง (Gate control) ความเย็นสามารถลดปวดโดยยับยั้งการส่งกระแสประสาทในสมองส่วน Substantia gelatinosa ทำให้ยับยั้งการรับรู้ความปวดในสมองใหญ่ (Cerebral cortex) ทำให้การรับรู้ความปวดลดลง (Melzack & Wall, 2020) โดยพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ได้รับการประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นแบบใหม่โดยวันที่ 1 ประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นทุก 2 ชั่วโมงเป็นเวลา 20 นาที วันที่ 2 ประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นทุก 4 ชั่วโมง เป็นเวลา 20 นาที และวันที่ 3 ประคบด้วยถุงเจลแช่เย็นทุก 6 ชั่วโมงเป็นเวลา 20 นาที ยกเว้นเวลา

ผู้ป่วยนอน พบว่าคะแนนความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการประคบเย็นแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การประคบเย็นอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสามารถลดการอักเสบบริเวณแผลผ่าตัด ลดอาการปวดแผลผ่าตัดได้ (Morsi, 2002) สามารถฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับ สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป และคณะ (2555) ศึกษาผลของการจัดการความปวดแบบประคบเย็นร่วมกับโปรแกรมการออกกำลังกายต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมพบว่ากลุ่มทดลองมีความปวดต่ำกว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่า และความสามารถในการเดินสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) นอกจากนี้เย็นใจ พิมพ์บรรณ และคณะ (2564) ศึกษาผลการจัดการความปวดร่วมกับการประคบเย็นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ พบว่าคะแนนความปวดเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีคะแนนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และการศึกษาของ ธัญณภัสร์ สัจจะนราภรณ์ และคณะ (2566) พบว่าการใช้เจลเย็นประคบที่ผิวหนังและเทคนิคการผ่อนคลายมีผลต่อระดับความเจ็บปวดและความกลัวจากการแทงเข็มฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และผลการศึกษาพบว่าเจลเย็นสามารถลดระดับความเจ็บปวดได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ได้รับการประคบด้วยเจลแช่เย็นแบบใหม่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการประคบเย็นแบบเดิม หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ห้องฟักฟื้นหลังผ่าตัด หรือหอผู้ป่วยกระดูกและข้อสามารถนำเจลแช่เย็นแบบใหม่ไปใช้ในช่วงเวลาที่แนะนำคือวันแรกหลังผ่าตัดประคบเจลแช่เย็นแบบใหม่ 20 นาที ทุก 2 ชั่วโมง วันที่ 2 หลังผ่าตัด ประคบเจลแช่เย็นแบบใหม่ 20 นาที ทุก 4 ชั่วโมง และวันที่ 3 หลังผ่าตัด ประคบเจลแช่เย็นแบบใหม่ 20 นาที ทุก 6 ชั่วโมง ยกเว้นช่วงเวลานอน เพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

อาจปรับเปลี่ยนจำนวนครั้งในการประคบในช่วง 24 ชั่วโมงแรกเพื่อให้ผู้ป่วยลดความปวดได้รวดเร็วขึ้น นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีการกำหนดระยะเวลาประคบเจลแช่เย็นแบบใหม่ดังที่กล่าวมาข้างต้นไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสองท่อนเพราะเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บและบวมมากให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยรายอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐกฤต สวางเนตร, วารินทร์ บินโฮเซ็น, และน้ำออย รักติวงศ์. (2562). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 13(2), 101-112.
- ธัญณภัสร์ สัจจะนราภรณ์, จารุณี บัวกลม, ฤทัยวรรณ ทองงามขำ, สุชาสินี ไพศาลพิสุทธ์, พิกุล มงคลวิสุทธ์, และจิตราภรณ์ โลงนพันธ์. (2566). ผลของการใช้เจลเย็นประคบที่ผิวหนังและเทคนิคการผ่อนคลายต่อระดับความเจ็บปวดและความกลัวจากการแทงเข็มฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข*, 2(3), 22-34.
- เย็นใจ พิมพ์บรรณ, อรทัย สุทธอาจ, และเกษสุตา วังขุนพรหม. (2564). ผลการจัดการความปวดร่วมกับการประคบเย็นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 5(10), 44-54.
- รัฐกร เอมโกษา และชุตินันท์ สุขสะอาด. (2560). การเปรียบเทียบประสิทธิภาพสารทำความเย็นต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิบริเวณชั้นผิวหนัง. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 7(13), 46-58.
- โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. (2562). *สถิติบริการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก*. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.

- โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. (2563). สถิติบริการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.
- โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. (2564). สถิติบริการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.
- วรรณิ สัตยวิวัฒน์. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพี เพรส.
- สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป, วิชา แซ่เจีย, และเนตรนภา คู่พยัธวี. (2555). ผลของการจัดการปวดแบบประคบเย็นร่วมกับโปรแกรมการออกกำลังกายต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วารสารสภากาญการ พยาบาล*, 27(3), 77-90.
- อินทรา ไพนพงศ์. (2557). ผลการจัดการความปวดด้วยการประคบเย็นร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายต่อผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเข่าเทียม (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Adams, M. L., & Arminio, G. J. (2008). Non-pharmacologic pain management intervention. *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery*, 25(3), 409–429. <https://doi.org/10.1016/j.cpm.2008.02.003>
- Bastami, M., Azadi, A., & Mayel, M. (2015). The use of ice pack for pain associated with arterial punctures. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(8), JC07–JC9. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/12657.6336>
- Chen, S. (1998). *Asian Blepharoplasty: Anatomy and surgical techniques*. (2nd ed). In Nesi P. A., Lisman, R. D., Leuine, M. R. (Eds). *Smith's Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*. (pp.448-552). St. Louis: Mosby.
- Chen, W. P. D., & Clinton, D. M. (2004). Preoperative preparation, anesthesia, and postoperative considerations. In Chen, W. P. D., Khan, J. A., MC Cord, & Jr. C. D. (Eds). *Color Atlas Of Cosmetic Oculofacial Surgery* (pp.19-24). Chin: Elsevier.
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed.). Mosby Company.
- Melzack, R., & Wall, D.P. (2020). *Gate control theory*. <https://www.research.net/pubication/225968177>.
- Morsi, E. (2002). Continuous-flow cold therapy after total knee arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 17(6), 718–722. <https://doi.org/10.1054/arth.2002.33562>
- Ugalmule, S., & Swian, R. (2020). Total knee replacement market size. *Global Market Insights*, 1, 850-854.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3
ในโรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน

Effects of the self-efficacy enhancement program in disease control behaviors among
stage 3 chronic kidney disease patients at Banthi Hospital, Banthi District,
Lamphun Province

จันทร์เพ็ญ ประโยงค์*, วชิราพร เนตรคำยวง, วินัย กล่อมแก้ว

Chanpen Prayong, Watcharaporn Netkumyong, Winai Klomkeaw

โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

BanThi Hospital, Lamphun Province

*ผู้ให้การติดต่อ Corresponding e-mail: ch_prayong@hotmail.com

(Received: September 20, 2023; Revised: November 5, 2023; Accepted: March 21, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านธิ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเป็นเวลา 9 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรค และ 3) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน 9 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมโรคดีขึ้น ดังนั้นควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรมการควบคุมโรค, โรคไตเรื้อรัง

Abstract

A quasi-experimental, two-group pretest-post-test design aimed to investigate the effect of a self-efficacy enhancement program on disease control behaviors among patients with stage 3 chronic kidney disease (CKD) in the out-patient-department of Banthi Hospital. Sixty samples were divided into two groups: an experimental group and a comparison group, with 30 in each, through purposive random sampling. The experimental group participated in a Self-Efficacy Enhancement Program for 9 weeks, while the comparison group received routine care. Data collection tools included 1) a demographic data recording form, 2) disease control behaviors questionnaire, and 3) self-efficacy questionnaire. The experimental tool was the self-efficacy enhancement program. Data were analyzed by using descriptive statistics, paired t-test and independent t-test.

The results revealed that after participating in the Self-Efficacy Enhancement Program for nine weeks, the experimental group had higher and statistically significant improvements in self-efficacy and health behavior scores compared to their baseline scores, with $p < 0.05$. Moreover, the experimental group showed higher and statistically significant improvements in self-efficacy and health behavior scores compared to the comparison group, with $p < 0.05$.

This study showed that the Self-Efficacy Enhancement Program improves self-efficacy and health behaviors in patients with chronic kidney disease. Therefore, the program should be used to promote disease control behaviors among patients with chronic kidney disease.

Keywords: Self-Efficacy Enhancement Program, Disease control behaviors, chronic kidney disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก โดยพบอัตราความชุกในปี พ.ศ.2560 อยู่ที่ 9.1% หรือประมาณ 700 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตทั่วโลก 1.2 ล้านคน (Cockwell & Fisher, 2020; Bikbov et al., 2020) สำหรับสถานการณ์ของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 7.6 ของประชากร หรือประมาณ 3 ล้านคน มีผู้ป่วยรายใหม่ปีละประมาณ 8 หมื่นคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (Health Data Center, 2020) สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยคือโรคเบาหวาน และภาวะความดันโลหิตสูง (นิชกานต์ วงษ์ประกอบ และลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล, 2560) อีกทั้งโรคไตเรื้อรังในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไต และมักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้ว (เพ็ญพร ทวีบุตร และคณะ, 2560) จากการศึกษาถึงสาเหตุของภาวะไตเรื้อรังในประเทศไทยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2563 พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 42.3 โรคเบาหวานร้อยละ 41.5 และสาเหตุอื่น ๆ ร้อยละ 16.2 (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565) การรักษาโรคไตเรื้อรังมุ่งเน้นที่การป้องกันโรคหรือชะลอการลุกลามไปสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สามารถเปลี่ยนกลับไปเป็นระยะที่ 2 หรือระยะที่ 1 ได้หากมีการจัดการตนเองเหมาะสม ดังนั้นในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง (Hamler et al., 2018; Vesga et al., 2021) ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง อาการ อาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนให้มากขึ้น เพราะเมื่อผู้ป่วยมีความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังมากขึ้น อาจมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดีขึ้น การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมจะช่วยชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตไม่ให้เป็นไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติหรือใกล้เคียงกับข้อจำกัดที่มีอยู่อย่างเหมาะสม (Vesga et al., 2021)

การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค โดยมีแนวคิดหลักว่า ความสามารถของบุคคลในการจัดการและดำเนินการเพื่อให้ปฏิบัติพฤติกรรมประสบความสำเร็จ เป็นสิ่งที่บุคคลเรียนรู้ได้จากการเรียนแบบของตัวแบบ (Modeling) การได้เห็น (Visualization) การควบคุมกำกับตัวเอง (Self-monitoring) และการฝึกทักษะ (Skill training) ในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ทั้งนี้ เกิดเมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) จะทำให้บุคคลนั้นตัดสินใจการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

การสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนเกิดจากการได้รับการสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง (Mastery experiences) การได้เห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ (Vicarious experience) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และการกระตุ้นทางสรีระและอารมณ์ (Emotional arousal) (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร สันติประสิทธิ์กุล และปิยะธิดา จุลละปิย (2560) ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูราศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ ปรียากร วังศรี และคณะ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมภาวะไตเสื่อม และส่งเสริมพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไตเสื่อมสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) จึงแสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรค ดังนั้นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจนผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการชะลอการเสื่อมของไตได้

โรงพยาบาลบ้านธิ เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกให้บริการด้านการดูแล รักษา ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้บริการคลินิกกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ประกอบด้วย คลินิก NCD (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, หอบหืด, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ไตเรื้อรัง) แต่ละปีมีผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะคลินิกไตเรื้อรัง มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นจากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พบว่าในปี พ.ศ.2560, 2561, 2562 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้ารับการรักษาแยกระยะของโรคได้ดังนี้ ระยะที่ 1 จำนวน 631, 664, 603 คน ระยะที่ 2 จำนวน 903, 950, 928 คน ระยะที่ 3 จำนวน 663, 679, 711 คน ระยะที่ 4 จำนวน 95, 105, 114 คน และระยะที่ 5 จำนวน 21, 29, 36 คนตามลำดับ (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์, 2562) จากสถิติจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไปของโรงพยาบาลบ้านธิมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ที่ผ่านมารองพยาบาลบ้านธิมีการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบบรรยายระหว่างรอตรวจทั้งรายกลุ่ม รายเดี่ยว และจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง และการดูแลตนเอง ผลการสอนพบว่า

หลังสิ้นสุดการสอนผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้น แต่เมื่อติดตามพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคได้ (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์, 2562) จากการทบทวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ของอำเภอบ้านธิที่ส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายและเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่นำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรามาใช้จำนวน 6 คน พบว่าทุกคนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคจนสามารถชะลอไตเสื่อมได้ (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์, 2562)

จากการทบทวนจะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ แต่โรงพยาบาลบ้านธิมีการดำเนินการเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มที่ส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายเท่านั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อยืนยันองค์ความรู้นี้ ประกอบกับผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลงานบริการผู้ป่วยนอกมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านธิ ตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 จึงได้นำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา ที่วัชรพร สนิทผล และคณะ (2560) ได้พัฒนาขึ้นมาใช้ โดยคาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรค ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมโรคที่เหมาะสมและต่อเนื่องและเป็นแนวทางในการปรับพฤติกรรมเพื่อเพิ่มคุณภาพของการให้บริการที่มีประสิทธิภาพอันจะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์วิจัย

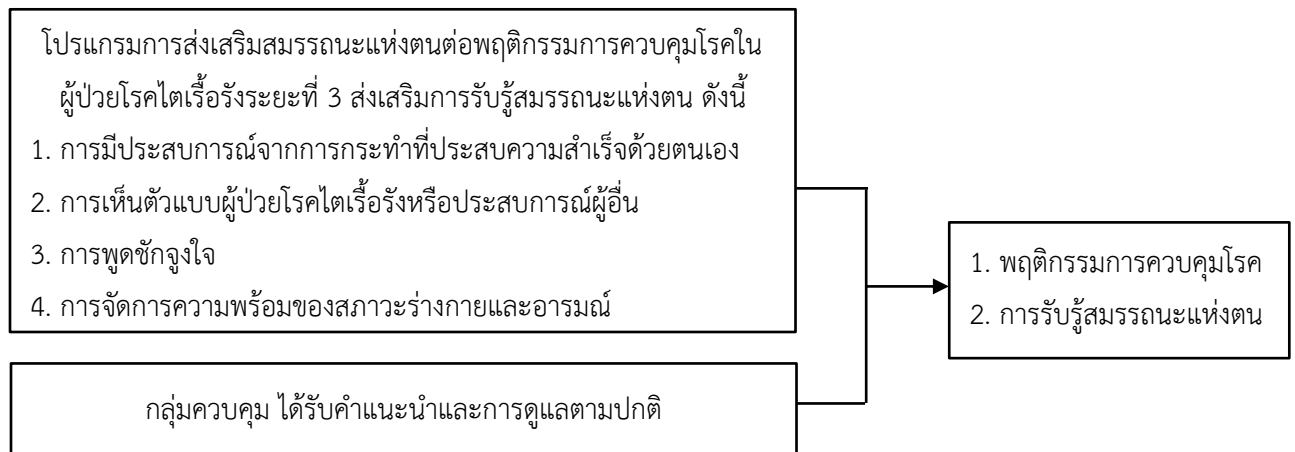
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐาน

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 แหล่ง คือ การมีประสบการณ์จากการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การเห็นตัวแบบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหรือประสบการณ์ผู้อื่น การพูดชักจูงใจและการจัดการความพร้อมของสภาวะร่างกายและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Two-group pre-posttest design) เก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ระหว่างวันที่ 23 ธันวาคม 2562 – 24 กุมภาพันธ์ 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านธิ อายุ 35 – 60 จำนวน 468 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา, 2563) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลางเท่ากับ 0.5 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นเพิ่มกลุ่มละ 3 คน รวม 60 คน คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3
2. เพศชายและหญิง อายุระหว่าง 35 – 60 ปี
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม เช่น อัมพาต โรคข้อและกระดูก
4. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี
5. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

1. มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเกิดขึ้นขณะทดลองจนต้องส่งต่อ
2. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือของวัชรพร สนิทผล และคณะ (2560) ได้แก่

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สร้างขึ้นโดยวัชรพร สนิทผล และคณะ (2560) ที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ผ่านกิจกรรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน ดังนี้

1.1.1 กิจกรรมการจัดการความพร้อมของสภาวะร่างกายและอารมณ์โดยการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนเริ่มทำกิจกรรมทุกครั้ง ติดตามสังเกตปัญหา ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ชักถามปัญหาผู้ป่วยเมื่อมาตามนัด

1.1.2 กิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมควบคุมโรคในประเด็นความรู้เรื่องไต โรคไตเรื้อรัง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค โดยบรรยายผ่านสื่อเอกสาร สื่อวีดิทัศน์ ภาพยนตร์อนิเมชันเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา สมเด็จพระเทพฯ ของมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ เรื่อง “รู้ทันโรคไต ไปกับ คิดดี” ตอนที่ 1 ตอนที่ 2 และตอนที่ 5 พร้อมแจกแผ่นพับและคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1.1.3 กิจกรรมนำเสนอตัวแบบผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและยั่งยืนในประเด็นเรื่อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์และการทำสมาธิ และให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การขอคำปรึกษาและข้อมูลกับตัวแบบและสมาชิกในกลุ่ม

1.1.4 กิจกรรมสาธิตการเลือกและหลีกเลี่ยงรับประทานอาหาร/ยาสำหรับผู้ป่วยไตเสื่อม การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์และการทำสมาธิ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติจากการลงมือปฏิบัติและประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง

1.1.5 กิจกรรมการกระตุ้นเตือนและการชักจูงด้วยคำพูด โดยการเสริมสร้างให้กำลังใจ พูดคุยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคที่ถูกต้อง

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.2.1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ศาสนา อาชีพและระยะเวลาการเจ็บป่วย มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบหรือเติมคำในช่องว่างจำนวน 12 ข้อ

1.2.2. แบบวัดพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แบบวัดประมาณค่า แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติได้ทุกครั้ง ปฏิบัติได้บ่อยมาก ปฏิบัติบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 26 ข้อ

1.2.3. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อยและไม่มั่นใจ จำนวน 10 ข้อ

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการของวัชรพร สนิทผล และคณะ (2560) ประกอบด้วย แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคและแบบวัดพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไต และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่น โดยค่าความเชื่อมั่นชนิดสอดคล้องภายใน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .91 และ .92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่ผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 23 ธันวาคม 2562 – 24 กุมภาพันธ์ 2563 จากนั้นผู้วิจัยประสานกับหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลเพื่อขออนุญาตประชาสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อได้รับคำยินยอมผู้วิจัยนัดหมายเพื่อดำเนินกิจกรรมการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. สัปดาห์ที่ 1 แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย วัตถุประสงค์ในการควบคุมโรคและวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการทดลอง หลังจากนั้นซักประวัติ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามแนวทางการดูแลเดิม

2. สัปดาห์ที่ 9 วัดพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลอง หลังจากนั้นให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการควบคุมโรคโดยบรรยายผ่านสื่อเอกสาร สื่อวีดิทัศน์ ภาพยนตร์อนิเมชันเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา สมเด็จพระเทพฯ ของมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ เรื่อง “รู้ทันโรคไต ไปกับ คิดดี” ตอนที่ 1 ตอนที่ 2 และตอนที่ 5 พร้อมแจกแผ่นพับและคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าโปรแกรม

กลุ่มทดลอง

ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ระยะเวลา 9 สัปดาห์ จำนวน 5 กิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (วันแรก) มี 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย วัตถุประสงค์ในการควบคุมโรคและวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการทดลอง ใช้เวลา 20 นาที และกิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยให้ความรู้ทั่วไปเรื่องไต โรคไตเรื้อรัง และการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยผู้วิจัยบรรยายผ่านสื่อเอกสาร สื่อวีดิทัศน์ ภาพยนตร์อนิเมชัน พร้อมแจกแผ่นพับและคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นำเสนอตัวแบบผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคดี หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยและตัวแบบได้พูดคุยร่วมแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับโรคไต ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัว และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหลังรู้ว่าป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ใช้เวลา 90 นาที

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมสรณะแห่งตนเรื่องอาหารและการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยสาธิตการเลือกและหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารและยาสำหรับผู้ป่วยไตเสื่อมแล้วให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติในการเลือกอาหารและยาที่ควรรับประทานและที่ควรหลีกเลี่ยง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำตัวแบบซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัว เน้นการควบคุมอาหารและการรับประทานยาที่ถูกต้อง หลังจากนั้นผู้วิจัยทำหน้าที่กระตุ้นและช่วยเหลือให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเลือกหรือหลีกเลี่ยงอาหารและยา ตลอดเวลาของการแลกเปลี่ยน อภิปรายกลุ่ม รวมทั้งช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการให้นำเสนอปัญหาของการรับประทานอาหารและยา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับปัญหาการควบคุมอาหารและการรับประทานยา ก่อนจบกิจกรรมผู้วิจัยพูดเสริมสร้างให้กำลังใจให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการเลือกรับประทานอาหารและยาที่ถูกต้อง ใช้เวลา 90 นาที

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมสรณะแห่งตนเรื่องการออกกำลังกาย การจัดการทางด้านอารมณ์ การคลายเครียด โดยผู้วิจัยสาธิตการออกกำลังกายโดยการเดิน การจัดการทางด้านอารมณ์ การคลายเครียดโดยการฝึกการหายใจและการทำสมาธิ แล้วให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำตัวแบบซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัว เน้นการการออกกำลังกาย การจัดการทางด้านอารมณ์ การคลายเครียด ส่วนผู้วิจัยทำหน้าที่กระตุ้นและช่วยเหลือให้เกิดการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกาย การจัดการทางด้านอารมณ์ การทำสมาธิและก่อนจบกิจกรรมผู้วิจัยพูดเสริมสร้างให้กำลังใจให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยพูดทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาและซักถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคและส่งเสริมสรณะแห่งตนโดยให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบและสมาชิก ผู้วิจัยกล่าวชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคได้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้เครื่องมือชุดเดิมทั้ง 2 กลุ่ม ขอบคุณและแจ้งสิ้นสุดงานวิจัย ใช้เวลา 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การนับถือศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคและคะแนนการรับรู้สรณะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test
3. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคและคะแนนการรับรู้สรณะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลลำพูน เลขรับรอง LPN 027/2562 ให้ ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2562 - 24 มิถุนายน 2563 โดยผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์และระยะเวลาการทำวิจัย การรักษาความลับของตัวอย่างและประโยชน์ที่ตัวอย่างจะได้รับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิขอถอนตัวได้ตลอดช่วงระยะเวลาการดำเนินการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการรักษาและการให้บริการใด ๆ จากเจ้าหน้าที่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมี 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถูกคัดออกจากการวิจัย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะข้อมูลทั่วไปที่ใกล้เคียงกัน โดยพบว่า ในกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 เพศชายร้อยละ 43.33 อายุเฉลี่ย 55.30 ปี (S.D. = 3.67) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 99.33 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 70 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 – 5 คน ร้อยละ 86.67 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000 - 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 50 รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 8,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 56.67 ระยะเวลาที่ป่วยอยู่ในช่วง 1 - 2 ปี ร้อยละ 93.33 โรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย คือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเส้นเลือด คิดเป็นร้อยละ 66.67, 36.67 และ 33.33 สำหรับผู้ปรุงอาหารให้ผู้ป่วยเป็นคนในครอบครัวปรุงให้คิดเป็นร้อยละ 50 ตามลำดับ

ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 เป็นเพศชายร้อยละ 46.67 อายุเฉลี่ย 54.70 ปี (S.D. = 3.66) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 96.67 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.67 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 66.67 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 – 5 คน ร้อยละ 83.33 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000 - 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 53.33 รายได้ต่อครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 8,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 56.67 ระยะเวลาที่ป่วยอยู่ในช่วง 1 - 2 ปี ร้อยละ 90 มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย คือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเส้นเลือด คิดเป็นร้อยละ 66.67, 40 และ 35 ตามลำดับ สำหรับผู้ปรุงอาหารให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัวปรุงให้คิดเป็นร้อยละ 56.67 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	13	43.33	14	46.67
หญิง	17	56.67	16	53.33
อายุ				
35 – 50 ปี	1	3.33	2	6.67
51 – 60 ปี	29	96.67	28	93.33
อายุเฉลี่ย (S.D.)	55.30 (3.67)	54.70 (3.66)		
นับถือศาสนา				
พุทธ	30	100.00	30	100.00
สถานภาพสมรส				
โสด	1	3.33	0	0.00
คู่	28	93.34	29	96.67
หม้าย/หย่า	1	3.33	1	3.33
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	2	6.67	1	3.33

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	24	80.00	26	86.67
มัธยมศึกษา	2	6.67	2	6.67
ปริญญาตรี	2	6.67	1	3.33
อาชีพ				
เกษตรกร	6	20.00	7	23.33
รับจ้าง	21	70.00	20	66.67
ค้าขาย	1	3.33	2	6.67
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	3.33	1	3.33
อื่นๆ	1	3.33	0	0.00
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
2 – 5 คน	26	86.67	25	83.33
6 – 9 คน	4	13.33	5	16.67
รายได้ต่อเดือน(บาท/เดือน)				
น้อยกว่า 3,000	4	13.33	1	3.33
3,001 – 5,000	15	50.00	16	53.33
มากกว่า 5,000	11	36.67	13	43.33
รายได้ครอบครัว(บาท/เดือน)				
น้อยกว่า 8,000	4	13.33	3	10.00
8,000 – 10,000	17	56.67	17	56.67
มากกว่า 10,000	9	30.00	10	33.33
ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง				
ไม่เกิน 1 ปี	2	6.67	3	10.00
1 - 2 ปี	28	93.33	27	90.00
โรคอื่นๆที่เป็นร่วมด้วย				
เบาหวาน	11	36.67	13	43.33
ความดันโลหิตสูง	20	66.67	20	66.67
ไตอักเสบ	2	6.67	1	3.33
ไขมันในเลือดสูง	10	33.33	11	36.67
เก๊าท์	5	16.67	5	16.67
นิ่ว	0	0.00	1	3.33
แหล่งอาหารที่รับประทาน				
ทำอาหารรับประทานเอง	12	40.00	10	33.33
ซื้ออาหารสำเร็จรูป	3	10.00	3	10.00
บุคคลในครอบครัวปรุงทำให้	15	50.00	17	56.67

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (n = 30)

ข้อมูล	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	คะแนนเฉลี่ย	S.D.		
กลุ่มทดลอง						
คะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรค	60.43	15.19	93.40	4.70	-11.55	0.000*
คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	16.43	2.4	38.50	1.14	-58.42	0.000*
กลุ่มควบคุม						
คะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรค	58.83	15.42	61.10	14.70	-1.66	0.107
คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	16.50	2.40	16.87	2.60	-.734	0.469

*p-value < 0.05

ตาราง 2 พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมโรค 60.43 (S.D. = 15.19) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 16.41 (S.D. = 2.4) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมโรค 93.4 (S.D. = 4.70) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 38.5 (S.D. = 1.14) โดยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -11.55 และ -58.42, p < .05) ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -1.66 และ -.734, p > .05)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (n = 60)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		t	p-value
	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	คะแนนเฉลี่ย	S.D.		
ก่อนการทดลอง						
คะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค	60.43	15.19	58.83	15.42	-.904	0.373
คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	16.43	2.40	16.50	2.40	-.812	0.423
หลังการทดลอง						
คะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค	93.40	4.7	61.10	14.70	-11.96	0.000*
คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	38.50	1.14	16.87	2.60	-42.9	0.000*

*p-value < 0.05

ตาราง 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.04$ และ -8.12 , $p > .05$) และหลังได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.96$ และ -42.9 , $p < .05$) โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคและคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคและคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรค และคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยนำมาใช้ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) มีการออกแบบการจัดกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อย่างเป็นขั้นตอน คือ มีการเตรียมความพร้อมด้านสภาวะร่างกายและอารมณ์ การประเมินสัญญาณชีพ ประเมินความเครียด ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ป่วยและสะท้อนกลับข้อมูลการประเมินก่อนเริ่มทำกิจกรรมทุกครั้ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สภาพร่างกายและจิตใจมีความพร้อมไม่เป็นอันตรายต่อตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรม การลงมือปฏิบัติจนสำเร็จด้วยตัวเอง ทั้งเรื่องเลือกรับประทานอาหารและยา การเดินออกกำลังกาย และการจัดการทางอารมณ์ ได้เห็นตัวแบบและได้ร่วมอภิปราย ชี้แนะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเทคนิคการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคกับกลุ่มตัวอย่าง และตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง ซึ่งเป็นไปตามขั้นตอนของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (1986) ที่กล่าวว่าการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์จะก่อให้เกิดการรับรู้ กระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจและเกิดความมั่นใจในตนเองในการเผชิญกับอุปสรรคจากประสบการณ์ตรงที่นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติที่เกิดกับสุขภาพจากตัวแบบที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งการเสริมแรงจากผู้วิจัยในการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ และทบทวนวิธีการฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคให้ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจและความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์สุภักดิ์ ปานเพียรกุลภักดิ์ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเอี่ยมเดือน ชาญชัยศรี (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคและคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคและคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรค และคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นผลมาจากการที่

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ประกอบสื่อ การสาธิต พฤติกรรมที่ถูกต้อง การฝึกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ตัวแบบร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดที่เหมาะสมรวมทั้งการพูดชักจูง ทบสวน กระตุ้นเตือนและการติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง 9 สัปดาห์ 5 กิจกรรม ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคดีขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของศิริรัตน์ ะประวัตติ และ คณะ (2564) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรม สุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และยังสอดคล้องกับปฐมธิดา บัวสม และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กิจกรรมที่ออกแบบในโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นจึงมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคตามที่กำหนดไว้ สอดคล้องตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่าบุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อเชื่อว่าตนเองมี ความสามารถจะทำได้ กล่าวคือ กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การสาธิตการปฏิบัติ พฤติกรรมควบคุมโรค การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับสมาชิกในกลุ่มและบุคคลต้นแบบ การลงมือคัดเลือก อาหารและยาที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค การออกกำลังกายและการจัดการด้านอารมณ์ การคลายเครียด การทำสมาธิ ตลอดจนการให้ผู้ป่วยกำกับติดตามพฤติกรรมของตนเองและให้ข้อมูลย้อนกลับทุกครั้งที่เข้าร่วมโปรแกรม และการชื่นชม ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมควบคุมโรคตามที่วางแผนไว้ในโปรแกรม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการประยุกต์ การสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรม ได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery experiences) 2) การเรียนรู้โดยบุคคลต้นแบบหรือ ประสบการณ์จากผู้อื่น (Modeling) ซึ่งเป็นกิจกรรมการเสนอบุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ พฤติกรรมควบคุมโรคทั้งเรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการควบคุมอารมณ์ 3) การชักจูงด้วยคำพูดเป็นกิจกรรมการให้คำปรึกษา การเสริมสร้างให้กำลังใจ ให้คำแนะนำเพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วย ตระหนักถึงสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น (Verbal persuasion) และ 4) การจัดการความพร้อมสภาวะด้านร่างกาย และ อารมณ์ การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย และประเมินความพร้อมด้านร่างกายจิตใจก่อนและระหว่างการเรียนรู้ เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Emotional arousal) ส่งผลให้ผู้ป่วย มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทำให้มีเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางส่งเสริมสุขภาพ เมื่อเชื่อมั่นว่าตนเอง มีศักยภาพที่จะทำได้ (Bandura, 1997)

การวิจัยนี้ยืนยันองค์ความรู้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ออกแบบกิจกรรมสอดคล้องกับทฤษฎี สมรรถนะแห่งตนได้สร้างเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค โดยส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง และมีพฤติกรรมควบคุมโรคที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นและเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ ได้ โดยมุ่งเน้นให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเพื่อติดตามผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคอย่างน้อยประมาณ 6 เดือนขึ้นไป เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรม
2. ควรติดตามผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ค่าอัตราการครองชีพ ระดับความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในกระแสเลือด หลังจากได้รับการกระตุ้นติดตามอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. (2565). *ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง*. กลุ่มพัฒนานโยบายระดับประชากร กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2566 สืบค้นจาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf>.
- กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์. (2562). *รายงานผลการดำเนินงานการตามรอยทางคลินิกโรคมุ่งเน้น โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน*. โรงพยาบาลบ้านธิ.
- ณิกานต์ วงษ์ประกอบ และลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล. (2560). ปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 23(2), 94-106.
- ปฐมธิดา บัวสม, ยินดี พรหมศิริไพบูลย์, และอดิญาณ์ ศรีเกษตริน. (2560). วิจัยผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(4), 549-567.
- ปรียากร วังศรี, วินัส ลิ้มพุก, และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา*, 10(2), 98-110.
- พิมพ์สุภัค ปานเพียรกุลภัก. (2559). ผลของโปรแกรมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(3), 205-215.
- เพ็ญพร ทวีบุตร, พัชรพร เกิดมงคล, และขวัญใจ อำนางสัตว์เชื้อ. (2560). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1), 129-145.
- วัชรพร สนิทผล, นันธิดา จาระธรรม, และจันทร์เพ็ญ ประโยงค์. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 13(2), 48-63.
- วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา. (2563). *การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power สำหรับงานวิจัยที่มีการใช้สัตว์*. เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2561 สืบค้นจาก: <https://rid.psu.ac.th/animal/th/assets/document/GPower5-7.pdf>.

ศิริรัตน์ ณะประวัตติ, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา, และศิริวิทย์ หล่มโตประเสริฐ. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 18(2), 290-303.

สมพร สันติประสิทธิ์กุล และปิยธิดา จุลละปีย์. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 100-109.

เอื้อมเดือน ชาญชัยศรี. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman

Bikbov, B., Abdoli, A., Abebe, M., & Adebayo, O. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 395(10225), 709-733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)

Cockwell, P., & Fisher, L. A. (2020). The global burden of chronic kidney disease. *Lancet*, 395(10225), 662-664. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32977-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32977-0)

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd). NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Hamler, T. C., Miller, V. J., & Petrakovitz, S. (2018). Chronic kidney disease and older African American adults: How embodiment influences self-management. *Geriatrics*, 3(3), 1-14. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3030052>

Health Data Center. (2020). ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ปีงบประมาณ 2563. สืบค้นจาก:

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce&id=186c06d932b112d342a5c133fbb4ef75

Vesga, J. I., Cepeda, E., Pardo, C. E., Paez, S., Sanchez R., & Sanabria, R. M. (2021). Chronic kidney disease progression and transition probabilities in a large preventive cohort in Colombia. *International Journal of Nephrology*, 2021, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2021/8866446>

ผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

Results of utilizing clinical practice guidelines for cataract surgery with same-day
intraocular lens replacement in the eye, ear, nose, and throat ward
at Phetchabun Hospital

อารยา ธนานุวัตรพงษ์*, จีระกานต์ สุขเมือง

Araya Thananuwattapong*, Jeerakan Sukmueang

โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

Phetchabun Hospital

*ผู้ให้การติดต่อ Corresponding e-mail: tharayaent@gmail.com

(Received: February 10, 2024; Revised: March 3, 2024; Accepted: March 21, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม และตรวจสอบความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้นำปฏิบัติแบบใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงแบ่ง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเดิม ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก เปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม 2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติแบบใหม่ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ มีคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก 3) คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดความเสี่ยง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเกิดความเสี่ยงที่พบโดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.045$) และ 4) คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด

ควรรำนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับไปใช้อย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อที่ตาภายหลังการกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย, ผ่าตัดต้อกระจก, เปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม

Abstract

The quasi-experimental research aimed to compare knowledge scores on self-care, patient satisfaction, and risks between the experimental group, which used clinical practice guidelines for same-day intraocular lens replacement after cataract surgery, and the control group, which received routine care. The study also examined the satisfaction of nurses who used the new guidelines. The sample consisted of 140 patients selected through purposive sampling and divided into two groups. The control group included patients who received usual care, while the experimental group was given care based on the new guidelines. The research instrument employed was the clinical practice guidelines for cataract surgery with same-day intraocular lens replacement. Data collection instruments consisted of 1) a questionnaire for knowledge about intraocular lens replacement surgery, 2) a patient satisfaction form, and 3) a nurse satisfaction form for using the new guideline. Data were analyzed using frequency, percentage, and the independent t-test.

The research findings indicate that: 1) The experimental group, which received the postoperative care protocol for cataract surgery patients including same-day lens replacement or intraocular lens implantation, demonstrated significantly higher knowledge scores compared to the control group receiving traditional care ($p < 0.05$). 2) The satisfaction scores of the experimental group were significantly higher. 3) The average risk score was significantly lower in the experimental group compared to the control group ($p < 0.05$), and 4) the satisfaction score of nurses, after implementing the postoperative care protocol, was the highest.

The clinical practice guidelines for same-day intraocular lens replacement after cataract surgery should be applied to promote self-care among patients and caregivers, thereby reducing postoperative complications and infections during recovery at home.

Keywords: Clinical practice guidelines, Cataract surgery, Intraocular lens replacement

บทนำ

โรคต้อกระจกเป็นภาวะเสื่อมของเลนส์แก้วตาพบมากในผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุของการตาบอดมากเป็นอันดับหนึ่ง โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะต้อกระจกสุกมาก (Mature cataract) ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ตาบอดได้ เนื่องจากเลนส์มีการหนาตัวเกิดภาวะ Papillary block และเกิด Secondary angle closure glaucoma ผู้ป่วยมีอาการปวดตาเฉียบพลัน ความดันลูกตาส่งขึ้น ตาแดง (Ciliary injection) กระจกตาบวม (corneal edema) และมีความขุ่นขาวของช่องหน้าม่านตา (Anterior chamber) (ดุจดาว ทัพเพิก, 2564) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2563 จะมีผู้ป่วยตาบอดถึง 76 ล้านคนทั่วโลก โดยในคนที่อายุมากกว่า 50 ปีที่มีภาวะตาบอดมีสาเหตุหลัก คือ ต้อกระจก ซึ่งมีจำนวนถึง 15.2 ล้านคน (World health organization, 2020) จากระบาดวิทยาในประเทศไทย คณะทำงานโครงการส่งเสริมสุขภาพตาได้จัดทำโครงการสำรวจ ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยระบาดวิทยาของโรคตา โดยเฉพาะในเรื่องของตาบอด สายตาเลือนราง และโรคตาที่เป็นสาเหตุสำคัญและปัญหาทางด้านสาธารณสุขโดยจัดทำโครงการสำรวจ ปี พ.ศ.2549 - 2550 พบว่าความชุกของตาบอดเท่ากับร้อยละ 0.6 และสายตาเลือนราง ร้อยละ 1.6 โดยสาเหตุสายตาพิการที่พบมากที่สุดคือความผิดปกติของสายตาและไม่มีแว่นตาใส่ร้อยละ 24.4 สาเหตุรองลงมาคือ ต้อกระจก ร้อยละ 9.8 และต้อหิน ร้อยละ 4.6 ส่วนสาเหตุของตาบอดทั้งสองข้างที่พบสูงสุด คือ ต้อกระจก ร้อยละ 51.6 ต้อหิน ร้อยละ 9.8 และจู้รับภาพเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.6 ตามลำดับ ในปี พ.ศ.2556 โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้ทำการสำรวจอุบัติการณ์ตาบอดระดับชาติในประเทศไทยโดยวิธีการสำรวจภาวะตาบอดที่หลีกเลี่ยงได้แบบรวดเร็ว (Rapid

Assessment of Avoidable Blindness [RAAB]) พบว่าอุบัติการณ์ตาบอดเท่ากับ ร้อยละ 0.6 ซึ่งมีแนวโน้มที่ไม่ลดลง สาเหตุอันดับหนึ่งยังคงเป็นต้อกระจก ร้อยละ 69.7 อันเนื่องมาจากอัตราการเพิ่มของประชากรรวมทั้ง อัตราการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทยมาก จังหวัดเพชรบูรณ์มีผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2563 2564 2565 และ 2566 จำนวน 140,582 ราย 155,626 ราย 151,140 ราย และ 149,809 ราย ตามลำดับ ในวัยสูงอายุพบว่าโรคความเสื่อมตามวัยตามมา เช่น ต้อกระจก ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดตาบอดร้อยละ 47.8 ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ถ้าได้รับการตรวจพบและผ่าตัดจะช่วยป้องกันการสูญเสียการมองเห็นและเป็นการป้องกันภาวะตาบอดจากต้อหิน และต้อกระจกได้ (เบญจวรรณ พวงเพชร และคณะ, 2563) ผู้ป่วยเป็นโรคต้อกระจกส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม (Houde & Huff, 2003) เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมทำให้การมองเห็นเพิ่มขึ้นสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สื่อสารอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ จึงทำให้คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดดีกว่าก่อนผ่าตัดทุก ๆ ด้าน โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคต้อกระจกก่อนและหลังทำผ่าตัดทั้งรายรวมและรายด้านดีกว่าเดิมระดับสายตาหรือการมองเห็นทุกกลุ่มดีขึ้นกว่าเดิมสอดคล้องกับการศึกษาของ (Chan et al., 2003)

โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระดับสูงสุด คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ในปี พ.ศ. 2564 2565 และ 2566 จำนวน 1,446 ราย 1,521 ราย และ 2,288 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลเพชรบูรณ์, 2564; 2565; 2566) การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมของหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตาที่แผนกผู้ป่วยนอก จักษุแพทย์วินิจฉัยเป็นต้อกระจกจะได้รับการนัดให้ มาผ่าตัดโดยที่แผนกผู้ป่วยนอกตาให้คำแนะนำการเตรียมตัวในการผ่าตัด วัดเลนส์ เตรียมการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาให้ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมานอนที่หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก ในวันแรกช่วงปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเวรเช้า (เวลา 08.30 - 16.30 น.) ผู้ป่วยได้รับการซักประวัติและตรวจร่างกาย ประเมินความพร้อมในการเตรียมผ่าตัดต้อกระจกทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ รวบรวมเอกสารผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจ เอกซเรย์ปอดเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าห้องผ่าตัด เวิร์บายฝึกคลุมโปงเพื่อเป็นการฝึกนอนหงายโดยมีผ้าคลุมบริเวณใบหน้า นานประมาณ 20-30 นาที เพื่อให้หายใจได้ผ้าคลุมจนชิน เนื่องจากขณะผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องนอนคลุมผ้าในวันผ่าตัด ให้ความรู้เรื่องโรคต้อกระจก การเตรียมตัวและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด พร้อมให้ดูวีซีดี เรื่อง ความรู้โรคต้อกระจก การเตรียมตัวและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ในปี พ.ศ. 2564 - 2565 มีการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ทางหอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก มีปัญหาของเตียงนอน จึงได้ปรับเปลี่ยนการให้บริการผ่าตัดต้อกระจก โดยผ่าตัดต้อกระจกแบบวันเดียวกลับ คือ เมื่อผู้ป่วยจะต้องมารับการตรวจที่ห้องตรวจด้านจักษุเพื่อพบแพทย์และประเมินว่าต้องได้รับการผ่าตัดและรับการตรวจเลือดในร่างกาย ผลน้ำตาลในเลือดและวัดห่ากำลังเลนส์ที่จะใส่แทนเลนส์ที่ผ่าตัดออกก่อนมานอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัดก่อนล่วงหน้าประมาณ 1-2 สัปดาห์ เมื่อมานอนโรงพยาบาลจะได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และให้ความรู้ในการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดโดยพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก ฝึกการนอนคลุมโปง และหยอดยาขยายม่านตาก่อนไปห้องผ่าตัด หลังให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับพบปัญหาผู้ป่วยต้อกระจกที่มารับการผ่าตัดมีความไม่พร้อมผ่าตัดทำให้เกิดการงดหรือเลื่อนผ่าตัด มีสาเหตุทั้งจากการเตรียมตัวไม่พร้อม จากภาวะความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง หรือไม่สามารถนอนราบหายใจได้ผ้าได้นาน 20-30 นาที และพร่องความรู้การปฏิบัติตัว มีความวิตกกังวลจากความไม่รู้ข้อมูล ซึ่งการงดหรือเลื่อนผ่าตัดทำให้เกิดการสูญเสีย สูญเปล่า ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ต้องมาโรงพยาบาล ญาติหรือผู้ดูแล ลางานเพื่อมาส่งและคอยดูแลรับกลับบ้าน ซึ่งในรายที่พบต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) ที่ต้องได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน ทำให้เสียโอกาสและอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนสูญเสียดวงตาในที่สุด ในปี พ.ศ. 2563 2564 2565 และ 2566 พบว่ามีการงดและเลื่อนผ่าตัดจำนวน 49 ครั้ง 57 ครั้ง 37 ครั้ง และ 33 ครั้ง ตามลำดับ และภายหลังผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังนี้ ภาวะเลนส์ค้าง พบในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 1 ราย และปี 2566 จำนวน 4 ราย พบแผลผ่าตัดแยก ในปี พ.ศ. 2564 2565 และ 2566 จำนวน 2 ครั้ง 2 ครั้ง และ 3 ครั้ง ตามลำดับ พบการติดเชื้อภายในหลังผ่าตัด ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 1 ราย (โรงพยาบาลเพชรบูรณ์, 2566) การดูแลผู้ป่วยต้อกระจกหลังผ่าตัดที่สำคัญที่สุด คือ การป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อน (Complications) หลังผ่าตัดและการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน (American Academy of Ophthalmology, 2011)

จากสถานการณ์การปัญหาดังกล่าว เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องภายหลังการผ่าตัด จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องมีความรู้ความเข้าใจครอบคลุมเกี่ยวกับกระบวนการดูแลเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก ตามมาตรฐานการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวให้การดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม ผู้ปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องปลอดภัย ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับห่อผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพใช้เพื่อการให้ความรู้ แนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มาผ่าตัดต่อกระจกได้ปฏิบัติตามส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนได้รับการผ่าตัดจนได้รับการผ่าตัดทันเวลา มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์วิจัย

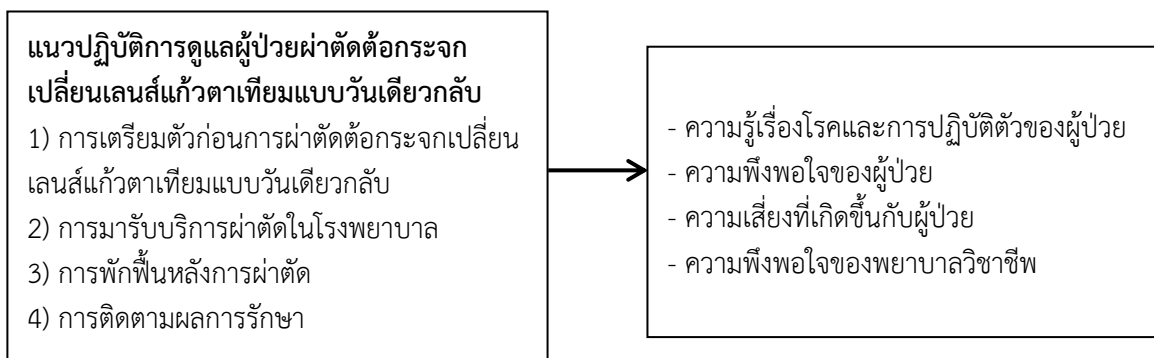
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม
3. เพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ

สมมติฐาน

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับมีคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม
2. เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม
3. เปรียบเทียบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม
4. พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจภายหลังการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับอยู่ในระดับมากขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

วิจัยเรื่องผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับห่อผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกรอบแนวคิดที่ใช้ศึกษารั้งนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เรื่อง การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (Development of Comprehensive Care of Patients Receiving One Day surgery) ของเบญจวรรณ มนูญญา และ สกาวเดือน ขำเจริญ (2564) ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental design) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Two-group pre-posttest design) เก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ระหว่างวันที่ 3 มกราคม - 5 กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ ที่หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จำนวน 553 คนโดยอ้างอิงจากช่วงกรกฎาคม 2566 – กันยายน 2566
2. พยาบาลวิชาชีพห้องตรวจตาและหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ระหว่างวันที่ 3 มกราคม - 5 กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 11 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยต่อกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับที่หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ระหว่างวันที่ 3 มกราคม - 5 กุมภาพันธ์ 2567 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 140 ราย เป็นการกำหนด กลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงขนาดของประชากรในลักษณะอัตราส่วนคิดเป็นร้อยละของประชากรในการพิจารณา (Neuman, 1997) โดยประชากรเป็นหลัก 100 ควรใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยร้อยละ 25 ในการวิจัยครั้งนี้มี 553 คน (อ้างอิงจากช่วงกรกฎาคม 2566 – กันยายน 2566) เมื่อคำนวณตามเกณฑ์ดังกล่าวได้กลุ่มตัวอย่างการศึกษานี้เท่ากับ 139 คน ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 140 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 70 คน กลุ่มทดลอง 70 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยประเมินจากความสามารถในการตอบคำถามได้ถูกต้อง
- 2) ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) เป็นต่อกระดูกที่ไม่ใช่เสื่อมตามวัย เช่น จากอุบัติเหตุ
- 2) ประเมินพบว่าการติดเชื้อในร่างกายตั้งแต่แรกเริ่ม

2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพห้องตรวจตาและหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ที่ปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 3 มกราคม - 5 กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 11 ราย มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดให้ทุกคนเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนความเสี่ยงจากการเลื่อนและต้อผ่าตัดผู้ป่วยไม่พร้อมผ่าตัดที่เกิดขึ้นและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดแล้วนำมากำหนดเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ ประกอบด้วย 1) การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ 2) การมารับบริการผ่าตัดในโรงพยาบาล 3) การพักฟื้นหลังการผ่าตัด 4) การติดตามผลการรักษา

2. สื่อการสอนเป็นเอกสารแผ่นพับ ครอบคลุมในหัวข้อที่ผู้ป่วยต้องรับรู้และปฏิบัติได้ทั้งก่อนและ หลังผ่าตัด ได้แก่ 1) โรคต่อกระดูก 2) การรักษา 3) ภาวะแทรกซ้อน 4) การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และ 5) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด โดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้สอนสอนตามหัวข้อในแผ่นพับเพื่อให้มีการสอบถามย้อนกลับและประเมินการรับรู้ของผู้ฟังใช้เวลา 15 - 20 นาที

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมของละมิตร์ ปีกขาว (2563) แบ่งเป็น

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ เกี่ยวกับ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ

1.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระดูก ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย

คำถามเชิงบวก จำนวน 13 ข้อ (ข้อ 1-5, 7-8, 10, 14-18) ตอบใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0

คำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 6, 9, 11, 12 และ 13) ตอบใช่ = 0 ไม่ใช่ = 1

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม แบบวันเดียวกลับ จำนวน 8 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบ Rating scale 3 ระดับ

พอใจมากที่สุด ค่าคะแนนเท่ากับ 3

พอใจมาก ค่าคะแนนเท่ากับ 2

พอใจน้อย ค่าคะแนนเท่ากับ 1

เกณฑ์การตัดสิน

ค่าคะแนน 2.51-3.00 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก

ค่าคะแนน 1.51-2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง

ค่าคะแนน 1.00-1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย

2. แบบประเมินความพึงพอใจผู้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับใน 9 หัวข้อ คือ แนวปฏิบัติเนื้อหา มีความชัดเจน เข้าใจได้ง่าย มีการอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติ มีความต่อเนื่องและความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยมีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติทำให้การดูแลมีความครอบคลุมมากขึ้นและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน หากคุณภาพเครื่องมือได้ค่าความตรง (IOC) เท่ากับ 0.91 โดยคำถามเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ

พึงพอใจมากที่สุด ค่าคะแนนเท่ากับ 5

พึงพอใจมาก ค่าคะแนนเท่ากับ 4

พึงพอใจปานกลาง ค่าคะแนนเท่ากับ 3

พึงพอใจน้อย ค่าคะแนนเท่ากับ 2

พึงพอใจน้อยที่สุด ค่าคะแนนเท่ากับ 1

เกณฑ์การตัดสิน

ค่าคะแนน 4.51-5.00	หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด
ค่าคะแนน 3.51-4.50	หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก
ค่าคะแนน 2.51-3.50	หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง
ค่าคะแนน 1.51-2.50	หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย
ค่าคะแนน 1.00-1.50	หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

3. แบบบันทึกข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมตามมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเป็นแบบประเมิน Checklist มีเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง โดยประเมินตามการวินิจฉัยความเสี่ยง ได้แก่ การเลื่อนหรือดัดตัวจากสาเหตุต่าง ๆ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลแยก การ Re - operation การอักเสบติดเชื้อหลังผ่าตัด

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับและสื่อการสอนนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน ได้ค่า CVI = 1.00

2. แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม เป็นข้อสอบในลักษณะถูก/ผิด นำมาหาคุณภาพเครื่องมือได้ค่าความตรง (IOC) เท่ากับ 1.0 และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นตามสูตรของคูเดอร์และริชาร์ดสัน มีค่าความเชื่อมั่น 0.87

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับและนำแบบประเมินสมรรถนะความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน มีค่าความเชื่อมั่นใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .944

4. แบบประเมินความพึงพอใจผู้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์ มีค่าความเชื่อมั่นใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .74

5. แบบบันทึกข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย นำมาหาคุณภาพเครื่องมือได้ค่าความตรง (IOC) เท่ากับ 1.0 และมีค่าความเชื่อมั่นใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .68

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เลขที่ 033/2567 ลงวันที่ 3 มกราคม 2567 ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก

2. หลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่ห้องตรวจตาและหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก เพื่อชี้แจงวิธีการทำวิจัย

3. ดำเนินการวิจัยโดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 3 มกราคม - 5 กุมภาพันธ์ 2567 แบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 70 คน และกลุ่มทดลอง 70 คน ดังนี้

3.1 กลุ่มควบคุม

3.1.1 ปฏิบัติตามปกติ ระยะเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมระหว่างวันที่ 3 มกราคม - 5 กุมภาพันธ์ 2567 โดยให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามปกติและเก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือวิจัย จนครบจำนวนผู้ป่วย 70 คน

3.1.2 ให้ผู้ป่วยได้รับการซักประวัติและได้รับการดูแลการเตรียมผ่าตัดตามปกติ

3.1.3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแลและคำแนะนำตามแบบเดิมโดยการอธิบายวิธีการปฏิบัติตัวและแจกคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกแล้วให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมและแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3.2 กลุ่มทดลอง

3.2.1 ดำเนินการใช้นโยบายปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ โดยให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนศึกษาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ โดยศึกษาคำบรรยายและแบบสอบถามทบทวนเพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจตรงกันก่อนนำสู่การปฏิบัติ

3.2.2 ระยะเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองระหว่างวันที่ 3 มกราคม – 5 กุมภาพันธ์ 2567 ใช้นโยบายปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับที่ผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นและเก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือวิจัยจนครบจำนวน 70 คน ดังนี้

3.2.2.1 ผู้ป่วยได้รับการประเมินการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับและได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ

3.2.2.2 หลังการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับและตอบแบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมและแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3.2.3 ทำการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก หลังการใช้นโยบายปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ

3.2.4 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ การเลื่อนหรือดัดจากสาเหตุต่าง ๆ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลแยก การผ่าตัดซ้ำ (Re - operation) และการอักเสบติดเชื้อหลังผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วย Independent T-Test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วย Independent T-Test
4. เปรียบเทียบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วย Independent T-Test
5. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้นโยบายปฏิบัตินำมาวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขเพชรบูรณ์ และได้รับรองเมื่อวันที่ 3 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยได้มีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ บอกลำดับขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาแล้วสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ประโยชน์เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ข้อมูลที่เก็บมาเป็นความลับ การเสนอข้อมูลดำเนินการจัดทำในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ขั้นตอนและวิธีการในการศึกษาครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง และคำนึงถึงอันตรายของกลุ่มตัวอย่าง และไม่มีการรบกวนเวลาพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการศึกษาจึงจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับไปพัก ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง ในงานวิจัยเป็นผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม แบบวันเดียวกลับไปจำนวน 140 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 70 ราย และกลุ่มควบคุม 70 ราย ส่วนใหญ่กลุ่มทดลอง ร้อยละ 64.3 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 68.6 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60 -79 ปีมากที่สุดกลุ่มทดลอง ร้อยละ 82.9 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 80 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 80 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 70 และไม่ได้ประกอบอาชีพกลุ่มทดลอง ร้อยละ 52.9 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 41.4 มากที่สุด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	22	3.14	25	3.57
หญิง	48	68.6	45	64.3
อายุ				
20 – 39 ปี	0	0.0	0	0.0
40 – 59 ปี	10	14.3	8	11.4
60 – 79 ปี	56	80.0	58	82.9
80 ปีขึ้นไป	4	5.7	4	5.7
อาชีพ				
ทำนา	14	20.0	12	17.1
รับจ้าง	17	24.3	16	22.9
ค้าขาย	6	8.6	5	7.1
รับราชการ	4	5.7	0	0.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	29	41.4	37	52.9
การศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	14	20.0	12	17.1
ประถมศึกษา	49	70.0	56	80.0
มัธยมศึกษา	3	4.3	2	2.9
อนุปริญญา	2	2.9	0	0.0
ปริญญาตรี	2	2.9	0	0.0

2. ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 17.88 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 15.41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว	n	Mean	S.D.	t	P-value
กลุ่มควบคุม	70	15.4143	1.61956	-12.524	.000*
กลุ่มทดลอง	70	17.8857	0.32046		

*P < 0.05

3. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยในการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจระดับมาก (Mean = 2.66, S.D. = 0.25) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนความพึงพอใจระดับปานกลาง (Mean = 1.89, S.D. = 0.29) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง

ความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก	n	Mean	S.D.	t	p-value
กลุ่มควบคุม	70	1.89	0.29	-16.77	.000*
กลุ่มทดลอง	70	2.66	0.25		

*p < 0.05

4. ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดความเสี่ยงที่พบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ มีคะแนนเฉลี่ยการเกิดความเสี่ยงที่พบโดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .045 ตามลำดับ โดยพบความเสี่ยงที่เกิดในกลุ่มควบคุมเพียงอย่างเดียว คือ การเลื่อนหรือฉีกขาด ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดความเสี่ยงที่พบระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ (n = 140)

ความเสี่ยง	กลุ่มควบคุม (n=70)		กลุ่มทดลอง (n=70)		t	df	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
การเลื่อนหรือฉีกขาด	0.06	0.23	0.00	0.00	2.05	69	.045*
การเกิดภาวะแทรกซ้อน	0.00	0.00	0.00	0.00			
การผ่าตัดซ้ำ (Re Operation)	0.00	0.00	0.00	0.00			
การอักเสบติดเชื้อหลังผ่าตัด	0.00	0.00	0.00	0.00			

5. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ

การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับโดยรวม มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด 4.63 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ มีความพึงพอใจมากที่สุด มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.73 รองลงมา คือ ด้านประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.64 ส่วนด้านเนื้อหาของแนวปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด แต่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.55 ดังตาราง 5

ตาราง 5 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก เปลี่ยนเลนส์ แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ (n = 11)

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	การแปลผล
1.ด้านเนื้อหาของแนวปฏิบัติ	4.55	0.42	มากที่สุด
2.ด้านความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ	4.73	0.47	มากที่สุด
3.ด้านประโยชน์ของการใช้นโยบายนี้ ต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน	4.64	0.50	มากที่สุด
ภาพรวม	4.66	0.43	มากที่สุด

อภิปรายผล

ภายหลังจากการใช้นโยบายปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามลำดับขั้นตอนในแนวปฏิบัติที่กำหนดรายละเอียดการดูแลตั้งแต่เตรียมความพร้อม ก่อนการผ่าตัด ที่ห้องตรวจตา ทั้งได้รับการดูแลและการให้แนะนำในวันที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยตาหูคอจมูก ในเรื่องการปฏิบัติตัวที่ต้องทำก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านแก่ผู้ป่วยทุกรายทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่ต้องทำก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

1. กลุ่มทดลองที่ใช้นโยบายปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ มีคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้ในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวในกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุมเกิดขึ้นเนื่องจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกมีขั้นตอนในการให้การพยาบาลมีแนวทาง ให้พยาบาลได้ปฏิบัติการพยาบาลอย่างชัดเจน ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมด้านความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยพยาบาลวิชาชีพให้คำแนะนำเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและให้แผ่นพับเพื่อไปอ่านทบทวนเมื่อกลับบ้านไปแล้วและสามารถโทรมาสอบถามได้ในกรณี มีข้อสงสัยตั้งแต่ห้องตรวจตาจนกระทั่งมารับบริการที่หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก สอดคล้องกับผลวิจัยของ สุมาลี นุ่มชื่น (2566) เรื่อง ผลของการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร พบว่า แนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่ได้เป็นคู่มือประกอบด้วยความรู้โรคต่อกระดูก การเตรียมตัวผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก สื่อวีดิทัศน์ การเช็ดตา หยอดตา การสอนสาธิตการเช็ดตาหยอดตาแผ่นพับการปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกคะแนนความรู้หลังการใช้นโยบายการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจ ระดับมาก (Mean = 2.66, S.D. = 0.25) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนความพึงพอใจระดับปานกลาง (Mean = 1.89, S.D. = 0.29) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับจากการใช้นโยบายปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกอันเป็นผลเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมและได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้นจากปัญหาและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและได้รับการอธิบายและเรียนรู้ขั้นตอนในการปฏิบัติตัวจนทำให้เกิดความเข้าใจ มีความมั่นใจในการเข้ามารับบริการผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาคงของ จตุตถ (2564) เรื่องผลการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูกโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมผ่าตัดตามรูปแบบการเตรียมผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมกับกลุ่มที่เตรียมผ่าตัดแบบเดิมมีความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผลการศึกษารูปแบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ของเยาวเรศ ก้านมะลิ และคณะ (2563) พบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อรูปแบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากและผลการวิจัยของอวยพร จงสกุล และคณะ (2563) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการและการผ่าตัดในระดับดีเกิดจาก

การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ที่พิจารณาจากสภาพปัญหาและแนวทางแก้ไขจากผู้ปฏิบัติและผู้ป่วย สอดคล้องกับยุทธวิธีของ ทองงาม ขำ และคณะ (2566) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในแบบแผนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และสามารถปฏิบัติตัวในการเตรียมความพร้อมก่อนการได้รับยาระงับความรู้สึกในการตรวจลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับได้ถูกต้อง

3. คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดความเสี่ยงที่พบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเกิดความเสี่ยงที่พบโดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .045$) โดยพบความเสี่ยงที่เกิดในกลุ่มควบคุมมากที่สุด ได้แก่ การเลื่อนหรืองดผ่าตัดการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับหรือผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ที่นำมาใช้กับผู้ป่วยสามารถลดความเสี่ยงเนื่องจากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จากการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองไม่พบความเสี่ยงเนื่องจากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ส่วนกลุ่มควบคุมพบการงดผ่าตัดจำนวน 4 ราย ได้แก่ ไม่ให้ความร่วมมือขณะผ่าตัด 2 ราย ความดันโลหิตสูง 1 ราย และม่านตาไม่ขยาย 1 ราย เป็นผลมาจากกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยต่อกระเจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับที่มีความชัดเจนในการปฏิบัติตั้งแต่ขั้นตอนเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดการมารับบริการผ่าตัดในโรงพยาบาลการพักฟื้นภายหลังการผ่าตัดและการติดตามผลการรักษา รวมถึงได้รับความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล ตาม แนวปฏิบัติเป็นอย่างดี สอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจวรรณ มนูญญา และสกวเดือน ขำเจริญ (2564) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรเป็นการดูแลแบบครบวงจรตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจนถึงการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลที่เป็นลำดับขั้นตอนตามแนวทางที่กำหนดรายละเอียดการดูแลเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการผ่าตัด แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ของเยาวเรศ ก้านมะลิ และคณะ (2563) พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ อัตราการเลื่อน/งดผ่าตัด อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดจนไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ ร้อยละของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Re - admit) ภายใน 48 ชั่วโมงหลังจำหน่ายผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด

4. คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ พบว่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด 4.63 จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับในระดับมากที่สุดทั้งในภาพรวม เรื่องความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ เรื่องประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน รวมถึงเรื่องเนื้อหาของแนวปฏิบัติเนื่องจากมีขั้นตอนในการปฏิบัติที่ชัดเจน เข้าใจง่าย การใช้แนวปฏิบัติด้วยความต่อเนื่องทำให้การดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการกำกับติดตามให้พยาบาลมีการใช้แนวปฏิบัติอย่างครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย เมื่อมีการใช้อย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความชำนาญในการใช้แนวปฏิบัติมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของอาภรณ์ พันติ (2562) เรื่องผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกโรงพยาบาลแพร่ พบว่าพยาบาลทุกรายมีความพึงพอใจในระดับมาก เรื่องความชัดเจน ความสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติ ความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน มีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติการพยาบาลและการติดตามนิเทศอย่างใกล้ชิด สม่่าเสมอและต่อเนื่องตลอดเวลาของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้มีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ทีมผู้ดูแลซึ่งการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรทีมผู้ดูแลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลมากยิ่งขึ้น (Gagan & Hewitt-Taylo, 2004)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษานำข้อมูล เรื่อง แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับบ้านที่มีความชัดเจนทุกขั้นตอน ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวทั้งก่อน ขณะและหลังผ่าตัด อันเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับบ้าน สามารถนำไปพัฒนาเพื่อปรับใช้ในผู้ป่วยโรคตาอื่น ๆ ที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดต้อเนื้อ
2. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับสามารถนำไปพัฒนาเพื่อปรับใช้ในผู้ป่วยโรคตาอื่น ๆ ที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดต้อเนื้อ
3. จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรม/การใช้ระบบเทคโนโลยีมาช่วยในกระบวนการติดตามการให้คำปรึกษา เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบวันเดียวกลับ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จุฑามาศ ทัพเพิก. (2564). ผลการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมหอยผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช: ตาก.
- เบญจวรรณ พวงเพชร, อุษาดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และกนกกรัตน์ พรพาณิชย์. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก. วารสารพยาบาลศาสตร์, 34(2), 53-62.
- เบญจวรรณ มนุญญา และสกวเดือน ขำเจริญ. (2564). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจร. วารสารวิจัยและเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1(1), 13-24.
- เยาวเรศ ก้านมะลิ, ถนอมศิลป์ ก้านมะลิ, และสศคราญจิตร คงพันธ์. (2563). การพัฒนารูปแบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(2), 183-195.
- โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. (2564). รายงานประจำปีหอยผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. โรงพยาบาลเพชรบูรณ์.
- โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. (2565). รายงานประจำปีหอยผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. โรงพยาบาลเพชรบูรณ์.
- โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. (2566). รายงานประจำปีหอยผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. โรงพยาบาลเพชรบูรณ์.
- ฤทัยวรรณ ทองงามขำ, จารุณี บัวกลม, และธัญญภัทร์ สัจจนารากรณ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของวิสัญญีพยาบาล. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข, 2(3), 50-65.
- ละมิตร์ ปีกขาว, เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, และกาญจนา หัถรังสี. (2563). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกแบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทรตามทฤษฎี Swanson โรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(5), 35-49.
- สุมาลีนิ ชุ่มชื่น. (2566). ผลของการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลต่อความรู้ ในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจโร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(1), 343-355.

- อวยพร จงสกุล, นารีรัตน์ อยู่สมบุญ, และศิริกุล การุณเจริญพานิชย์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(1), 109-125.
- อากรณ์ พันดี. (2562). ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 27(2), 30-45.
- American Academy of Ophthalmology. (2011). *Preferred practice pattern guideline: Cataract in the adult eye*. <http://www.aao.org/ppp>.
- Chan, C. W., Wong, J. C., Chan, K. S., Wong, W. K., Tam, K. C., Chau, P. S. (2003). Evaluation of quality of life in patients with cataract in Hong Kong. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, 29(9), 1753-1760.
- Gagan, M., & Hewitt-Taylor, J. (2004). The issues for nurses involved in implementing evidence in practice. *British Journal of Nursing*, 13(20), 1216-1220.
- Houde, S. C., & Huff, M. A. (2003). Age-related vision loss in older adults: A challenge for gerontological nurses. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(4), 25-33.
- Neuman, W. L. (1997). *Social research method: Qualitative and quantitative approaches* (3rd ed.). Allyn and Bacon.
- World Health Organization. (2020). *The Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs213/en/>

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ที่รับบริการคลินิกโรคตับ

ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Development of the Guideline for Hepatitis C Patients Care, Liver Clinic
Out-patient Department (Medicine), Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

อุมารณ์ บุญเปี่ยม*, ศันสนีย์ วรศรีหิรัญ,

Umaporn Boopaim*, Sansanee Wrorasrehirun

งานผู้ป่วยนอก, โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Department of Outpatient, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail): Tanwacomopd2023@gmail.com

(Received: October 1, 2023; Revised: December 18, 2023; Accepted: March 21, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีที่มารับบริการคลินิกโรคตับ และศึกษาผลลัพธ์โดยการเปรียบเทียบระยะเวลาก่อนการเริ่มรักษา จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาลก่อนเริ่มรักษา และความพึงพอใจของผู้รับบริการในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง การศึกษาประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย 2) พัฒนาแนวทางฯ 3) นำแนวทางที่พัฒนาไปใช้ และ 4) ประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 60 คน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีที่รับบริการคลินิกโรคตับ แบบประเมินแนวทางการดูแลและแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลระยะเวลาก่อนเริ่มรักษาและจำนวนครั้งที่ ตรวจด้วยสถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยู วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ ด้วยใช้เครื่องมือทางสถิติ เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่ามัธยฐาน

ผลวิจัยพบว่า ระยะเวลาก่อนการรับยาและจำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการใช้แนวทางการดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และคะแนนความพึงพอใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการใช้แนวทางการดูแลไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเป็นแนวทางในการให้บริการห้องตรวจอื่น โดย 1) บริหารจัดการคลินิกในการลดขั้นตอน 2) ปฏิบัติการพยาบาลเน้นให้ความรู้ทั้งเรื่องโรค รักษา ปฏิบัติตัวรับประทานยาถูกต้อง 3) การสนับสนุนและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางฯ โดยใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาคุณภาพเพื่อคุณภาพทางการพยาบาล

คำสำคัญ: แนวทางการพยาบาล, ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี, คลินิกโรคตับ

Abstract

This research and development study aimed to develop guidelines for nursing care for hepatitis C patients at a hepatitis clinic. Additionally, the study examined outcomes by comparing the duration, the number of appointments before starting treatment, and patient satisfaction between the control and experimental groups. The study consisted of 4 stages: 1) analysis of situations of patients' care, 2) development of the nursing guidelines, 3) implementation of the guidelines, and 4) evaluation of the guidelines. The sample was divided into 2 groups including 60 patients in control and experimental groups, 30 in each group. The instruments in the study included the guidelines for hepatitis C patients at a liver clinic, an outpatient department, a care guidelines assessment form, and a satisfaction assessment questionnaire. The duration and the number of appointments before starting treatment were analyzed using the Mann-Whitney U test, while patient satisfaction data were analyzed using frequency, mean, and median.

The results showed that the duration and the number of appointments between the control and experimental groups, after implementing the guidelines, were statistically significantly different ($p < 0.01$). Moreover, the patient satisfaction scores between the control and experimental groups after using the guidelines were not significantly different.

For suggestions, other outpatient clinics can apply the guidelines for nursing care for hepatitis C patients at a hepatitis clinic to improve the service such as 1) managing a clinic to reduce steps, 2) emphasizing providing knowledge on disease, treatment, self-care, and proper medication administration, and 3) improving the guidelines by using the Deming cycle for the quality of nursing care.

Keywords: Nursing guidelines, Hepatitis C patients, Liver clinic

บทนำ

World Health Organization หรือองค์การอนามัยโลก (2563) คาดการณ์ว่าทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ประมาณ 170 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3 ของประชากรโลก และคาดว่าอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยภาวะตับแข็งเพิ่มขึ้นราวร้อยละ 20 และอาจเกิดมะเร็งตับตามมาประมาณร้อยละ 3-5 ต่อปี ประเทศไทยมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีพบผู้ป่วยร้อยละ 1 -2 หรือประมาณ 6-7 แสนคน และพบมากขึ้นในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ทวีศักดิ์ แทนวันดี, 2553) พบความชุกของโรคที่ภาคเหนือ 1.51 ต่อแสนประชากร ภาคกลาง 1.24 ต่อแสนประชากร (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2565) จากอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่สูงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ให้หมดไปภายในปี พ.ศ.2573 กิจกรรมประกอบด้วย การลด การติดเชื้อ การรักษาที่เหมาะสมและการลดอัตราการเสียชีวิต (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค กำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีโดยมุ่งเน้น การควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การจัดการให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีสามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงการจัดการให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีมีสุขภาพและคุณภาพที่ดีขึ้นโดยกำหนดยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเฝ้าระวังโรคและการจัดทำระบบข้อมูล ยุทธศาสตร์ที่ 2 การป้องกันและควบคุมโรคและการสื่อสารความเสี่ยง ยุทธศาสตร์ที่ 3 การค้นหาและการดูแลผู้ป่วย ยุทธศาสตร์ที่ 4 การวิจัยพัฒนาเพื่อการป้องกันควบคุมโรค และยุทธศาสตร์ที่ 5 การบริการและการจัดการทรัพยากรโดยมุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงการป้องกันโรค การตรวจคัดกรองและการรักษา (ถนนมวงศ์, 2564)การรักษายึดแนวคิดและหลักการเดิมที่สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์กำจัดไวรัสตับอักเสบบีระดับโลก (Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016 – 2021) ขององค์การอนามัยโลก และ Regional Strategy for the Prevention and Control of Viral Hepatitis ขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออกเฉียงใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพ พบช่องว่างและความท้าทายที่สำคัญ คือ 1) การกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบียังขาดความเชื่อมโยงการดำเนินงานกับงานที่เกี่ยวข้องกัน 2) มีข้อจำกัดที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงมาตรการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี 3) ประชาชนยังเข้าถึงการตรวจคัดกรองได้น้อยและผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ทุกคน (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2566) เขตที่ 2 ตอบรับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข กำหนดยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) และมีแผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และแผนงานการพัฒนาระบบบริการส่งต่อไร้รอยต่อ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 (สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2561) มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาผู้ป่วยโรคได้ผลดีมากด้วยยากลุ่ม DAA (Direct acting antiviral) ได้ผลการรักษามากกว่า 95% เป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่าไวรัสตับอักเสบบีรักษาหายขาด เนื่องจากยาใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพหากมีการเข้าถึง การรักษา ในส่วนของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีมารับบริการรักษาอย่างต่อเนื่องจากข้อมูลปี พ.ศ. 2562 ถึง 2564 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2563) พบว่ามีการเสริมขยายโรงพยาบาลในเครือข่ายให้สามารถรักษาด้วยยาแบบรับประทาน แต่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ยังคงเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายให้การรับประสานงานให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือตอนล่าง มีแพทย์เฉพาะทางทุกสาขา รวมทั้งแพทย์เฉพาะทางโรคทางเดินอาหารผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ในเขตสำนักงานหลักประกันสุขภาพที่ 2 ซึ่งมีคลินิกเฉพาะโรคชื่อว่า คลินิกโรคตับ ให้บริการ ณ อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น 2 ห้องตรวจอายุรกรรม งานผู้ป่วยนอก ปัญหาสำคัญที่พบจากการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 50 ราย ที่มาเข้าระบบการรักษาพบว่า ผู้ป่วยต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ก่อนเริ่มได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบบี เฉลี่ย 5-6 ครั้งต่อราย สาเหตุที่พบเกิดจากข้อมูลของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ด้านผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย เช่น อัลตราซาวด์ (Ultrasound Scanning) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography) ด้านการเตรียมร่างกายของผู้ป่วยไม่พร้อม เช่น หยุดดื่มแอลกอฮอล์ไม่ถึง 6 เดือน และการไม่ได้นํายา

เดิมที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความล่าช้าในการเริ่มการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสตับอักเสบบี ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางหลายครั้ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หายไปจากระบบการรักษา และการรักษาที่ล่าช้าอาจส่งผลให้โรคลุกลามของโรค ซึ่งการบริการแบบเดิมเป็นการตั้งรับผู้ป่วยที่จะเดินทางมารับบริการโดยไม่ได้นัดหมาย จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย โดยมีการประชุมทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ พบปัญหา 1) การส่งข้อมูลในการเชื่อมโยงเครือข่าย 2) การเตรียมเอกสารของโรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก 3) การเตรียมตัวของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองดีขึ้นและส่งผลให้ผลลัพธ์การทำงานของระดับดีขึ้น การพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องตามบริบทของสภาพปัญหานั้นเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนของตับในระหว่างกระบวนการรักษาของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (เกษราภรณ์ มงคลวัฒน์, 2565) และงานวิจัยแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีตั้งแต่การตรวจหาโรคจนจบการรักษา ควรปรึกษาหารือประวัติส่วนตัว รูปแบบการรักษาที่เหมาะสมและผลของการรักษา กับผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความเครียด จากนั้นจึงเริ่มการรักษา โดยระยะเวลาการรักษาจะอยู่ที่ 24-48 สัปดาห์ (Booth et al., 2021; Akram et al., 2021.) จากปัญหาดังกล่าวงานคลินิกโรคตับ ห้องตรวจอายุรกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จึงต้องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่มารับบริการที่คลินิกโรคตับ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เป็น ลดระยะเวลาการมาคลินิกโรคตับก่อนเริ่มรักษา ลดจำนวนครั้งการมารับบริการและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์วิจัย

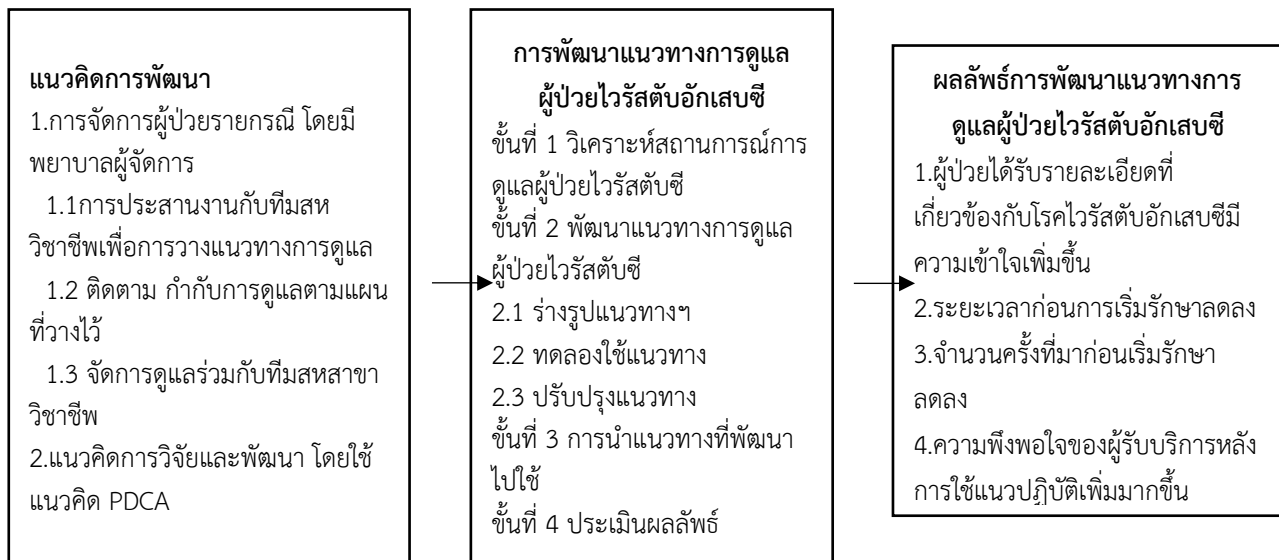
1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่มารับบริการคลินิกโรคตับ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่มารับบริการคลินิกโรคตับ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาก่อนการเริ่มรักษา จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาลก่อนเริ่มรักษาและความพึงพอใจของผู้รับบริการระหว่างหลังการพัฒนาแนวทางของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มควบคุมก่อนการพัฒนาระบบและกลุ่มทดลองหลังการพัฒนาแนวทาง

สมมติฐาน

1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่มารับบริการคลินิกโรคตับ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นอย่างไร
2. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่มารับบริการคลินิกโรคตับ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นอย่างไร
 - 2.1 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาก่อนการเริ่มรักษาของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่มารับบริการคลินิกโรคตับระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาแนวทางแตกต่างกัน
 - 2.2 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่มาก่อนเริ่มรักษาของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่มารับบริการคลินิกโรคตับระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาแนวทางแตกต่างกัน
 - 2.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มารับบริการคลินิกโรคตับระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาแนวทางแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ที่รับบริการคลินิกโรคตับ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้แนวคิดจัดการผู้ป่วยรายกรณีและแนวคิดการวิจัยและพัฒนา โดยใช้แนวคิด PDCA การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ขั้นที่ 2 พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี 2.1 ร่างรูปแบบแนวทาง 2.2 ทดลองใช้แนวทาง 2.3 ปรับปรุงแนวทาง ขั้นที่ 3 การนำแนวทางที่พัฒนาไปใช้ ขั้นที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ ผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ประเมินจาก 4 ด้าน ได้แก่ 1.ผู้ป่วยได้รับรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบซีมีความเข้าใจเพิ่มขึ้น 2.ระยะเวลาก่อนการเริ่มรักษาลดลง 3.จำนวนครั้งที่มาก่อนเริ่มรักษาลดลง 4.ความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการใช้แนวปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design) การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยการพัฒนา (Research and Development) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีที่มารับบริการคลินิกโรคตับ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยมีขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี 2) พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี 3) การนำแนวทางที่พัฒนาไปใช้ 4) ประเมินผลลัพธ์

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการที่จำเป็น (Analysis: Research 1 [R1])

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ แพทย์เฉพาะทางเดินอาหาร พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่งานศูนย์ประกันสุขภาพ เจ้าหน้าที่งานรังสีวิทยา พนักงานห้องบัตร ทั้งหมด จำนวน 46 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลประจำคลินิกโรคตับ 1 ท่าน แพทย์เฉพาะทางเดินอาหาร 2 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน เจ้าหน้าที่งานศูนย์ประกันสุขภาพ 1 ท่าน เจ้าหน้าที่งานรังสีวิทยา 1 ท่าน พนักงานห้องบัตร 1 ท่าน รวม 7 คน ที่เข้าร่วมประชุม โดยการเลือกจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ประสานงานร่วมกัน โดยกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่คลินิกไวรัสตับเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป
2. แพทย์เฉพาะทางเดินอาหารที่ปฏิบัติงานที่คลินิกไวรัสตับเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป
3. เจ้าหน้าที่งานศูนย์ประกันสุขภาพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป
4. พนักงานห้องบัตรปฏิบัติงานโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป
5. มีความพร้อมและยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก ดังนี้

1. ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ครบทุกประเด็น
2. ไม่ได้เกี่ยวข้องกับงานคลินิกโรคตับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบวิเคราะห์เอกสารวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและความต้องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแนวทางการส่งใช้ยาของคณะกรรมการการพัฒนายาหลักแห่งชาติ ปี 2558 และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ โดยมีจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางสาขาทางเดินอาหาร จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกโรคตับ 1 ท่าน ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้อง ความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหา และพิจารณาตรวจสอบความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-objective Congruence: IOC) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้หนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าห้องตรวจอายุรกรรม เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จากนั้นแนะนำตัว ขอความยินยอม โดยการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งนัดกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม
2. ในวันสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม หลังจากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยมีการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการสนทนามีโอกาสในการอภิปราย ใช้เวลาในการสนทนาครั้งละ 60 นาที
3. หลังดำเนินการสัมภาษณ์สนทนากลุ่มเสร็จ ผู้วิจัยสรุปประเด็นสภาพสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยมีการประชุมทีมร่วมกับแพทย์เฉพาะทางทางเดินอาหาร เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่งานศูนย์ประกันสุขภาพ เจ้าหน้าที่งานรังสีวิทยา ห้องบัตร
4. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลนำมาออกแบบแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

การวิเคราะห์ข้อมูล นำมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินแนวทางการดูแลห้องตรวจอายุรกรรม งานคลินิกโรคตับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) แยกเป็น โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ (Percentage)

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย (Design and Development : Development 1 [D1]) เพื่อตอบวัตถุประสงค์การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีที่มารับบริการคลินิกโรคตับ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยคณะพัฒนาแนวทางการดูแลฯ ประกอบด้วยทีมผู้วิจัย 2 คน การดำเนินการในขั้นนี้ ประกอบด้วย

1. การศึกษาเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุขององค์ประกอบเพื่อหาแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
3. การจัดทำแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
4. มาทดสอบแนวทางที่พัฒนาขึ้นกับสภาพจริง (System Run Test) โดยประเมินความพร้อมการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนา เดือน พฤศจิกายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกไวรัสตับ จำนวน 55 ราย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกไวรัสตับ โดยกลุ่มตัวอย่างแบบแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 10 ราย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกไวรัสตับ ห้องตรวจอายุรกรรม ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือน พฤศจิกายน 2565

2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นไวรัสตับอักเสบซี

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีภาวะตับอักเสบ หรือมีภาวะของตับแข็ง ไม่สามารถเข้าระบบการให้ยาต้านไวรัสตับอักเสบซีตามแผนการรักษา

2. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นนอกจากโรคตับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แนวทางการดูแลผู้ป่วยห้องตรวจอายุรกรรม งานคลินิกโรคตับ โดยใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแนวทางการจากผลการวิจัยขั้นตอนที่ 1 คือ การเพิ่มช่องทางการประสานส่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทาง Line กลุ่มไวรัสซี ห้องปฏิบัติการ และผลจากตรวจทางรังสีวินิจฉัย เช่น อัลตราซาวด์ (Ultrasound Scanning) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography) กับงานรังสีวิทยาทางอีเมลเพื่อให้ส่ง PACS (Picture Archiving and Communication System คือ ระบบที่ใช้ในการจัดเก็บรูปภาพทาง การแพทย์ (Medical images) และรับ-ส่งข้อมูลภาพ ในรูปแบบ Digital และ 2) การเตรียมเอกสารของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้แก่ จัดทำเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยประสานศูนย์ส่งตัวเพื่อรับข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเครือข่าย และจัดทำเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก พร้อมกับคลินิกไวรัสตับรับข้อมูล และรายงานแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารที่จัดระบบนัดเข้าพบ เพื่อเอกสารการอนุมัติยาล่วงหน้า โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเป็นพยาบาล 2 คน นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยไวรัสซีและแนวทางการส่งยาของคณะอนุกรรมการการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี 2558 และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสอักเสบบีเรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ.2561 กลับมาสร้างเป็น (ร่าง) แนวทางการดูแลผู้ป่วย

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ โดยมีจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางสาขาทางเดินอาหาร จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกโรคตับ 1 เพื่อปรึกษาปัญหานำไปพัฒนาแนวทางการปฏิบัติ เครื่องมือผ่านการควบคุมคุณภาพเครื่องมือโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้ค่า IOC (Index of Item-objective Congruence) นำตารางวิเคราะห์ค่า IOC มาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องแล้วเลือกข้อที่มีค่าดัชนีตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย 2 คน เป็นเวลา 2 สัปดาห์

1. นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมาสร้างเป็น (ร่าง) แนวทางการดูแลผู้ป่วย

2. นำคำแนะนำเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวในการรักษา ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง

3. นำแบบประเมินแนวทางการดูแลห้องตรวจอายุรกรรม งานคลินิกโรคตับ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย 2 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล นำมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินแนวทางการดูแลห้องตรวจอายุรกรรม งานคลินิกโรคตับ โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการทดลองใช้แนวทาง (Implementation: Research 2) เพื่อตอบวัตถุประสงค์การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีที่มารับบริการคลินิกโรคตับ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อให้ครบถ้วนมีการดำเนินการโดยนำแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ที่เป็นต้นแบบที่สมบูรณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกไวรัสตับ จำนวน 65 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกไวรัสตับ โดยกลุ่มตัวอย่างแบบแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 10 ราย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกไวรัสตับ ห้องตรวจอายุรกรรม ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือน ธันวาคม 2565

2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นไวรัสตับอักเสบซี

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีภาวะตับอักเสบ หรือมีภาวะของตับแข็ง ไม่สามารถเข้าระบบการให้ยาต้านไวรัสตับอักเสบซีตามแผนการรักษา

2. ผู้ป่วยที่มีโรคอื่นนอกเหนือจากโรคตับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แนวทางการดูแลผู้ป่วยห้องตรวจอายุรกรรม งานคลินิกโรคตับ โดยการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแนวทางการจากผลการวิจัยขั้นตอนที่ 2 คือ การเพิ่มรายงานแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารที่จัดระบบนัดเข้าพบ เพื่อเอกสารการอนุมัติยาล่วงหน้า และประสานงานเภสัชกรในการหาเภสัชกรประจำที่ดูแลเรื่องยาไวรัสตับซี เพื่อให้การจัดเตรียมยาไวรัสตับซีที่ครบถ้วนลดเวลาในการรอรับยา

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ โดยมีจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางสาขาทางเดินอาหาร จำนวน 1 ท่าน เภสัชกรประจำที่ดูแลยาไวรัสตับซี จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกโรคตับ 1 ท่าน เพื่อปรึกษาปัญหานำไปพัฒนาแนวทางการปฏิบัติเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล นำแบบประเมินแนวทางการดูแลห้องตรวจอายุรกรรม งานคลินิกโรคตับ ไปใช้กับประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ (ร่าง) แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาเพิ่มเติมจากขั้นตอนที่ 2 โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย 2 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล นำมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินแนวทางการดูแลห้องตรวจอายุรกรรม งานคลินิกโรคตับ โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ (Percentage)

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ (Evaluation: development [D2]) นำแนวทางที่พัฒนามาลงใช้กับประชากรที่มารับบริการคลินิกโรคตับ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยกลุ่มตัวอย่างแบบแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัยเอง ลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเรียงจากรายชื่อผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่มารับบริการในแต่ละวัน ในช่วงเดือนมีนาคม 2566 ถึงเดือน พฤษภาคม 2566

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่มารับบริการคลินิกโรคตับ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในด้านประสิทธิภาพ ได้แก่ การแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเป็นแนวทาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกไวรัสตับ จำนวน 376 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัยเอง ลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยเรียงจากรายชื่อผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่มารับบริการในแต่ละวัน โดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power กำหนดให้ค่าสถิติต่างๆ ได้แก่ ใช้สถิติ Paired t-test ค่านัยสำคัญ (α เท่ากับ .05) อำนาจทำนาย (Statistical Power หรือ 1-Probability of type 2 error) เท่ากับ .80 Effect Size เท่ากับ .5 การทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One Tail) ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 27 คน เพิ่มจำนวนตัวอย่างอีก 3 คน หลังพัฒนาแนวทางจึงเป็น จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไปจนครบถึง 30 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกไวรัสตับ ห้องตรวจอายุรกรรม
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นไวรัสตับอักเสบบี

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีภาวะตับอักเสบบี หรือมีภาวะของตับแข็ง ไม่สามารถเข้าระบบการให้ยาต้านไวรัสตับอักเสบบีตามแผนการรักษา

2. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นนอกจากโรคตับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยห้องตรวจอายุรกรรม งานคลินิกโรคตับ โดยการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแนวทางการจากผลการวิจัยขั้นตอนที่ 3 คือ การเพิ่มรายงานแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารที่จัดระบบนัดเข้าพบเพื่อเอกสารการอนุมัติยาล่วงหน้า และประสานงานเภสัชกรในการหาเภสัชกรประจำที่ดูแลเรื่องยาไวรัสตับอักเสบบี เพื่อให้การจัดเตรียมยาไวรัสตับอักเสบบีที่ครบถ้วนลดเวลาในการรอรับยา ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยห้องตรวจอายุรกรรม งานคลินิกโรคตับ โดยการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแนวทางการส่งสัยยาของคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี 2558 และแนวทาง การดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ.2561 เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะเป็นแบบบันทึก ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ที่อยู่ปัจจุบัน สิทธิคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกแนวทางประสานงานกับโรงพยาบาลเครือข่ายในด้านการดูแล การปฏิบัติตัว และการเตรียมผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ นำมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการสำหรับผู้ป่วยนอก (OP VOICE) สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ต่องานคลินิกโรคตับ จำนวน 20 ข้อ คำถาม จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางสาขาทางเดินอาหาร จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกโรคตับ 1 ท่าน โดยลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดค่าคะแนนของน้ำหนัก 5 ระดับ ในการให้คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- ระดับ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด
- ระดับ 4 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
- ระดับ 3 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
- ระดับ 2 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย
- ระดับ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ ในการวิจัย ประกอบด้วย

แนวทางการดูแลผู้ป่วยห้องตรวจอายุรกรรม งานคลินิกโรคตับ ได้แก่ แนวทางประสานงานกับโรงพยาบาลเครือข่ายในด้านการดูแล การปฏิบัติตัว และการเตรียมผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแนวทางการส่งใช้ยาของคณะกรรมการการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี 2558 และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ.2561จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางสาขาทางเดินอาหาร จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกโรคตับ 1 ท่าน เครื่องมือทั้งหมดผ่านการควบคุมคุณภาพเครื่องมือโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้ค่า IOC (Index of item objective congruence) นำตารางวิเคราะห์ค่า IOC มาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องแล้วเลือกข้อที่มีค่าดัชนีตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไป

แบบสอบถามความพึงพอใจ ได้ผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนคะแนนค่าเฉลี่ยดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2554)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะเป็นแบบบันทึก ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ที่อยู่ปัจจุบัน สิทธิคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกแนวทางประสานงานกับโรงพยาบาลเครือข่ายในด้านการดูแล การปฏิบัติตัว และการเตรียมผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตรวบรวมข้อมูลที่ห้องตรวจอายุรกรรม งานคลินิกโรคตับ
2. ผู้วิจัยจะสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบซีและจะทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้
3. ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบซี โดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงขอให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย
4. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบซีตามกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

5. นำข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบซีตามที่ได้ศึกษามาวิเคราะห์เพื่อประเมินความพร้อมการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นที่จะทำการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการทดสอบนำข้อมูล คะแนนความพึงพอใจทั้งกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติระยะเวลาก่อนรับยาทั้งกลุ่มก่อนและหลัง และจำนวนครั้งในการรับยาทั้งกลุ่มก่อนและหลังไปทดสอบการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) ด้วย KS-1 sample พบว่า ทุกตัวแปรมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้ Mann-Whitney U test ในการทดสอบความแตกต่าง และวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ที่อยู่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิคุ้มครองการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับการมาคลินิกโรคตับ ห้องตรวจอายุรกรรม และจำนวนครั้งของการมารับการตรวจที่โรงพยาบาล โดยใช้สถิติพรรณนา หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนของแบบประเมินแนวทางการดูแลห้องตรวจอายุรกรรม งานคลินิกโรคตับ โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ช่วง และค่ามัธยฐาน

3. คะแนนความพึงพอใจต่อการบริการสำหรับผู้ป่วยนอก โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ช่วง และค่ามัธยฐาน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลพุทธชินราช รหัสเลขที่ IRB No.015/2566 เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยง และกิจกรรมการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้สอบถามและปรึกษากับบุคคลอื่นจนเกิดความเข้าใจ ให้อิสระในการตัดสินใจ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ผลกระทบต่อการรักษาหรือการปฏิบัติงาน เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์และบริบทการดำเนินงานของคลินิกไวรัสตับอักเสบซี โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบปัญหาขาดการประสานงานกับโรงพยาบาลเครือข่าย การเตรียมข้อมูลที่เป็นของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ผลการตรวจเลือดหา FT3, FT4, TSH, AFP, LFT, BUN, Cr, Electrolyte ด้านผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย เช่น อัลตราซาวด์ (Ultrasound Scanning) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography) การเตรียมร่างกายของผู้ป่วยไม่พร้อม เช่น หยุดดื่มแอลกอฮอล์ไม่ถึง 6 เดือน และการไม่ได้นํายาเดิมที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ ก่อให้เกิดความล่าช้าในการเริ่มการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสตับอักเสบซี ผลการศึกษาพบว่า 1) การส่งข้อมูลในการเชื่อมโยงเครือข่าย ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 59.1 และผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย เช่น อัลตราซาวด์ (Ultrasound Scanning) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography) ร้อยละ 80.2 และ 2) การเตรียมเอกสารของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้แก่ ไม่มีเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ร้อยละ 90.3 และเอกสารการอนุมัติยา ทำให้ใช้เวลารอคอยรับยานาน ร้อยละ 100

2. การออกแบบและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย แนวทางแก้ไขและแนวทางการพัฒนาจากผลการศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีที่มารับบริการคลินิกโรคตับ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก แนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ที่มารับบริการคลินิกโรคตับ ดังนี้

2.1 โดยการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากผลการวิจัยขั้นตอนที่ 1

2.2 เพิ่มช่องทางในการประสานส่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทาง Line กลุ่มไวรัสซี ห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย เช่น อัลตราซาวด์ (Ultrasound Scanning) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography) กับงานรังสีวิทยาทางเมลเพื่อให้งาน PACS (Picture Archiving and Communication System) คือ ระบบที่ใช้ในการจัดเก็บรูปภาพทางการแพทย์ (Medical Images) และรับ-ส่งข้อมูลภาพ ในรูปแบบ Digital

2.3 เตรียมเอกสารของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้แก่ ไม่มีเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยประสานศูนย์ส่งตัวเพื่อรับข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเครือข่าย และจัดทำเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอก พร้อมกับคลินิกไวรัสตับรับข้อมูล และรายงานแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารที่จัดระบบนัดเข้าพบ เพื่อเอกสารการอนุมัติยาล่วงหน้า โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย เป็นพยาบาล 2 คน นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยไวรัสตับและแนวทางการส่งใช้ยาของคณะกรรมการการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี 2558 และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบเรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 กลับมาสร้างเป็น (ร่าง) แนวทางการดูแลผู้ป่วย

3. จากผลการศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคตับ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ขั้นตอนที่ 3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยห้องตรวจอายุรกรรม งานคลินิกโรคตับ คือ การเพิ่มรายงานแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารที่จัดระบบนัดเข้าพบ ดังนี้

3.1 จัดเตรียมเอกสารการอนุมัติยาล่วงหน้า โดยผ่านการอนุมัติโดยแพทย์เฉพาะทางเดินอาหาร

3.2 ประสานงานเภสัชกรในการหาเภสัชกรประจำที่ดูแลเรื่องยาไวรัสตับซี เพื่อให้การจัดเตรียมยาไวรัสตับอักเสบซีที่ครบถ้วน ลดเวลาในการรอยา

ผลลัพธ์การใช้แนวทางการพัฒนาดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ที่รับบริการคลินิกโรคตับ

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	26	86.7	26	86.7
หญิง	4	13.3	4	13.3
อายุ	Range 30-72, Mean = 54.17, S.D. =9.65		Rang 24-70, Mean = 51.03, S.D. =11.02	
ระดับการศึกษา				
ประถม	17	56.7	20	66.7
มัธยม	8	26.7	9	30
ปริญญาตรี	5	16.7	1	3.3
สิทธิคุ้มครองการรักษา				
ชำระเงินเอง	4	13.3	3	10
สวัสดิการ	5	16.7	3	10
ประกันสังคม	3	10.0	3	10
กองทุนทดแทน	1	3.3	0	0
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	14	46.7	15	50
อื่น ๆ	3	10.0	6	20
เหตุผลในการเลือกรักษาที่โรงพยาบาล (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)				
เดินทางสะดวก	17	56.6	9	30
เครื่องมือทันสมัย	17	56.6	9	30
มีแพทย์เชี่ยวชาญ	20	66.6	19	63.3
ค่ารักษาไม่แพง	8	26.6	2	6.6
บริการรวดเร็ว	10	33.3	3	10
สถานที่สะดวก	0	0	2	6.6
เป็นผู้ป่วยเก่า	7	23.3	4	13.3

รายการ	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ส่งต่อ	17	56.6	11	36.6
อยู่ในพื้นที่บัตรทอง	10	33.3	5	16.6
การได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เป็น				
ไม่ได้รับ	0	0	0	0
ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ	6	20.0	2	6.7
ได้รับและเข้าใจดี	24	80.0	28	93.3

จากตาราง 1 พบว่าข้อมูล

ก่อนการพัฒนา: จำนวนผู้ป่วย เป็นเพศชายส่วนใหญ่จำนวน 26 ราย ร้อยละ 86.7 เพศหญิง จำนวน 4 ราย ร้อยละ 13.3 อายุ (Range 30-72, Mean = 54.17, S.D. =9.65) ระดับการศึกษาประถมหรือต่ำกว่าจำนวน 17 ราย ร้อยละ 56.7 มัธยมศึกษาหรืออนุปริญาจำนวน 8 ราย ร้อยละ 26.7 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวน 5 ราย ร้อยละ 16.7 สิทธิคุ้มครองการรักษา ส่วนใหญ่เป็นบัตรสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 14 ราย ร้อยละ 46.7 รองลงมาเป็นสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 5 ราย ร้อยละ 16.7 ชำระเงินเอง จำนวน 4 ราย ร้อยละ 13.3 ประกันสังคม จำนวน 3 ราย ร้อยละ 10.0 และกองทุนทดแทน จำนวน 1 ราย ร้อยละ 3.2 เหตุผลในการเลือกรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่คือ มีแพทย์เชี่ยวชาญ จำนวน 20 ราย ร้อยละ 66.6 รองลงมาคือมีเครื่องมือทันสมัย จำนวน 17 ราย ร้อยละ 56.6 เดินทางสะดวก จำนวน 17 ราย ร้อยละ 56.6 ส่งต่อมา จำนวน 17 ราย ร้อยละ 56.6 บริการรวดเร็ว จำนวน 10 ราย ร้อยละ 33.3 อยู่ในพื้นที่บัตรทอง จำนวน 10 ราย ร้อยละ 33.3 ค่ารักษาไม่แพง จำนวน 8 ราย ร้อยละ 26.6 และเคยเป็นผู้ป่วยเก่าของโรงพยาบาล จำนวน 7 ราย ร้อยละ 23.3 การได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เป็นได้รับและเข้าใจดี ร้อยละ 80

หลังการพัฒนา: โดยที่พยาบาลประจำคลินิกไวรัสตับปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี เน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น การรักษา ความจำเป็นในการเตรียมร่างกายงดบุหรี่ สุรา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด ทำงานประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย โดยใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การประสานงานผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การส่งอีเมลไฟล์ภาพการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ลดขั้นตอนการทำงาน มีการนัดหมายผู้ป่วยพร้อมส่งข้อมูลผู้ป่วยเข้าระบบนัดเตรียมเอกสารแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาโรคไวรัสตับอักเสบบีร่วมกับงานห้องบัตร ศูนย์ประกันสุขภาพตรวจสอบสิทธิแพทย์แปลผลการตรวจเตรียมเซ็นต์เอกสารแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาโรคไวรัสตับอักเสบบีไว้ล่วงหน้า ดำเนินการขออนุมัติยา ประสานเภสัชกรดำเนินการเตรียมยาล่วงหน้า การนี้จึงเป็นผลทำให้ผู้ป่วยได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เป็นมีความเข้าใจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 93.3 จำนวนผู้ป่วย เป็นเพศชายส่วนใหญ่จำนวน 26 ราย ร้อยละ 86.7 เพศหญิง จำนวน 4 ราย ร้อยละ 13.3 อายุ (Range 24-70, Mean = 54.03, S.D. =11.02) ระดับการศึกษาประถมหรือต่ำกว่าจำนวน 20 ราย ร้อยละ 66.7 มัธยมศึกษาหรืออนุปริญาจำนวน 9 ราย ร้อยละ 30.0 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวน 1 ราย ร้อยละ 3.3 สิทธิคุ้มครองการรักษา ส่วนใหญ่เป็นบัตรสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 15 ราย ร้อยละ 50.0 รองลงมาเป็นสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 3 ราย ร้อยละ 10.0 ประกันสังคม จำนวน 3 ราย ร้อยละ 10.0 และชำระเงินเอง จำนวน 3 ราย ร้อยละ 10.0 เหตุผลในการเลือกรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่คือมีแพทย์เชี่ยวชาญ จำนวน 19 ราย ร้อยละ 63.3 รองลงมาคือส่งต่อมา จำนวน 11 ราย ร้อยละ 36.6 มีเครื่องมือทันสมัย จำนวน 9 ราย ร้อยละ 30.0 เดินทางสะดวก จำนวน 9 ราย ร้อยละ 30.0 อยู่ในพื้นที่บัตรทอง จำนวน 5 ราย ร้อยละ 16.6 เคยเป็นผู้ป่วยเก่าของโรงพยาบาล จำนวน 4 ราย ร้อยละ 13.3 บริการรวดเร็ว จำนวน 3 ราย ร้อยละ 10.0 สถานที่สะดวก จำนวน 2 ราย ร้อยละ 6.6 และค่ารักษาไม่แพง จำนวน 2 ราย ร้อยละ 6.6 การได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เป็นได้รับและเข้าใจดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.0 เป็นร้อยละ 93.3

ตาราง 2 ตารางเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจ ระยะเวลาก่อนรับยา และจำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาล หลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลอง

	กลุ่มควบคุม (n=30)			กลุ่มทดลอง (n=30)			Z
	Mean	S.D.	Range	Mean	S.D.	Range	
หลังการใช้แนวทางการดูแล							
คะแนนพึงพอใจ	65.76	7.20	54-75	68.83	7.08	51-75	- 1.509 ^{ns}
ระยะเวลาก่อนรับยา	177.7	165.8		34.53	41.4		- 4.775 ^{**}
จำนวนครั้งที่มารพ.ก่อนรับยา	2.83	1.147	2-6	1.90	.403	1-2	- 4.132 ^{**}

ns = non significant

** = $p < 0.01$

จากตาราง 2 พบว่าคะแนนความพึงพอใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการใช้แนวทางการดูแลไม่แตกต่างกัน ระยะเวลาก่อนการรับยา และจำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการใช้แนวทางการดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีที่มารับบริการคลินิกโรคตับที่ใช้เป็นแนวทางเดียวในห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผลการศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีที่มารับบริการคลินิกโรคตับ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ดังนี้ ค่าเฉลี่ยการได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เป็น เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 93.3 ระยะเวลาก่อนการเริ่มรักษา ลดลงจาก 177.7 วัน เหลือเพียง 34.53 วัน จำนวนครั้งที่มากก่อนเริ่มรักษา ลดลงจาก 2-6 ครั้ง เหลือเพียง 1-2 ครั้ง ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.76 เป็นร้อยละ 68.83

ผลจากการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ การใช้เทคโนโลยีมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งความร่วมมือกันของเครือข่าย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ที่รับบริการคลินิกโรคตับห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ในปัจจุบันแล้วนำมาพัฒนาแนวทางการดูแลใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทของคลินิกไวรัสตับ ห้องตรวจอายุรกรรม มีการนำไปทดลองใช้และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามกระบวนการดำเนินการที่เกิดขึ้น ในส่วนของการวิเคราะห์สถานการณ์และการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ไวรัสตับอักเสบซี ผลการวิจัยพบว่า จากสถานการณ์ปัจจุบันในปี.ศ.2565 การคัดกรองโดยเริ่มจากการชักประวัติโดยการตั้งรับที่คลินิกไวรัสตับ มีผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี มารับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลปี พ.ศ. 2562 ถึง 2564 มีผู้ป่วยมารับการรักษา จำนวน 770 393 และ 376 ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ย 5 รายต่อวัน เมื่อการศึกษาวិเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการที่จำเป็น โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาสภาพสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยมีการประชุมทีมร่วมกับแพทย์เฉพาะทางทางเดินอาหาร เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่งานศูนย์ประกันสุขภาพ เจ้าหน้าที่งานรังสีวิทยา ห้องบัตร เพื่อค้นหาปัญหาและนำมาออกแบบแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ร่วมระดมสมองวิเคราะห์แนวทางการดูแลที่มีอยู่เดิม ปัญหา อุปสรรคต่างๆ พบปัญหาเริ่มตั้งแต่ขาดการประสานงานกับโรงพยาบาลเครือข่าย การเตรียมข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ผลการตรวจเลือดหา FT3, FT4, TSH, AFP, LFT, BUN, Cr, Electolyte ด้านผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย เช่น อัลตราซาวด์ (Ultrasound Scanning) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography) การเตรียมร่างกายของผู้ป่วยไม่พร้อม เช่น หยุดีเอ็มแอลกอฮอล์ไม่ถึง 6 เดือน และการไม่ได้นำยาเดิมที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ ก่อให้เกิดความล่าช้าในการเริ่มการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสตับอักเสบซี ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ระหว่างรอกะบวนการรักษาในโรงพยาบาลหล่มสักว่าระยะเวลาระหว่างรอการรักษาส่งผลให้ผลลัพธ์การทำงาน

ของตบ ซึ่งการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่องตามบริบทของสภาพปัญหานั้นเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพ การลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนของตบในระหว่างกระบวนการรักษาของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (เกษราภรณ์ มงคลวัฒน์, 2565) ประเด็นที่ต้องการพัฒนา คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีที่รับบริการ คลินิกโรคตบ นอกจากนี้การมีแนวคิด ระบบและกลไกนโยบายการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีสู่การปฏิบัติอย่างเป็น รูปธรรม เพื่อลดระยะเวลาการรักษารักษาของผู้ป่วย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ และ เครือข่ายบริการสุขภาพ ในการจัดกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี โดยใช้แนวคิดการจัดการ คุณภาพ PDCA ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan- P) 2) การปฏิบัติตามแผน (Do-D) 3) การ ตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check- C) 4) การแก้ไขปัญหา (บดินทร์ภัทร์ สายบุตร, 2562) ผลลัพธ์ของการใช้แนว ทางการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นสามารถลดระยะเวลาการเริ่มรักษา ลดจำนวนครั้งก่อนการรักษารักษา เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การนำผลวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่า การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ โดยมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับ อักเสบซีเป็นแนวทาง ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการคลินิกในการลดขั้นตอน 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเน้นการ ให้ความรู้ทั้งเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัว การรับประทุษร้ายที่ถูกต้อง 3) ด้านการสนับสนุน และนำไปสู่การ พัฒนาแนวทางฯ โดยใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาคุณภาพ เพื่อผู้ป่วยได้รับรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับโรคและมีความ เข้าใจลดระยะเวลาการเริ่มรักษา ลดจำนวนครั้งที่มาก่อนเริ่มรักษา และเพิ่มความพึงพอใจแนวทางการดูแลผู้ป่วย ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานของพยาบาลคลินิกไวรัสตับอักเสบซี ในการนำแนวทางฯ ไปใช้ในการปฏิบัติจริง สามารถปฏิบัติได้ อย่างถูกต้องตามแนวปฏิบัติ และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามบริบทของหน่วยงาน เพื่อลดระยะเวลาการเริ่มรักษา ลดจำนวนครั้งก่อนการรักษารักษา เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ หากกว่าในแต่ละด้านได้ดังนี้

1. ประโยชน์ด้านนโยบายสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบในการกำหนดนโยบายในการพัฒนา แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการทุกห้องตรวจของกลุ่มงานผู้ป่วยนอกได้
2. ประโยชน์ด้านการปฏิบัติการ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการของ ห้องตรวจของกลุ่มงานผู้ป่วยนอกที่ลักษณะงานมีความคล้ายกับงานคลินิกโรคตบได้
3. ประโยชน์ด้านวิชาการ การวิจัยนี้มีการทบทวนองค์ความรู้ ผลงานวิชาการงานวิจัยและดำเนินการวิจัย ตามระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลบนฐานวิชาการและการวิจัย
4. ประโยชน์ด้านบริการ สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความพึงพอใจของ ผู้รับบริการลดจำนวนครั้งการมารับบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปโดยศึกษาผลของการลดขั้นตอนการดูแลรักษาพยาบาลและระยะของ ตบแข็งในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี เพื่อวางแผนการรักษาที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยยิ่งขึ้นไป
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะติดตามผลเพื่อศึกษาถึงผลลัพธ์การจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยไวรัส ตบอักเสบซี เพื่อนำไปวางแผนการส่งเสริมความรู้และวิธีการจัดการสุขภาพตนเองที่อาจมีรายละเอียดเฉพาะบุคคล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการลดภาวะแทรกซ้อนการทำงานของผู้ป่วย
3. เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพียงโรงพยาบาลเดียวและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีขนาดเล็ก ดังนั้นจึงควรมีการวิจัยในโรงพยาบาลอื่น ๆ และเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561*. ภาพพิมพ์.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2563). *แนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ประเทศไทย*. เจ.เอส. การพิมพ์.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2566). *ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565 – 2573*. เอส. พี.เค. การพิมพ์.
- เกษราภรณ์ มงคลวัฒน์. (2565). การพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ระหว่างรอกะบวนการรักษาในโรงพยาบาลหล่มสัก. *เพชรบูรณ์เวชสาร*. 2(3), 218-233.
- ถนอม นามวงศ์. (2564). การพัฒนาแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชาชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 30/3, 468-476.
- บดีนทร์ภัทร์ สายบุตร. (2565). กระบวนการพัฒนาระบบประกันคุณภาพการศึกษาตามวงจร PDCA ของ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. *วารสารวิจัยวิชาการ*. 2(1), 39-53.
- ประคอง วรรณสุต. (2554). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย. (2561). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศไทย*. บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด.
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2565). สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัส. https://www.hiso.or.th/hiso/health_event/ghealth_event_index.php
- Akram, A. Mahmud, I. Ashraf, R. Awal, S. & Talapatra S. (2018). Enhancing the healthcare service using quality function deployment and database management system in the outpatient department of a government hospital of Bangladesh. *International Research Journal of Engineering and Technology*, 5(4), 2022-2029.
- Booth, J. C., O'Grady, J., & Neuberger, J. (2001). Clinical guidelines on the management of hepatitis C. *Gut*, 49(Suppl 1), i1-i21.
- World Health Organization. (2563). *Hepatitis*. https://www.who.int/health-topics/hepatitis#tab=tab_1

ผลของโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดปกติครั้งแรก
หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

The impact of a lactation stimulation program on breast milk volume among
first-time mothers with normal deliveries in the postpartum obstetrics ward
at Buddhachinnaraj Hospital, Phitsanulok

ศิริวรรณ พันธุ์ทรัพย์*, กิจยมาศ นาคแก้ว, ละอองทิพย์ รถมณี, นุชจรี อุทัย, กนกพร ขวัญนาค

Siriwan Pansarp*, Kidyamard Nakkaew, Laoongtrip Rodmanee,

Nuchjaree Uthai, Kanokporn Kwannanuk

สูติกรรมหลังคลอด, โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Postpartum obstetrics ward, Buddhachinnaraj Hospital, Phitsanulok

* ผู้ให้การติดต่อ Corresponding e-mail: siriwanpansarp@gmail.com

(Received: November 8, 2023; Revised: December 7, 2023; Accepted: April 9, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบอนุกรมเวลา 2 กลุ่มวัดหลายครั้งเพื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ในมารดาหลังคลอดปกติครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ มารดาหลังคลอดปกติครั้งแรก จำนวน 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ 1) หลีก 4 จุด 2) ดื่มน้ำอย่างน้อย 2,000 มิลลิลิตร ใน 1 วัน และ 3) นวดประคบเต้านม มีการประเมินการหลั่งน้ำนมแรกรับและ 8, 24 และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อวัดปริมาณน้ำนม วิเคราะห์ผลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย One way repeated measures ANOVA dependent และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมในกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลอง ระยะแรกรับ 8 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันภายในกลุ่มอย่างน้อย 1 คู่ของช่วงเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่มีแนวโน้มค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมของกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมไปประยุกต์ใช้ในการเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และใช้โปรแกรมให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดทุกรายเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาได้อย่างดียิ่งอย่างน้อย 6 เดือน

คำสำคัญ : โปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนม มารดาหลังคลอดปกติครั้งแรก ปริมาณน้ำนม

Abstract

The quasi-experimental study, which involved two groups measured in a time series, aimed to compare the volume of breast milk before and after a lactation stimulation program among first-time mothers with normal deliveries. The sample included 60 first-time mothers with normal deliveries divided into 2 groups, 30 in each group. The control group received routine care, while the experimental group received both routine care and a lactation stimulation program that included 1) the four principles of sucking, 2) drinking at least 2,000 ml of water per day, and 3) breast massage and compression. The volume of breast milk was measured at the time of admission, and then at 8, 24, and 48 hours after delivery. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, Chi-square, Fisher's exact test, one-way repeated measures ANOVA, dependent, and independent t-test.

The findings revealed that the mean volumes of breast milk in both the control and experimental groups were significantly different ($p < 0.01$) at the time of admission, and then at 8, 24, and 48 hours after delivery, with significant differences observed between at least one pair of these time points. However, no significant differences were found when directly comparing the mean volumes of breast milk between the control and experimental groups. Nonetheless, the results indicated that the increase in the mean volumes of breast milk in the experimental group at 48 hours after delivery was greater than in the control group.

Therefore, nurses can apply the lactation stimulation program to prepare pregnant women for breastfeeding and use the program to educate all mothers to promote exclusive breastfeeding for at least 6 months.

Keywords: Lactation stimulation program, First-time mother with normal delivery,
Breast milk volume

บทนำ

องค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (The United Nation International Children's Fund: UNICIF) แนะนำให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ทั้งนี้ทั่วโลกได้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับองค์การอนามัยโลกในการเพิ่มอัตราสตรีที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียว 6 เดือนให้ได้ร้อยละ 60 ในปี 2573 (World Health Organization, 2018) กระทรวงสาธารณสุขไทย ตั้งเป้าหมายให้อัตราการกินนมแม่ อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 50 ภายในปี 2568 (กรมอนามัย, 2564) จากผลการสำรวจ สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 (MICS6) พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 14 ซึ่งยังต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วโลก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย, 2563) ข้อมูลอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เขตสุขภาพที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ปี 2561-2563 พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 19.21 21.77 และร้อยละ 25.79 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปัญหาสำคัญที่เป็นสาเหตุให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่ประสบความสำเร็จถึง 6 เดือน เนื่องจากการขาดความเชื่อว่าการให้นมของตนเองมีสารอาหารไม่เพียงพอ และน้ำนมเริ่มไหลช้า มารดาเกิดความกังวล จึงเริ่มให้นมผสมกับบุตร ซึ่งโดยมากพบในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตร มารดาที่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานและมารดา ครรภ์แรก (นิรัตน์ชฎา ไชยงาม และคณะ, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมในมารดาครั้งแรก ด้วยการประคบเต้านมด้วยลูกประคบแบบอุ่นขึ้นต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกในมารดาหลังคลอดครั้งแรก (นิตยา พันธงาม ปราณี อีร์โสลัน และสุพรรณิ อึ้งปัญสัตวงศ์, 2558) โดยการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจล โพลีเมอร์แบบอุ่นขึ้นร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ประคบครั้งแรกที่ตีกหลังคลอดครั้งต่อไปอีก 3 - 4 ชั่วโมงถัดไป รวมทั้งหมด 2 ครั้ง ให้มารดาประคบเต้านมด้วยตนเอง รวม 2 วัน จนจำหน่าย ผลการวิจัยพบว่า การประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นขึ้นในมารดาหลังคลอด สามารถช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำนมให้เร็วขึ้น นอกจากนี้มีการศึกษา โปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเอง โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญ และประโยชน์ของนมแม่และสาธิตการอุ้มและวิธีการนวดเต้านมด้วยตนเอง และมอบคู่มือให้มารดาไปทบทวนความรู้ และฝึกทักษะที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง โดยจะมีการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะที่ 2 ระยะหลังคลอด โดยการนวดครั้งที่ 1 ภายใน 4 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 ภายใน 8 - 12 ชั่วโมง ครั้งที่ 3 ภายใน 12 - 24 ชั่วโมง ครั้งที่ 4 ภายใน 24 - 48 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า มารดาครั้งแรกมีคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนม หลังการทดลอง ชั่วโมงที่ 4, 12, 24 และ 48 กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มาริยา มะแซ และคณะ, 2562) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ทางหน้าท้อง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม และระยะเวลาการมาของน้ำนมมาเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุมและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม (กนกวรรณ โคตรสังข์ และคณะ, 2559) อีกทั้งการฝึกปฏิบัติทำอุ้มให้นมและการบีบเก็บน้ำนม ทำให้มารดาเกิดทักษะและความมั่นใจในความสามารถของตนเองและช่วยให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ด้วยตนเองต่อไป (ลาวัลย์ ไบมณฑา และคณะ, 2558) การกระตุ้นทารกดูดนมมารดาเป็นการส่งเสริมความผูกพันรักใคร่ระหว่างมารดาและทารก โดยการนำทารกมาสัมผัสเนื้อแนบเนื้อเกิดความรู้สึกรักใคร่ผูกพันระหว่างแม่ลูก ทำให้กระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโทซินหรือฮอร์โมนแห่งความรัก (Love Hormone) ความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Vittner et al., 2018) อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมา ยังพบว่าไม่ได้เน้นในเรื่องการรับรู้ปริมาณน้ำนมที่เพียงพอในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยเฉพาะในมารดาครั้งแรกที่ขาดประสบการณ์และความเชื่อมั่นในปริมาณน้ำนม ผู้วิจัยจึงศึกษา ผลของโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดปกติครั้งแรก ซึ่งประกอบด้วย การใช้หลัก 4 ดุด ดุดเร็วภายใน 30 นาทีหลังคลอด ดุดบ่อยทุก 2 ชั่วโมงหรือตามความต้องการของลูก ดุดถูกวิธี คือการอมลึกถึงลานนมริมฝีปากล่างอำบานออก ดุดเกลี้ยงเต้าให้บุตรดูดนมข้างที่ดุดค้างไว้ก่อนทุกครั้งให้นมมือถัดไป และดุดแต่ละข้างนานอย่างน้อย 15 นาทีขึ้นไป การนวดประคบเต้านมโดยใช้ขวดใส่น้ำร้อน การได้รับน้ำและอาหารที่เพียงพอเพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้มารดาหลังคลอดครั้งแรกในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาได้ถึง 6 เดือน ในการได้รับรู้ปริมาณน้ำนมที่หลั่งออกมาจากการได้รับการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวอย่างน้อย 6 เดือนให้ประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

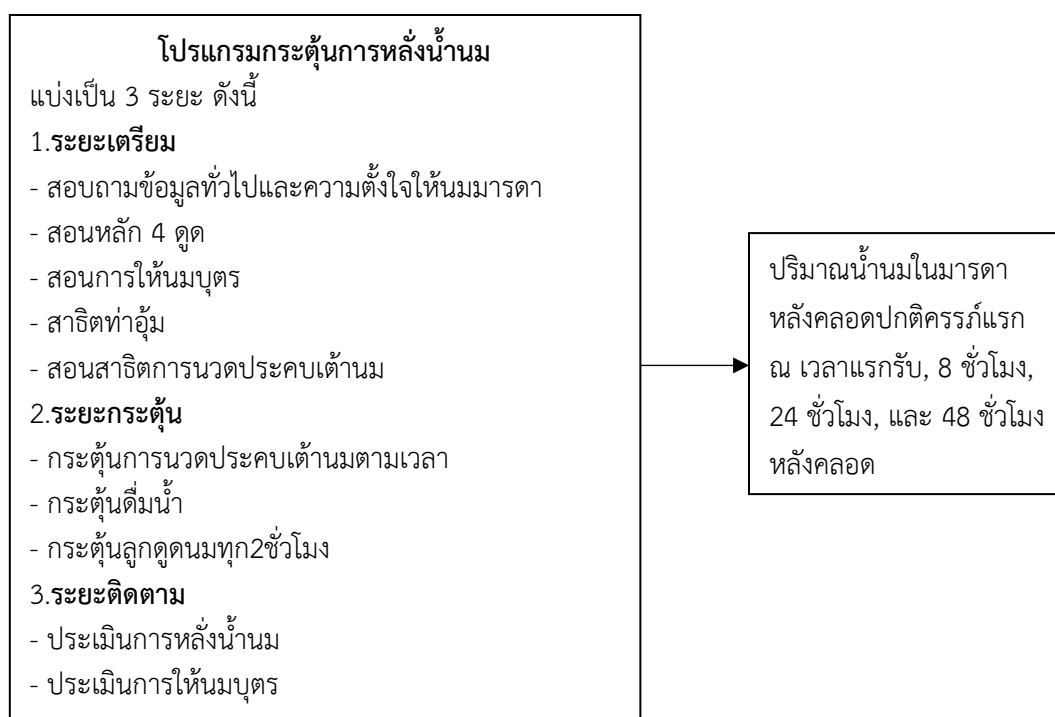
1. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ในมารดาหลังคลอดปกติครั้งแรกในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด
2. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมระหว่างกลุ่มได้รับและกลุ่มไม่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดปกติครั้งแรกในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมมารดาหลังคลอดครั้งแรกจะมีปริมาณน้ำนมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมมารดาหลังคลอดครั้งแรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมจะมีปริมาณน้ำนมมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีการหลั่งน้ำนมที่เกี่ยวข้อง นำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้รับการสอน และคำแนะนำตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมซึ่งต้องทำกิจกรรมตามช่วงเวลาที่กำหนดและได้รับการกระตุ้นตามช่วงเวลา



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบอนุกรมเวลา 2 กลุ่มวัดหลายครั้ง (The Control group Time Series Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มารดาหลังคลอดปกติครั้งแรก ที่พักรักษาตัวใน หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางของ Polit and Hungler (Polit Hungler, 1997) ที่กำหนดงานวิจัยกึ่งทดลองควรใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 หน่วยและไม่ควรน้อยกว่า 15 หน่วยต่อกลุ่ม ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ กลุ่มละ 30 ราย โดยการใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. มารดาหลังคลอดปกติครรภ์แรก
2. อายุ 18 ปีขึ้นไป
3. เป็นมารดาที่สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ อ่านออกเขียนได้
4. มารดาและทารกอยู่ด้วยกันหลังคลอดตลอด 24 ชั่วโมง (Rooming In) และให้นมบุตรโดยการเข้าเต้าเพียงอย่างเดียว
5. มารดาไม่มีภาวะหวั่นม เต้านมผิดปกติที่ไม่สามารถให้บุตรดูดนมได้ เช่น มะเร็งเต้านม หวั่นมบอด เป็นต้น
6. มารดายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มารดามีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด หรือมีข้อห้ามในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เช่น มารดาได้รับยาต้านไวรัส ตกเลือดหลังคลอด ซีด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น
2. มารดาได้รับยากระตุ้นการสร้างน้ำนมหรือกินสมุนไพรเสริมสร้างน้ำนม เช่น Domperidone สมุนไพรขงสำเร็จรูป เป็นต้น
3. ทารกมีภาวะแทรกซ้อนเช่น มีพังผืดที่ลิ้นที่ไม่สามารถดูดนมแม่ได้ มีภาวะหายใจลำบาก เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย**

1. โปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนม แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบดังนี้
 - 1.1 ระยะเตรียม เป็นการสอบถามข้อมูล สอนหลัก 4 จุด สอนการให้นมบุตร สาธิตท่าอุ้มสอนนวดประคบเต้านม
 - 1.2 ระยะกระตุ้น เป็นการกระตุ้นนวดประคบเต้านมตามเวลา กระตุ้นตึมน้ำ กระตุ้นลูกดูดนมทุก 2 ชั่วโมง
 - 1.3 ระยะติดตาม เป็นการประเมินการหลั่งน้ำนม ปริมาณน้ำนมและประเมินการให้นมบุตร
2. สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้
 - 2.1 สื่อการสอน Power point การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา และแผนการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา
 - 2.2 แผ่นภาพสอนนวดประคบเต้านม
 - 2.3 ขวดลักษณะทรงกลมความจุ 125 มิลลิลิตร สำหรับใช้นวดประคบเต้านม
 - 2.4 Model ทารก Model เต้านม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน
2. แบบบันทึกปริมาณน้ำนม เป็นแบบบันทึกเวลา 4 ช่วงเวลา คือ แรก 8 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด หน่วยเป็นมิลลิลิตร
3. ไชริงค์ขนาด 1 มิลลิลิตร ใช้วัดปริมาณน้ำนม

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนม แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและแบบบันทึกปริมาณน้ำนม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม 1 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ประจำคลินิกนมแม่ 1 คน เป็นผู้พิจารณาในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องของเนื้อหา แล้วนำมาหาค่าดัชนีตามตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ได้เท่ากับ 0.8 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดปกติครรภ์แรกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐ ราย ทำการหาค่าความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ภายหลังได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยสุติกรรมหลังคลอด

2. ผู้วิจัยขออนุญาตสำรวจรายชื่อมารดาหลังคลอดและทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

3. ผู้วิจัยขอความยินยอมจากมารดาหลังคลอด โดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อมารดาหลังคลอดยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงขอให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. แบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนในเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน (2 สัปดาห์แรก) หลังจากนั้นเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองเดือนพฤศจิกายน (2 สัปดาห์หลัง) - ธันวาคม ดังนี้

กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ให้การพยาบาลตามปกติ มีกิจกรรมดังนี้

วันที่ 1 ดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 แรกได้รับบริการประเมินการหลั่งน้ำนมแรก รับ ช่วยจัดทำแนะนำการให้นมบุตร แนะนำการกระตุ้นลูกดูดนมบ่อยๆ แนะนำการได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ครั้งที่ 2 ณ เวลา 8 ชั่วโมงหลังคลอด ได้รับการประเมินการหลั่งน้ำนมแรก รับ ช่วยจัดทำแนะนำการให้นมบุตร แนะนำการกระตุ้นลูกดูดนมบ่อยๆ แนะนำการได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอ

วันที่ 2 ดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 3 ณ เวลา 24 ชั่วโมงหลังคลอด ประเมินปริมาณน้ำนมและให้การพยาบาลดังนี้ ได้รับการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่รายกลุ่ม สอนนวดประคบเต้านม แนะนำการได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอ ประเมินการให้นมบุตรโดยใช้แบบบันทึก Lactation score ช่วยเหลือการให้นมบุตรเมื่อมีปัญหา ได้รับคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ครั้งที่ 4 ณ เวลา 48 ชั่วโมงหลังคลอด ประเมินปริมาณน้ำนมก่อนจำหน่าย ทบทวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่เข้ารับโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำมน้ำนมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยมารดาหลังคลอดจะได้รับกิจกรรม ดังนี้

วันที่ 1 ดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 แรกได้รับบริการประเมินการหลั่งน้ำนมแรก รับ กระตุ้นมารดาใช้หลัก 4 ดูด ดูดเร็วประเมินการดูดครั้งแรกจากห้องคลอด ดูดบ่อยทุก 2 ชั่วโมงต้องนำบุตรดูดนมตามเวลา ช่วยจัดทำแนะนำการดูดถูกวิธีและดูดเกลี้ยงเต้า กระตุ้นมารดาตึมน้ำอย่างน้อย 1 แก้ว ก่อนและหลังให้นม

ครั้งที่ 2 ณ เวลา 8 ชั่วโมงหลังคลอด ประเมินการหลั่งน้ำนม กระตุ้นมารดาใช้หลัก 4 ดูด ดูดเร็วประเมินการดูดครั้งแรกจากห้องคลอด ดูดบ่อยทุก 2 ชั่วโมงต้องนำบุตรดูดนมตามเวลา ช่วยจัดทำแนะนำการดูดถูกวิธีและดูดเกลี้ยงเต้า กระตุ้นมารดาตึมน้ำอย่างน้อย 1 แก้ว ก่อนและหลังให้นม แนะนำให้ตึมน้ำอย่างน้อย 2000 มิลลิลิตรในวัน

วันที่ 2 ดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 3 ณ เวลา 24 ชั่วโมงหลังคลอด ประเมินปริมาณน้ำนมและให้การพยาบาลดังนี้

- ได้รับการสอนการให้นมบุตรรายกลุ่มตามการพยาบาลแบบปกติ และได้รับคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- ได้รับการนวดประคบเต้านมด้วยขวดใส่น้ำร้อน โดยใช้ขวดวางที่เต้านมนวดคลึงขวดไปในทิศทางเดียวกัน ให้อบเต้านมทั้ง 2 ข้าง โดยทำการนวดประคบตามเวลาที่กำหนดดังนี้ เวลา 10.00 น., 14.00 น., 18.00 น. และ 22.00 น. ใช้เวลานวดประคบแต่ละครั้ง 15 - 30 นาที โดยก่อนนวดประคบประเมินการหลั่งน้ำนมโดยการบีบก่อนและหลังประคบ 15 นาที

- กระตุ้นมารดาให้บุตรดูดนมทุก 2 ชั่วโมงกระตุ้นมารดาใช้หลัก 4 ดุดช่วยจัดทำแผนแนะนำการดูดนมวิธี และดูดเลี้ยงเต้า กระตุ้นมารดาตึมน้ำอย่างน้อย 1 แก้ว ก่อนและหลังให้นม โดยให้ตึมน้ำอย่างน้อย 2000 มิลลิลิตร ใน 1 วัน

ครั้งที่ 4 ณ เวลา 48 ชั่วโมงหลังคลอด ประเมินปริมาณน้ำนมก่อนจำหน่าย ทบทวนการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่ก่อนจำหน่าย

5. เก็บข้อมูลหลังการทดลองโดยบันทึกปริมาณน้ำนมตามช่วงเวลาที่กำหนด พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับกับ กลุ่มตัวอย่าง

6. สอบถามประเมินปัญหา ความต้องการในการช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง

การประเมินการหลังน้ำนมในกลุ่มทดลองและควบคุม ดำเนินการโดยวิธีเดียวกัน โดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้วางห่างจากหัวนม แล้วกดปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหาผนังหน้าอก บีบนิ้วทั้ง 2 เข้า หากัน จำนวน 1 ครั้ง เมื่อมีน้ำนมออกมาผู้วิจัยใช้ไซริงค์ 1 มิลลิลิตรดูดน้ำนมที่ออกมาเพื่อวัดปริมาณน้ำนมที่ออกมา และบันทึกจำนวนในแบบบันทึกปริมาณน้ำนม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปทางสถิติโดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test
3. เปรียบเทียบปริมาณน้ำนมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้ สถิติ One way repeated measures ANOVA dependent t-test และ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วิจัยนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เลขที่โครงการวิจัย 234/64 IRB No.095/64 วันที่รับรอง 7 ตุลาคม 2564 โดยผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์และระยะเวลาการทําวิจัย การรักษาความลับและประโยชน์ที่ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ขอถอนตัวได้ตลอดช่วงระยะเวลาการดำเนินการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการรักษาและ การให้การพยาบาลใดๆจากเจ้าหน้าที่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

มารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 21 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช. ร้อยละ 66.66 เป็นอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 46.66 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 73.33 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 93.33 สำหรับมารดาในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 21 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช. ร้อยละ 73.33 ประกอบอาชีพแม่บ้านร้อยละ 43.33 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 76.66 สถานภาพ สมรสคู่ ร้อยละ 96.66 จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ามารดาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีข้อมูลอายุ รายได้ของ ครอบครัวไม่แตกต่างกัน จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูล โดยใช้สถิติ Fisher's exact test ส่วนระดับ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ใช้สถิติ Chi-square พบว่าข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรม กระตุ้นการหลังน้ำนมในระยะแรกเริ่ม ก่อนทดลอง หลังคลอด 8 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามช่วงเวลา ในระยะแรก
รับก่อนทดลอง หลังคลอด 8 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
กลุ่มทดลอง (n=30)	0.490	1	0.490	32.188	0.01
เวลา					
ความคลาดเคลื่อน	0.442	29	0.015		
กลุ่มควบคุม (n=30)	0.749	1	0.749	26.90	0.01
เวลา					
ความคลาดเคลื่อน	0.807	29	0.028		

จากตาราง 1 พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในระยะแรกได้รับ 8 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA ทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันภายในกลุ่ม อย่างน้อย 1 คู่ของช่วงเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง ใน
ระยะแรกได้รับ 8 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม	0.659	1.598	0.023	24.817	0.001
ระหว่างกลุ่ม	0.036	1.598	0.023	1.374	0.256
ความคลาดเคลื่อน	1.540	92.707	0.017	2.550	

จากตาราง 2 พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะแรกได้รับ 8 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA มีความแตกต่างกันภายในกลุ่มอย่างน้อย 1 คู่ช่วงเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะแรก
รับ 8 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด

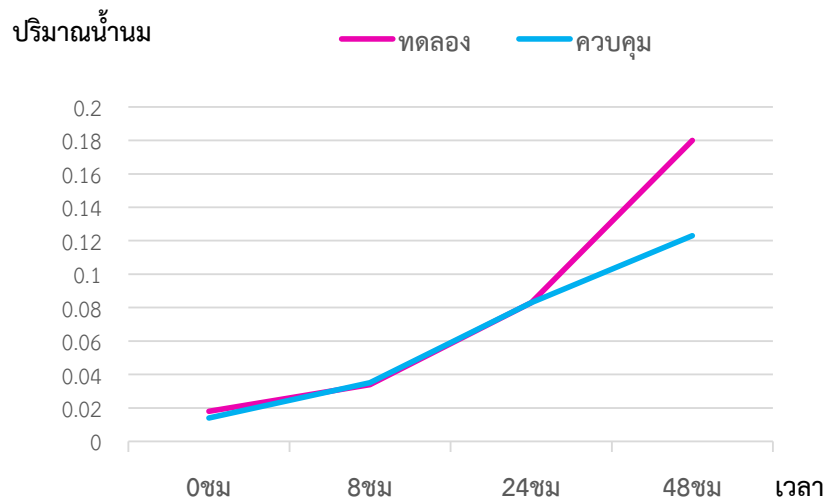
กลุ่ม	Mean change	95% CI	P-value
กลุ่มทดลอง			
แรกรับ	0		
8 ชั่วโมง – แรกรับ	0.016	-0.0052-0.0372	0.1379
24 ชั่วโมง – 8 ชั่วโมง	0.049	0.0063-0.09165	0.0251
48 ชั่วโมง – 24 ชั่วโมง	0.0977	0.0075-0.1878	0.0342
กลุ่มควบคุม			
แรกรับ	0		
8 ชั่วโมง – แรกรับ	0.021	0.0030-0.0389	0.0226
24 ชั่วโมง – 8 ชั่วโมง	0.048	0.0036-0.0923	0.0345
48 ชั่วโมง – 24 ชั่วโมง	0.040	-0.0226-0.1026	0.2065

จากตาราง 3 พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบเป็นคู่ของช่วงเวลา 3 คู่ โดยใช้สถิติ dependent t-test พบว่า แต่ละคู่ของช่วงเวลาปริมาณน้ำนมเฉลี่ยภายในกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะแรก 8 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังคลอด

ปริมาณน้ำนม	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		Mean	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	df	
ก่อนคลอด	0.0140	0.0210	0.0180	0.0307	0.0040	0.550
8 ชั่วโมงหลังคลอด	0.0350	0.0444	0.0340	0.0495	0.0050	0.910
24 ชั่วโมงหลังคลอด	0.0830	0.1130	0.0830	0.1057	0.0000	1.000
48 ชั่วโมงหลังคลอด	0.1230	0.1290	0.1807	0.2229	0.0577	0.225

จากตาราง 4 พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลา โดยใช้สถิติ Independent t-test ไม่มีความแตกต่างกันแต่มีแนวโน้มค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมของกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด ดังกราฟ



ภาพ 2 แสดงกราฟปริมาณน้ำนม

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่าเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนม โดยมีปริมาณน้ำนมที่ระยะแรก 0.018 ได้เพิ่มขึ้นเป็น 0.034 0.083 และ 0.18 ณ เวลา 8 24 และ 48 ชั่วโมงตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัมรินทร์ ชะเนติยง (2561) ซึ่งได้ทำการ ศึกษาผลการนวดและประคบเต้านมเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดา หลังคลอด โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าการนวดประคบช่วยกระตุ้นการไหลของน้ำนมมารดา กระตุ้นให้น้ำนมไหลดีและเร็ว ส่งผลต่อปริมาณน้ำนมที่เพียงพอ ทำให้มารดามีความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยาวนาน

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่ตามช่วงเวลา พบว่ามีความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มทดลอง ที่ ณ เวลา 48 ชั่วโมงหลังคลอดเป็นการแสดงให้เห็นถึงระยะเวลาการหลั่งน้ำนมที่มีแนวโน้มปริมาณน้ำนมเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับระยะเวลาของกลไกการหลั่งน้ำนมระยะ Lactogenesis II ที่มีการหลั่งน้ำนมปริมาณเพิ่มมากขึ้นที่ 30-40 ชั่วโมงหลังคลอด การที่ให้ทารกเริ่มดูดนมมารดาโดยเร็วหลังคลอดช่วยกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมน ออกซิโทซินที่ทำให้เกิดการหลั่งของน้ำนม (Lawrence & Lawrence, 2016) เป็นการแสดงให้เห็นถึงระยะเวลาการหลั่งน้ำนมที่มีแนวโน้มปริมาณน้ำนมเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มทดลอง ซึ่งมีประโยชน์ในการสร้างความเชื่อมั่นให้กับมารดา

หลังคลอดในเรื่องของปริมาณน้ำนมที่เพียงพอสำหรับบุตร ประเด็นในการวิจัยครั้งนี้ ไม่ได้มีการควบคุมปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้อง โดยไม่ได้มีการประเมินเพื่อควบคุมปัจจัยเหล่านี้ก่อนนำเข้าสู่การทดลอง เช่น ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อมั่นตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อควบคุมทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน เนื่องจากมีผลการวิจัยสนับสนุนว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การพยาบาลแบบปกติ และโปรแกรมมีกิจกรรมที่ไม่มีความแตกต่างกัน และเนื่องจากปริมาณน้ำนมที่ได้ค่อนข้างน้อย ประกอบกับระยะเวลาในการเก็บข้อมูลที่จำกัดตามวันนอนโรงพยาบาล หากขยายเวลาในการเก็บข้อมูลเพิ่มขึ้นอาจพบความแตกต่างของปริมาณน้ำนมในระยะยาวได้ อย่างไรก็ตามจากการติดตามต่อเนื่องที่ 6 เดือนพบว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนได้ถึงร้อยละ 72 จากการติดตามได้ 25 คน ดังนั้นโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมนี้จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งในการสร้างความเชื่อมั่นในปริมาณน้ำนมซึ่งส่งผลต่อการเสริมพลังในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน จึงควรนำมาปรับใช้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นการพัฒนางาน ให้สามารถบรรลุผลตามตัวชี้วัดรวมถึงเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับบุคลากรเพื่อช่วยเหลือและแก้ปัญหาให้กับมารดาหลังคลอด และควรมีการศึกษาระยะยาวสำหรับโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมเพื่อขยายผลสู่โรงพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ

การนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นการพัฒนางานการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน เพื่อให้หน่วยงานสามารถบรรลุผลตามตัวชี้วัดงานอนามัยและเด็ก รวมถึงเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือและแก้ปัญหาให้กับมารดาหลังคลอดปกติครั้งแรก และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับมารดาหลังคลอดทุกรายที่มีปัญหาเพื่อให้คลายความกังวลเกี่ยวกับปริมาณน้ำนมและการไหลของน้ำนม ทำให้มารดาหลังคลอดมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาให้ประสบความสำเร็จ อีกทั้งสามารถเผยแพร่โปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมไปปรับใช้ในหน่วยงานอื่นภายในโรงพยาบาลที่ต้องให้การดูแลมารดาหลังคลอดเช่นหน่วยงานพิเศษสูติรีเวชกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ปรับปรุงเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัยให้มีความรัดกุมมากขึ้นในการสร้างความแตกต่างของโปรแกรมกับการพยาบาลตามปกติ
2. ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะมีผลต่อวิจัยให้ครอบคลุมเช่น ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อมั่นตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ข้อมูล HDC งานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 2. <http://hdcservice.moph.go.th>hdc>main>
- กรมอนามัย. (2564). กระทรวงสาธารณสุขณรงค์ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งเป้า ปี '68' ดันทารกร้อยละ 50 ได้กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเต็ม. <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/050864/>
- กนกวรรณ โคตรสังข์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และอุษา เชื้อหอม. (2559). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(1), 13-26.
- นิตยา พันธงาม, ปราณี ชีโรโสภณ, และสุพรรณิ อึ้งปัญญสังข์. (2558). ผลของการประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจลโพลีเมอร์แบบอุ่นขึ้นต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกในมารดาหลังคลอดครั้งแรก. <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/58/the34th/pdf/MMO12.pdf>

- นิรัตน์ชญา ไชยงาม, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, และวรรณภา พาหุพัฒนกร. (2562). ปัจจัยทำนายการเริ่มหลังน้ำนมในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37*(1), 52-59.
- ปิติมา ฉายโอกาส, นิตยา โรจนนิรันดร์กิจ และชมภูณัฐ บุญประเสริฐ. (2550). ผลของการเสริมนมผสมในมารดาต่อปริมาณน้ำนมใน 48 ชั่วโมงหลังคลอดในโรงพยาบาลรามธิบดี. *รามธิบดีพยาบาลสาร, 15*(1), 25-35
- มารีญา มะแซ, ศศิกันต์ กาละ, และวรางคณา ชัชเวช. (2562) ผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาครรภ์แรก. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนคินทร์, 11*(3), 1-14.
- ลวาลย์ ไบมณฑา, มยุรี นิรัทธาธร, และสุตาพร กมลวารินทร์. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความสามารถในการให้นมและการไหลของน้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *พยาบาลสาร, 42*(4), 65-75.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย. (2563). *โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562, รายงานผลฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.
- อมรินทร์ ชะเนติย์. (2561). ผลการนวดและประคบเต้านมเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารหมอยาไทยวิชัย, 4*(1), 41-52.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1997). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. USA: Lippincott.
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2016). *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession* (8th ed.). United States of America: Elsevier.
- Vittner, D., McGrath, J., Robinson, J., Lawhon, G., Cusson, R., Eisenfeld, L., Walsh, S., Young, E., & Cong, X. (2018). Increase in oxytocin from skin-to-skin contact enhances development of parent-infant relationship. *Biological Research for Nursing, 20*(1), 54-62.
<https://doi.org/10.1177/1099800417735633>
- World Health Organization. (2018). Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby friendly hospital initiative.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf>