

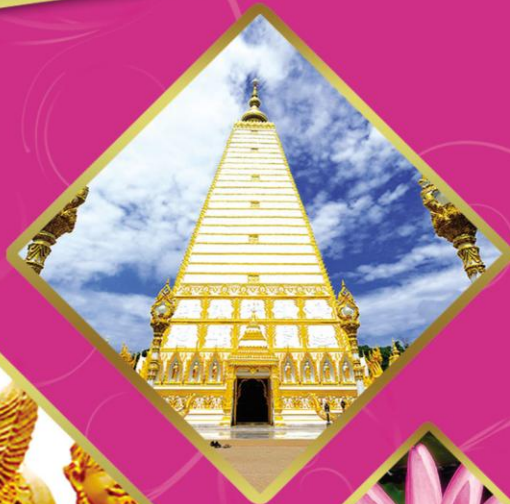


การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

The Nurses' Association of Thailand Northeastern Division



รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

“การพยาบาลที่เป็นเลิศ: กุญแจสู่ชุมชนสุขภาพในยุคเศรษฐกิจอาเซียน”

Nursing Excellence: A Key to Healthy Community in AEC Era

วันที่ 2-3 สิงหาคม 2556

ณ โรงแรมสุนีย์แกรนด์ แอนด์คอนเวนชั่นเซ็นเตอร์
จังหวัดอุบลราชธานี



ศสค



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

คำนำ

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์นี้ เป็นส่วนหนึ่งของเอกสารประกอบการประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งรายงานฉบับนี้ได้รวบรวมและเรียบเรียงเนื้อหาจากบทความวิจัยที่ได้นำเสนอทั้งแบบ Oral Presentation และ Poster Presentation ในงานประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556 เรื่อง การพยาบาลที่เป็นเลิศ : กุญแจสู่ชุมชนสุขภาพในยุคเศรษฐกิจอาเซียน (Nursing Excellence : A Key to Healthy Community in AEC era) ระหว่าง วันที่ 2-3 สิงหาคม 2556 ณ โรงแรมสุนีย์แกรนด์ แอนด์คอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ จังหวัดอุบลราชธานี

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หวังว่าฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจเป็นอย่างดี หากมีสิ่งใดในรายงานฉบับนี้จะต้องปรับปรุง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขอน้อมรับในข้อชี้แนะและจะนำไปแก้ไขหรือพัฒนาให้ถูกต้องสมบูรณ์ต่อไป

ข้อเขียนหรือบทความใด ๆ ที่เผยแพร่ในเอกสารฉบับนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียน คณะกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่ขอผูกพันประการใด ๆ

(รศ.ดร. สมจิต แดนสีแก้ว)

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



สารบัญรายชื่อผลงานการนำเสนอแบบ Oral Presentation

เรื่อง

หน้า

กลุ่มที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง

(Care System Development for People with Chronic Conditions)

OR 1.1 ผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยครองที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง	1
OR 1.2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยห้องตรวจอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์	12
OR 1.3 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ร่วมกับสหวิชาชีพหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 กลุ่มภารกิจด้าน การพยาบาลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	20
OR 1.4 การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี	32

กลุ่มที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ

(Care System Development for People with Critical Conditions)

OR 2.1 ผลการตามรอยแนวทางการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติ	44
OR 2.2 ผลการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	51

กลุ่มที่ 3 สุขภาพและคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน

(Health and Quality Life of Working-Age People)

OR 3.1 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในโครงการพุทธรักษา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	55
OR 3.2 นวัตกรรมเรื่อง ABCDE นี้ดีหนักหนาเมื่อขึ้นรถมา : สะดวก ปลอดภัย พึงพอใจ และมีคุณภาพของงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขมราฐ จังหวัด อุบลราชธานี	66
OR 3.3 ความคาดหวังในงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่วิทยาลัยเครือข่าย ภาคเหนือ	80
OR 3.4 จิตอาสาสองวัยใส่ใจสุขภาพกับการรื้อฟื้นบ้านสุรินทร์	91
OR 3.5 รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่พันธ์ เมืองอุดรธานี	95
OR 3.6 ผลของการใช้ก้านมะพร้าวกระดกต่อการยึดติดของข้อเท้าและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ขาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตกในตำบลบ้านเป็ด	107



สารบัญรายชื่อผลงานการนำเสนอแบบ Poster Presentation

เรื่อง	หน้า
กลุ่มที่ Integrative Research	
P 1.1 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	122
P 1.4 รูปแบบการพัฒนานามัยชุมชนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนหมู่บ้านหนองฮี ตำบลชีทวน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี	134
P 1.9 โครงการพัฒนาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	143
P 1.10 การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลผู้สูงอายุศัลยกรรมฉุกเฉิน/ครอบครัวต่อการรับรู้ข้อมูลก่อนจำหน่าย	156
P 1.10 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี	161
กลุ่มที่ Basic Research	
P 2.1 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขต ตำบลโพธิ์เมือง อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี	168
P 2.2 การศึกษาภาวะสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ในเขตชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	177
P 2.7 พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	188
P 2.8 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิงระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี	198
P 2.10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-59 ปี ในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	207
กลุ่มที่ Innovations	
P 3.1 นวัตกรรม “ขาหยั่งทำแผล: Khemmarat Wound Chair”	217
P 3.2 กล่องยาฉุกเฉิน Khemmarat Emergency Drug Box: KED Box	227
ภาคผนวก	232



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รายงานวิจัยที่นำเสนอฉบับสมบูรณ์

Oral Presentation



OR 1.1 ผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาในผู้ปกครองที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง

สุนันฎา คเชนทร์ชัย กศ.ม.* มุจจรินทร์ อัสวพัฒน์ศ.ม.*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงทดลองแบบ one group pre test-post test มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนของผลการให้คำปรึกษาต่อความเครียดของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง และ ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งต่อภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการได้รับยาเคมีบำบัด เก็บข้อมูลกับผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งจำนวน 29 ราย ระหว่างตุลาคม 2555 ถึง มีนาคม 2556 ที่ห้องให้คำปรึกษาโรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเครียด แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.75 และติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่ป้องกัน จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติค่า paired t-test ผลการศึกษา พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง หลังให้คำปรึกษาต่ำกว่าก่อนให้คำปรึกษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการได้รับยาเคมีบำบัดพบร้อยละ 41 อันดับแรก คือภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (ANCระหว่าง 500- 1,000) แต่ผู้ป่วยไม่มีไข้ อันดับสองคือเกล็ดเลือดต่ำระหว่าง 30,000- 50,000 ul แต่ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกในส่วนต่างๆของร่างกาย และอันดับสามคือ เม็ดเลือดแดงต่ำระหว่าง 20%- 25% แต่ไม่มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาในผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานให้คำปรึกษาและการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เด็กเสียชีวิต อัตราการเกิดโรคมะเร็งในเด็กไทยคือ 8.7 ต่อประชากรเด็กแสนคนหรือมีมะเร็งในเด็กรายใหม่ประมาณปีละ 1,000 รายทั่วประเทศ (Thai Pediatric Oncology Group, 2548) จากสถิติของโรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับการรักษาทั้งหมด 91 ราย การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทำให้เด็กได้รับผลกระทบที่รุนแรงทั้งจากโรค ผลข้างเคียงของการรักษา และการตรวจวินิจฉัยหรือการทำหัตถการ ผลกระทบทางด้านร่างกายได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ซีด เหนื่อยง่าย เมื่อทำกิจกรรมต่างๆ (Whaley&Wong, 1995) และผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด คือ การกดไขกระดูกทำให้การสร้างเม็ดเลือดขาวลดลง เกร็ดเลือดต่ำ



และเลือดจาง โดยผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรหรือเม็ดเลือดขาวทุกชนิด (Absolute Neutrophil Count) น้อยกว่า 1,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรเป็นเวลา 5 วันขึ้นไป มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อชนิดรุนแรงและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ภาวะเกร็ดเลือดต่ำมักเกิดประมาณ 7-10 วันและจะลดลงจนถึงต่ำที่สุดในเวลาประมาณ 14-21 วัน หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยที่มีเกร็ดเลือดต่ำกว่า 2,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะมีความเสี่ยงสูงต่อการมีเลือดออกในอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมอง และทางเดินอาหาร (นรินทร์ วรวิทย์และเอื้อมแข สุขประเสริฐ, 2546) พบว่าปัญหาอันดับแรกที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นภาวะติดเชื้อ (วินัย สุวตถิ, 2540) การรักษาจึงมุ่งที่จะประคับประคองการควบคุมโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประสิทธิภาพของการรักษาจะดีไม่ดีขึ้นขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกับความร่วมมือของผู้ปกครอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เชื่อว่าตนได้ประสบกับความล้มเหลวในการปกป้องคุ้มครองบุตร เกิดความเศร้าโศกเนื่องจากความคาดหวังไว้ล่วงหน้าว่าอาจจะเป็นไปได้ที่เราจะต้องสูญเสียบุตรไปในที่สุด (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะต้องหาวิธีการเพื่อช่วยให้ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ก้าวผ่านความรู้สึกด้านลบไปได้เร็วที่สุด การให้คำปรึกษาเป็นวิธีการที่นิยมนำมาใช้ในการพูดคุยเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจในความต้องการของตนเองและเข้าใจสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาและวางแผนในอนาคตเพื่อดูแลบุตรที่ป่วยเป็นมะเร็งได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง จากที่ผ่านมายังไม่มีระบบการให้คำปรึกษา ทำให้ผู้ปกครองเกิดความเครียดและดูแลบุตรไม่ถูกต้องเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะสร้างระบบการให้คำปรึกษาในโรงพยาบาลขึ้นเพื่อให้ภาวะซึมเศร้าหรือความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังของผู้ปกครองที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งบรรเทาลงและกลับมามีกำลังใจที่จะต่อสู้ดูแลบุตรที่ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลบุตรที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาต่อคะแนนความเครียดของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งก่อนและหลังให้คำปรึกษา
2. เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งต่อภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการได้รับยาเคมีบำบัด

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาทดลองแบบ one group pre test-post test ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงเลือกบิดา มารดาหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเท่านั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งและรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รายใหม่ ที่มารับคำปรึกษา ที่ห้องให้คำปรึกษาโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ 2555 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ 2556 โดยใช้แบบประเมินความเครียดและติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่ป้องกันได้



เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1. แบบวัดความเครียดของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดัดแปลงมาจาก ศศิธร วรรณพงษ์ (2544) อ้างอิงจากวารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ใช้วัดความเครียดของบิดามารดา ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย คำถามปลายปิดมีทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นความเครียดที่เกิดจากปัญหาการเจ็บป่วยของบุตร 11 ข้อ ความเครียดที่เกิดจากปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว 5 ข้อ ความเครียดที่เกิดจากปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว 4 ข้อ ลักษณะของ คำตอบมี 4 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เมื่อเห็นว่าข้อคำถามในประโยคนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึกของผู้ปกครองมากที่สุด

เกณฑ์ในการให้คะแนน

คะแนนเฉลี่ย 1- 1.75	แปลว่า มีความเครียดน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.76-2.50	แปลว่า มีความเครียดน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.51- 3.25	แปลว่า มีความเครียดปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00	แปลว่า มีความเครียดมาก

การหาประสิทธิภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) ผู้ศึกษานำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดไปหาความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบดังนี้

- 1.1 แพทย์หญิง นิตยา วิษณุโยธิน วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งเด็ก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
- 1.2 พ.ต.อ. หญิง วัลภา บุรณกลัด วุฒิการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการแนะแนว) อาจารย์กลุ่มจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
- 1.3 อาจารย์ อุไรรักษ์ คัมภีรานนท์ วุฒิพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

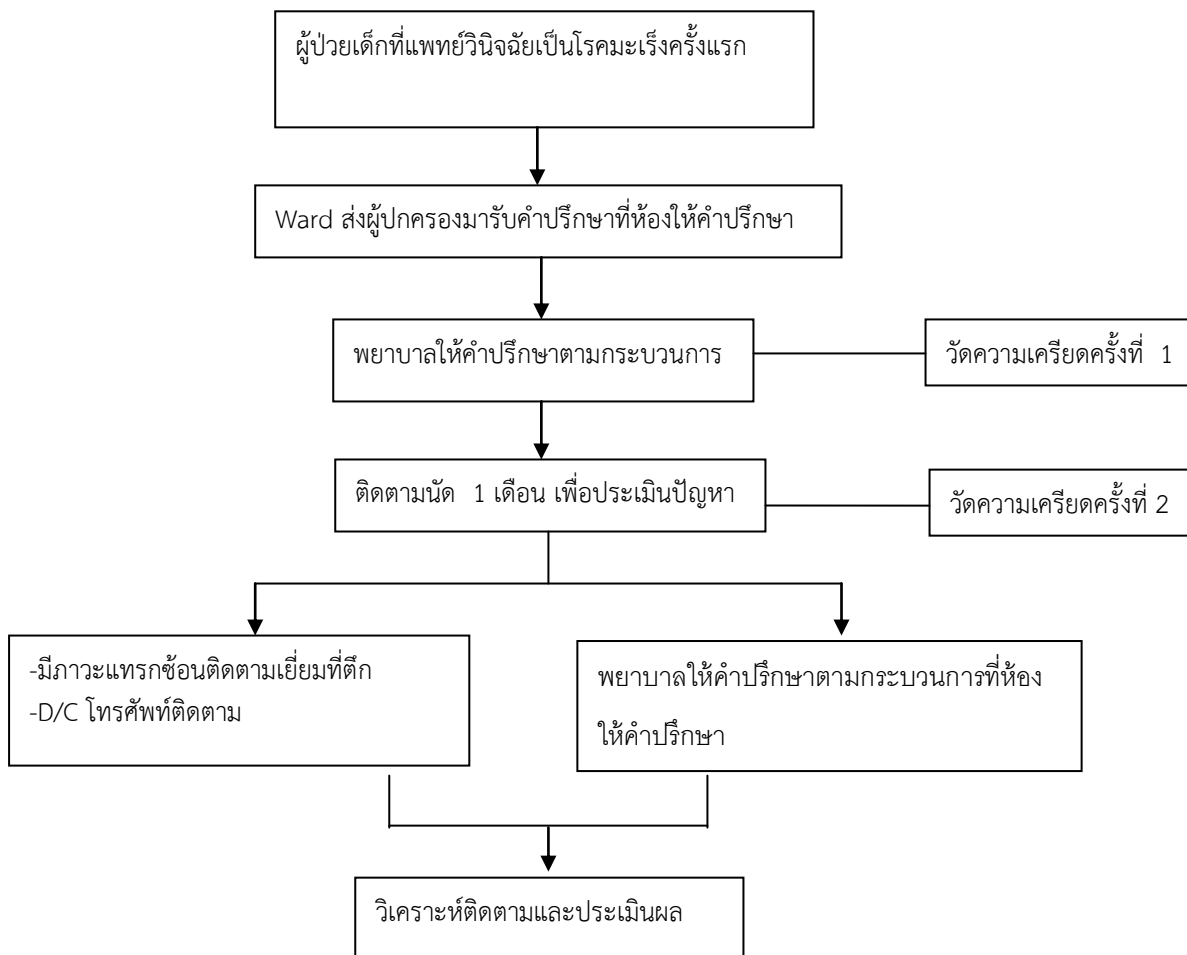
2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษานำเครื่องมือแบบสอบถามความเครียดของมารดาไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกันกับตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงแบบความคงที่ภายใน (Internal Consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้ค่าแอลฟา เท่ากับ 0.75

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ครั้งแรกและให้การรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัด ดูกผู้ปกครองส่งผู้ป่วยเด็กมาที่ห้องให้คำปรึกษา
2. อธิบายรายละเอียดของการศึกษาเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่าง แต่ถ้าไม่ยินยอมสามารถยกเลิกการเข้าร่วมกลุ่มได้ทันที
3. สัมภาษณ์โดยใช้แบบวัดประเมินความเครียด วัดครั้งที่ 1
4. เข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษาใช้เวลาทั้งหมด 60 นาที



- 4.1 เริ่มตั้งแต่การแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการเป็นเวลา 5 นาที
- 4.2 การสำรวจปัญหาเป็นเวลา 15 นาที
- 4.3 การวางแผนแก้ไขปัญหาเป็นเวลา 20 นาที
- 4.4 การยุติบริการปัญหาเป็นเวลา 5 นาที
5. ในขณะที่นอนโรงพยาบาลติดตามเยี่ยมทุก 2 สัปดาห์ ในกรณีที่กลับบ้าน ขอเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดตามอาการทุก 2 สัปดาห์
6. ติดตามนัด 1 เดือนที่ห้องให้คำปรึกษา ใช้แบบประเมินความเครียดวัดครั้งที่ 2 และประเมินปัญหาที่ยังเหลืออยู่
7. ติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนโดยศึกษาจากเวชระเบียนหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดทุกครั้งจนครบ 3 ครั้ง ในรายที่ไม่กลับมารักษาต่อใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย โดยมีกระบวนการดังนี้





ส่วนที่ 2 กระบวนการให้คำปรึกษา

กิจกรรม	ขั้นตอน	บทบาทของพยาบาลให้คำปรึกษา
1.การให้คำปรึกษา (พยาบาลที่ward เขียนใบ Consult และปัญหาที่พบเพื่อ ส่งให้คำปรึกษา)	1.ศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วย	1.ผู้ให้คำปรึกษาจะศึกษาประวัติของผู้ป่วย และข้อมูลของผู้ป่วย ควรได้รับ
	2.สร้างสัมพันธภาพและ ตกลงบริการ ระยะเวลา 5 นาที	2.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็ก เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในกระบวนการให้ คำปรึกษาและในขณะเดียวกันผู้รับการปรึกษาก็จะทราบและ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อตกลงบริการ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ เป้าหมายกระบวนการ เวลา และการรักษาความลับ โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ชี้แจง หลังจากนั้น ให้ทำแบบสอบถามความเครียด
	3.การสำรวจปัญหา ระยะเวลา 15 นาที	3.ผู้ให้คำปรึกษาต้องใช้ทักษะต่างๆเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับ คำปรึกษาสำรวจปัญหาและความต้องการของตนเอง การใช้ ทักษะต่างๆ ส่งผลให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจปัญหาของตนเอง และมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขปัญหานั้น
	4.การวางแผนแก้ไขปัญหา ระยะเวลา 20 นาที	4. ผู้ให้คำปรึกษาไม่เป็นผู้ตัดสินใจจัดการกับปัญหาของผู้มา รับคำปรึกษา แต่จะคอยให้กำลังใจ ผู้รับคำปรึกษาในการ วางแผนปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาดตนเองก่อน หากผู้รับ คำปรึกษาคิดไม่ออกผู้ให้คำปรึกษาจึงแนะแล้วเปิดโอกาสให้ ผู้รับคำปรึกษาแสดงความคิดเห็นเพื่อให้พิจารณาหาแนว ทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง
	5.การยุติบริการปรึกษา ระยะเวลา 5 นาที	5.เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้สรุปในสิ่งต่างๆ ที่ได้สนทนา กันในครั้งนี้ หากสรุปไม่หมดผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยสรุปและให้ กำลังใจในการแก้ไขปัญหาด ถ้ามีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ จะต้องทำความเข้าใจกับผู้รับคำปรึกษาอย่างชัดเจน แต่ถ้าไม่ มีการส่งต่อก็มีการนัดหมายการให้บริการครั้งต่อไป
2.การเก็บข้อมูล	รวมเวลาทั้งหมด 60 นาที	1.เขียนรายละเอียดจากการพูดคุยกับผู้รับคำปรึกษา เช่น ปัญหา การให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะ การตัดสินใจ และปัญหา ที่ต้องติดตามต่อเนื่องลงในเอกสาร และในแฟ้มประวัติผู้ป่วย ไม่อนุญาตให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องมาดูเอกสารผู้ป่วย



การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยแยกวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบสอบถามดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและได้รับยาเคมีบำบัด เช่น เพศ อายุ ความสัมพันธ์ รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด ใช้สถิติแจกแจงความถี่ร้อยละ
2. คะแนนความเครียด ของผู้ปกครองที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละ
3. เปรียบเทียบคะแนนความเครียด ของแต่ละกลุ่ม โดยแยกความเครียดจากการเจ็บป่วย, ความเครียดจากสัมพันธ์ภาพในครอบครัว, ความเครียดจากปัญหาเศรษฐกิจภายในครอบครัว โดยใช้สถิติ t-test independent

ผลการวิจัย

1. ผู้ปกครองที่มารับคำปรึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ84) อายุต่ำกว่า 30 ปี(ร้อยละ59) เป็นบิดา-มารดา (ร้อยละ 76) รายได้ครอบครัวมากกว่า 3,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 62) จำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 3 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 92)
2. คะแนนความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นโรคมะเร็งก่อนได้รับคำปรึกษาสูงกว่า หลังได้รับคำปรึกษาโดยมีความเครียดเฉลี่ยจากปัญหาการเจ็บป่วยของบุตรมากที่สุด รองลงมาได้แก่ความเครียดจากปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว และความเครียดจากสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นอันดับสุดท้าย (ตารางที่ 1)
3. คะแนนความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งหลังให้คำปรึกษาลดลงในทุกด้านแต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนความเครียด ที่เกิดจากปัญหาด้านการเจ็บป่วยของบุตรมากที่สุด พบว่าเมื่อทราบว่าลูกป่วยเป็นโรคมะเร็งและทราบถึงความไม่แน่นอนของการมีชีวิตอยู่ของลูกก่อนให้คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ย 3.90 หลังให้คำปรึกษามีค่าความเครียดเฉลี่ย 3.41 รองลงมาเครียดเมื่อลูกต้องทุกข์ทรมานจากการผ่าตัด เจาะหลัง เจาะไขกระดูกและเจาะเลือดก่อนให้คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ย 3.86 หลังให้คำปรึกษามีค่าความเครียดเฉลี่ย 3.75 และต้องดูแลไม่ให้ลูกเล่นกลางแจ้งตากแดด ตากฝน และเล่นของสกปรกมาก่อนให้คำปรึกษาค่าความเครียดเฉลี่ย 3.79 หลังให้คำปรึกษามีค่าความเครียดเฉลี่ย 2.97 (ตารางที่ 2)

ผลลัพธ์ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทั้งหมด 29 รายโดยมีกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนแต่สามารถป้องกันได้มากที่สุดร้อยละ41 รองลงมาได้แก่กลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถให้ยาเคมีบำบัดได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ร้อยละ 28 และกลุ่มที่รักษาแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 3 (ตารางที่ 3)

ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีภาวะแทรกซ้อนแต่ป้องกันได้ จากการได้รับคำปรึกษาจำนวน 12 ราย โดยมีเม็ดเลือดขาวต่ำ (ANC 500-1,000)แต่ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อหรือมีไข้ จำนวน 9 ราย เกล็ดเลือดต่ำระหว่าง 30,000-50,000 ul แต่ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกในส่วนต่างๆของร่างกาย จำนวน 2 ราย เม็ดเลือดแดงต่ำระหว่าง 20%-25%ไม่มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียจำนวน 1 ราย (ตารางที่ 4)



การอภิปรายผล

1. การให้คำปรึกษาโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางช่วยให้ ผู้ปกครองมีความเครียดลดลงทั้ง 3 ด้าน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อย ควรเก็บข้อมูลให้มากขึ้น
2. การให้คำปรึกษาช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง น่าจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
3. กระบวนการให้คำปรึกษาต้องเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและกระทำอย่างต่อเนื่อง แล้วแต่ปัญหาของแต่ละบุคคลเน้นความเป็นปัจเจกบุคคล จึงจะประสบความสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการให้คำปรึกษารั้งนี้พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่ ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์ส เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ความเครียดลง ดังนั้นการนำกระบวนการให้คำปรึกษาที่สำคัญ ที่จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จ ต้องมีการ ประสานงานกับทีมสหสาขา ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย เพื่อให้การดูแลครบวงจร ทำให้ผู้ปกครองเด็กสามารถเลือก แนวทางหรือปรับตัวให้เข้ากับภาวะของโรคได้ก่อน ที่จะเกิดปัญหาที่สามารถป้องกันได้
2. ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่า เป็นปัญหาสำหรับญาติผู้ดูแลในระยะยาว เมื่อการดำเนิน ของโรคเป็นมากขึ้น อาการแสดงทางร่างกายรุนแรงมากขึ้นทำให้การดูแลมีความยากลำบากขึ้นตามลำดับ พร้อมกันนั้นการปรับตัวทางด้านจิตใจของผู้ป่วยก็เกิดความเบื่อหน่ายต่อโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ภาวะอารมณ์และ การแสดงออกของผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมที่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ไม่เข้าใจ หรือยอมรับไม่ได้ การให้คำปรึกษาจึง มีความสำคัญเป็นอย่างมาก ดังนั้นควรมีการฝึกทักษะ การให้คำปรึกษาแก่พยาบาล เพื่อให้สามารถนำไป ปฏิบัติได้จริง
3. ควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาวในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรครุนแรงอื่นๆเพิ่มจะได้กลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบหัวหน้างานให้คำปรึกษาและดูแลสุขภาพต่อเนื่อง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่ให้คำปรึกษาชี้แนะที่เป็นประโยชน์ และคุณกรรณิกา โททกษาปณกุล ที่ให้ คำปรึกษาในการปรับแก้ต้นฉบับและข้อเสนอแนะ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น และผู้ปกครอง ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งทุกท่านที่ยินดีให้ความร่วมมือทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- นรินทร์ วรวิทย์ และเอี่ยมแข สุขประเสริฐ. การรักษาด้วยการใช้เคมีบำบัด. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. 2546.
- บุษกร อินทวิชัย.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร



การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ พย.ม.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล. 2539.

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. **ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษา.** กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2545.

ศศิธร วรณพงษ์ และคณะ. “ความเครียดของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด,” การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 2544; 1(1): 82-83.

วินัย สุวตถิ. **ตำราโลหิตวิทยา.** พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: ทีพี พรินท์. 2537.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. **จิตบำบัดการให้คำปรึกษาครอบครัว.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ชันต้าการพิมพ์. 2544.

Patterson. C.H. **Theories of Counseling and Psychotherapy.** New York : Harper And Row, 1937.

Lazarus R.S, Folkman S. **Stress , Appraisal , and Coping.** New York : Springer Publishing, 1984.

Whaley L.F. and D.L. Wong. **Essential of Pediatric Nursing.** St.Louis : The C.V.mosby Company, 1982.

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นโรคมะเร็งก่อนได้รับคำปรึกษาและหลังให้คำปรึกษา

ตัวแปร	ก่อนให้คำปรึกษา		หลังให้คำปรึกษา		t
	X	S.D	X	S.D	
-ความเครียดจากปัญหาการเจ็บป่วยของบุตร	3.53	0.48	3.22	0.53	1.26
-ความเครียดจากสัมพันธภาพในครอบครัว	2.68	0.53	2.63	0.51	1.76
-ความเครียดจากปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว	3.30	0.64	2.82	0.66	4.91
รวมความเครียด	3.30	0.54	2.82	0.60	



ตารางที่ 2 ตารางคะแนนความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นโรคมะเร็งก่อนได้รับคำปรึกษาและ
หลังให้คำปรึกษา

ข้อความ	ความเครียด เฉลี่ยก่อนให้ คำปรึกษา	ความเครียด เฉลี่ยหลังให้ คำปรึกษา
<u>ความเครียดที่เกิดจากปัญหาการเจ็บป่วยของบุตร</u>		
1. ทราบว่าลูกป่วยเป็นโรคมะเร็งและทราบถึงความไม่แน่นอนของการมีชีวิตอยู่ของลูก	3.90	3.41
2. ต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น ไข้ ชีต การมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆของร่างกาย	3.68	3.37
3. ลูกมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปากเป็นแผล รับประทานอาหารไม่ได้ปวดท้อง	3.06	2.89
4. ลูกต้องมีร่างกายเปลี่ยนแปลง เช่น มีผิวหนังสีคล้ำ อ้วน ผอมร่วง	3.31	3.10
5. ลูกต้องทุกข์ทรมานจากการผ่าตัด , เจาะหลัง, เจาะไขกระดูกและเจาะเลือดเป็นต้น	3.86	3.75
6. ต้องเอาใจใส่และคอยดูแลลูกทุกวันเพื่อให้เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การรับประทานยา	3.58	3.27
7. ต้องเสียเวลาพาลูกมาตรวจ ตามแพทย์นัดทุกครั้ง	3.58	3.10
8. ต้องให้ลูกอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก หลีกเลี่ยงสถานที่ที่ชุมนุมชน	3.37	3.27
9. ต้องเอาใจใส่เรื่องความสะอาดของร่างกายเป็นพิเศษ		
10. ต้องดูแลลูกไม่ให้เล่นอะไรที่รุนแรงและทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก	3.37	3.27
	3.37	3.03
11. ต้องดูแลไม่ให้ลูกเล่นกลางแจ้ง ตากแดด ตากฝน และเล่นของสกปรก	3.79	2.97
รวม	3.53	3.22



ข้อความ	ความเครียด เฉลี่ยก่อนให้ คำปรึกษา	ความเครียด เฉลี่ยหลังให้ คำปรึกษา
<u>ความเครียดที่เกิดจากปัญหาภายในครอบครัวปัญหา</u>		
<u>ปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว</u>		
12. ตนเองไม่มีเวลาดูแลลูกคนอื่นๆ		
13. รู้สึกว่าตนห่างเหินจากสามีเพราะต้องมาดูแลลูกที่ป่วย	2.75	2.68
14. สุขภาพทรุดโทรมจากการต้องดูแลลูกที่ป่วยเนื่องจากบุคคลอื่นๆในครอบครัวไม่ช่วยแบ่งเบาภาระในการเลี้ยงดู	2.25	2.17
15. ขาดความเป็นอิสระในตนเองไม่สามารถออกไปสังสรรค์กับเพื่อนๆได้ตามปกติ	2.91	3.03
16. ต้องเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย เพื่อมาเฝ้าลูก ในขณะที่ลูกรักษาในโรงพยาบาล	2.16	2.20
	3.33	3.10
รวม	2.68	2.63
<u>ความเครียดที่เกิดจากปัญหาภายในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว</u>		
17. ต้องใช้จ่ายค่าอาหาร ค่าที่พัก ในการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล	3.44	2.86
18. ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางพาลูกมาตรวจตามแพทย์นัด		
19. ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ในการดูแลลูกที่ป่วยให้มีร่างกายที่แข็งแรง เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน	3.58	3.00
20. ขาดรายได้เพราะต้องหยุดงานเพื่อคอยดูแลลูกที่ป่วย	3.13	2.55
	3.06	2.89
รวม	3.30	2.82



ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทั้งหมด 29 ราย

ผลลัพธ์ของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัด	ร้อยละ
-มีภาวะแทรกซ้อนแต่สามารถป้องกันได้	41
-มีภาวะแทรกซ้อนต้องนอนโรงพยาบาล	21
-ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถให้ยาเคมีบำบัดได้ตามแผนการรักษาของแพทย์	28
-เสียชีวิตจากพยาธิสภาพของโรค	7
-รักษาแพทย์ทางเลือก	3

ตารางที่ 4 แสดงผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีภาวะแทรกซ้อนแต่ป้องกันได้ จากการได้รับคำปรึกษา จำนวน 12 รายหรือ ร้อยละ 41

ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้	จำนวน(คน)
1.เม็ดเลือดขาวต่ำ(ANC 500-1,000)แต่ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อหรือมีไข้	9
2.เกล็ดเลือดต่ำระหว่าง 30,000-50,000 ul แต่ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกในส่วนต่างๆของร่างกาย	2
3.เม็ดเลือดแดงต่ำระหว่าง 20%-25%ไม่มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย	1
รวม	12



OR 1.2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยห้องตรวจอายุรกรรมงาน ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์

วิสารกร มดทอง พย.ม.* พรรณนิภา รักพาณิชย์ พย.ม.**

อรุชา อำไพพิศ พย.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดอาการทรุดลงของผู้รับบริการขณะรอตรวจจนต้องนอน รพ. หรือเสียชีวิตก่อนและหลังการพัฒนา เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการรับบริการของผู้รับบริการทั่วไปและผู้รับบริการเร่งด่วนก่อนและหลังการพัฒนา โดยศึกษาในผู้ป่วยทุกรายที่มาใช้บริการห้องตรวจอายุรกรรม ปี 2554 จำนวน 69,945 คน และ ปี2555 จำนวน 78,254 คน ศึกษาเปรียบเทียบกันในแต่ละปี โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่าผู้รับบริการที่มีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจนต้องนอนรพ. พยาบาลก่อนการพัฒนาจำนวน 2 คน หลังการพัฒนาลดลงเป็น 2 และ 0 คนตามลำดับ ก่อนการพัฒนามีผู้รับบริการอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจนเสียชีวิต 1 คน หลังการพัฒนามีผู้รับบริการเสียชีวิต ระยะเวลาการรับบริการของผู้รับบริการทั่วไปลดลงจาก 2 ชั่วโมง 47 นาทีเป็น 1 ชั่วโมง 39 นาที และระยะเวลาการรับบริการของผู้รับบริการเร่งด่วนลดลงจาก 37 นาทีเป็น 25 นาที

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยของห้องตรวจอายุรกรรมได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านระบบงาน คนและการจัดทำเอกสารสื่อสาร เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย

คำสำคัญ: การพัฒนา ระบบ ปลอดภัยอายุรกรรม บุรีรัมย์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

***พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อสถานะอนามัยของประชาชนและการจัดระบบบริการด้านสุขภาพ สถานบริการด้านสุขภาพถูกผลักดันให้เข้าสู่การแข่งขันด้านคุณภาพ เน้นการบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปราศจากข้อผิดพลาด สามารถตรวจสอบได้และคุ้มค่า คุ้มทุน กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ การดำเนินงานของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง



(Continuous Quality Improvement) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งทั่วประเทศไทยจึงกำลังอยู่ในระยะพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อเข้าสู่การประกันคุณภาพและผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล¹

โรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 590 เตียง ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมและนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพได้มาตรฐานทุกหน่วยงาน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ในปี 2549 และกำลังเข้าสู่การประเมินเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ 2 (Hospital Re-Accreditation) ในปี 2554 กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นหน่วยงานหนึ่งที่มองเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มุ่งเน้นการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาล

งานบริการผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เป็นหน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแบบไม่พักค้างในโรงพยาบาล มีผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมาก กล่าวคือ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 - 2553 มีผู้ใช้บริการทั้งสิ้น 255,377 คน ; 250,841 คน และ 234,960 คนตามลำดับ จำนวนผู้ใช้บริการเฉลี่ยวันละประมาณ 1,000 ราย อัตรากำลังปัจจุบันประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 24 คน พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน 6 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 24 คน เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน ลักษณะเฉพาะของงานบริการผู้ป่วยนอกคือ ผู้มาใช้บริการมีความหลากหลายและมีจำนวนมากภายในช่วงเวลาจำกัด การจัดบริการพยาบาลสำหรับผู้รับบริการผู้ป่วยนอกนั้น ต้องอาศัยระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพจึงจะสามารถให้บริการพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพได้เป้าหมายของหน่วยงาน คือ บริการถูกต้อง ปลอดภัย ได้ความรู้และพึงพอใจ และความปลอดภัยเป็น หัวใจที่สำคัญของงานบริการ ผู้รับบริการสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ไม่ป่วยเป็นโรคเดิมซ้ำขึ้นมาบ่อยๆ หรือรู้จักการดูแลและป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคอื่นๆ ขึ้นได้ เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและสร้างภาพลักษณ์ที่ดีงามของบริการพยาบาลด้วย

งานบริการห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นห้องตรวจที่มีผู้มารับบริการมากเป็นอันดับ 1 ของงานบริการผู้ป่วยนอกและมีผู้มารับบริการวันละประมาณ 350 คน ผู้ป่วยเร่งด่วนวันละประมาณ 15 คน จากปี พ.ศ. 2551-2553 พบว่า มีผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจนต้องนอนโรงพยาบาลจำนวน 5, 8 และ 11 คนและมีผู้ป่วยเสียชีวิตปี พ.ศ. 2553 จำนวน 1 คน อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้รับบริการไม่พึงพอใจหน่วยงานและโรงพยาบาลอาจถูกฟ้องร้อง เสียชื่อเสียงและทรัพย์สินได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ดังนั้นห้องตรวจอายุรกรรมจึงได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านระบบงาน คนและการใช้เอกสารสื่อสาร เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยโดยพัฒนาตามปัญหาที่พบ เริ่มดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 จนถึงปัจจุบัน



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ผู้รับบริการอาการทรุดลงขณะรอตรวจจนต้องนอน รพ. หรือ เสียชีวิตก่อนและหลังการพัฒนา
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการรับบริการของผู้รับบริการทั่วไปและผู้รับบริการเร่งด่วนก่อนและหลังการพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาที่พบ ควบคู่กับการศึกษาวิจัย ศึกษาในผู้ป่วยทุกรายที่มาใช้บริการห้องตรวจอายุรกรรมปี พ.ศ. 2554 จำนวน 69,945 คนและปี พ.ศ. 2555 จำนวน 78,254 คน โดยศึกษาจากเวชระเบียนและผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รพ. บุรีรัมย์ และดำเนินการพัฒนาเป็น 4 ขั้นตอนคือขั้นวางแผน ขั้นดำเนินการ ขั้นตรวจสอบศึกษาผลและขั้นดำเนินการรักษาคุณภาพ (PDCA cycle) โดยมีรายละเอียดดังนี้ ปี พ.ศ. 2554

1 ขั้นวางแผน (P=Plan)

- 1.1 ศึกษาปัญหาอุบัติการณ์ผู้รับบริการอาการทรุดลงขณะรอตรวจจนต้องนอน รพ. หรือ เสียชีวิต โดยการประชุมปรึกษาพบว่าสาเหตุจากไม่มีแนวทางการคัดกรองที่ชัดเจน และแบ่งประเภท ผู้ป่วยไม่ถูกต้อง
- 1.2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก
- 1.3 เสนอแนวคิดการพัฒนาคัดกรองแก่หัวหน้างานผู้ป่วยนอก
- 1.4 ร่างแนวทางปฏิบัติการคัดกรองใหม่ โดยปรับปรุงจากแนวทางการคัดกรองเดิมและปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานการพยาบาลในระยะก่อนตรวจ งานบริการผู้ป่วยนอกของสำนักงานพยาบาล² ประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติด้านการประเมินอาการผู้ให้บริการ การจำแนกประเภทผู้ให้บริการและการพยาบาลเบื้องต้น การเตรียมความพร้อมก่อนพบแพทย์ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การบันทึกทางการพยาบาล การให้ข้อมูล และการสื่อสาร¹

2 ขั้นดำเนินการ (D = Do)

2.1 พัฒนาระบบโดยดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้เวลา 1 วันในวันหยุดราชการ เพื่อให้พยาบาลคัดกรองได้มีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

- 1) วิทยากรบรรยายให้ความรู้เรื่องการคัดกรอง
- 2) ศึกษาผลการสำรวจสภาพการคัดกรอง ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการคัดกรองและอุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาด ค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาการคัดกรอง
- 3) กำหนดแนวทาง วิธีการ ในการแก้ไขปัญหาคัดกรอง
- 4) ดำเนินการแก้ไข โดยการทบทวน วางแผน ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการคัดกรอง ร่างแนวทางปฏิบัติการคัดกรองใหม่



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2.2. นำแนวทางปฏิบัติการคัดกรองห้องตรวจอายุรกรรมใหม่มาทดลองใช้เป็นเวลา
1 เดือน

2.3 พัฒนาค้นโดย On the job training เรื่องการคัดกรอง และการแบ่งประเภทผู้ป่วย

3 ขั้นการตรวจสอบและศึกษาผล (C = Check)

ประเมินผลการปฏิบัติการคัดกรองหลังการทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการคัดกรองใหม่ การแบ่ง
ประเภทผู้ป่วย จากความครบถ้วนถูกต้อง โดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติ แบบสังเกตการปฏิบัติการคัด
กรอง¹ และติดตามนิเทศทุกเดือน

4 ขั้นดำเนินการรักษาและคงไว้ซึ่งคุณภาพ (A = Action)

จัดทำแนวทางการคัดกรองผู้รับบริการห้องตรวจอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดย
กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามแนวทางและมีการ On the job training รวมถึงติดตามนิเทศเป็นระยะๆ
อย่างต่อเนื่อง มีการประชุมปรึกษาแนวทางการคัดกรองทุกปี

ปี พ.ศ. 2555

1. ขึ้นวางแผน (P=Plan)

1.1 ศึกษาปัญหาอุบัติการณ์ผู้รับบริการอาการทรุดลงขณะรอตรวจจนต้องนอนร.พ
โดยการประชุมปรึกษาพบว่าสาเหตุจากกรณีรถนั่ง/นอนจำนวนมาก ทำให้ไม่ทราบว่าผู้ป่วยรายใด ได้รับการ
ประเมินอาการแล้วหรือผู้ป่วยรายใดเป็นผู้ป่วยเร่งด่วน และพยาบาลไม่ได้ประเมินอาการทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง
และผู้ช่วยเหลือคนไข้วัดสัญญาณชีพไม่ถูกต้อง และไม่ได้รับรายงานพยาบาลกรณีพบความผิดปกติ

1.2 จากการติดตามนิเทศและประชุมปรึกษาพบปัญหาว่าไม่มีจุดเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย
และไม่มีการตรวจสอบรถ Emergency เป็นประจำทุกวัน

1.3 จากการติดตามนิเทศและประชุมปรึกษาพบปัญหาว่าคัดกรองไม่ทันในช่วงเร่งด่วน /
ผู้รับบริการมาก

2. ขึ้นดำเนินการ (D = Do)

2.1 พัฒนาการสื่อสารโดยจัดทำป้ายสัญลักษณ์ “ ประเมินอาการแล้วรอตรวจ ” “ผู้ป่วย
เร่งด่วน” “ ผู้ป่วยรอ Admit ” “ ผู้ป่วยรอส่งเอกซเรย์ ” “ รอส่งLab” “ รอส่งER” สำหรับแขวน รถนั่ง รถ
นอน และป้ายเร่งด่วนในบัตรบันทึกผู้รับบริการไว้สื่อสารในทีม

2.2 พัฒนางานโดยมีระบบ fast tact ในผู้ป่วย ACS และ stroke และ ผู้ป่วยรถนั่ง/นอน มา
รับบริการ พยาบาลประเมินอาการทันที

2.3 พัฒนาค้นโดย On the job training เรื่องการวัดสัญญาณชีพให้กับผู้ช่วยเหลือคนไข้ ,
จิตอาสาและ On the job training เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้กับบุคลากรในหน่วยงาน และส่ง
พยาบาลวิชาชีพ เข้าอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ของกลุ่มการพยาบาล ครบ 100%

2.4 พัฒนาสถานที่โดยจัดจุดให้บริการจัดจุดเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการและพยาบาล
จุดคัดกรองต้องส่งต่ออาการให้กับพยาบาลหน้าห้องตรวจทราบและใช้ใบสื่อสารประกอบ

2.5 จัดผู้รับผิดชอบตรวจสอบรถ Emergency และมี Buddy ทุกวัน



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2.6 เพิ่มอัตรากำลังจุดคัดกรองช่วงเร่งด่วนและมีพยาบาล 1 คนเดิน Observe และบริหารจัดการทุกจุดบริการ

3. ขั้นการตรวจสอบและศึกษาผล (C = Check)

มีการติดตามนิเทศเป็นรายบุคคล และติดตามนิเทศอย่างต่อเนื่อง

4. ขั้นดำเนินการรักษาและคงไว้ซึ่งคุณภาพ (A = Action)

ประชุมปรึกษาเรื่องระบบงานดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่พบปัญหาหรือทุก 2-4 ครั้ง/เดือน รวมถึงมีการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานเช่นจัดงานเลี้ยงประจำปีของห้องตรวจ, เลี้ยงส่งรับเจ้าหน้าที่ใหม่, กรณียุติปฏิบัติงานดีขึ้นชม, ให้กำลังใจและมอบรางวัลให้ ประชุมสวดเทรกรรมการมีพฤติกรรมบริการที่ดีการมี service mind ให้กับเจ้าหน้าที่ห้องตรวจอายุรกรรมและมีการติดตามนิเทศการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนประกอบที่ทำให้เกิดการพัฒนายิ่งขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบ

1) แบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (Occurrence Report) ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ซึ่ง

ประกอบด้วย รายการความเสี่ยงต่างๆรายละเอียดเหตุการณ์ ความเห็นของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

2) แบบเก็บระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ซึ่งในการศึกษานี้ใช้สำรวจในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรอง ประกอบด้วย เวลา ที่รับบัตรบันทึกผู้ใช้บริการ เวลาเริ่มปฏิบัติการคัดกรองจนกระทั่งพบแพทย์และบริการหลังพบแพทย์แล้วเสร็จ โดยสุ่มเก็บทุกเดือนและนำมาหาค่าเฉลี่ย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ศึกษาเปรียบเทียบตัวชี้วัดในแต่ละปี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า

- 1) ผู้รับบริการที่มีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจนต้องนอนโรงพยาบาล ก่อนการพัฒนามีจำนวน 2 คน หลังการพัฒนาลดลงเป็น 2 และ 0 คนตามลำดับ
- 2) ก่อนการพัฒนามีผู้รับบริการอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจนเสียชีวิต 1 คน หลังการพัฒนาไม่มีผู้รับบริการเสียชีวิต
- 3) ระยะเวลาารับบริการของผู้รับ บริการทั่วไปลดลงจาก 2 ชั่วโมง 47 นาทีเป็น 1 ชั่วโมง 39 นาที
- 4) ระยะเวลาารับบริการของผู้รับบริการเร่งด่วนลดลงจาก 37 นาทีเป็น 25 นาที



การอภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากขึ้นซึ่งเห็นได้จากผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจนต้องนอนโรงพยาบาลมีจำนวนลดลง ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต และระยะเวลาการรับบริการลดลง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยห้องตรวจอายุรกรรมได้ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการในการจัดทำแนวทางการคัดกรองห้องตรวจอายุรกรรม และมีการ On the job training เรื่องการคัดกรอง และการแบ่งประเภทผู้ป่วย, การวัดสัญญาณชีพ, การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สอดคล้องกับประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ³ ที่กล่าวว่า การประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนางาน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้งานมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการที่ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม ทำให้พยาบาลคัดกรองรู้สึกเป็นเจ้าของงานมีความผูกพันและร่วมกันปรับปรุง เปลี่ยนแปลงให้การบริการคัดกรองมีคุณภาพถูกต้องครบถ้วน และจากการสรุปผลการพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของสมนา คาวีวงศ์⁴ และการพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด ของละดาวัลย์ ชุราศรี⁵ กล่าวว่าว่าการจัดอบรมเป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งในการช่วยพัฒนาระบบบริการ ระดมความคิดในการทำกลุ่มย่อย เป็นการร่วมใจ ค้นหาแนวทางเพื่อการพัฒนากระบวนการและปรับปรุงงาน โดยมีจุดมุ่งหมายแก้ไขปัญหาสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ได้ระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและผู้ใช้บริการพึงพอใจได้

การประชุมปรึกษาของห้องตรวจอายุรกรรมทุกครั้งที่มีปัญหาหรือประชุมทุก 2-4 ครั้ง/ เดือนทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับ สมยศ นาวิการ⁶และเอกชัย กี่สุขพันธ์⁷ ที่กล่าวว่าประโยชน์ของการมีส่วนร่วมนั้นทำให้ ผู้ปฏิบัติมีความยึดมั่นผูกพันในงาน เมื่อมีอิสระในการแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจ ผู้ปฏิบัติก็จะเกิดแรงจูงใจในการทำงาน มีขวัญและกำลังใจ มีความกระตือรือร้นในการทำงานสูงขึ้น ยอมรับการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น เป็นการสร้างทีมที่มีประสิทธิภาพและนำไปสู่การแก้ปัญหาอีกทั้งมีการเสริมแรงทางบวกโดยการประชุมสอดแทรกการมีพฤติกรรมบริการที่ดี การมี service mind และมีการสร้างขวัญและกำลังใจโดยการจัดงานเลี้ยงประจำปี มีการเลี้ยงรับ-ส่งกรณีมีเจ้าหน้าที่ใหม่หรือเจ้าหน้าที่ย้าย และมอบรางวัลให้ผู้ที่ปฏิบัติงานดี

การศึกษการพัฒนากระบวนการบริการห้องตรวจอายุรกรรมครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้การพัฒนางานตามวงจรปรับปรุงคุณภาพของเดมมิง (Deming cycle) หรือ PDCA cycle ซึ่งบุญใจ ศรีสถิตนรากร⁸ได้กล่าวถึง การควบคุมคุณภาพตามวงจรเดมมิง (Deming's PDCA Cycle) เนื่องจากวงจรควบคุมคุณภาพนี้เป็นขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) ซึ่งมีความเหมาะสมกับลักษณะปัญหาของระบบงานบริการ การดำเนินงานสามารถหมุนเวียนและพัฒนาต่อเนื่องไม่มีหยุดถ้าพบปัญหาหรือข้อบกพร่องในการดำเนินงาน ก็สามารถนำมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาอีกรวมได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
 - เจ้าหน้าที่ที่หมุนเวียนมาช่วยควรได้รับการติดตามนิเทศอย่างใกล้ชิด
 - ควรขยายผลโดยนำระบบนี้ไปใช้ในการพัฒนางานบริการห้องตรวจอื่นๆ ของงานผู้ป่วยนอก



2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

- ควรศึกษาความพึงพอใจ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยของพยาบาล แพทย์ ทีมสุขภาพ หรือผู้รับบริการและญาติ ศึกษาเป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ นางพรรณนิภา รักพาณิชย์ หัวหน้างานผู้ป่วยนอก นางสาวอรุษา อำไพพิศ รองหัวหน้างานผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ห้องตรวจอายุรกรรมทุกท่าน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องตลอดจนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านในการให้คำปรึกษา แนวคิด ให้กำลังใจ ให้การสนับสนุน และให้ความร่วมมือในงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อรุษา อำไพพิศ. การพัฒนาการคัดกรองห้องตรวจอายุรกรรมงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
2. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลปรับปรุงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
3. ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ. การฝึกอบรมเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2531.
4. สุมณา คาวีวงศ์. การพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
5. ละดาวัลย์ ชูราชิ. การพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
6. สมยศ นาวิการ. การพัฒนาองค์การ : การบริหารเพื่อความเป็นเลิศ. กรุงเทพฯ : บรรณกิจการพิมพ์; 2538.
7. เอกชัย กี่สุขพันธ์. การบริหารทักษะและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองสาร; 2538.
8. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ภาวะผู้นำและการจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.



ตารางผลการวิเคราะห์

ตัวชี้วัด/อุบัติการณ์	เป้าหมาย (ราย)	ก่อนพัฒนา ปี 2553	หลังพัฒนา ครั้งที่ 1 ปี 2554	หลังพัฒนา ครั้งที่ 2 ปี 2555
1. ผู้รับบริการอาการ ทรุดลงขณะรอตรวจ จนถึงแก่ชีวิต	0	1	0	0
2. ผู้รับบริการอาการ ทรุดลงขณะรอตรวจ จนต้องนอน โรงพยาบาล	0	11	2	0
3. ระยะเวลารอคอย ในผู้ป่วยทั่วไป	ลดลง	3 ชม. 10 นาที	2 ชม. 47 นาที	1 ชม. 39 นาที
4. ระยะเวลารอคอย ในผู้ป่วยเร่งด่วน	ลดลง	-	37 นาที	25 นาที

The development of caring for safety patient in outpatient department of medical service at buriram hospital

Abstract

This action research aims to compare the incident of the relapse symptom patient while waiting for treatment till hospitalized or died before or after the system development, to compare the period of waiting for treatment of general and emergency patient died before or after the system development by a comparison studied of 69,945 patients in internal medicine room in 2011 and 78,254 patients in 2012.

The result shows that after system development, two relapse symptom patients had decreased to zero (0) patient with no dead while waiting. The treatment time is decreased from 2.47 hrs to 1.39 hrs and the treatment time for the emergency patient from 37 minutes to 25 minutes.

The development of caring for safety patient in outpatient department of medical service is developed in work system, officers, and documents in order to take care of patients.

Keywords: Development Safety System Department of medical service Buriram



OR 1.3 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ร่วมกับสหวิชาชีพหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 กลุ่มภารกิจด้าน การพยาบาลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

อัญชลี วิเศษขุนทดิลป์ พย.บ* วาสนา สารการ พย.ม*
วีระนุช มยุเรศ พย.ม* ทศนีย์ จังกาจิตต์ พย.บ*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 ราย บุคลากรทีมสุขภาพ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็ง พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร พยาบาลจิตวิทยา โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และพยาบาลจากศูนย์ดูแลต่อเนื่อง จำนวน 16 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต และใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาในการศึกษา มีนาคม 2554 ถึง มกราคม 2556 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยสหวิชาชีพ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคอง และแบบประเมินความคิดเห็นพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพในหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 ประกอบด้วย องค์ประกอบที่ 1 หลักการดูแล ได้แก่ หลักการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (WHO , 2002) และหลักการการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพ องค์ประกอบที่ 2 โครงสร้างของระบบดูแล ประกอบด้วย 1) โครงสร้างด้านบุคลากร ได้แก่ พยาบาล ผู้จัดการรายกรณี ทีมการพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ 2) โครงสร้างด้านการจัดการการดูแล ได้แก่ การให้การรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ การจัดระบบการพยาบาลในหอผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณีร่วมกับทีมการพยาบาล 3) โครงสร้างด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม เครื่องมือ อุปกรณ์ที่สนับสนุนการดูแล องค์ประกอบที่ 3 ดำเนินการตามรูปแบบ ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และการปรับเปลี่ยนของบุคลากร 2) ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยยึดหลักผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 3) การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยสหวิชาชีพ และ clinical pathway จากผลการวิจัยทำให้หน่วยงานได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ที่มีความเหมาะสมกับบริบท เกิดผลลัพธ์ คือ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด พยาบาลมีความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับดี และความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองของภาพรวมหน่วยงานอยู่ในระดับดี ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพอยู่ในระดับดีมาก

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, โรคมะเร็งระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, สหวิชาชีพ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งระยะสุดท้ายจะมีการลุกลามของโรค อาการของผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนอวัยวะที่ โรคลุกลามไปถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่มีโรคกระจายไปตามอวัยวะต่าง ๆ การรักษา ไม่สามารถยับยั้งโรคและการแพร่กระจายของโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอายุหรือช่วงเวลาของชีวิตเหลืออยู่จำกัด หรือมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน ไม่แน่นอน บางคนมีระยะเวลาเหลืออยู่สั้น หลายสัปดาห์หรือหลายเดือน บางคน อาจมีระยะเวลาเหลืออยู่ยาวเป็นปี¹ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายนอกจากจะประสบกับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ยังเกิดความทุกข์ด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และความรู้สึกสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น² ซึ่งโรคมะเร็งระยะสุดท้ายนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย

การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีจุดมุ่งหมายหลัก คือ การลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากความปวดและอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย³ โดยที่การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด มีเป้าหมาย คือบรรเทาความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ มุ่งเน้นส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว⁴ บุคลากรทีมสหวิชาชีพมีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการรักษาโรคที่มีความซับซ้อน และถูกกำหนดให้เป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็งในระดับตติยภูมิ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีการกิจสำคัญที่ต้องพัฒนาการดูแล รักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อนำไปสู่ศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางมะเร็งในระดับตติยภูมิ หอผู้ป่วยพิเศษ พระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เริ่มรับดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารักษาเคมีบำบัด และผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในเดือนมีนาคม 2553 พบว่า ในปีงบประมาณ 2553 มีผู้ป่วยมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 ทั้งสิ้น จำนวน 599 ราย เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง 132 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.03 ในจำนวนนี้ มีผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.45⁵

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 ที่ผ่านมา พบปัญหาในการดำเนินงาน อาทิ การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพยังไม่ชัดเจน แพทย์เป็นแพทย์เจ้าของไข้ ทำหน้าที่วินิจฉัยโรคและสั่งการรักษา การปรึกษาทีมแพทย์และทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ ขึ้นกับแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลมอบหมายงานแบบทีมการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ เน้นการดูแลด้านร่างกาย ส่วนการดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ รวมทั้งการคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวยังปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลน้อย ทำให้ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญความตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ส่งผลให้เกิดความเศร้าโศกอย่างมากกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการดูแล ยังไม่มีเครื่องมือในการประเมินความปวดและอาการรบกวน ข้อตกลงเกี่ยวกับเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่ชัดเจน



ด้านบุคลากร ทีมสหวิชาชีพมีทัศนคติว่าการยอมรับความตายเป็นความล้มเหลวทางการแพทย์ บุคลากรบางส่วนไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลให้ขาดความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ด้านการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการประเมินและตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณอย่างเป็นรูปธรรม บทบาทอิสระของพยาบาลไม่ชัดเจน การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งการติดตามหลังการจำหน่ายยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

จากเหตุผลดังกล่าวมา ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานและหัวหน้าหอผู้ป่วย มีหน้าที่ในการจัดระบบบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน จึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ตอบสนองปัญหา ความต้องการของผู้ใช้บริการในหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยการศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือร่วมปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative approach) สถานที่ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าคือ หอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน มีนาคม 2554 – มกราคม 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประคับประคองโดยสหวิชาชีพ ซึ่งพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ 2) Clinical Pathway for Palliative Care in End Stage Cancer และ 3) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบประเมินการปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยสหวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยสหวิชาชีพ ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบให้คะแนน 1 และ 0 โดยคะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติ และคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ

2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง



ระยะสุดท้าย ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

3) แบบประเมินความสามารถของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการดูแลแบบประคับประคองในหน่วยงานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ของจอนฉะจง เพ็งจาดี⁶ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ ไม่ดี

4) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ ไม่ดี

เครื่องมือทั้ง 4 ชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการรักษาและด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 5 ท่าน ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ นำมาทดลองใช้ และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cranbach's Alpha Coefficiency) โดยที่ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับ ประคองโดยสหวิชาชีพ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถของพยาบาล ในการดูแลแบบประคับประคอง และแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ได้ค่าความเชื่อมั่น .82 .82 .81 และ .84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ถูกระบุโดยแพทย์ว่าได้รับการรักษาแบบประคับประคอง หรือโครงการพุทธรักษา บุคลากร ประกอบด้วย พยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 จำนวน 8 คน ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ด้านโรคมะเร็ง 2 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลจิตวิทยา 1 คน โภชนากร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน พยาบาลจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม 1 คน และพยาบาลจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอก 1 คน

ขั้นตอนดำเนินการในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2554 – กันยายน 2554 ดำเนินการโดยวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ทำการศึกษาข้อมูลเอกสารและเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เคยเข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 จำนวน 10 ราย สังเกตขั้นตอนการปฏิบัติงานของทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพในการร่วมดูแลผู้ป่วย การทำบทบาทหน้าที่ของทีมพยาบาล การให้การปรึกษา/แนะนำแก่ญาติผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูลระหว่างหอผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ระบบส่งต่อการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย และการติดตามหลังจำหน่าย ปัญหา อุปสรรคในการดูแล ศึกษาข้อมูลด้านผู้ให้บริการ ทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ เกี่ยวกับความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และความต้องการในการพัฒนา สรรวจสถานที่สิ่งแวดล้อม เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแล หลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อที่ประชุมของหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 ที่ประชุมของทีมสหวิชาชีพเพื่อขอความเห็นในการ



ดำเนินงาน พร้อมเสนอแนวทางการพัฒนาต่อหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลเพื่อเห็นชอบแนวทางการพัฒนา ขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยสหวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย ประกอบด้วย การวางแผน ลงมือปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติ ทีมผู้วิจัยประชุมและวางแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2554 – กันยายน 2555 ดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพและปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากร โดย ส่งบุคลากรเข้าอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะเวลา 4 เดือน จำนวน 1 คน อบรมการพยาบาลประคับประคอง ระยะเวลา 2 เดือน จำนวน 1 คน อบรมการให้ยาเคมีบำบัด หลักสูตร 10 วัน จำนวน 6 คน ศึกษาดูงานการดูแลผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัด 3 วัน จำนวน 7 คน ศึกษาดูงานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย จำนวน 3 คน ส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 3 ครั้ง ส่งบุคลากรเข้าร่วมโครงการพัฒนาจิต ไปปฏิบัติธรรมที่วัดหนองป่าพงทุกปี ปีละ 2 ครั้ง จำนวน 8 คน เพื่อพัฒนาจิตและส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ ให้บุคลากรสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และการทำงานได้

2. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ได้แก่ วางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ เพื่อใช้ในหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 วางแผนนำเกณฑ์การคัดกรอง เกณฑ์แบ่งระดับผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบบันทึกต่าง ๆ ที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลพัฒนาขึ้นมาใช้ใน หอผู้ป่วย พัฒนารูปแบบการพยาบาลในหอผู้ป่วยเป็นแบบพยาบาลผู้จัดการรายการ

3. พัฒนาสถานที่ สิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ที่สนับสนุนการดูแล จัดทำโครงการจัดตั้งห้องพิเศษที่รับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในทุกสิทธิ์การรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติ มีกิจกรรมทางศาสนา โดยการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งวางแผนพัฒนาต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 3 ระยะประเมินผล เป็นระยะประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2555 – มกราคม 2556 โดยประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยสหวิชาชีพ ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ประเมินความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้อุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเบื้องต้น ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เชิงเนื้อหา



จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย เมื่อผู้ป่วย/ผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูล รวมทั้งปกปิดความลับของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ระยะเวลาวิเคราะห์สถานการณ์

1.1 บริบทที่ศึกษา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาล ศูนย์ระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 1,090 เตียง ให้บริการรักษาโรคที่มีความซับซ้อนและถูกกำหนดให้เป็นศูนย์ความเป็นเลิศในระดับตติยภูมิจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4 ด้าน ได้แก่ โรคมะเร็ง หัวใจ อุบัติเหตุ และทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เริ่มรับดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัด และผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในเดือนมีนาคม 2553 พบว่า ในปีงบประมาณ 2553 ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการ 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งต่อทางเดินน้ำดี และมะเร็งรังไข่ ตามลำดับ การวินิจฉัยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ประกอบด้วย การตรวจเลือด ตรวจพิเศษ ได้แก่ MRI CT Scan Mammogram การดูแลรักษา ประกอบด้วย การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด เวชศาสตร์นิวเคลียร์ การรักษาแบบประคับประคอง และร่วมมือกับโรงพยาบาลมะเร็งในการฉายแสง และฝังแร่ บุคลากร ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 8 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 10 คน พนักงานทำความสะอาด 2 คน

1.2 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ จากการวิเคราะห์ พบประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา ดังนี้ ด้านการทำงานเป็นทีม พบว่าการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพยังไม่ชัดเจน แพทย์เป็นแพทย์เจ้าของไข้ ทำหน้าที่วินิจฉัยโรคและสั่งการรักษา การปรึกษาทีมแพทย์และทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ ขึ้นกับแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลมอบหมายงานแบบทีมการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ เน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก ด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการดูแล ยังไม่มีเครื่องมือในการประเมินความปวดและอาการรบกวน ข้อตกลงเกี่ยวกับเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่ชัดเจน ด้านบุคลากร ทีมสหวิชาชีพมีทัศนคติว่าการยอมรับความตายเป็นความล้มเหลวทางการแพทย์ บุคลากรบางส่วนไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลให้ขาดความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ด้านการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการประเมินและตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ อย่างเป็นรูปธรรม บทบาทอิสระของพยาบาลไม่ชัดเจน การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งการติดตามหลังการจำหน่ายยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

2. ระยะดำเนินการ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 ประกอบด้วย

องค์ประกอบที่ 1 หลักการของการดูแล ได้แก่ หลักการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (WHO , 2002) และหลักการการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพ



องค์ประกอบที่ 2 โครงสร้างของของการดูแล ประกอบด้วย

1. โครงสร้างด้านบุคลากร ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และทีมการพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ด้านโรคมะเร็ง เภสัชกร พยาบาลจิตวิทยา โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และพยาบาลจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอก โดยแพทย์มีบทบาทในการวินิจฉัยโรค สั่งการรักษาและลงความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ทีมสหวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ในแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยสหวิชาชีพ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่คัดกรอง ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการพยาบาล ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในการร่วมดูแลผู้ป่วย ติดตามให้การปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการจำหน่าย ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องและติดตามหลังจำหน่าย ทีมการพยาบาลมีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานและแนวปฏิบัติ เพื่อบรรเทาอาการและส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย สนับสนุนการดูแลที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

2. โครงสร้างด้านการจัดการการดูแล ประกอบด้วย การให้การรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยสหวิชาชีพ และ Clinical Pathway เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน การจัดระบบการพยาบาลใน หอผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณีร่วมกับทีมการพยาบาล ใช้เครื่องมือประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPSV2) เครื่องมือประเมินอาการรบกวนต่าง ๆ (ESAS) เพื่อสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วย และตั้งเป้าหมายในการจัดการอาการรบกวน เป็นแนวทางในการวางแผนและจัดการการดูแลผู้ป่วย การจัดกิจกรรมที่ตอบสนองความเชื่อ จิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ มีทีมที่ปรึกษาในการจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วย ศาสนาคริสต์ อิสลาม มีการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อต้องการพิธีกรรมทางศาสนา เช่น นิมนต์พระสงฆ์มารับถวายสังฆทานหรือประกอบพิธีกรรมข้างเตียงผู้ป่วย การขอโทษกรรม การขอขมาผู้วายชนม์

3. โครงสร้างด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม เครื่องมือ อุปกรณ์ที่สนับสนุนการดูแล ได้แก่ มีสถานที่ที่เหมาะสมในการดูแล มีห้องพระ(ห้องเปี่ยมบุญ) ห้องให้การปรึกษา มีสื่อ อุปกรณ์ที่สนับสนุนการดูแล อาทิ มีหิ้งพระ บทสวด หนังสือธรรมะ ประจำทุกห้องผู้ป่วย มีการจัดเสียงตามสาย ธรรมะ/เพลงคลายเครียด/ดนตรีบำบัด/ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ สื่อสารในห้องพักผู้ป่วย มีชุดเทพ ซีดีธรรมะ (ธรรมะเคลิเวอร์รี่ ธรรมะเบิกบาน) จัดบริการในห้องพัก หรือที่บ้านตามความต้องการ

องค์ประกอบที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบ ได้แก่

1. การเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรเกี่ยวกับความรู้และการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ได้แก่ การจัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง การดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาจิต จัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย และทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ สถานที่ด้านงบประมาณเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

2. ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ(Interdisciplinary Team) โดยยึดหลักผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง



3. ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยสหวิชาชีพ และ clinical pathway

ระยะที่ 3. ระยะประเมินผล พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 มีผู้ร่วมกิจกรรม ดังนี้
1) ผู้ป่วย 30 ราย แบ่งเป็นชาย 16 คน หญิง 14 คน ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 43 ปี จนถึง 81 ปี กลุ่มอายุ 71-80 ปี มีมากที่สุด คือ 10 คน รองลงมาคือกลุ่ม 51-60 ปี มี 7 คน 2) ผู้ดูแล 30 ราย แบ่งเป็นชาย 7 คน หญิง 23 คน อายุตั้งแต่ 20 ปี จนถึงมากกว่า 70 ปี ส่วนมากเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย

3.1 ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดย สหวิชาชีพ พบว่า ในระยะครั้งที่ (PPSV2 70-100 %) บุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ร้อยละ 72 ปฏิบัติไม่ได้ ร้อยละ 28 โดยข้อที่ปฏิบัติได้ดีที่สุด คือ การประเมินอาการรบกวนด้านร่างกายและสภาพจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว เช่นอาการรบกวน การติดเชื้อ แผลกดทับ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียด เช่น ฝึกสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาและดูแลตามแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง และการเสริมพลังอำนาจการดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยสอนและเตรียมครอบครัวในเรื่อง -การประเมินอาการรบกวนของผู้ป่วย การใช้ยา อาการข้างเคียงยา วิธีการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่นการทำแผล การให้อาหารทางสายยาง ฯลฯ ระยะเปลี่ยนผ่าน(PPSV 2 40-60%) บุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ร้อยละ 82 ปฏิบัติไม่ได้ ร้อยละ 18 โดยข้อที่ปฏิบัติได้ดีที่สุด คือ การประเมินอาการรบกวนด้านร่างกายและสภาพจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว เช่นอาการรบกวน การติดเชื้อ แผลกดทับ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียด เช่น ฝึกสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาและดูแลตามแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ผ่อนคลายเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด และการแนะนำให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้น/การช่วยเหลือ **ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (PPSV2 0-30%)** บุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ร้อยละ 86 ปฏิบัติไม่ได้ ร้อยละ 14 โดยข้อที่ปฏิบัติได้ดีที่สุด คือ จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ผ่อนคลาย เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด ข้อที่ปฏิบัติได้ดีรองลงมา คือ การประเมินด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณที่สอดคล้องกับความเชื่อความศรัทธา ความหวังของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้มีแหล่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่นการขอโหรากรรม ธรรมะข้างเตียง **ระยะถึงแก่กรรม (PPSV 2 0%)** บุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ร้อยละ 90 ปฏิบัติไม่ได้ ร้อยละ 10 โดยข้อที่ปฏิบัติได้ดีที่สุด คือ แจ้งข่าวการเสียชีวิตโดยแพทย์ พยาบาล กรณีไม่มีญาติอยู่ขณะถึงแก่กรรม ข้อที่ปฏิบัติได้ดีรองลงมา คือ ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ/เปิดโอกาสให้ญาติได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาและทางศาสนา เช่น การขอขมาศพ

3.2 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยสหวิชาชีพ ผู้ดูแลพึงพอใจในการดูแลระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .561) โดยมีความพึงพอใจสูงสุดในประเด็นรู้สึกอบอุ่นใจและไว้วางใจในการดูแลของทีมรักษาพยาบาล

3.3 ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองใน



ภาพรวมของหน่วยงานในทุกด้าน อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 4.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .499 และเมื่อประเมินเป็นรายบุคคล พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในทุกด้าน อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 8.12 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .905

3.4 ผลการประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ พบว่า ระดับความคิดเห็นของพยาบาลอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.32 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .805 โดยข้อคิดเห็นที่มีคะแนนสูงสุด คือ ความเหมาะสมกับหน่วยงาน และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยมีค่าเฉลี่ย 4.42 และ 4.45 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .825 และ .843 และข้อคิดเห็นที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ ความง่ายในการปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.75 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .755

อภิปรายผล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ประกอบด้วย

องค์ประกอบที่ 1 หลักการของรูปแบบ ประกอบด้วย หลักการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (WHO , 2002) และหลักการการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพ องค์ประกอบที่ 2 โครงสร้างของรูปแบบ ประกอบด้วย 1. โครงสร้างด้านบุคลากร ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทีมการพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ที่ประกอบด้วย อายุรแพทย์ด้านโรคระยะเรื้อรัง เภสัชกร พยาบาลจิตวิทยา โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และพยาบาลจากศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

2. โครงสร้างด้านการจัดการการดูแล ได้แก่ การให้การรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การจัดระบบการพยาบาลในหอผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณีร่วมกับทีมการพยาบาล การจัดกิจกรรมที่ตอบสนองความเชื่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว 3. โครงสร้างด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม เครื่องมือ อุปกรณ์ที่สนับสนุนการดูแล
องค์ประกอบที่ 3 ดำเนินการตามรูปแบบ ได้แก่ 1. การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และการปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากร 2. ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary Team) โดยยึดหลักผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 3. ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยสหวิชาชีพ และ clinical pathway
ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวราชสุริยวงศ์ 5 ผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง และครอบคลุม เนื่องจาก

1. ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก มีการวางแผนการดูแลร่วมกันของทีม ตั้งแต่ที่แพทย์ลงความเห็นผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองจนกระทั่งเสียชีวิต มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สหวิชาชีพเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุม ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมให้สามารถเผชิญกับความตายอย่างสงบ สอดคล้องกับการศึกษาของ



วรรณภรณ์ พัฒนิบูลย์, จีรพันธ์ ประทุมอ่อน และจุฑาลักษณ์ แก้วมะไฟ⁷ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่พบว่า การประสานความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้เกิดคุณภาพของการดูแลรักษาขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่องจนถึงหลังการสูญเสียผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึงพอใจในบริการพยาบาล

2. พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการพยาบาลผู้ป่วย รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่คัดกรอง ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการพยาบาล ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในการร่วมดูแลผู้ป่วย ติดตามให้การปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการจำหน่าย ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องและติดตามหลังจำหน่าย ซึ่งการใช้รูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นการดูแลที่คำนึงถึงและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายบุคคล ทำให้ปัญหาของผู้ป่วยถูกแก้ไขและได้รับการตอบสนองความต้องการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ช่วยให้ครอบครัวมีการสื่อสารกันมากขึ้น ผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผล กดทับ ข้อติด เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ราศรี สีนะกุล⁸ ที่ศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยกลืนเนื้อหิวใจตาย และพบว่า พยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีความสำคัญในการช่วยประสานงานการดูแล และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร เทพสุริยานนท์ และวีระนุช มยุเรศ⁹ ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยการจัดระบบการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับทีมการพยาบาล ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

3. มีการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวตามความเชื่อในมิติทางสังคมวัฒนธรรมอย่างเหมาะสม มีกระบวนการพูดคุยปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับว่าความตายเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ ไม่ทำการยืดอายุหรือเร่งการตาย มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีความสงบเป็นส่วนตัว มีสื่อและอุปกรณ์ที่สนับสนุนการดูแล อาทิเช่น บทสวดมนต์หนังสือธรรมะต่างๆ ซีดีธรรมะบรรยาย ซีดีเพลง เพื่อส่งเสริมการน้อมนำหลักคำสอนของพระพุทธศาสนามาเป็นหลักยึดเหนี่ยวจิตใจให้จิตใจสงบ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการเตรียมใจในการเผชิญกับวาระสุดท้ายล่วงหน้าและตัดสินใจที่จะเสียชีวิตตามกระบวนการธรรมชาติมากขึ้น ซึ่งในช่วงที่ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 30 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาล 17 ราย ขอลกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน 5 ราย เป็นการเสียชีวิตตามกระบวนการธรรมชาติ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี มณีพงศ์ (2551) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤติ แผนกการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมากที่สุด และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพให้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล รวมทั้งครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยนำรูปแบบที่พัฒนาจากการศึกษาไปประยุกต์ให้เหมาะสม ทั้งในด้านของกระบวนการพัฒนา ทีมการดูแล การพัฒนาบุคลากร การ



จัดระบบมอบหมายงาน การจัดการการดูแล การพัฒนาสิ่งแวดล้อม การนำเครื่องมือไปใช้ และการวัดผล
ผลลัพธ์ของการบริการ รวมทั้งสนับสนุน / ส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่
พัฒนาขึ้นไปใช้อย่างต่อเนื่อง โดยจัดระบบการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ
ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คุณสมพร เทพสุรียานนท์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิ
ประสงค์ แพทย์หญิงกนกวรรณ มิ่งขวัญ แพทย์หญิงศรียา ประทัยเทพ ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย
ขอบคุณคณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่ให้คำปรึกษาและ
ข้อชี้แนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ และบุคลากรทีมสหวิชาชีพทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
โรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคองที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยเป็น
อย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Sujaree O. Nursing of Cancer . Khonkaen Fundamental Nursing Department .
Faculty of Nursing Khonkaen University; 2003.
2. Nitaya Sombatkaew. Psychosocial and soul in the end-stage patients and dying
patients. Journal of nursing, Red Cross College of Nursing; 23(1): 61-68.
3. Sawitree M. Developing Model for end of life care in critical care medicine unit,
medical nursing division, Srinagarind Hospital; 2008.
4. World Health Organization. National cancer control programmes: Policies and
managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
5. Sunpasitthiprasong Hospital. Annual report 2010. Ubonratchathani;
Ubonkitoffsetkarpim limited
2010; 265-270.
6. จอนพะจง เพ็งจาด. การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาล 2546; 52(1):
11-19.
7. Wanaporn P, Jeerapan P & Juthaluk K. The Development of Palliative Care for End
stage Chronic Elderly Patients Model in Department of Medicine 2. Roi-et Hospital.
Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 30 (3): 68-76.
8. Rasree L, Thassana B, Korbkul P & Wanpen P. The Development of Nurse Case
management in Myocardial Infarction Patients Model. Journal of Nursing Research
2006;10 (1): 20-32.



9. Somporn T. & Weeranuch M.(2013) Development of Palliative Care System for Patient with End-Stage Cancer in Sunpasitthiprasong Hospital . Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2013; 31 (1) : 24-33.

**Developing Pattern the end of life cancer patient palliative care
cooperated with multi-disciplinary team.**

Prapatumvoraratchawongsa 5, Nursing service task department.

Sappasittiprasong Hospital Ubonratchathani.

Anchalee Wisetchoonhasilp B.N.S.* Wadsana Sarakarn M.N.S.*

Weeranuch Mayuret M.N.S.* Tasanee Jangajit B.N.S.*

Abstract

The purpose of this action research was to develop caring pattern for the end of life cancer patient care cooperated with multi-disciplinary team. Prapatumvoraratchawongsa 5 Sappasittiprasong Hospital.

The subjects were 30 health provider and other 16 health care provider were oncotherapist-medicine, nurse-professional, pharmacist, psychiatric nurse, physiotherapist, nutritionist, social worker, social-medicine nurse, and home- health care nurse. Collected data by observation and questionnaire in march 2012- January 2013

The finding show that : **Factor 1** The principle of the caring pattern was the pattern of WHO which cooperated with multi-disciplinary team. **Factor 2** Structure care pattern were 1) nurse, nurse manager, multi-disciplinary team. 2) management such as treatment by multi-disciplinary team, nursing manage system and case management cooperated with multi-disciplinary 3) physical structure : such as environment equipment ect. **Factor 3.** Guideline of care 1) preparation knowledge for health provider 2) caring the patient by holistic care and patient with family center 3) nursing care pattern and clinical pathway which from study cooperated with multi-disciplinary team.

The results showed that, health providers were most satisfaction, nurses who nursing care were good level, the overall of ability pattern for palliative care were good level and the nurse's opinions were excellent. And the Pattern end of life cancer patient palliative care cooperated with multi-disciplinary team.

Keyword: development/ pattern / end stage of cancer/ palliative care multi-disciplinary team

* Nurse professional sappasittiprasong hospital Ubonratchathani.



OR 1.4 การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

จุฑารัตน์ ลมอ่อน ส.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจงจำนวน 60 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้านและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคว์สแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี มีการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่ต่างกันมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การรับรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

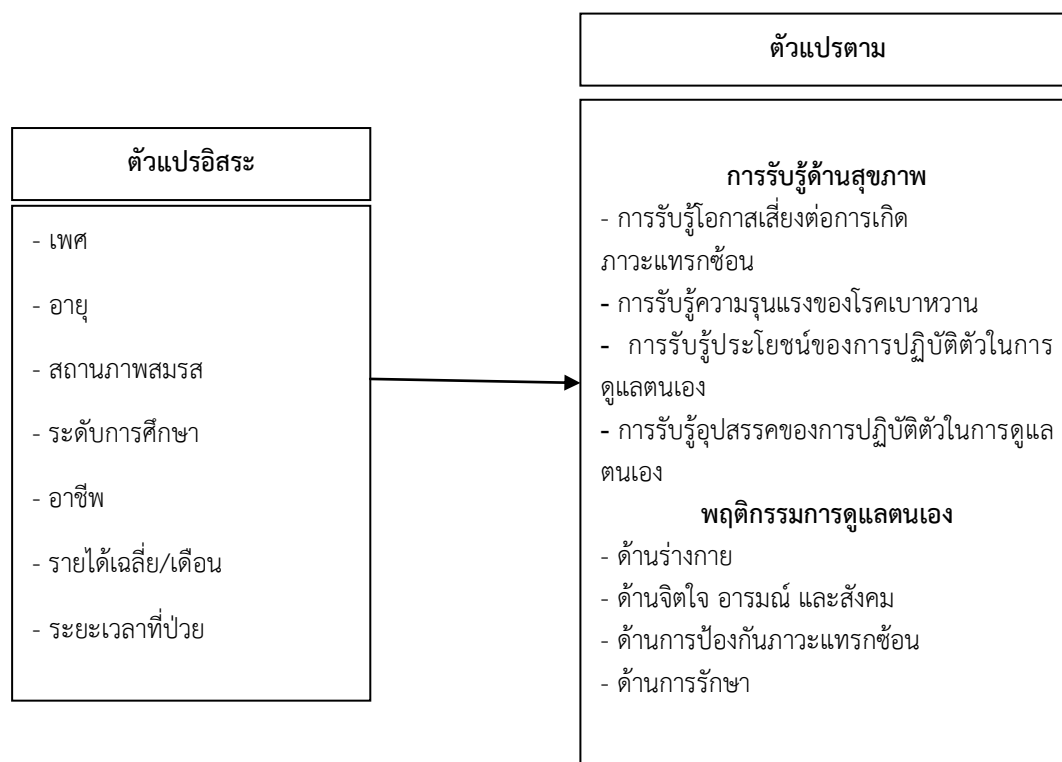
โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่กำลังมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ ได้คำนวณว่าในกลุ่มประเทศสมาชิกของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 ถึงปี พ.ศ. 2543 จำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นประมาณ 120 ล้านคน ในช่วง 15 ปี แต่จากปี พ.ศ. 2543 ถึงปี พ.ศ. 2552 จำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 96 ล้านคนในระยะเวลาเพียงแค่ 9 ปี และอีก 16 ปีข้างหน้า คาดว่าน่าจะมีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานสูงถึง 380 ล้านคน (ธวัชชัย ภาสุรกุล, 2553)



โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมามากมายจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานที่ไม่ถูกต้อง จนอาจเกิดการเสียหน้าที่ของอวัยวะต่างๆของร่างกายโดยเฉพาะที่ตา ไต หัวใจและหลอดเลือด (Emily J., 2008) จากแบบสรุปรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2553 เป็นจำนวน 218 286 และ 316 ตามลำดับ (รายงานภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคเบาหวาน รพสต.บ่อทอง, 2553) จากข้อมูลดังกล่าว บ่งชี้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเกิดภาวะภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นดังนั้นการศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ว่าการที่บุคคลจะพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลนั้นๆ กล่าวคือการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมโดยจะทำในสิ่งที่ตนคิดว่าเห็นผลดีและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาหรือสิ่งที่ตนคิดว่าจะเกิดผลเสีย (Rosenstock, 1997) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดของการวิจัย





วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2554 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 60 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการการขึ้นทะเบียนตั้งแต่ 1 – 3 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สามารถติดต่อสอบถามได้ และยินดีเข้าร่วมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ในดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญต่อการรักษาจริยบรรณของนักวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล กล่าวคือในการออกแบบการวิจัยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยการนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิผู้ให้ข้อมูลโดยมีการแจ้งให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและวิธีการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และการรายงานผลการวิจัยจะรายงานผลในภาพรวมโดยไม่มีผลกระทบใดต่อผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัยต่างๆที่เกี่ยวกับการวิจัย ก่อนขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลแจ้งถึงความพร้อมและความยินยอมที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้มีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย/ เดือน ระยะเวลาที่ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง จำนวน 16 ข้อ โดยใช้มาตรประมาณค่า 3 ระดับ กำหนดคะแนน 3 ระดับ การแปลผลระดับคะแนนรวม ดังนี้ คะแนนค่าเฉลี่ย 48.0 – 41.6 มีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คะแนนค่าเฉลี่ย 41.5 – 35.2 มีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางคะแนนค่าเฉลี่ย 35.1 – 16.0 มีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการรักษา จำนวน 16 ข้อ โดยใช้มาตรประมาณค่า 3 ระดับ การแปลผลระดับคะแนนรวม ดังนี้คะแนนค่าเฉลี่ย 48.0 – 41.6 มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง คะแนนค่าเฉลี่ย 41.5 – 35.2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนค่าเฉลี่ย 35.1 – 16.0 มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาความเที่ยง โดยการนำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าดังนี้แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.89 และ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป คำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ และสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05



ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.67 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.30 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.70 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 58.3 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 38.3 รายได้เฉลี่ย/เดือน อยู่ระหว่าง 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 36.7 ระยะเวลาที่ป่วยน้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 68.3

ส่วนผลการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง 4 ด้านของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศหญิงมีการรับรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าเพศชาย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อายุระหว่าง 40 – 50 ปี และอายุระหว่าง 51 – 60 ปี มีการรับรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสคู่และสถานภาพสมรสหย่ามีการรับรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสโสดและหย่าตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ระดับการศึกษาปริญญาตรี อนุปริญญาและมัธยมศึกษามีการรับรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษาตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพรับราชการและรับจ้างทั่วไปมีการรับรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานอาชีพธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรมและอื่นๆ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ) ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้เฉลี่ย/เดือนมากกว่า 15,001 บาท มีการรับรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้เฉลี่ย/เดือนต่ำกว่า 1,000 บาท และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 2 ปี มีการรับรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง 4 ด้านพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าเพศชาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 40 – 50 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสหย่าและสถานภาพสมรสโสดตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ระดับการศึกษาปริญญาตรี อนุปริญญาและมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพรับราชการ เกษตรกรรมและอื่นๆ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ) ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้เฉลี่ย/เดือนมากกว่า 15,001 บาท มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้เฉลี่ย / เดือน 1,001 - 5,000 บาท และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 2 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ด้านสุขภาพระดับสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ใน



ระดับสูง และสูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลางและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษา พบว่าเพศ อายุ สถานะภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ย/เดือน และระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีการรับรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน เนื่องจากไม่ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นเพศชายหรือเพศหญิง มีอายุ สถานะภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ย/เดือน และระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ต่างกันอย่างไรก็ได้รับการบริการด้านสุขภาพในคลินิกโรคเบาหวานเหมือนกันไม่ว่าเป็นด้านการให้คำแนะนำช่วยเหลือ การให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (นุรมา แวบือซา, 2550) ซึ่งพบว่าการรับรู้สภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ สถานะภาพสมรส และ รายได้เฉลี่ย/เดือนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในขณะที่ผลการศึกษาครั้งนี้ก็พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีการรับรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษาสูงมีการรับรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำหรือไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวไว้ว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า เพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งเพศชายและเพศหญิงต่างตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองเท่าๆกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล, 2552) ซึ่งพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่วนผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่เชื่อว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่อาจมีผลต่อการรับรู้ปัญหาสุขภาพของบุคคลโดยผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานจะทำให้บุคคลเรียนรู้ละยอมรับสถานการณ์ต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดี ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยในกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันมากจึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ผลการศึกษาครั้งนี้ก็ยังพบว่าอายุ สถานะภาพสมรส อาชีพ และรายได้เฉลี่ย/เดือนต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่เชื่อว่าอายุ สถานะภาพสมรส อาชีพ และรายได้เฉลี่ย/เดือน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยอายุที่ต่างกันทำให้ส่งผลไปถึงการรับรู้ปัญหาสุขภาพของบุคคลที่ต่างกันและอาจนำไปสู่การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน และแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974)



เชื่อว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยคู่สมรสจะช่วยเหลือแบ่งเบาความเครียดและความวิตกกังวล ตลอดจนให้คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน ซึ่งการศึกษาค้นคว้ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี และจากผลการศึกษาที่พบว่าอาชีพและรายได้เฉลี่ย/เดือนต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกันนั้นนอกจากสอดคล้องสอดคล้องตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) แล้ว ยังมีการศึกษาที่ผ่านมา (ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล, 2552) พบว่าอาชีพและรายได้เป็นปัจจัยที่สามารถพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพและสิ่งที่มีเอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี

ในผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กันทางบวกซึ่งแสดงว่าเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานการรับรู้ด้านสุขภาพสูงก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีตามมา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1997) ที่เชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมของบุคคลนั้น โดยบุคคลจะทำในสิ่งที่ตนรับรู้ว่าจะเกิดผลดีต่อตนเองและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ตนรับรู้ว่าจะเกิดผลเสียต่อตนเองและสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (ชนาธิป ศรีพรหม, 2550 ; พิจิตรา ทูลมลา, 2551) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะแทรกซ้อนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่นเดียวผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการมารับบริการตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำเป็นต้องเพิ่มประสิทธิภาพการรับรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสารหรือการให้ความรู้โรคเบาหวาน คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยการให้คำแนะนำที่เป็นกันเองและติดตามให้ผู้ป่วยมารับบริการอย่างต่อเนื่อง จัดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีกิจกรรมการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ป่วยรวมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ถูกต้องและไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา

ในการศึกษาค้นคว้าต่อไป ควรมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลในเลือดร่วมด้วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ



เอกสารอ้างอิง

- ชนาธิป ศรีพรหม. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย. 2550. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ธวัชชัย ภาสุรกุล. เกาะติดสถานการณ์โลก (โรค) เบาหวาน. ค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2554, จาก <http://www.thairath.co.th/content/life/126272>
- นุรมา แวปือชา. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สถานะกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. 2550.
- พิจิตรา ทูลมาลา. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2551.
- รายงานภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคเบาหวาน รพสต.บ่อทอง. สรุปรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานประจำปี. 2553.
- ศิริพร เมืองพิล. การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสูง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี. 2551.
- Becker, M. H. The Health Belief Model and personal health behavior. Thorofare, NJ:Slack. 1974.
- Emily JA Review of the Health Beliefs and Lifestyle Behaviors of Women with Previous Gestational Diabetes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2008; 38(5): 516-526.
- Rosenstock, I.M, Strecher, V.J., & Becker, M.H. (1997).Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.



ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละและระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกัน (n = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	การรับรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ (n)			p-value
	ต่ำ	กลาง	สูง	
เพศ				.658
ชาย	10.5(2)	15.8(3)	73.7(14)	
หญิง	2.4(1)	12.2(5)	85.4(35)	
อายุ				.109
40 – 50 ปี	0.0(0)	0.0(0)	100.0(7)	
51 – 60 ปี	0.0(0)	0.0(0)	100.0(18)	
60 ปีขึ้นไป	8.6(3)	20.0(7)	71.4(25)	
สถานภาพ				.706
โสด	0.0(0)	50.0(2)	50.0(2)	
คู่	2.4(1)	9.5(4)	88.1(37)	
หม้าย	7.7(1)	23.1(3)	69.2(9)	
หย่า	0.0(0)	100.0(1)	0.0(0)	



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละและระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกัน (n = 60) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	การรับรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ (n)			p-value
	ต่ำ	กลาง	สูง	
ระดับการศึกษา				.000
ไม่ได้รับการศึกษา	37.5(3)	50.0(4)	12.5(1)	
ประถมศึกษา	0.0(0)	5.7(2)	94.3(33)	
มัธยมศึกษา	0.0(0)	0.0(0)	100.0(8)	
อนุปริญญา/ปวส.	0.0(0)	0.0(0)	100.0(6)	
ปริญญาตรี	0.0(0)	0.0(0)	100.0(3)	
อาชีพ				. 314
เกษตรกร	4.3(1)	14.4(4)	78.3(18)	
รับจ้างทั่วไป	0.0(0)	0.0(0)	100.0(5)	
รับราชการ	0.0(0)	0.0(0)	100.0(11)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0.0(0)	7.1(1)	92.9 (13)	
อื่นๆ	14.3(1)	28.6(2)	57.1(4)	
รายได้เฉลี่ย/เดือน				. 544
ไม่มีรายได้	0.0(0)	20.0(3)	80.0(12)	
ต่ำกว่า 1,000 บาท	9.1(2)	18.2(4)	72.7(16)	
1,001 - 5,000 บาท	0.0(0)	0.0(0)	100.0(5)	
5,001 - 10,000 บาท	0.0(0)	0.0(0)	100.0(13)	
10,001 - 15,000 บาท	0.0(0)	0.0(0)	100.0(3)	
มากกว่า 15,001 บาท	0.0(0)	0.0(0)	100.0(2)	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย				.243
น้อยกว่า 2 ปี	2.4(1)	4.9(2)	92.7(38)	
มากกว่า 2 ปี	5.3(1)	21.1(4)	3.7(14)	



ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกัน (n = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลตนเองร้อยละ(n)			p-value
	ต่ำ	กลาง	สูง	
เพศ				.595
ชาย	5.3(1)	36.8(7)	57.7(14)	
หญิง	2.4(1)	12.2(5)	85.4(35)	
อายุ				.002
40 – 50 ปี	0.0(0)	14.3(1)	85.7(6)	
51 – 60 ปี	0.0(0)	22.2(4)	77.8(14)	
60 ปีขึ้นไป	17.1(6)	54.3(19)	28.6(10)	
สถานภาพ				.009
โสด	0.0(0)	75.0(3)	25.0(1)	
คู่	24.0(1)	47.6(20)	50.0(21)	
หม้าย	38.5(5)	23.1(3)	38.5(5)	
หย่า	0.0(0)	100.0(1)	0.0(0)	



ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกัน (n = 60) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลตนเองร้อยละ (n)			p-value
	ต่ำ	กลาง	สูง	
ระดับการศึกษา				.000
ไม่ได้รับการศึกษา	75.0(6)	25.0(2)	0.0(0)	
ประถมศึกษา	0.0(0)	62.9(22)	37.1(13)	
มัธยมศึกษา	0.0(0)	0.0(0)	100.0(8)	
อนุปริญญา/ปวส.	0.0(0)	0.0(0)	100.0(6)	
ปริญญาตรี	0.0(0)	0.0(0)	100.0(3)	
อาชีพ				.005
เกษตรกร	21.7(5)	17.4(4)	60.9(14)	
รับจ้างทั่วไป	0.0(0)	100.0(5)	0.0(0)	
รับราชการ	0.0(0)	18.2(2)	81.8(9)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0.0(0)	7.1(1)	92.9 (13)	
อื่นๆ	14.3(1)	28.6(2)	57.1(4)	
รายได้เฉลี่ย/เดือน				.037
ไม่มีรายได้	20.0(3)	53.3(8)	26.7(4)	
ต่ำกว่า 1,000 บาท	13.6(3)	54.5(12)	31.8(7)	
1,001 - 5,000 บาท	0.0(0)	30.8(4)	69.2(9)	
5,001 - 10,000 บาท	0.0(0)	0.0(0)	100.0(5)	
10,001 - 15,000 บาท	0.0(0)	0.0(0)	100.0(3)	
มากกว่า 15,001 บาท	0.0(0)	0.0(0)	100.0(2)	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย				.111
น้อยกว่า 2 ปี	2.4(1)	39.0(16)	58.6(24)	
มากกว่า 2 ปี	21.1(4)	42.1(8)	36.8(7)	



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
(n = 60)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลตนเองร้อยละ(n)		
	ต่ำ	กลาง	สูง
ต่ำ	50.0(1)	50.0 (1)	0.0 (0)
กลาง	57.1 (4)	14.3 (1)	28.6 (2)
สูง	1.0 (1)	42.0 (21)	57.0 (29)

$$\chi^2 = 25.62, \quad df = 4, \quad p < .01$$

Health Perceives and Self care behaviors in diabetes mellitus patients in

Thombon Sangkok, Bouthong District Udonthani Province

Abstract

This purpose of this study were to explore the relationship between health perceives and self care behaviors of the people with DM patient in Thombon Sangkok, Bouthong District Udonthani Province. Sample size were 60 DM patient by purposive sampling method. Data were collected by using four questionnaires; 1) assessing personal data, 2) Health Perceives, 3) Self care behaviors of diabetics; 4) physical, mental, emotional and social aspects of the prevention of complications. Data were analyzed by frequency, percentage, Chi – square.

The results revealed as follows :- health perceives and self care behaviors at a good level. Patients with diabetes, age, marital status, occupation, income per month. dean of health perceive is nodifferent by diabetics age, marital status, occupation, income per month. Health perceives is positively related to self-care behaviors at .05 level of significance

Keywords: Health Perceives , Self care behavior, Diabetes mellitus patients



OR 2.1 ผลการตามรอยแนวทางการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติ

จักรพงศ์ ปิติโชคโกคินท์ * สุภาพร เจริญวงศ์ *
ทัศนีย์ สืบคำ *

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลเขมราฐ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ซึ่งอยู่ในเขตชายแดนไทยลาว ห่างไกลจากจังหวัดอุบลราชธานี 110 กิโลเมตรมีแพทย์ประจำ 5 คน แพทย์หมุนเวียน 1 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้นเมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีการอาการหนักหรือผู้ป่วยวิกฤติ จะมีการส่งต่อไปรักษาและวินิจฉัยขั้นสูงต่อยังโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี สถิติการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 318 ราย ซึ่งมีการประเมินเกณฑ์คุณภาพ 6 ด้าน ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติโดยศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติทางไกล (ICU Hub) ได้แก่ 1) การดูแลทางเดินหายใจ 2) การช่วยหายใจ 3) การตาม 4) การห้ามเลือด 5) การให้ยาและสารน้ำ 6) การสื่อสารและอื่นๆ ผลการประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90.26 จากเกณฑ์ที่กำหนดให้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95 เมื่อพบทวนปัญหาและประเมินคุณภาพการรับส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติพบปัญหาการใช้รถส่งต่อไม่เหมาะสมมีรถเสียระหว่างทาง ปัญหาด้านความรู้และสมรรถนะของพยาบาลส่งต่อ ,การจัดการวัสดุอุปกรณ์ที่ไม่พร้อมใช้ในรถรับส่งต่อ และขาดแนวทางการบริหารจัดการที่ดีไม่มีระเบียบแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จึงได้จัดทำตามรอยแนวทางการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนการดำเนินการผสมผสาน กับวงจรแห่งการพัฒนาคุณภาพ (PDSA Cycle) และขั้นตอนการตามรอยโรคที่สำคัญ (Clinical Tracer Highlight) มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ค้นหาปัญหาวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์และบริบทหน่วยงาน ประเด็นสำคัญ
2. กำหนดวัตถุประสงค์ตัวชี้วัด หาแนวทางการแก้ไขปัญหาลู่ปรารถ แก้งผู้บริหาร
3. ดำเนินการตามรอยกระบวนการพัฒนา/กระบวนการดูแลผู้ป่วย/ตามรอยระบบการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง แล้วประชุมบริการชี้แจงเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทางแบ่งรถรับส่งต่อเป็น ALS (Mobile ICU) ,BLS จัดทำจัดหาวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือในรถส่งต่อ จัดทำระเบียบยานพาหนะ ระเบียบพยาบาลส่งต่อ ระเบียบการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ (CPG, WI , คู่มือการดำเนินงาน)

*งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี



4. ติดตามตัวชี้วัด/นำมาวิเคราะห์สรุปผล/ได้รูปแบบแนวทางการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตินำไปเผยแพร่ปฏิบัติต่อไป

กระบวนการดำเนินการ

1. การวางแผนการ (Plan)

- สำรวจและค้นหาปัญหาอุปสรรค/วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์บริบทและประเด็นสำคัญ
- รวบรวมข้อมูลมาวางแผนหาแนวทางการแก้ปัญหาและพัฒนา
- กำหนดวัตถุประสงค์ตัวชี้วัดหาแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรค/แจ้งหัวหน้างานและผู้บริหาร
- แจ้งหัวหน้าหน่วยงานผู้บริหารเพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรคในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติ

2. ปฏิบัติตามแผน (Do)

- ปรับปรุงรูปแบบการส่งต่อ ปรับปรุงรถส่งต่อเป็นรถไอซียูเคลื่อน (Mobile ICU) 2 คัน
- ใช้หลัก ABCDE มาปฏิบัติจัดหมวดหมู่วัสดุอุปกรณ์บนรถ จัดทำและจัดหาวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ในรถส่งต่อให้พร้อมใช้ จัดทำระเบียบยานพาหนะ ระเบียบพยาบาลส่งต่อ ระเบียบแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ปรับปรุงแนวทางการการส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ,ส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติระหว่างส่งต่อ 2 รุ่น รุ่นละ 2 คน ,ให้พร้อมปฏิบัติงานหมุนเวียนการส่งต่อ 24 ชั่วโมง จัดทีมพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติ
- ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและร่วมกันลงมือจัดทำตามแผน/นำมาปฏิบัติใช้งาน

3. ศึกษาผล/ประเมินผลงาน (Study)

- ศึกษาผลการใช้แนวทางการส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ สำรวจความพร้อมความพึงพอใจ
- เก็บข้อมูลติดตามตัวชี้วัดมาวิเคราะห์สรุปผลมาอภิปรายผล
- หาจุดด้อยโอกาสพัฒนาและแผนการพัฒนาต่อเนื่องและข้อเสนอแนะ

4. ปรับปรุงแก้ไขและสร้างมาตรฐาน (Action)

- จัดทำสร้างเป็นมาตรฐาน/จัดทำรูปแบบ/แนวทางการส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยวิกฤตินำไปเผยแพร่ปฏิบัติต่อไป ประชุมบริการชี้แจงแนวทางเพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกัน
- ชี้แจงและรายงานผู้บริหารให้รับทราบเพื่อการสนับสนุนการปฏิบัติ



กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยวิกฤติที่รับบริการรถรับ-ส่งต่อ ในปีงบประมาณ 2555

กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ บุคลากรที่ทำหน้าที่ในการรับ-ส่งผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 25 คน เวชกิจฉุกเฉิน 3 คน รวมทั้งหมด 30 คน

สถิติและเครื่องมือ ใช้สถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินผลแนวทางการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติ แบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินคุณภาพการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

ระยะเวลาในการดำเนินการ

ระยะเตรียมการ : ธันวาคม 2554, ระยะเวลาในการดำเนินการ: มกราคม 2555 – ธันวาคม 2555, ระยะเวลาในการประเมินผลงาน: กรกฎาคม 2555และ ธันวาคม 2555)

วิธีการประเมินผล

- ประเมินผลจากบุคลากรผู้ใช้งานรถรับ-ส่งต่อผู้ป่วยด้านประสิทธิภาพ
- ประเมินผลด้านความพร้อมใช้งาน ,ความปลอดภัยของรถ , ประเมินผลความพร้อมใช้ของวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือขั้นสูง , ยาและเวชภัณฑ์ในการส่งต่อโดยพยาบาลส่งต่อ โดยใช้แบบประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจแล้วเก็บรวบรวมข้อมูลมาประเมินผล
- ประเมินผลจากการประเมินคุณภาพในการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติโดยศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติทางไกล (ICU Hub) ทั้ง 6ด้านและประเมินจากรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยวิกฤติที่มีอาการทรุดลงขณะส่งต่อ



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

- CPG, WI , คู่มือการดำเนินการ

ตัวชี้วัดและผลลัพธ์

ตัวชี้วัดและผลลัพธ์			
เครื่องชี้วัด	เป้าหมายร้อยละ (%)	ผลลัพธ์	
		2554 (ก่อน)	2555 (หลัง)
1. อัตราผู้ป่วยวิกฤติที่มีอาการทรุดลงขณะส่งต่อได้รับการแก้ไขโดยพยาบาลส่งต่อที่ถูกต้องรวดเร็วตามแนวทาง	95	90.26	100
2. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยขณะส่งต่ออย่างต่อเนื่อง /มีระบบการติดต่อสื่อสารผ่าน Telemedicine และ Real Time , App Line	100	80	100
3. ความพร้อมใช้ของวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือและเวชภัณฑ์ยา	100	91.19	100
4. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติขณะส่งต่อ	0	3.14	0
5. ความพร้อมใช้ของรถส่งต่อและใช้รถประเภท	100	80	100
6.ผู้ป่วยวิกฤติถูกส่งต่อโดยพยาบาล/รถพยาบาล Mobile ICU	100	91.82	98.10
7.ผลการประเมินคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติผ่านเกณฑ์	95	90.26	98.10
8. บุคลากรและผู้บริหารเกิดความพึงพอใจ	90	78	97.14
9. บุคลากรปฏิบัติตาม CPG , WI , ระเบียบ/แนวทาง	95	91.75	98.10

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินการศึกษา พบว่ามีระเบียบแนวทางการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติ ทั้งก่อนส่งต่อและขณะส่งต่อที่ชัดเจน มีการจัดรถส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติเป็นรถไอซียูเคลื่อน (Mobile ICU) 2 คัน ส่งผลให้ร้อมใช้ร้อยละ 100 ไม่มีอุบัติการณ์รณเสียระหว่างการส่งต่อ มีพยาบาลที่จบเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติระหว่างส่งต่อ 4 คน พร้อมปฏิบัติงานหมุนเวียนการส่งต่อ 24 ชั่วโมง ร้อยละ 98.81 ความพร้อมใช้ของวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือขั้นสูง ยาและเวชภัณฑ์ในการส่งต่อร้อยละ 100 ผู้ป่วยวิกฤติที่มีอาการทรุดลงขณะส่งต่อ (หยุดหายใจ หัวใจหยุดเต้น ความดันโลหิตต่ำ) ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องเช่นการใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มและ



ช็อกไฟฟ้าหัวใจ การให้ยาฉุกเฉินกู้ชีวิต โดยพยาบาลส่งต่อ (Mobile ICU) ร้อยละ 97.33 การเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติขณะส่งต่อร้อยละ 0 มีระบบการติดต่อสื่อสารผ่าน Telemedicine แบบ Real Time เพื่อการส่งสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ รูปภาพและเอกสารการส่งต่อ ตลอดจนการโต้ตอบขอคำปรึกษาก่อนการส่งต่อ ขณะส่งต่อและติดตามผลการรักษาได้ ผลการประเมินเกณฑ์คุณภาพการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติผ่านเกณฑ์ร้อยละ 98.10 และเป็นหน่วยคุณภาพระดับจังหวัด และได้ผลการพัฒนาพัฒนาดังนี้

1. ในปี 2555 อัตราทูลงของผู้ป่วยขณะส่งต่อ 15 ราย จากกรณีผู้ป่วย post arrest 3 ราย Resuscitate ที่ ER แล้วพบว่าหัวใจยังเต้นอยู่จึงมีการรักษาแก้ไขและส่งต่อ มีการปั๊มหัวใจและช็อกไฟฟ้าหัวใจ รวมทั้งการให้ยาฉุกเฉินกู้ชีวิต โดยพยาบาลส่งต่อ (Mobile ICU) 2 ราย On ETT บนรถส่งต่อกรณีหายใจหอบมากหรือหยุดหายใจ 6 ราย ให้ยาเพิ่มความดัน 4 ราย การดูแลรักษาดังกล่าวนี้นี้ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิตส่งถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

2. ในปี 2555 มีการบันทึกการส่งต่อและมีการทบทวนคุณภาพการบันทึกอย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบจากแบบบันทึกการส่งต่อและใบตอบกลับการส่งต่อ

3. ได้มีการจัดหาอุปกรณ์การช่วยชีวิตที่ทันสมัย เช่น เครื่อง Volume ventilator, Note Book ส่งสัญญาณ Real time telemedicine เครื่อง Infusion pump, LMA, Defibrillator/AED, Monitor EKG 12 Lead ออกซิเจนถังเล็กพร้อมใช้, ETT ทุกขนาด, Laryngoscope handle, Laryngoscope blade, stylet for ETT, Glucometer, Pulse oxymeter, Eend-tidal CO2 Detector, Transport incubator, ยา AHD 10 รายการ โดยเอาไว้บนรถ ไม่ต้องยกขึ้นยกลงพร้อมใช้ได้เลย/ไม่เสียเวลาเตรียมและยังป้องกันการลืมน ส่วนรายการยาและการเก็บก็มีนวัตกรรม KED Box มีการตรวจสอบรถ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทุกวันทุกเวรร้อยละ 100 และพร้อมใช้ตลอดเวลาร้อยละ 100

4. พบว่ามีการจัดรถส่งต่อเป็น ALS และ BLS ส่วนรถ ALS นั้นเรียกรถส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติหรือรถไอซียูเคลื่อนที่ (Mobile ICU) 2 คัน ส่งผลให้รถมีพร้อมใช้ร้อยละ 100 และยังไม่มียุบัติการณ์รถเสียระหว่างการส่งต่อ

5. ผู้ป่วยวิกฤติได้รับการดูแลและการส่งต่อโดยพยาบาลที่จบหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (การดูแลผู้ป่วยวิกฤติระหว่างส่งต่อ) ทุกราย ซึ่งในปี 2555 ทำได้ร้อยละ 98.81 ส่วนอีกร้อยละ 1.19 ใช้พยาบาลวิชาชีพส่งต่อเนื่องจากมีผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องส่งต่อซ้อนกัน

6. มีระบบการติดต่อสื่อสารผ่าน Telemedicine แบบ Real Time เพื่อการส่งสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ รูปภาพและเอกสารการส่งต่อ ตลอดจนการโต้ตอบขอคำปรึกษาก่อนการส่งต่อ ขณะส่งต่อและติดตามผลการรักษาได้ แต่บางช่วงระหว่างการเดินทางอาจไม่มีสัญญาณ Internet ทำให้สัญญาณ Real Time ขาดหายไปคงเป็นโอกาสพัฒนาต่อไป และมีการนำ iPad Line App มาใช้ในการสื่อสารควบคู่ไปด้วย

7. ผลการประเมินเกณฑ์คุณภาพการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติโดยศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติทางไกล (ICU Hub) ทั้ง 6 ด้านผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 98.10

8. มีรูปแบบ ระเบียบ และแนวทางการการส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ชัดเจน

9. ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรและผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในการใช้แนวทางการส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยวิกฤติขณะส่งต่อ ร้อยละ 97.14

10. เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงาน 1 ใน 3 แหล่งฝึกของพยาบาลหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน วทบ.พระมงกุฎเกล้า



อภิปรายผลการวิจัย

แนวทางการส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่คณะได้ศึกษานี้เป็นแนวทางที่ดีมีคุณภาพและประสิทธิภาพ การศึกษาในครั้งนี้ประสบผลสำเร็จด้วยดีจากการสนับสนุนของผู้บริหารที่เห็นความสำคัญของปัญหาและแนวทางการพัฒนา ควรมีการเผยแพร่นำไปใช้กับโรงพยาบาลที่มีบริบทเหมือนกันเพื่อแนวทางที่ดีสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป โดยเฉพาะรูปแบบไอซียูเคลื่อนที่ (Mobile ICU) ในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติ

การเรียนรู้ที่ได้รับ ตามรอยในสิ่งที่ทำ นำมาสู่งานประจำที่ดียิ่งขึ้นส่งผลให้คุณภาพในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติเพิ่มมากขึ้นด้วย การพัฒนาสมรรถนะของวิชาชีพเพื่อมาตรฐานการบริการและเกิดความภาคภูมิใจ แรงบันดาลใจในการทำงานสร้างสรรค์ผลงานต่อไป

แผนที่จะทำส่งต่อไป 1) แกะไขสัญญาณ Real Time ที่ขาดหายไปช่วงระหว่างการเดินทาง กิโลเมตรที่ 25- 35 โดยการติดตั้งสัญญาณ 2) ส่งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉินเพิ่มให้ครบ 100 % เพื่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ครอบคลุมเพิ่มสมรรถนะการพยาบาล 3) แนวทางการให้คำปรึกษาในการดูแล/ส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติ ผ่าน Line App ของกู้ชีพตำบล / รพ.สต.

ภาพการจัดทำ





การเตรียมยาฉุกเฉิน

ก่อนทำ



หลังทำ



การส่งต่อข้อมูล Telemedicine





OR 2.2 ผลการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

จิรารัตน์ ทรัพย์เกิด* นวลจันทร์ ชันธุแสง* กรรณิการ์ อุดรพิมพ์**

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใส่ท่อช่วยหายใจเป็นหัตถการที่พบได้บ่อยในภาวะวิกฤต เพื่อจัดการกับทางเดินหายใจและพยุงชีวิต ช่วยการหายใจในภาวะฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เอง มีภาวะขาดออกซิเจน ไม่รู้สึกตัว มีภาวะหยุดหายใจ และหัวใจหยุดเต้นต้องให้ฟื้นคืนชีพโดยด่วน หรือเพื่อสะดวกในการใช้เครื่องช่วยหายใจและเพื่อดูดเสมหะ โดยใส่ผ่านทางปาก (Orotracheal intubation) หรือผ่านทางจมูก (nasotracheal intubation) ส่วนใหญ่นิยมใส่ผ่านทางปาก (Scales & Pilsworth, 2007) การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางหลอดลมคอและการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นหัตถการที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะคุกคามของชีวิต ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางหลอดลมคอจึงต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการกลับมาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการของตนเองได้ จึงเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ คือการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด หรือผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเอง และอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ (Liu, Chou, 7 Yeh, 2008) ซึ่งจากการศึกษาผลการวิจัยพบว่าการกลับมาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำผู้ป่วยจะมีอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้น รวมทั้งระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น ที่สำคัญที่สุดคืออัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นนั่นเอง (สิริรัตน์ , 2007)

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 540 เตียง ให้บริการระดับทุติยภูมิ (2.3) ให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ผู้ใหญ่ จำนวน 16 เตียง ประกอบด้วยงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และอายุรกรรม มีนโยบายด้านการบริการรักษาพยาบาล คือเน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นเป้าหมายหลัก ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเป็นอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อย โดยพบว่าจากสถิติของของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในปี พ.ศ. 2554 คิดเป็น 13.62/1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวนวันนอนเฉลี่ย 7.40 วัน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 62,376.07 บาท/ราย ปี พ.ศ. 2555 คิดเป็น 13.00/1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวนวันนอนเฉลี่ย 4.62 วัน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 73,984.20 บาท/ราย จากการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดมีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งปัจจัยภายในได้แก่ความไม่สุขสบายจากความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ภาวะAgitation โดยผู้ป่วยจะไม่อยู่นิ่ง พักไม่ได้ และมีการเคลื่อนไหวของร่างกายมากเกินไปโดยไม่มีเป้าหมาย ส่วนปัจจัยภายนอกได้แก่ การผูกมัดที่หลวมจนเกินไป การให้นอนหลับหรือยาแก้ปวดไม่เพียงพอ ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ที่พบ คือผู้ป่วยมีภาวะ Agitation แล้วดึงท่อช่วยหายใจออกหรือทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ทางงานผู้ป่วยหนักจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนางานเพื่อลดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยที่มีภาวะ Agitation โดยได้พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันผู้ป่วยดึงและเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจมาใช้ในหน่วยงาน เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 กันยายน 2556 ประโยชน์ในการดำเนินการครั้งนี้จะช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดค่ารักษาพยาบาลและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อลดอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
 - 2.1 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ
 - 2.2 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย : รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยในงานประจำ

สถานที่ดำเนินการ : สถานที่ดำเนินการวิจัยคืองานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และงานห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กลุ่มเป้าหมาย : ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษางานห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

ขั้นตอนการวิจัย : ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมการ : ศึกษาแนวคิด รายงาน สถิติ วิเคราะห์รูปแบบ กำหนดขอบเขต และกรอบแนวคิด
2. ระยะดำเนินการ : กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และนำแนวทางปฏิบัติสู่การปฏิบัติ
3. ระยะหลังดำเนินการ : วัดประสิทธิผลของการนำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจไปใช้ และสรุปรวบรวมอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล : ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและคณะ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจทุกเวร และสรุปทุกสิ้นเดือน

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล : อธิบายการเกิดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดต่อพันวันใส่ท่อช่วยหายใจ ค่าของอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

$$= \frac{\text{จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในช่วงที่รวบรวมข้อมูล} \times 1,000}{\text{จำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจในระยะที่รวบรวมข้อมูล}}$$

จำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจในระยะที่รวบรวมข้อมูล



ผลการวิจัย

อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจรายเดือน

ผลการวิจัย/ เดือน	ต.ค.55	พ.ย.55	ธ.ค.55	ม.ค.56	ก.พ.56	มี.ค.56	เม.ย.56	พ.ค.56	มิ.ย.56	ก.ค.56
อัตราการ เกิดท่อช่วย หายใจเลื่อน หลุด	8.55	12.82	27.52	13.30	8.47	24.27	5.26	5.26	21.28	11.66
วันนอนพ. เฉลี่ยของ ผู้ป่วยใส่ท่อ ช่วยหายใจ	6.42	11.41	12.65	6.92	8.10	15.67	5.33	7.37	7.37	8.44
ค่าใช้จ่าย เฉลี่ย	70,204.08	89,992.30	94,593.81	63,728.17	71,153.41	114,056.55	58,874.29	62,640.65	50,500.65	73,112.38

อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 14.20 ต่อพันวันใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อวิเคราะห์รายเดือนพบว่าในเดือนที่มีอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจสูงสุดคือเดือนธ.ค. 2555 (อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 27.52 ต่อพันวันใส่ท่อช่วยหายใจ) ซึ่งพบว่ามีวันนอนเฉลี่ยของการใส่ท่อช่วยหายใจสูงสุด (12.65วัน) ส่วนในเดือนที่มีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจต่ำสุดคือ เดือนเม.ย.2556 จะมีวันนอนเฉลี่ยของการใส่ท่อช่วยหายใจน้อยสุด (5.33 วัน) ในด้านค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายคิดเป็น 74,885.63 บาทต่อราย

การประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจพยาบาลพบว่า 86 % ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้ครบถ้วน และ 14 % ปฏิบัติตามแนวทางได้ไม่ครบถ้วน

วิเคราะห์สาเหตุพบว่า เกิดจาก การขาดความ ตระหนักในการดูแลและเฝ้าระวัง, บุคลากรใหม่ ขาดประสบการณ์, การเฝ้าระวังในช่วงเวรตึก ลดลง ประเด็นกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน

1. การจัดหาอุปกรณ์ช่วยสื่อสารขณะคาท่อช่วยหายใจ
2. การจัดให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยข้างเตียงขณะผู้ป่วยสับสนกระสับกระส่าย
3. การประเมินตำแหน่งท่อช่วยหายใจทุกเวร
4. การระมัดระวังท่อช่วยหายใจขณะเคลื่อนย้าย/ทำหัตถการ
5. การบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังและภายหลังการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด



ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้โดยอิสระ และมีประโยชน์แก่ผู้ป่วย สามารถลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลงได้
2. ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป ควรนำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่นที่มีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทั่วทั้งองค์กร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมา

เอกสารอ้างอิง

- โครงการสวัสดิการวิชาการ สพช. (2538). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. เล่ม 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญ
- ยุพา วงศ์สไตรและคณะ. (2551). “แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ” *วารสาร Rama Nurs J* 14, 3 (September-December): 347-365.
- วิจิตรา เล้าตระกูลและคณะ (2554) “การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ” *วารสารกอง การพยาบาล* 38, 3 (กันยายน – ธันวาคม): 66-75.
- ฉวีวรรณ ชงชัย. เอกสารประกอบการสอน. ICU delirium and ICU psychosis. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Shu-Hui Yeh (2003) “Implications of Nursing care in the Occurrence and consequences of unplanned extubation in adult Intensive care units” ค้นคืนวันที่ 28 กรกฎาคม 2556 จาก <http://www.elsevier.com/locat/ijnurstu>



OR 3.1 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในโครงการพุทธรักษา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา* แสงจันทร์ เกณทวี*
พูนศรี แคนดี* ธฤตา ไพรทวิพงศ์*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน การดำรงชีวิตประจำวันเปลี่ยนไป ผู้ป่วยมะเร็งต้องต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองมากมาย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นที่ทราบดีว่าครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ก็ได้รับผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้ป่วยอย่างแน่นอน ไม่ว่าจะเป็นวินิจฉัยของแพทย์จะระบุว่ามะเร็งจะอยู่ในระยะ 1 ระยะ 2 ระยะ 3 หรือระยะ 4 จากสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปีพ.ศ. 2537 ระบุ โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก เป็นสาเหตุการตายประมาณ ร้อยละ 13 ของคนตาย ทั้งหมด ซึ่งเป็นจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 18 ล้านคน และมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 9 ล้านคน ในทุกๆปี และองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็ง(ฝ่ายแผนงานและสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2537) จากรายงาน Cancer in Thailand Volume (2001 - 2003) ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2553 ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี พบผู้ป่วยมะเร็งชาย 3 อันดับแรก คือ 1) มะเร็งตับและท่อน้ำดี อัตรา 74.9 อันดับ 2) มะเร็งหลอดลม และปอด อัตรา 22.3 อันดับ 3) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อัตรา 13.5 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยมะเร็งหญิง 3 อันดับแรก อันดับ 1 มะเร็งตับและท่อน้ำดี อัตรา 34.7 อันดับ 2 มะเร็งปากมดลูก อัตรา 23.3 อันดับ 3 มะเร็งเต้านม อัตรา 21.7 ต่อแสนประชากรอัตรา 127.7 และ 125.5 ต่อแสนประชากร (Khuhaprema, Srivatanakul ,Attasara, Sriplung, Wingnon, Sumitsawan, 2010) จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ปี พ.ศ. 2553; 2554; 2555 มีจำนวน 9624; 10559; 11299 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยระยะประคับประคองเฉลี่ยปีละ 968 ราย

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นสภาวะที่ผสมผสานระหว่างกาย จิต อารมณ์ สังคม เป็นมุมมองของบุคคลแต่ละคนที่มีต่อสภาวะของชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่ที่คนนั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความหวังใยของเขา การประเมินคุณภาพชีวิตมีความสำคัญอย่างมากในการที่จะเข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบต่อผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเองเป็นประโยชน์ในการติดตามประเมินภาวะสุขภาพของประชากรใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการรักษา และการดูแลทางสุขภาพ ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (เสาวลักษณ์ ตันติเจริญสิน, จิตรา ศิวรักษ์ คะนิงนิจ พงศ์ถาวรกุล, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2555)

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี



องค์การอนามัยโรคได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่เป็นสุขทางกาย (Physical well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางใจ (Mental well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม (Social well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ซึ่งภาวะที่เป็นสุขทั้งสี่มิติเป็นองค์รวมแยกกันมิได้ แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลต้องดูแลผู้รับบริการให้มีภาวะที่เป็นสุขทั้งสี่มิติ แต่ปัจจุบันสถานพยาบาลส่วนใหญ่เน้นสุขภาวะทางกาย ด้านการรักษาเป็นหลัก ส่วนสุขภาวะด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณเป็นอันดับรอง โดยเฉพาะการดูแลในมิติจิตวิญญาณยังขาด ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, อุดมวรรณ วันศรี, 2554) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคคุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ซึ่งมีใช่เป็นเพียงอาการของความผิดปกติทางร่างกายเท่านั้น แต่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากสภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย รวมทั้งการให้คำแนะนำต่อญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของแต่ละบุคคล เท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,099 เตียง ในระดับตติยภูมิ เป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านอุบัติเหตุ โรคหัวใจ และมะเร็ง ให้บริการผู้ป่วยในเขตอีสานใต้ และผู้ป่วยที่มีภาวะโรคยุ่งยากซับซ้อน โรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ต้องการการดูแลรักษาแบบองค์รวม โดยสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงกลุ่มมะเร็งที่มีระยะโรคลุกลาม และรุนแรง มีผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนหนึ่ง เมื่อโรคกลับเป็นซ้ำ รักษายากขึ้น ระยะโรคลุกลาม ยากที่จะควบคุมหรือรักษาให้หายขาดด้วยวิธีการแพทย์ที่ทันสมัย เช่น การรักษาด้วยเคมีบำบัด การฉายแสง หรือการผ่าตัด การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด หรือการผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาไม่หายและอยู่ในระยะสุดท้าย จะต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย สมรรถนะของร่างกายจะถดถอยลง จนอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องมีผู้ดูแลช่วยในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ดังนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องพึ่งพิงผู้ดูแลที่มีความเข้าใจในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สุขสบาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน

จากสถานการณ์ดังกล่าวการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นเรื่องละเอียดอ่อน บุคลากรทางการแพทย์ต้องใช้ทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมะเร็งในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยหวังผลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว รักษาอาการทรมานให้น้อยที่สุด ช่วยบรรเทาความปวดความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานอื่นๆที่เกิดขึ้น หากผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมการดูแลให้ครอบคลุมด้านร่างกายเช่น ความปวด อาการไม่สุขสบายอื่นๆ (symptom management) การดูแลด้านจิตสังคม (psychosocial support: play therapy, emotional support, economic support, schooling) ตลอดจนการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual care) ตามความเชื่อ ค่านิยมในแต่ละครอบครัว ขณะอยู่ในโรงพยาบาลและกลับบ้านได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านมีส่วนส่งผลให้คุณภาพชีวิตในระยะสุดท้ายดีขึ้น สอดคล้องกับเป็นโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเล็งเห็นความสำคัญ จึงเกิดโครงการพุทธรักษาขึ้น พร้อมจัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพต่อเนื่อง (Continuing Health Care) งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล ขึ้นจัดระบบการให้บริการและให้คำปรึกษาให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นการ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมกิจกรรม ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลครอบคลุมด้าน



ร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ(spiritual care) ตามความเชื่อ ค่านิยมในแต่ละครอบครัว จากโรงพยาบาลสู่บ้านมีการส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขใกล้เคียง ให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องอันส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะท้ายดีขึ้น จากการดูแลผู้ป่วยนาร่อง 15 หน่วยงาน ทำให้พบปัญหาผู้ป่วยในแต่รายแตกต่างกันออกไป จึงมีคำถามจากผู้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะท้ายที่ให้การรักษาแบบประคับประคอง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด และมีปัจจัยอะไรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ประกอบกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ยังไม่มียุทธศาสตร์งานไหนสำรวจ ดังนั้นงานผู้ป่วยนอกจึงจัดทำงานวิจัยคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยระยะประคับประคองในกลุ่มพุทธรักษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

คำถามงานวิจัย

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองในโครงการพุทธรักษา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับใด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะประคับประคอง (วิจัยต่อระยะที่ 2)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโครงการพุทธรักษา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในโครงการพุทธรักษา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา(Descriptive study) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในโครงการพุทธรักษา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและจิตวิญญาณ ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2555-มกราคม 2556

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Reserch)

ประชากร การวิจัยครั้งนี้ ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ในโครงการพุทธรักษางานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 70 ราย



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือก แบบเจาะจง (purposive sampling)ในการทดลองครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง

70 ราย

Inclusion criteria

1. อายุ 15 ปีขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
3. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้
4. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

Exclusion criteria

5. มีอาการเจ็บป่วยจน ทำให้ไม่สามารถสื่อสารหรือดำรงสติได้
6. ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

- ข้อมูลส่วนบุคคล
- ข้อมูลด้านสุขภาพ

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนา
มาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิตซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นอัตวิสัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่น
อยู่กับบริบททางวัฒนธรรมสังคมและสภาพแวดล้อมเพราะว่านิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่อง
คุณภาพชีวิตของผู้ตอบ ไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะมีผลต่อคุณภาพชีวิต

คุณสมบัติของเครื่องมือวัด

เป็นเครื่องมือวัดที่พัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อโดยทำการ
เลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อจากแต่ละหมวดใน 24 หมวดและรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไป
โดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha
coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับ
ภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือแบบภาวะวิสัย
(Perceived Objective) และอัตวิสัย (Self-report Subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพ
ชีวิต 4 ด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อ
ชีวิตประจำวันเช่นการรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย การรับรู้ถึง
ผลกระทบในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถ
ในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน เป็นต้น (7ข้อ)

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้
ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง
การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเองการรับรู้ถึงความคิดความจำสมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้
เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวลการรับรู้เกี่ยวกับความ



เชื่อต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่นการรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่นๆที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคเป็นต้น (6ข้อ)

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่นการรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมการรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วยรวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ (3ข้อ)

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตเช่นการรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขังมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิตการรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆการคมนาคมสะดวกมีแหล่งประโยชน์ด้านการเงินการรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆการรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรม สันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่างเป็นต้น (8ข้อ)

ซึ่งการให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อและข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อคือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับให้ผู้ตอบเลือกตอบ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลยรู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ้างรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลางรู้สึกพอใจระดับกลางๆหรือรู้สึกแยระดับกลางๆ

มาก หมายถึงท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆรู้สึกเช่นนั้นมากรู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึงท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกดีว่าสมบูรณ์รู้สึกพอใจมากที่สุด

การให้คะแนนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจะมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อและข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อดังนี้

ข้อคำถามทางบวกได้แก่ข้อ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26

ข้อคำถามทางลบได้แก่ข้อ 2, 9, 11

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ไม่เลย	1 คะแนน	5 คะแนน
เล็กน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน

การแปลผลโดยเมื่อรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไรนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน	26 – 60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน	61 – 95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ
คะแนน	96 – 130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เมื่อได้คะแนนรวมออกมาแล้วสามารถแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยนำมาวิเคราะห์แยกเป็นองค์ประกอบต่างๆได้ดังนี้

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

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23
องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องคำถามและวัตถุประสงค์ นำมาคำนวณค่า IOC ให้ได้ค่า > 0.5
 2. การตรวจสอบหาความเที่ยง(Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ 0.89
- การวิเคราะห์และสถิติที่ใช้
การแจกแจงความถี่ ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิต ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1. ร่างกาย 2. จิตใจ 3.สังคม 4. สิ่งแวดล้อม และโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x} = 80.18$ $SD = 14.45$ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 61.4 รับรู้และยอมรับการเจ็บป่วยร้อยละ 74.3 มีผู้ดูแลหลักเป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอด มีความรุนแรงของโรคมะเร็งในระยะที่ 4 ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ร้อยละ 38.6 ไม่มีความต้องการใดๆในชีวิตในขณะที่เจ็บป่วย ร้อยละ 51.4 ระยะเวลาในการรักษา น้อยกว่า 1 ปี เข้าร่วมโครงการพุทธรักษา 1 -3 เดือน



ข้อเสนอแนะ

1. จัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเชิงรุกที่งานผู้ป่วยนอกทั้งกลุ่มผู้ป่วยและยังไม่ป่วยให้ตระหนักถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งเพราะกลุ่มเป้าหมายไม่ทราบสาเหตุในการเจ็บป่วยร้อยละ 51.4

2. ให้ผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษาระดับประคับประคอง ตั้งแต่ระยะต้นๆ เพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ..ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทของแต่ละครอบครัว

บทเรียนที่ได้รับ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งไม่ว่าจะอยู่ในระยะใดของโรค ก็ล้วนแล้วแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเช่นกัน การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การใช้ธรรมะเยียวยาตนเองหรือแม้แต่การได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณเช่นการทำพิธีต่อชะตาก็เป็นการดูแลแบบประคับประคองส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเช่นกัน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 1) มีนโยบายชัดเจนจากผู้บริหาร 2) มีทีมงานที่เข้มแข็งโดยสหสาขาวิชาชีพ 3) มีเครือข่ายในการส่งต่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องร่วมกันทั้งจังหวัด

การสนับสนุนที่ได้รับจากผู้บริหารหน่วยงาน/องค์กร 1) จัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพต่อเนื่องดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ในงานผู้ป่วยนอก 2) ให้ผู้รับผิดชอบงานเข้ารับการอบรมหลักสูตรอนสาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 3) จัดอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งภายในโรงพยาบาลและในเครือข่ายจังหวัดทั้งหมด 500 คน 4) จัดให้มีศูนย์เครื่องมือแพทย์เช่นถัง ออกซิเจน ที่นอนลมไฟฟ้า เครื่องดูดเสมหะสำหรับให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน 5) ให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงานและเสริมพลังใจโดยการจัดหลักสูตรปฏิบัติธรรมคนทำงานในทุกๆปี

คำจำกัดความ

คุณภาพชีวิต องค์การอนามัยโลก (World Health Organization :WHO) ให้ความหมายว่า คุณภาพ

ชีวิต เป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคมโดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรมค่านิยมมาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่นสวัสดิการและบริการในด้านต่างๆตลอดจนลักษณะทางการเมืองการปกครองในสังคมที่อาศัยอยู่และสามารถประเมินคุณภาพชีวิต ในด้านวัตถุวิสัย (objective approach) และด้านจิตวิสัย (subjective approach) (The WHOQOL group, 1994 อ้างถึงในวรรณากุมารจันทร์, 2543: 4) ศิริ ฮามสุโพธิ์(2536, sohk 33) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหากับสังคม เป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตที่ซบซึ้ง สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ค่านิยมของสังคม สามารถแก้ไขปัญหา ตลอดจนการแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่

คุณภาพชีวิต (Ferrans. 1997) คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งประเมินได้จากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบของชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ประเพณี วัฒนธรรมของแต่ละสังคมที่บุคคลมีชีวิตรอยู่

มะเร็ง (cancer) มาจากคำว่า “karkinos” ในภาษากรีกแปลว่า “ปู” ทั้งนี้เพื่อให้ชื่อสามารถแสดงการเกิดของมะเร็งซึ่งเกิดขึ้นได้ทุกอวัยวะในร่างกายคล้ายปูที่มีชีวิตอยู่ได้ทั้งบนดินใต้ดินและในน้ำ ลักษณะของก้อนมะเร็งซึ่งลุกลามจากตำแหน่งที่เกิดออกไปรอบๆคล้ายปูที่มีขาจำนวนมากเกือบรอบตัว และการ



แพร่กระจายของมะเร็งที่คล้ายกับปูซึ่งเป็นสัตว์ที่สามารถเคลื่อนตัวไปได้ทุกทิศทุกทาง(รศ. พัทธมนต์ คุ่มทวีพร. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง การป้องกันและการดูแล 2553;11)

โรคมะเร็งเป็นชนิดหนึ่งของโรคเรื้อรังที่เกิดกับทุกอวัยวะ เนื่องจากมีสาเหตุและปัจจัยเสริมต่างๆ ร่วมกันทำให้หน่วยพันธุกรรมของเซลล์ผิดปกติแต่สามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ จึงแบ่งเซลล์เป็นกลุ่มเซลล์เกิดใหม่ซึ่งไม่อยู่ในการควบคุมของร่างกาย คือ มีการเจริญเติบโตผิดปกติ มีการลุกลามเข้าไปแทนที่เซลล์ปกติ และมีการแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย ทำให้เซลล์ผิดปกติตลอดจนถึงอวัยวะล้มเหลวในการทำหน้าที่ และผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด (รศ. พัทธมนต์ คุ่มทวีพร. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง การป้องกันและการดูแล 2553;12)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminal stage) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคต่างๆ ลุกลาม จนรักษาไม่หาย และแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆ อีกต่อไปนอกจากการรักษาดูแลแบบประคับประคองตามอาการ จนเสียชีวิต (อรรพรรณ รัตนสุวรรณ วทบ.พยาบาลศาสตร์)

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโครงการพุทธรักษา งานผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการ รพศ. สรรพสิทธิประสงค์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์วินิจฉัยว่า เป็นโรคมะเร็ง และได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโครงการพุทธรักษางานผู้ป่วยนอก โดยทีมสหวิชาชีพ

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (physical domain) หมายถึง

การรับรู้สภาพด้านร่างกาย ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (psychological domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง

คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) หมายถึง การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของ ตนกับบุคคลอื่น

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (environment) หมายถึง การรับรู้สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

เอกสารอ้างอิง

ปราณี ทองใส ภาวิณี สุขสาคร และพรฤดี นราสงค์. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.** วารสารศิริราชพยาบาล 2552; 2:24-34.

กัญญารัตน์ ชูชาติ และคณะ. **คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังโพรงจมูกระยะลุกลามเฉพาะที่ที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดการบำบัดควบคู่กับรังสีรักษา.** สงขลานครินทร์เวชสาร 2553; 28: 127-137.

ธัญญา น้อยเปียง. **การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุก ทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2544.



ตารางที่ 1 แสดงผลข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
- เพศ : ชาย	45	64.3
- อายุ : 60-79 ปี	45	64.3
- สถานภาพ : สมรส	53	75.7
- บทบาทในครอบครัว หัวหน้าครอบครัว	43	61.4
- สมาชิกในครอบครัว 4 – 6 คน	30	52
- ศาสนา พุทธ	70	100
- ระดับการศึกษา : ประถมศึกษา	61	87.1
- อาชีพ : เกษตรกรรม	37	52.9
- แหล่งได้หลัก : ประกอบอาชีพ	26	37.1



ตารางที่ 2 แสดงผลข้อมูลด้านสุขภาพ

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
- ผู้ดูแลสุขภาพ : สามเณร/ภรรยา	28	40.0
- ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ: สามเณร/ภรรยา	27	38.6
- ท่านได้รับทราบการเจ็บป่วยจากการบอก- - ของแพทย์ : ทราบ. โรคมะเร็ง	52	74.3
- ระยะของโรค : ระยะที่ 4	60	85.7
- การรักษาที่ได้รับ : เคมีบำบัด	35	50
- ระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษา : น้อยกว่า 1 ปี	46	65.7
- สาเหตุจากการเจ็บป่วย : ไม่รู้	36	51.4
- สิ่งต้องการมากที่สุด : ไม่มี	27	38.6
- รับบริการ: รพช.	46	65.7
- ระยะเวลาโครงการพุทธรักษา : 1-3 เดือน	53	70.7



ตารางที่ 3 แสดงผลระดับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	x	S.D	ระดับ
ร่างกาย	20.17	5.27	ปานกลาง
จิตใจ	18.56	4.38	ปานกลาง
สังคม	10.27	1.89	ปานกลาง
สิ่งแวดล้อม	25.4	3.42	ปานกลาง
โดยรวม	80.18	14.45	ปานกลาง

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามระดับของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ร่างกาย	27.1%(19)	55.7%(39)	12%(12)
จิตใจ	17.1%(12)	64.3%(45)	18.6%(13)
สังคม	8.6%(6)	72.9%(51)	8.6%(13)
สิ่งแวดล้อม	1.4%(1)	90%(63)	8.6%(6)
โดยรวม	11.4%(8)	74.3%(52)	14.3%(10)



OR 3.2 นวัตกรรมเรื่อง ABCDE นี้ดีหนักหนาเมื่อขึ้นรถมา: สะดวก ปลอดภัย พึงพอใจ และมีคุณภาพของงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

จักรพงษ์ ปิติโชคโกคินท์ * สุภาพร เจริญวงศ์ *
นันทน์ภัส ปิติโชคโกคินท์ *

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการบริการสุขภาพในปัจจุบัน มีความจำเป็นต้องให้ประชาชนได้รับบริการที่ครอบคลุมทั่วถึง และเท่าเทียมกัน (Equity) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) คุณภาพ (Quality) และสามารถตรวจสอบได้ (Accountability) ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และเมื่อผู้ป่วยมีอาการวิกฤติ ฉุกเฉินเกินศักยภาพการรักษาของโรงพยาบาลมีการรับ-การส่งต่อผู้ป่วยได้ทันเวลา

ระบบบริการการรับและการส่งต่อผู้ป่วยจึงเป็นระบบงานที่ผู้ให้บริการสุขภาพรู้จักกันดีและมีการดำเนินการเพื่อพัฒนาให้ระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยดีขึ้นอย่างต่อเนื่องเรื่อยมาการจัดการระบบการรับ-การส่งต่อผู้ป่วยเมื่อเกินศักยภาพของโรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนเตรียมการทั้งทางด้านยานพาหนะ บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ วัสดุอุปกรณ์ในการดูแลรักษาให้มีความเพียงพอและพร้อมใช้งานอยู่เสมอ

โรงพยาบาลเขมราฐ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ซึ่งอยู่ในเขตชนบท ติดกับชายแดนไทย ลาว ห่างไกลจากจังหวัดอุบลราชธานี 110 กิโลเมตร มีแพทย์ประจำ 5 คน ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทาง เมื่อมีผู้ป่วยที่เกินศักยภาพการรักษาของโรงพยาบาล ทั้งผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินหรือผู้ป่วยวิกฤติมาใช้ บริการ จากการเดินทางมาเองหรือมาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จะมีการส่งต่อไปรักษาและตรวจวินิจฉัยขั้น สูงยังโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และอีกปัญหาความไม่พร้อมของโรงพยาบาล แพทย์ กลัวปัญหาการฟ้องร้องที่อาจเกิดขึ้นทำให้มีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยที่สูงขึ้น จากสถิติในปีงบประมาณ 2553 มีการส่งต่อผู้ป่วยโดยการใช้อุปกรณ์ยานพาหนะ 2,600 ราย และปีงบประมาณ 2554 มีจำนวน 3,204 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ของจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมด ในจำนวนนี้มีการประเมินเกณฑ์คุณภาพ 5 ด้าน 1) การดูแลทางเดินหายใจ 2) การช่วยหายใจ 3) การตาม 4) การห้ามเลือด 5) การให้ยาและสารน้ำ ของ ศูนย์ส่งต่อในระดับจังหวัดพบว่าโรงพยาบาลเขมราฐ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90.50 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์การประเมิน คุณภาพกำหนดให้ผ่านร้อยละ 95 ส่วนสถิติการออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในปีงบประมาณ 2554 มีจำนวน 251 ครั้ง พบปัญหาความไม่พร้อมใช้งานของวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ อุปกรณ์เครื่องมือหาไม่ เจอ อุปกรณ์มีไม่เพียงพอ จำนวน 60 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 23.9 เฉลี่ยระยะเวลาการเตรียมอุปกรณ์นาน 8 นาทีต่อการปฏิบัติภารกิจ

ดังนั้นงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินซึ่งรับผิดชอบงานด้านศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินและศูนย์ประสานงานส่ง ต่อของโรงพยาบาล จึงได้เก็บรวบรวมข้อมูล ทบทวนปัญหาและประเมินคุณภาพการให้บริการการรับและการ ส่งต่อผู้ป่วย พบว่าปัญหาด้านการจัดหมวดหมู่วัสดุอุปกรณ์บรรจรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจัดวางไม่เป็นหมวดหมู่ ไม่มี

*โรงพยาบาลเขมราฐ อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี



สะดวกต่อการใช้งาน ค้นหายาก ไม่เพียงพอและไม่พร้อม(ขาด)ต่อการใช้งาน การจัดวางเครื่องมือไม่ปลอดภัยเสี่ยงต่อการตกจากที่วางแล้วแตกชำรุดได้ จากปัญหาที่กล่าวมาเบื้องต้นแม้ว่าโรงพยาบาลจะมีระเบียบแนวทางการส่งต่อ หรือตัวเจ้าหน้าที่บุคลากรที่ทำหน้าที่รับ-ส่งต่อนั้นมีความรู้ ความสามารถและมีความเหมาะสมดี แต่ถ้ายังพบปัญหาด้านวัสดุอุปกรณ์บนรถรับ-ส่งผู้ป่วยไม่มีความพร้อม ความเพียงพอ ความสะดวกก็จะส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะรับและขณะส่งต่อลดลงไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินจึงได้จัดทำนวัตกรรมรูปแบบการจัดการวัสดุอุปกรณ์บนรถรับ-ส่งต่อผู้ป่วยขึ้น โดยยึดหลัก ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Drug, Equipment) ในการจัดหมวดหมู่เพื่อให้เกิดความเป็นระเบียบหมวดหมู่ ความสะดวก ความปลอดภัย สามารถลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์ สามารถตรวจสอบความพร้อมใช้งานและความเพียงพอได้ง่ายนำมาสู่การเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเพิ่มคุณภาพในการบริการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพของวัสดุอุปกรณ์ในรถรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนการดำเนินการผสมผสาน กับวงจรแห่งการพัฒนาคุณภาพ (PDSA Cycle) มี 4 ขั้นตอน คือ

1. ค้นหาปัญหา/วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์
2. ออกแบบหาแนวทางการแก้ไขปัญหา/ออกแบบแนวทางในการจัดหมวดหมู่ของวัสดุอุปกรณ์
3. ดำเนินการปฏิบัติงาน ทดสอบแนวทาง/แก้ไขและเปรียบเทียบ สำนวความพึงพอใจ
4. วิเคราะห์สรุปผล /เผยแพร่ นำมาปฏิบัติ

กระบวนการดำเนินการ

5. การวางแผนการ (Plan)

- สำนวปัญหา/ วิเคราะห์ปัญหาและข้อมูล
- รวบรวมข้อมูลมาวางแผน
- แจ้งหัวหน้าหน่วยงานผู้บริหารรับทราบ
- ออกแบบนวัตกรรม และสร้างนวัตกรรม รูปแบบ ABCDE
- ประชุมชี้แจงสร้างแนวทางปฏิบัติ

6. ปฏิบัติตามแผน (Do)

- ใช้หลัก ABCDE มาปฏิบัติจัดหมวดหมู่วัสดุอุปกรณ์บนรถ
- ประชุมและร่วมกันลงมือจัดทำตามแผน
- นำมาทดลองใช้งานจัดหมวดหมู่วัสดุอุปกรณ์บนรถ

7. ศึกษาผล/ประเมินผลงาน (Study)

- ศึกษาผลการทดลองใช้งานอุปกรณ์บนรถ
- สำนวความสะดวก ความเพียงพอ ความพร้อมใช้ ความปลอดภัยและความพึงพอใจของบุคลากร



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

- เก็บข้อมูลมาอภิปรายผล

8. สร้างมาตรฐาน/ วิเคราะห์สรุปผล/ อภิปรายผล (Action)

- วิเคราะห์สรุปผล
- นำแนวทางและรูปแบบ ABCDE ในการจัดวัสดุอุปกรณ์บรรณ มาเสนอ
- จัดทำสร้างเป็นมาตรฐาน/ เผยแพร่นำมาปฏิบัติ

กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่รับบริการมารับ-ส่งต่อผู้ป่วย ของโรงพยาบาลเขมราฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ แพทย์ พยาบาล เวชกิจฉุกเฉินที่ทำหน้าที่รับ-ส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 30 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

สถิติและเครื่องมือ สถิติที่ใช้ คือจำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินผลแนวทางการจัดวัสดุอุปกรณ์ในรรับ-ส่งต่อผู้ป่วย,แบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินคุณภาพ

ระยะเวลาในการดำเนินการ

ระยะเตรียมการ: ตุลาคม ปี พ.ศ. 2554

ระยะเวลาในการดำเนินการ : พฤศจิกายน ปี 2554 – ตุลาคม ปี พ.ศ. 2555

ระยะเวลาในการประเมินผลการ: ครบรอบ 6 เดือน/ 1 ปี (เมษายนปี พ.ศ. 2555/ ตุลาคม ปี พ.ศ. 2555)

วิธีการประเมินผล

1. ประเมินผลจากบุคลากรผู้ใช้งานรรับ-ส่งต่อผู้ป่วย
ประเมินผลด้านการจัดหมวดหมู่ ความสะดวก ความเพียงพอ ความพร้อมใช้งาน ความปลอดภัย และเวลาในการจัดเตรียมอุปกรณ์ (ตามแบบฟอร์มการประเมินผลของนวัตกรรม)
2. ประเมินผลจากความพึงพอใจของบุคลากรในการใช้นวัตกรรม ABCDE
3. ประเมินผลจากการประเมินคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระหว่างรับและส่งต่อ 5 ด้านของศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วยในระดับจังหวัด



วัสดุ/อุปกรณ์



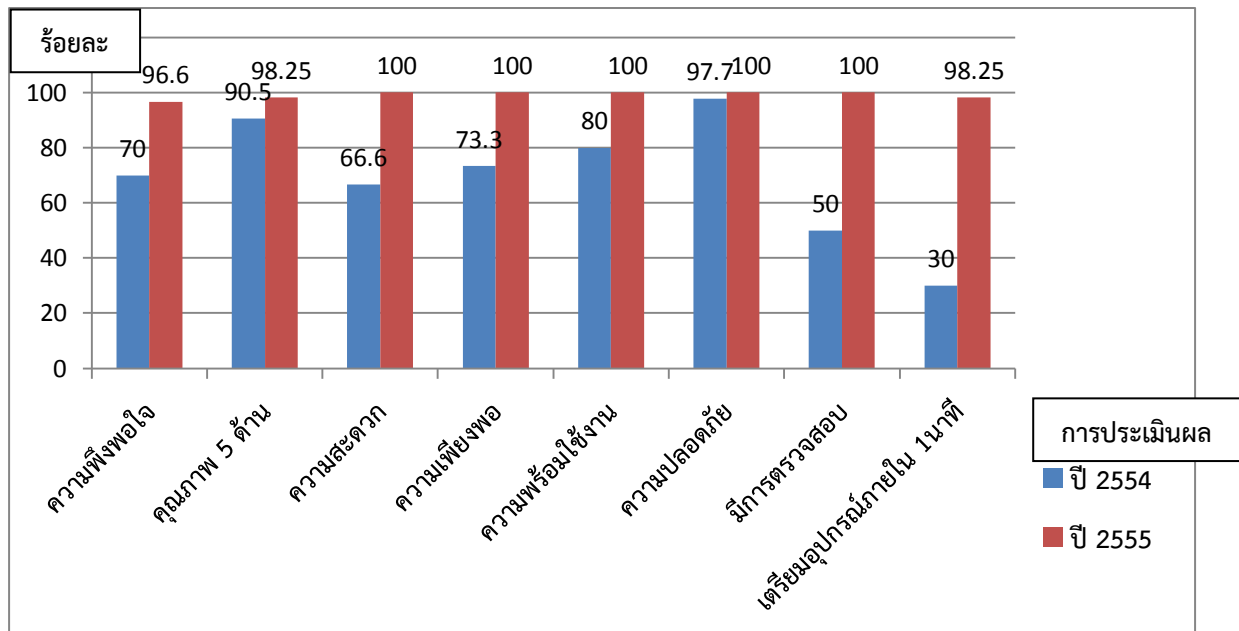
1. กระดาษสีเหลือง
2. ฟิวเจอร์บอร์ดสีน้ำเงิน
3. กรรไกร
4. กระดาษขาว
5. พลาสติกใส
6. คัตเตอร์/ใบมีด
7. ไม้บรรทัด
8. วัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์
ในรถรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

ตัวชี้วัด

1. เจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ใช้รถรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการจัดวัสดุอุปกรณ์บนรถรับ-ส่งต่อผู้ป่วยตามหลัก ABCDE มากกว่าร้อยละ 90
2. ผลการประเมินคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระหว่างรับและส่งต่อ 5 ด้าน มากกว่าร้อยละ 95
3. วัสดุอุปกรณ์บนรถรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมีความสะดวกต่อการใช้งาน (หยิบง่าใช้คล่อง) ร้อยละ 100
4. วัสดุอุปกรณ์บนรถรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมีความเพียงพอในการใช้งาน ร้อยละ 100
5. วัสดุอุปกรณ์บนรถรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการใช้งาน ไม่ชำรุด ร้อยละ 100
6. วัสดุอุปกรณ์บนรถรับส่ง และเจ้าหน้าที่ที่มีความปลอดภัยไม่ได้รับอันตราย ร้อยละ 100
7. วัสดุอุปกรณ์บนรถรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมีการตรวจสอบทุกวันทุกเวร ร้อยละ 100
8. ระยะเวลาในการจัดเตรียมอุปกรณ์การออกปฏิบัติการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ไม่เกิน 1 นาที มากกว่าร้อยละ 95



ผลการวิจัย



กราฟแสดงผลการประเมินนวัตกรรม ABCDE นี้ดีนักหนาเมื่อขึ้นธรมมา ฯ

แผนที่จะส่งต่อไป

- นำรูปแบบการจัดหมวดหมู่วัสดุอุปกรณ์บนรถรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ไปใช้ยังรถ EMS ของกู้ชีพตำบลภายในเครือข่ายในอำเภอ
- จัดทำต่อเนื่องและประเมินผลทุก 6 เดือน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการดำเนินงานรูปแบบในการจัดวัสดุอุปกรณ์บนรถรับ-ส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบ ABCDE นั้น มีความเหมาะสมและเป็นรูปแบบที่ดี สามารถจัดวัสดุอุปกรณ์เป็นหมวดหมู่ มีความสะดวกต่อการใช้งาน หยิบและค้นหาได้ง่ายรวดเร็ว มีความเพียงพอและพร้อมใช้งานอยู่เสมอ นำมาซึ่งประสิทธิภาพและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี

รูปแบบ ABCDE นี้ควรนำมาเป็นรูปแบบในการจัดวัสดุอุปกรณ์บนรถรับ-ส่งต่อผู้ป่วยทั้งในระดับพื้นฐานและระดับสูงต่อไป และควรจัดทำ หลัก 5 ส ควบคู่กันไปด้วยจะทำให้มีการสะอาด สะอาด มีสุขลักษณะ และสามารถสร้างเป็นนิสัย วัฒนธรรมในการดูแลวัสดุอุปกรณ์บนรถรับ-ส่งของคนในองค์กรต่อไป

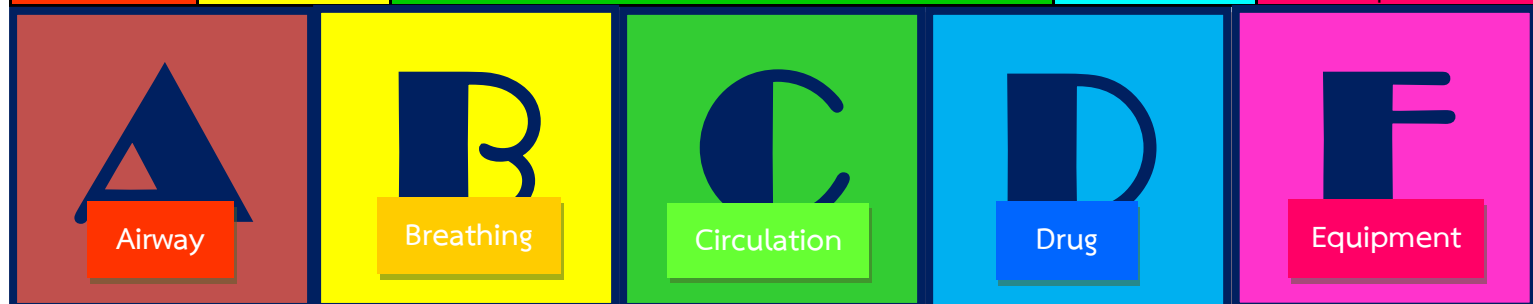
การเรียนรู้ที่ได้รับ

นำรูปแบบ ABCDE มาใช้ในการจัดหมวดหมู่วัสดุอุปกรณ์บนรถรับ-ส่งต่อผู้ป่วยทำให้ลดความเสี่ยงเรื่องวัสดุอุปกรณ์ได้อย่างเหมาะสม ถ้ามีระบบระเบียบ/แนวทางปฏิบัติในการส่งต่อที่ดี ประกอบกับเจ้าหน้าที่บุคลากรมีความรู้ความสามารถและวัสดุอุปกรณ์ มีความเพียงพอ มีความพร้อมใช้งาน ทำให้ไม่เกิดปัญหาในการรับ-การส่งต่อก็จะส่งผลให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยขณะรับและส่งต่อเพิ่มมากขึ้นด้วย



ABCDE มาตรฐานรายการจัดหมวดหมู่วัสดุ-อุปกรณ์ทางการแพทย์บนรถรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

Airway	Breathing	Circulations /Splint	Drugs	Equipment
ลูกสูบยางแดง	LMA เด็ก/ ผู้ใหญ่	สารน้ำชนิดต่างๆ (0.9% NSS,RTL,5%DN/2,3,4,5,Haemaccel,5%DW)	Adrenaline	Monitor /Defibrillator
สาย O ₂ ชนิด ต่างๆ	ETT ทุกขนาด	น้ำยาชนิดต่างๆ (Providine,70% Alcohol, NSS irrigate, Alcohol Hand Jelly,Water, Ammonia,)	Adrenosine Atropine	Ventilator เครื่อง Suction
สาย Suction	Ambu เด็ก/ ผู้ใหญ่	อุปกรณ์ฉีดยา (Needle, Syringe ทุกขนาด)	Amiodarone	AED
Oral Airway	Mask เด็ก/ ผู้ใหญ่	อุปกรณ์ให้สารน้ำ (Set IVเด็ก/ผู้ใหญ่ ,Extention, T-way, HL,Tounique)	10% Calcium Gluconate	Infusion
ชุดพ่นยา เด็ก/ ผู้ใหญ่	ถาด Sterile	Set Retain Foley 's Cath , Urine Bag , สาย Foley 's Cath , K-Y Jelly	Diazepam	Stethoscope
สาย/ข้อต่อ Suction	Guide Wire	ชุดทำแผล (Gauze , Top Gauze , Roll Gauze, ED,ไม้พันสำลี, สำลี,)	Digoxin	เครื่องวัดความดัน
Collar Mask	ชุด Laryngoscope	Hard Collar	Dopamine HCL	Capnography Metre
		Splint ไม้ตามสัน-ยาว	50% Glucose	เครื่องเจาะ DTX
		KED	50 % MgSO ₄	เครื่องวัด O2 sat Mobile
			7.5 % NaCHO ₃	ไฟฉาย / Grove / Mask
			0.9 % NSS 5 cc	กรรไกร/พาสเตอร์
			Sterile Water 10 cc	ป้ายข้อมือ /ป้าย IV/ยา
			ASA Gr. V	หมวก / แวนตา
			Clopidogrel (75)	ผ้ากันเปื้อน/ผ้ายาง/ผ้าปู
			Isordril (5)	ผ้าห่ม /ถุงพลาสติก/ ถุงแดง





การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



- สำรวจปัญหา / ค้นหาปัญหา



- ตรวจสอบอุปกรณ์บนรถ

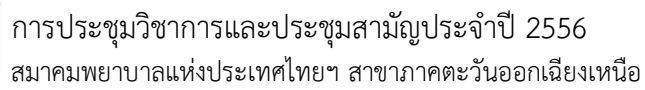


- รวบรวมข้อมูลมาวางแผน
- แจ้งหัวหน้าหน่วยงาน / ผู้บริหารรับทราบ

โดยท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล
หัวหน้างานอุบัติเหตุ และเจ้าของผลงาน
ร่วมประชุมวางแผน



- ออกแบบนวัตกรรม
- สร้างนวัตกรรมรูปแบบ ABCDE
- ประชุมชี้แจงสร้างแนวทางปฏิบัติ



- ใช้หลักABCDEมาปฏิบัติจัดทำหมวดหมู่วัสดุอุปกรณ์บรรณ
- ประชุมและร่วมกันลงมือจัดทำตามแผน
- นำมาทดลองใช้งานจัดทำหมวดหมู่วัสดุอุปกรณ์บรรณ





การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ





การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



- ใช้หลักABCDEมาปฏิบัติจัดหมวดหมู่วัสดุอุปกรณ์บนรถ
- นำมาทดลองใช้งานจัดหมวดหมู่วัสดุอุปกรณ์บนรถ
- ตรวจสอบความพร้อมความเรียบร้อย



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

แบบฟอร์มการประเมินความพึงพอใจ การจัดอุปกรณ์บรรเทาสิ่งคัดหลั่ง
ของโรงพยาบาลนครราชสีมา ศูนย์หลัก ABCDE

ชื่อ _____ สกุล _____ โรงพยาบาลนครราชสีมา Ward _____
วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. 2555

หัวข้อการประเมิน	ความพึงพอใจ			ไม่พอใจ ควรปรับปรุง	ข้อเสนอแนะ
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
1. ความเหมาะสม จัดอุปกรณ์เป็นหมวดหมู่ตามหลัก ABCDE					
2. ความสะดวกต่อการใช้งาน (หยิบง่าย ใช้นั่งสะดวก)					
3. วิธีดูแลอุปกรณ์มีความชัดเจนต่อการใช้งาน					
4. วิธีดูแลอุปกรณ์มีความพร้อมใช้งานไม่จำกัด					
5. หน่วยงานในการเตรียมอุปกรณ์ ภายใน 1 นาที ในการออกรับส่งต่อผู้ป่วย *					
6. ทัศนคติความพึงพอใจในการจัดอุปกรณ์บนรถรับส่งผู้ป่วยตามหลัก ABCDE					

* หน่วยงานที่รับผิดชอบคือเป็นหน่วยงานใดบ้าง หรือ มีคนบ้างหรือ มีคนกี่คน

ปัญหาอื่นๆ _____

ลงชื่อ _____ (ผู้ประเมิน)

- ศึกษาผลการทดลองใช้งานอุปกรณ์บรรเทา
- สำนวณความสะดวกความเพียงพอ ความพร้อมใช้ ความปลอดภัยและความพึงพอใจของบุคลากร
- เก็บข้อมูลมาอภิปรายผล





การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



รูปภาพก่อนทำและหลังทำนวัตกรรม





การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ







OR 3.3 ความคาดหวังในงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่วิทยาลัยเครือข่าย ภาคเหนือ

สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ์*
ราตรี เทียงจิตต์**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความคาดหวังในงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่ วิทยาลัยเครือข่ายภาคเหนือ โดยศึกษา 3 องค์ประกอบคือ ความคาดหวังในความพยายามต่อผลการปฏิบัติงาน ความคาดหวังในการปฏิบัติงาน และความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่ของวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ 6 แห่ง ประจำปีการศึกษา 2554 จำนวน 270 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความคาดหวังในงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่ของพิไลวรรณ จันทรสุกรี ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความคาดหวังในงานด้วยความแปรปรวนทางเดียว และทดสอบความแตกต่างด้วยการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่มีความคาดหวังในงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.30$ S.D. = .35) โดยมีความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงาน ความคาดหวังในการกระทำต่อผลของการปฏิบัติงาน และความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์หรือรางวัล อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.23$ S.D. = .34, $\bar{x} = 4.58$ S.D. = .43, และ $\bar{x} = 4.30$ S.D. = .44 ตามลำดับ)

2. กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในงานโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงาน และความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์หรือรางวัลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความคาดหวังในการกระทำต่อผลของการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยความคาดหวังในงานของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่ของวิทยาลัยเครือข่ายภาคเหนือ พบว่า ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในงานโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่ของวิทยาลัยเครือข่ายภาคเหนือ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

* ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการบริการด้านสุขภาพพัฒนามากทั้งด้านความก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ การขยายสถานบริการสาธารณสุขไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ถึงระดับตำบล ความสำเร็จของระบบประกันสุขภาพหลังจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งปัจจุบันประชาชนไทยมีหลักประกันครอบคลุมถึงร้อยละ 97.4 และจากรายงานการให้บริการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีการใช้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและการผ่าตัดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 21.77 ร้อยละ 14.58 และร้อยละ 33.36 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552)

จากนโยบายรัฐบาลเกี่ยวกับการขยายบริการสุขภาพ เพื่อรองรับการเปิดเสรีในฐานศูนย์กลางการบริการการแพทย์ (medical hub) ในภูมิภาคเอเชีย ถือเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน หรือเป็นศูนย์กลางนานาชาติด้านการแพทย์สาธารณสุข ซึ่งการขับเคลื่อนประเทศไทยให้เป็นเลิศในการบริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลในภูมิภาคเอเชีย และการขยายตัวด้านการบริการสุขภาพดังกล่าว ส่งผลให้มีความต้องการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จากผลการศึกษาของสภาการพยาบาลเพื่อคาดการณ์ความต้องการพยาบาลในระยะ 10 ปีข้างหน้า พบว่าระหว่างปี พ.ศ.2553 – 2562 ประเทศไทยจะมีความต้องการพยาบาลใน อัตราส่วนพยาบาล 1 คน ต่อ 400 หรือประมาณ 163,500 – 170,000 คน ซึ่งผลการสำมะโนประชากรในปีพ.ศ. 2553 พบว่ามีประชาชนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย 65.4 ล้านคน และผู้ใช้บริการชาวต่างประเทศประมาณ 2 ล้านรายจึงควรมีพยาบาลวิชาชีพประมาณ 168,500 คน ขณะที่ในปีเดียวกันนั้น มีพยาบาลวิชาชีพอายุต่ำกว่า 60 ปี ที่ทำงานในภาคบริการสุขภาพทั่วประเทศ ประมาณ 125,250 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2553, สภาการพยาบาล) จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยยังคงขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพอยู่ประมาณ 43,250 คน โดยเป็นการขาดแคลนในกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุดประมาณ 31,250 คน และการขาดแคลนนี้จะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ส่วนการขาดแคลนในโรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนมีอยู่ประมาณ 12,000 คน (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษฎา แสงวดี, 2555)

การขาดแคลนพยาบาลนี้ส่งผลกระทบต่อการให้บริการแก่ประชาชน เช่น โรงพยาบาลขนาดใหญ่หลายแห่งไม่สามารถเปิดแผนกผู้ป่วยหนักได้ บางแห่งไม่สามารถเปิดให้บริการหอผู้ป่วยในใหม่ได้ เกิดสภาพผู้ป่วยล้นเตียง และยังพบว่าโรงพยาบาลที่ขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการติดเชื่อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น อัตราการตายในโรงพยาบาลสูงขึ้น และระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบตอความปลอดภัยในชีวิตและการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Needleman, et.al., 2002)

จากนโยบายจำกัดขนาดกำลังคนภาครัฐ ตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมาส่งผลให้มีการยกเลิกการให้ทุนนักศึกษาพยาบาล ที่เดิมได้รับการคัดเลือกจากชนบท และรับทุนการศึกษาเพื่อเรียนในสถาบันการศึกษาพยาบาลใกล้บ้าน และเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว ก็จะได้รับบรรจุเป็นข้าราชการเพื่อทำงานในภูมิภาคซึ่งมีการดำเนินการเช่นนี้มากกว่า 50 ปี ซึ่งส่งผลต่ออย่างยิ่งต่อประเทศชาติที่สามารถกระจายพยาบาลไปสู่เขตชนบท แต่เมื่อมีการยกเลิกการให้ทุนและลดกรอบอัตราตำแหน่งราชการทำให้กระทรวงสาธารณสุข และภาครัฐต้องจ้างพยาบาลเป็นลูกจ้างชั่วคราว ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาใหม่ เข้าทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐลดลงตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษฎา แสงวดี, 2555) ปัจจุบันสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยังขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศอีกประมาณ 31,250 คน ซึ่งการขาดแคลน



นี้จะทำให้พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในระบบต้องทำงานหนักขึ้น เสี่ยงต่อความผิดพลาดและการฟ้องร้อง ส่งผลให้มีการลาออกมากขึ้น จากการศึกษาเพื่อคาดประมาณระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพพบว่า ในช่วงปี 2538 และปี 2548 พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีระยะเวลาทำงานในงานบริการสุขภาพเฉลี่ยเพียงคนละ 22.5 ปี และมีอัตราการสูญเสียร้อยละ 4.45 ต่อปี (กฤษดา แสงวดี, เดือนเพ็ญ ธีรวรรณ, วิวัฒน์วิจิต หล่อจิรชุนห์กุล, และ จิราวัลย์ จิตรถเวช, 2552) ซึ่งสาเหตุสำคัญของการสูญเสียคือ ขาดความก้าวหน้าในการทำงาน มีปัญหาสุขภาพ ค่าตอบแทนน้อย งานหนักและการขาดความมั่นคงจากการถูกจ้างงานเป็นลูกจ้างชั่วคราว โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีแรกที่กระทรวงสาธารณสุขไม่มีตำแหน่งข้าราชการรองรับพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจึงต้องจ้างพยาบาลวิชาชีพเป็นลูกจ้างชั่วคราวจากเงินบำรุงของหน่วยบริการ พบว่า มีการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพสูงถึงร้อยละ 23.3 ของผู้สำเร็จการศึกษาในปีนั้น และพบว่าอัตราการลาออกของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นลูกจ้างของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป 95 แห่ง ในระหว่างปี 2548-2553 มากถึงร้อยละ 40.84 ในจำนวนนี้เป็น การลาออกภายในปีแรกของการทำงานถึงร้อยละ 48.68 และถ้าไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการภายในปีที่ 2 จะมีการลาออกถึงร้อยละ 25.57 ซึ่งส่งผลให้อายุการทำงานเฉลี่ยของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาใหม่ และมีสถานภาพการจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปสั้นเพียง 1.2 ปีเท่านั้น ซึ่งหากประมาณค่าความสูญเสียเป็นต้นทุนจากการลาออกและการมีอายุการทำงานสั้นของลูกจ้างเหล่านี้ ทำให้ อัตราการสูญเสียร้อยละ 80.05 ต่อปีซึ่งสูงกว่ากลุ่มข้าราชการ ถึง 18 เท่า จึงทำให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก ในระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ดังนั้นหากไม่มีมาตรการหรือวิธีการจูงใจให้พยาบาลวิชาชีพคงอยู่ในงานให้นานที่สุดได้ ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพจะเพิ่มความรุนแรงมากยิ่งขึ้น

การสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพจะทำให้พยาบาลวิชาชีพคงอยู่ในงานได้นานขึ้น ตามแนวคิดของวิกเตอร์ เอส วรูม (Victor H. Vroom) เชื่อว่า มนุษย์เป็นสัตว์โลกที่ใช้ปัญญา ใช้ความคิด หลักการ และเหตุผลในการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้บรรลุเป้าหมายตามความต้องการของตนเอง หากบุคคลคาดหวังว่าจะเมื่อใช้ความพยายามในการทำงานอย่างเต็มที่ที่จะทำให้ผลการปฏิบัติดี ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจ มีความพึงพอใจในงาน ปฏิบัติงานอย่างมีความสุข และคงอยู่ในงานได้นาน อีกทั้งความคาดหวังยังเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สามารถในการคิดค้นประดิษฐ์สิ่งใหม่ ๆ มีความอดทนและพยายามปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่ที่กำลังจะสำเร็จการศึกษาและไปปฏิบัติในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพย่อมมีความคาดหวังที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน คาดหวังที่จะได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ดังเช่นการศึกษาของจากการศึกษาของปริญญา แร่ทองและธีรณัฐ ห้านิรัตศัย (2555) พบว่าพยาบาลจบใหม่มีความคาดหวังต่อการเปลี่ยนบทบาท 7 ประเด็นคือ 1) การเป็นพยาบาลที่ดี 2) การมีผู้ร่วมงานที่จริงใจ ให้ความช่วยเหลือ 3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนางานและองค์กร 4) การมีรายได้ที่เพียงพอ 5) การได้ทำงานในแผนกที่ต้องการและได้รับการยอมรับจากแพทย์ 6) การมีโอกาสพัฒนาตนเอง และ 7) การมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ในช่วงปีแรกของการเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพเป็นช่วงที่เผชิญกับสภาพเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งที่เคยมีประสบการณ์และไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน อีกทั้งความคาดหวังของผู้ปฏิบัติงานรอบข้างมีมากกว่าความสามารถของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ (Chick & Meleis, 1986; เรณู พุกบุญมี, 2543) สอดคล้องกับผลการศึกษาของเครมเมอร์และชาเลนเบิร์ก (Kramer & Schmalenberg, 1988) ที่ศึกษาภาวะที่พยาบาลจบใหม่ได้รับผลกระทบจากการประสบกับสภาพความเป็นจริงในการทำงานที่ไม่ตรงกับความต้องการ พยาบาลใหม่จึงเกิดความคับข้องใจ เพราะการเข้าสู่สภาพการทำงานแตกต่างจากสภาพการณ์ที่ได้รับการเตรียมมาจากการศึกษา ทำให้เกิดความสับสน



วุ่นวายใจในการทำงาน ความคิดในแง่บวกก่อนการทำงานก็เปลี่ยนไปเป็นแง่ลบ และเริ่มมีการลาออกจากงาน ทั้งวิชาชีพการพยาบาลไปประกอบอาชีพอื่น การศึกษาความคาดหวังในงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่ที่จะสำเร็จการศึกษาออกไปปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างการปรับตัวต่อการทำงานของพยาบาลจบใหม่ เพื่อการดำรงรักษาให้พยาบาลจบใหม่ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ และคงอยู่ในวิชาชีพการพยาบาลให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคาดหวังในงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ ใน 3 องค์ประกอบคือ ความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงาน ความคาดหวังในการกระทำต่อผลการปฏิบัติงาน และความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์หรือรางวัล
2. เพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังในงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือระหว่าง 6 สถาบันโดยรวม และใน 3 องค์ประกอบคือ ความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงาน ความคาดหวังในการกระทำต่อผลการปฏิบัติงาน และความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์

สมมติฐานการวิจัย

ความคาดหวังในงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ ในองค์ประกอบด้าน ความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงาน ความคาดหวังในการกระทำต่อผลการปฏิบัติงาน และความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์ของแต่ละสถาบันไม่มีความแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ระหว่างวันที่ 18 มกราคม - 15 กุมภาพันธ์ 2555

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่ ประจำปีการศึกษา 2554 ของวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ 6 แห่ง คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ โดยสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น 95 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน

เครื่องมือ เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นถามปลายปิดชนิดเลือกตอบจำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่ วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ จำนวน 3 ด้านคือ ด้านความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงานจำนวน 55 ข้อ ด้านความคาดหวังในการกระทำต่อผลของการปฏิบัติงานจำนวน 30 ข้อ และด้านความคาดหวังใน



คุณค่าของผลลัพธ์จำนวน 30 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิดแบบให้เลือกเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การคิดคะแนนคิดจากค่าเฉลี่ย 5 ระดับ ได้แก่ 1.00 – 1.49, 1.50 – 2.49, 2.50 – 3.49, 3.50 – 4.49, และ 4.50 – 5.00 หมายถึง มีความคาดหวังน้อยที่สุดและให้คุณค่าของผลลัพธ์น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปทดลองใช้ และหาความเชื่อมั่น (reliability) กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และใช้วิธีของ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (means) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance) และทดสอบความแตกต่างด้วยการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ (Multiple Comparisons) ด้วยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 21.95 ปี ได้รับการศึกษาจากโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด เหตุผลที่เลือกเรียนวิชาชีพการพยาบาลส่วนใหญ่ ให้เหตุผลว่าเป็นอาชีพที่จบแล้วมีงานทำทันที รองลงมา ให้เหตุผลว่าเป็นอาชีพที่มีประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว

ความคาดหวังในงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.28$ S.D. = .35) โดยมีความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงาน มีความคาดหวังในการกระทำต่อผลของการปฏิบัติงาน และมีความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.24$ S.D. = .36, $\bar{x} = 4.31$ S.D. = .41 และ $\bar{x} = 4.31$ S.D. = .44 ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.24$ S.D. = .36) โดยมีความคาดหวังจากความรู้ความสามารถอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.16$ S.D. = .34) และมีความคาดหวังจากสภาพแวดล้อมในการทำงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.24$ S.D. = .36) โดยมีความคาดหวังด้านสภาพการทำงานเป็นอันดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.36$ S.D. = .52) และมีความคาดหวังในลักษณะงานอยู่ในระดับมากเป็นอันดับสุดท้าย ($\bar{x} = 4.03$ S.D. = .41) (ตารางที่ 2)

ความคาดหวังในการกระทำต่อผลของการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.31$ S.D. = .41) โดยมีความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติงานภายนอกอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.44$ S.D. = .42) และมีความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติงานภายนอกในเรื่องค่าตอบแทนที่ได้รับมากเป็นอันดับหนึ่ง ($\bar{x} = 4.36$ S.D. = .52) มีความคาดหวังในเรื่องการได้รับการยอมรับนับถือในระดับมากเป็นอันดับสุดท้าย ($\bar{x} = 4.20$ S.D. = .47) และมีความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติงานภายในเรื่องขวัญและกำลังใจในการทำงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.41$ S.D. = .48) (ตารางที่ 3)

ความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.31$ S.D. = .44) โดยมีความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์ภายนอกอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.28$ S.D. = .44) และมีความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์ภายนอกในเรื่องค่าตอบแทนที่ได้รับมากเป็นอันดับหนึ่ง ($\bar{x} = 4.43$ S.D. = .55) มีความคาดหวังใน



เรื่องการได้รับการยอมรับนับถือในระดับมากเป็นอันดับสุดท้าย ($\bar{x} = 4.22$ S.D. = .49) และมีความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์ภายในเรื่องขวัญและกำลังใจในการทำงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.39$ S.D. = .55) (ตารางที่ 4)

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบระดับความคาดหวังในงานของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติทดสอบด้วยค่าความแปรปรวนทางเดียว (One - Way ANOVA) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในงานโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงาน และความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความคาดหวังในการกระทำต่อผลของการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความคาดหวังในงานของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่ของวิทยาลัยเครือข่ายภาคเหนือ พบว่า ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในงานโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

อภิปรายผลการวิจัย

จากทฤษฎีความคาดหวังตามแนวคิดของ วูม สรุปลได้ว่าบุคคลจะทุ่มเทความพยายามในการทำงานหรือไม่ ขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบคือ ความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงาน ความคาดหวังในการกระทำต่อผลการปฏิบัติงาน และความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์ จากผลการวิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจคือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือมีความคาดหวังในงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงาน ความคาดหวังในการกระทำต่อผลการปฏิบัติงาน และความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์ อยู่ในระดับมาก เช่นกันแต่มีความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงานน้อยกว่าความคาดหวังในการกระทำต่อผลการปฏิบัติงาน และความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์ เมื่อพิจารณาถึงความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงานจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในความสามารถน้อยกว่าความคาดหวังในสภาพแวดล้อมในการทำงานโดยมีความคาดหวังในลักษณะงานน้อยที่สุด จึงเป็นความจำเป็นที่ผู้บริหารการพยาบาลต้องกำหนดลักษณะงานหรือหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพให้ชัดเจน รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน มีการนิเทศงานแก่พยาบาลที่จบใหม่ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้พยาบาลจบใหม่มีความคาดหวังที่จะปฏิบัติงานในบทบาทของเป็นพยาบาลวิชาชีพ พร้อมทั้งจะทุ่มเทแรงกายแรงใจปฏิบัติงานในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพอย่างเต็มที่

ส่วนความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงาน พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ มีความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติงานภายในน้อยกว่าความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติงานภายนอก โดยมีความคาดหวังในการได้รับการยอมรับนับถือน้อยที่สุด ส่วนความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความในการได้รับการยอมรับนับถือน้อยที่สุด ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลต้องมอบหมายงานให้พยาบาลจบใหม่ได้ทำงานพิเศษ มีโอกาสแสดงความคิดเห็นในการทำงาน จะ



ช่วยให้พยาบาลจบใหม่รู้สึกว่าคุณภาพตนเองเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและมีความสำคัญต่อองค์กร จะเป็นสิ่งจูงใจให้พยาบาลจบใหม่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังในงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ และทดสอบความนัยสำคัญโดยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า หลักสูตรกระบวนการจัดการเรียนการสอน และบริบทแวดล้อมของทุกวิทยาลัยพยาบาลในเครือข่ายภาคเหนือไม่แตกต่างกัน จึงส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่สี่ของวิทยาลัยเครือข่ายภาคเหนือมีความคาดหวังในงานไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่สามารถปรับตัวกับสถานที่ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคงอยู่ในวิชาชีพการพยาบาลต่อไป ผู้บริหารการพยาบาลควรกำหนดนโยบาย และกลยุทธ์การเสริมสร้างแรงจูงใจเรื่องค่าตอบแทน โดยปรับอัตราเงินเดือน เงินค่าเวร ค่าล่วงเวลา และสวัสดิการต่างๆ ให้เพียงพอเหมาะสมกับภาระงานและเท่าเทียมกับผู้ร่วมวิชาชีพอื่น สร้างวัฒนธรรมการทำงานให้มีความสามัคคีกัน ดูแลช่วยเหลือกันแบบพี่แบบน้อง บริหารงานด้วยหลักธรรมาภิบาล จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงานและมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานให้เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- กฤษดา แสงวดี เดือนเพ็ญ ธีรวรรณวิวัฒน์ วิจิต หล่อจิรชุนห์กุล และ จิราวัลย์จิตจรเวช.
ตารางชีพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารประชากร 2552; 1(1): 15-22.
 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ.** สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2552.
 ปริญญา แร่ทองและธีรณัฐ ห้านิรัตศัย. ประสบการณ์การเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาพยาบาล
 สู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ. **วารสารสภาการพยาบาล, 27(2), 51-60.** 2555;
 วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษดา แสงวดี. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลน
 พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. **วารสารสภาการพยาบาล 2555; 27(1), 5-12.**
 เรณู พุกบุญมี ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), **การพยาบาล:
 ศาสตร์ของการปฏิบัติ** (หน้า 57 – 71). กรุงเทพฯ : วี เจ พรินติ้ง. 2543.
 Bartol, M. K., & Martin, C. D. **Management.** St. Louis: McGraw-Hill. 1991.
 Chick, N. & Meleis, A. L. Transitions: a nursing concern in Chinn P. L. (Editors), **Nursing
 research methodology: Issues and implementation.** Maryland: Aspend. 1986.
 Kramer, M., & Schmalenberg, C. Magnet hospitals part I: Institutions of excellence.
Journal of Nursing Administration 1988; 18(1), 13-24.
 Needleman, J., Buerhaus. P., & MattkeS, et.al. Nurse-staffing levels and the quality of
 care in hospitals. **The New England Journal of Medicine** 2002; 346(22): 1715-1722.



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังในงานรายองค์ประกอบและโดยรวม

องค์ประกอบของความคาดหวังในงาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคาดหวัง
ความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงาน	4.24	.36	มาก
ความคาดหวังในการกระทำต่อผลของการปฏิบัติงาน	4.31	.41	มาก
ความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์	4.31	.44	มาก
โดยรวม	4.28	.35	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงาน จากความรู้ความสามารถ จากสภาพแวดล้อมในการทำงาน และโดยรวม

ความคาดหวังในความพยายามต่อการปฏิบัติงาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคาดหวัง
ความรู้ความสามารถ	4.16	.34	มาก
จากสภาพแวดล้อมในการทำงาน	4.24	.36	มาก
- สภาพการทำงาน	4.36	.52	มาก
- การนิเทศงาน	4.35	.84	มาก
- ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา	4.33	4.33	มาก
- ความปลอดภัยในการทำงาน	4.30	.50	มาก
- ความรับผิดชอบ	4.23	.48	มาก
- องค์การพยาบาล	4.17	.44	มาก
- นโยบายองค์การ	4.17	.44	มาก
- ลักษณะงาน	4.03	.41	มาก
โดยรวม	4.24	.36	มาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังในการกระทำต่อผลของการปฏิบัติงานภายนอกภายใน และโดยรวม

ความคาดหวังในการกระทำต่อผลของการปฏิบัติงาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคาดหวัง
ความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติงานภายนอก	4.44	.42	มาก
- ค่าตอบแทนที่ควรได้รับ	4.36	.52	มาก
- ความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน	4.27	.49	มาก
- ความสำเร็จของงาน	4.25	.46	มาก
- การได้รับการยอมรับนับถือ	4.20	.47	มาก
ความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติงานภายใน	4.41	.48	มาก
- ขวัญและกำลังใจในการทำงาน	4.41	.48	มาก
โดยรวม	4.31	.41	มาก



ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์ภายนอก
ภายในและโดยรวม

ความคาดหวังในคุณค่า ของผลลัพธ์	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับความ คาดหวัง
ผลลัพธ์ภายนอก	4.28	.44	มาก
- ค่าตอบแทนที่ควรได้รับ	4.43	.55	มาก
- ความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน	4.28	.49	มาก
- ความสำเร็จของงาน	4.26	.49	มาก
- การได้รับการยอมรับนับถือ	4.22	.49	มาก
ผลลัพธ์ภายใน	4.39	.55	มาก
- ขวัญและกำลังใจในการทำงาน	4.39	.55	มาก
โดยรวม	4.31	.44	มาก

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังในงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย
พยาบาลเครือข่ายภาคเหนือ รายองค์ประกอบ และโดยรวม จำแนกตามสถาบันการศึกษา

ระดับความคาดหวังในงาน		SS	df	MS	F	Sig.
ความคาดหวังในความพยายาม ต่อการปฏิบัติงาน	ระหว่างกลุ่ม	1.398	5	.280	2.5168*	.030
	ภายในกลุ่ม	29.232	263	.111		
	โดยรวม	30.630	268			
ความคาดหวังในการกระทำต่อผล ของการปฏิบัติงาน	ระหว่างกลุ่ม	1.918	5	.348	2.083	.068
	ภายในกลุ่ม	48.439	263	.184		
	โดยรวม	50.357	268			
ความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์	ระหว่างกลุ่ม	2.405	5	.481	2.561*	.028
	ภายในกลุ่ม	49.389	263	.188		
	โดยรวม	51.794	268			
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	1.660	5	.332	2.754*	.019
	ภายในกลุ่ม	31.704	263	.121		
	โดยรวม	33.364	268			

* p < .05



ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความคาดหวังในงานรายคู่ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม

วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี	พะเยา $\bar{X} = 4.17$	เชียงใหม่ $\bar{X} = 4.37$	นครลำปาง $\bar{X} = 4.40$	อุตรดิตถ์ $\bar{X} = 4.31$	พุทธ ชินราช $\bar{X} = 4.28$	สวรรคัประชาธิราช นครสวรรคั $\bar{X} = 4.27$
พะเยา	-	.25 (-.197)	.05 (-.213)	.48 (-.173)	.78 (-.118)	.52 (-.124)
เชียงใหม่	-	-	1.0 (-.016)	1.0 (.024)	.17 (.079)	.98 (.063)
นครลำปาง	-	-	-	.99 (.041)	.86 (.096)	.87 (.793)
อุตรดิตถ์	-	-	-	-	.99 (.055)	.99 (.385)
พุทธชินราช	-	-	-	-	-	1.0 (-.016)
สวรรคัประชาธิราช นครสวรรคั	-	-	-	-	-	-

Research Utilization Project; Job Expectation of the Fourth Year Nursing Students
of Boromarajonani Colleges of Nursing Northern Network

Supapen, P., Ratree, T.

Abstract

The purpose of the descriptive research was to identify the Job Expectation of the fourth year nursing students of Boromarajonani Colleges of Nursing Northern Network. Three components of job expectation were studied including. They were the effort-performance expectancy, the performance-outcome expectancy, and the valence of outcome.

The samples were 270 nursing students who studied in the academic year of 2011 in 4th attending Boromarajonani Colleges of Nursing Northern Network including Boromarajonani Colleges of Nursing Phayao, Boromarajonani Colleges of Nursing Chiang Mai, Boromarajonani Colleges of Nursing Nakhon Lampang, Boromarajonani Colleges of Nursing Uttaradit, Boromarajonani Colleges of Nursing Buddhachinaraj, and Boromarajonani Colleges of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan.



The instruments was adapted form Job Expectation Questionnaire of Pilaiwan Juntarasugree . The instruments were the Demographic Data Recording Form and Job Expectation Questionnaire. The content validity and the reliability of instruments were assured by a panel of expert. The internal consistency reliabilities were evaluated by using the Cronbach alpha coefficient was 0.94. Data were analyzed in term of percentage, mean, standard deviation, ANOVA, and Scheffe range test.

The results of the study were:

1. Overall, Job Expectation of Fourth Year Student Nurse of Boromarajonani Colleges of Nursing Northern Network was at high level ($\bar{x} = 4.30$ *S.D.* = .35). When looking at each component, there were demonstrated that using job expectation of the effort-performance expectancy, the performance – outcome expectancy and the valence of outcome were at high level ($\bar{x} = 4.23$ *S.D.* = .34, $\bar{x} = 4.58$ *S.D.* = .43, and $\bar{x} = 4.30$ *S.D.* = .44 respectively).

2. The Expectation of Fourth Year Student Nurse of Boromarajonani Colleges of Nursing Northern Network was significantly different level ($p < .05$). When comparing in each component, the findings were founded that job expectation of the effort-performance expectancy and job expectation of the valence of outcome were significantly different level ($p < .05$), but job expectation of the performance – outcome expectancy was no significantly different level . By using Scheffe range test, it were revealed The Expectation of the Fourth Year Nursing Students of Boromarajonani Colleges of Nursing Northern Network was no significantly different level.



OR 3.4 จิตอาสาสองวัยใส่ใจสุขภาพกับการร่ำฟื้นบ้านสุรินทร์

ภาวินี เสาะสืบ*

บทคัดย่อ

ศิลปะการร่ำฟื้นบ้านของจังหวัดสุรินทร์ มีรูปแบบการร่ำที่หลากหลาย และเป็นศิลปวัฒนธรรมที่มีการสืบทอดกันมาช้านาน จากการศึกษาท่าร่ำที่ใช้ในแต่ละประเภทของการร่ำพบว่าเน้นการยึดเหยียดกล้ามเนื้อในแต่ละส่วน รวมทั้งมีเพลงประกอบจังหวะด้วย จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายโดยประยุกต์ศิลปะการร่ำฟื้นบ้าน ดังนั้นเพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายที่มีการประยุกต์ใช้ศิลปะการร่ำฟื้นบ้าน เสริมสร้างและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น สร้างภาคีเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง สถานที่ดำเนินการคือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุข้าราชการนอกประจำการ จังหวัดสุรินทร์จำนวน 50 คน ขั้นตอนการศึกษา ประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ทำการสร้างรูปแบบท่าออกกำลังกายด้วยการประยุกต์จากท่าร่ำอัสนาและท่าร่ำกันตรึมที่เป็นศิลปะการร่ำฟื้นบ้านสุรินทร์ มาใช้เป็นท่าออกกำลังกายกับกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกันจากรูปแบบที่สร้างขึ้นเป็นประจำทุกสัปดาห์ๆละ 3 วัน คือ จันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 06.00 – 07.00 น. ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือน มีนาคม 2555 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบประเมินความพึงพอใจและแบบวัดทัศนคติของผู้เข้าร่วมโครงการต่อการออกกำลังกาย และทำการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับรูปแบบที่ดำเนินการพัฒนาในด้านความเหมาะสมของท่าที่ใช้ เพลงและจังหวะที่ใช้ประกอบ วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล แจกแจงความถี่และร้อยละ และหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยท่าที่ใช้แต่ละท่ามีความเหมาะสม เพลงที่ใช้ประกอบมีจังหวะที่เหมาะสมและสัมพันธ์กับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นเพลงพื้นบ้านที่คุ้นชินมานาน ช่วยส่งเสริมในด้านอารมณ์ความรู้สึกที่ดีมีความเพลิดเพลิน โดยผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.75 และมีทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกายในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.85 มีการเสริมสร้างและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น ผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มผู้สูงอายุในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา และศึกษาวิจัยในเรื่องผลการออกกำลังกายในรูปแบบที่พัฒนาที่มีต่อสมรรถภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ

คำสำคัญ จิตอาสาสองวัย ใส่ใจสุขภาพ การร่ำฟื้นบ้านสุรินทร์

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 มาตรา 23 การจัดการศึกษาต้องเน้นความสำคัญทั้งความรู้ คุณธรรม กระบวนการเรียนรู้ และบูรณาการตามเหมาะสมของแต่ละระดับการศึกษา รวมถึงความรู้เกี่ยวกับศาสนา ศิลปวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยการจัดการศึกษา



ภายใต้พันธกิจหลักของสถาบันอุดมศึกษาอันประกอบด้วย การผลิตบัณฑิต การวิจัย การบริการวิชาการ และ การทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพบุรี ซึ่งเป็นสถาบันระดับอุดมศึกษา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องทั้งหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติการศึกษาและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว จึง เริ่มจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการณกับพันธกิจทั้ง 4 พันธกิจดังกล่าว การทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม เป็น อีกพันธกิจหนึ่งที่ได้ดำเนินการ ด้วยการจัดการเรียนการสอนและบูรณาการ การทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นในหลายรายวิชา

ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนบูรณาการกับการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ได้มีการกำหนดใน แผนกลยุทธ์ แผนการปฏิบัติงานประจำปี จากนั้นดำเนินการบูรณาการการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ประกอบด้วย รายวิชา อารยธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น รายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการ เจ็บป่วย รายวิชาปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย สำหรับรายวิชาปฏิบัติการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ได้จัดการเรียนการสอนโดยทำการศึกษาวิถีชีวิตของ ภูมิศึกษาในสภาพจริง และนำมาวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่มีการใช้ภูมิ ปัญญาท้องถิ่นและการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ด้วยการจัดทำนวัตกรรม/สื่อ/อุปกรณ์เพื่อใช้ในการสร้างเสริม สุขภาพ สามารถผลิตนวัตกรรม /สื่อ/อุปกรณ์ ได้จำนวนหลายรายการในแต่ละปี ในปีการศึกษา 2554 สามารถสร้างรูปแบบการออกกำลังกายโดยประยุกต์ท่ารำจากศิลปะการรำของท้องถิ่นอีสานได้ มาใช้เป็นท่าใน การออกกำลังกายประกอบกับดนตรีที่เป็นเพลงพื้นบ้าน ใช้ท่ารำอ้อปรา ศิลปะการรำของกัมพูชา การรำ กะโนบติงตอง (ตักแตนตาข้าว) และการรำกันตรึม ซึ่งเป็นศิลปะการรำพื้นบ้านของชาวจังหวัด โดยรูปแบบ การออกกำลังกายที่สร้างขึ้นสามารถใช้ในการออกกำลังกายได้ทั้งในหลายกลุ่มวัย ดังนั้นจึงมีความสนใจที่จะศึกษา และทดลองใช้รูปแบบการออกกำลังกายที่ได้พัฒนาขึ้นกับกลุ่มวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ข้าราชการเกษียณ จังหวัดสุรินทร์ โดยได้จัดทำโครงการ จัดอาสาสมัครวัยใสใจสุขภาพขึ้น เพื่อนำผลที่ได้จาก การศึกษาไปพัฒนาการเรียนการสอนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายที่มีการประยุกต์ใช้ศิลปะการรำพื้นบ้านกับกลุ่ม ผู้สูงอายุ และเสริมสร้างและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น

วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตการศึกษา กลุ่มเป้าหมาย เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ข้าราชการนอกประจำการ จังหวัด สุรินทร์ จำนวน 50 คน และนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 จำนวน 49 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่ การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายโดยประยุกต์ท่ารำพื้นบ้านและดนตรีเพลง พื้นบ้านอีสานใต้



ตัวแปรตาม ได้แก่ ความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการออกกำลังกายโดยประยุกต์ทำรำพื้นบ้านและดนตรีเพลงพื้นบ้านอีสานใต้

ระยะเวลาที่ศึกษา ทำการศึกษาระหว่าง ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือน มีนาคม 2555

วิธีการศึกษา ดำเนินการการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย(Sampling Design) เลือกแบบเจาะจงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มาออกกำลังกายร่วมกันเป็นประจำทุกสัปดาห์ๆละ 3 วัน คือ จันทร์ พุธ ศุกร์ ระหว่างเวลา 06.00 – 07.00 น. ณ ลานเอนกประสงค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการออกกำลังกาย เป็น rating scale มี 5 ระดับ แบ่งเป็นด้านท่าที่ใช้ในการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านดนตรีที่ใช้ประกอบ จำนวน 5 ข้อ

2. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (focus group)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล แจกแจงความถี่และร้อยละ และหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ผู้ร่วมโครงการทั้งหมด 79 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 81.01 เพศชายจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 18.99 ระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการต่อรูปแบบการออกกำลังกาย มีผลดังนี้

ลำดับ	รายการ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1.	ด้านท่าที่ใช้ในการออกกำลังกาย มีความเหมาะสมกับวัย	4.63	0.48	มากที่สุด
2.	แต่ละท่าสามารถปฏิบัติได้โดยง่ายไม่ซับซ้อน	4.49	0.67	มากที่สุด
3.	แต่ละท่าไม่เป็นอันตรายหรือเป็นอุปสรรคต่อสภาพร่างกาย	4.54	0.80	มากที่สุด
4.	จำนวนท่าที่ใช้ในการออกกำลังกายมีจำนวนเหมาะสม	4.24	0.80	มากที่สุด
5.	ท่าที่ใช้การ Warm up มีความเหมาะสม	4.58	0.49	มากที่สุด
6.	ท่าที่ใช้ในการ Exercise มีความเหมาะสม	4.63	0.48	มากที่สุด
7.	ท่าที่ใช้ในการ Cool down มีความเหมาะสม	4.69	0.46	มากที่สุด
8.	ด้านดนตรีที่ใช้ประกอบจังหวะ เหมาะสมและสอดคล้องกับท่าที่ใช้	4.31	0.67	มากที่สุด
9.	มีจังหวะสนุกสนาน/เร้าใจ	4.70	0.45	มากที่สุด
10.	ดนตรีที่ใช้ประกอบท่าการ Warm up มีความเหมาะสม	4.45	0.50	มากที่สุด
11.	ดนตรีที่ใช้ประกอบท่า การ Exercise มีความเหมาะสม	4.31	0.80	มากที่สุด
12.	ดนตรีที่ใช้ประกอบท่าการ Cool down มีความเหมาะสม	4.45	0.57	มากที่สุด
	ภาพรวมต่อรูปแบบการออกกำลังกายที่ใช้	4.75	0.43	มากที่สุด



ผลการสนทนากลุ่ม (Focus group) ดำเนินการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้สูงอายุพบประเด็นจากการออกกำลังกายดังนี้

1. ความรู้สึกสุขใจขณะออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ดนตรีที่ใช้ประกอบจังหวะในการออกกำลังกาย เป็นลักษณะของดนตรีพื้นบ้าน ซึ่งฟังแล้วรู้สึกคุ้นหู เพราะเคยได้ยินได้ฟังมาก่อน เช่น “ฟังแล้วก็ไม่เหนื่อย เพราะฟังไป ทำตามไปเรื่อยๆ รู้สึกดี... หรือ “ฟังเพลินเลย ... คิดถึงที่เคยรำสมัยก่อน...” หรือ “จังหวะ สุนกดี ... มีความสุขมากที่ได้ฟังเพลงเก่าๆ และก็ออกกำลังกายไปด้วย ...” และยังพบว่าในกลุ่ม นักศึกษาที่ร่วมออกกำลังกาย ได้ให้ความคิดเห็น เช่นเดียวกับกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น “ฟังแล้วรู้สึกสนุก... เพลินเพลิน...” หรือ “เห็นหน้าผู้สูงอายุแต่ละท่าน มีความสุข หน้าตายิ้มแย้ม บางท่านร้องตามไปด้วย ... มีความรู้สึกดี.. มีความสุขด้วย”

2. เพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งให้ความเห็นว่า ทั้งเสียงดนตรีที่ใช้ประกอบจังหวะในการออกกำลังกาย และท่าที่ใช้ในการออกกำลังกาย ทำให้สามารถเพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกายได้มากขึ้น เช่น “พอมารู้ท่าที่เป็นท่ารำ เคยรำมาก่อน สนุก เลยทำให้ทำได้นานขึ้น” หรือ “ออกกำลังได้ นานขึ้นเลย จังหวะไม่เร็วไป ฟังเพลงไปด้วย ..สนุก”

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการออกกำลังกายโดยประยุกต์ท่ารำพื้นบ้านและดนตรีเพลงพื้นบ้านอีสานได้ พบว่าระดับความพึงพอใจทั้งสองด้านประกอบด้วย ความพึงพอใจด้านท่าที่ใช้ในการออกกำลังกาย และความพึงพอใจด้านดนตรีที่ใช้ประกอบจังหวะ อยู่ในระดับมากที่สุด และยังพบว่าจากการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีประเด็นด้านความสนใจ และการเพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกาย จากผลการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การจัดรูปแบบการออกกำลังกายโดยการใช้ท่ารำประกอบดนตรีพื้นบ้านที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้นในการออกกำลังกาย รวมทั้งสามารถเพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกายได้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะและการเรียนรู้ที่ได้รับในการศึกษารั้งนี้ การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยวิธีการใช้รูปแบบที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือประสบการณ์ของผู้สูงอายุ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุ สามารถเพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกาย รวมทั้งสามารถเพิ่มความสนุกสนานให้กับผู้สูงอายุ ที่ทำให้รู้สึกมีความสุข ไม่เครียด มีความเพลิดเพลิน ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ฉะนั้นในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายกับกลุ่มผู้สูงอายุ จึงควรนำรูปแบบที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือประสบการณ์ของผู้สูงอายุ อันจะส่งผลให้การออกกำลังกายมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- เต็ม วิภาคย์พจนกิจ. ประวัติศาสตร์อีสาน. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2530.
เครือจิต ศรีบุญนาค. การพ็อณรำของชาวไทยในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์. ปริญญานิพนธ์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม. 2538.
สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2545.



OR 3.5 รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่แน่นท์ เมืองอุดรธานี

ชลการ ทรงศรี ศศ.ม.*

พรพิมล โคตรธรรงค์*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในระยะที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีผู้ร่วมวิจัย 11 คน ประกอบด้วย ผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ บุคลากรทางสาธารณสุข ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือตัวแทนองค์กรอิสระ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ข้อมูลจากเอกสารแฟ้มสุขภาพครอบครัวและรายงานการปฏิบัติงานประจำปี ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดย การตรวจสอบแบบสามเส้า ตรวจสอบจากสมาชิก และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลครบถ้วน นำมาจัดกลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 40 คน ผ่านกระบวนการ A-I-C ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 11 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่แน่นท์ รับผิดชอบประชากร 5,154 คน สภาวะสุขภาพของชุมชนพบว่ามีประชากรกลุ่มเสี่ยง 506 คน ประชากรกลุ่มป่วย 251 คน นอกจากนี้ยังมีการจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มต่างๆ คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 28 คน เด็ก 0-5 ปี 279 คน ผู้ป่วยเรื้อรัง 235 คน ผู้สูงอายุ 475 คน ผู้พิการ 53 คน ปัญหาอุปสรรคการให้บริการสุขภาพดูแลต่อเนื่องที่บ้านพบว่า มีเฉพาะบางรายเท่านั้นและยังไม่มีรูปแบบชัดเจน ขาดความต่อเนื่องและความร่วมมือ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ยังเห็นว่าสุขภาพเป็นหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุข รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านที่ผู้ร่วมวิจัยเสนอคือ ในการดูแลสุขภาพควรเป็นหน้าที่ของคนครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข นักสุขภาพครอบครัว พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และแพทย์ โดยขึ้นกับความรุนแรงและประเภทของผู้ป่วย ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยรวมทุกด้านพบว่า รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านมีความเหมาะสมมากที่สุด ($\bar{x}=4.51$, $SD=0.54$) ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยคือ การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ นอกพื้นที่วิจัยควรมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่นั้นๆและควรมีการศึกษาประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพที่บ้านตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล การดูแลสุขภาพที่บ้าน

* อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเสริมสร้างความเข้มแข็งในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีความจำเป็นต้องสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพโดยปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิให้ตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคม ปฏิรูปนโยบายสาธารณะให้เอื้อต่อสุขภาวะของบุคคลและชุมชน และปฏิรูประบบการจัดการสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมผลักดันให้ระบบบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสุขภาพ¹ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะต้องมีบทบาททำให้ประชาชนมีความรู้และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ปัจจุบันจังหวัดอุดรธานี ได้ยกระดับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามนโยบายรัฐบาล แต่ผลการประเมินการให้บริการสุขภาพในภาพรวมพบว่าการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิยังไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่แท้จริงของประชาชนในพื้นที่เท่าที่ควร² ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในชุมชนน่าจะเป็นคำตอบที่สำคัญของการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งคาดหวังว่าจะได้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมกับบริบทและสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพและหารูปแบบการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนองไฟ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยเลือกพื้นที่ในการศึกษา คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนองไฟ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ทำการศึกษา 2 ระยะ โดยระยะแรก ทำการศึกษาเอกสาร และทำการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพ ประกอบด้วยตัวแทนผู้รับบริการ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้นำและองค์กรในชุมชน คัดเลือกผู้ร่วมวิจัยโดยวิธีเจาะจงจำนวน 11 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำข้อมูลคืนสู่ชุมชนในระยะที่สอง โดยคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจงจำนวน 40 คน ที่เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนองไฟ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ คืนข้อมูลทีวิเคราะห์และสรุปได้แก่ผู้ร่วมวิจัย และร่วมกันสร้างรูปแบบการจัดบริการสุขภาพ สร้างความสนใจร่วมกัน และร่วมกันวางแผนในการจัดบริการสุขภาพ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ยกร่างรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน และนำไปทดลองใช้ใน



พื้นที่วิจัย นำผลการสังเกตและข้อเสนอแนะมาปรับเพื่อให้ได้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น หลังจากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องจำนวน 11 คน ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ใช้ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือน มกราคม- สิงหาคม 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยใช้ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับรูปแบบการบริการสุขภาพ ปัญหาและอุปสรรคในปัจจุบัน ความต้องการการบริการสุขภาพและข้อเสนอแนะ ในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด แฟ้มสุขภาพครอบครัว (Family Folder) และแฟ้มสุขภาพชุมชน (Community Folder) แบบสรุปรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก กิจกรรมกลุ่มและบทบาทของผู้ให้ข้อมูลหลักในแต่ละขั้นตอนการขออนุญาตบันทึกเสียงและวีดิทัศน์ในขณะทำการวิเคราะห์ปัญหา/ความต้องการ จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศรีสว่าง เพื่อศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่สภาพแวดล้อม วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์จากเอกสารแผนพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ สรุปรายงานผลการดำเนินงานประจำปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนข้อมูลที่ได้จากผู้วิจัยได้วางแผน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ การการโดย จดบันทึกการสังเกตผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์และแปลความหมายในภาพรวม และการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกตและการจดบันทึก ทบทวนข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ว่าข้อมูลน่าเชื่อถือเพียงใด มีความหมายอย่างไร ความสัมพันธ์กับปรากฏการณ์อื่นๆ และลักษณะของข้อมูลที่ได้อยู่ในระดับสถานการณ์ใด สมควรต้องเก็บเพิ่มเติมอีกหรือไม่ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ระยะที่ 2 ในระยะการพัฒนาคู่มือ เครื่องมือ เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ เทคนิค AIC การประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเครื่องมือเป็น แบบสอบถามความคิดเห็นเป็นข้อความและรายการประเมิน ความเหมาะสม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert) มี 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นการนำเอาคำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน มาแปลงเป็นคะแนน³

คุณภาพเครื่องมือ นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของคำถามหรือข้อความวัตถุประสงค์ พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง และพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา⁴ (Index of Consistency: IOC) การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม และรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ที่ได้พัฒนาขึ้น ไปขออนุญาตพบผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 11 คน ด้วยตัวเองตามวันเวลาที่นัดหมาย ชี้แจงการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นได้นัดหมายเพื่อ ทราบวันเวลา ในการมารับแบบสอบถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วดำเนินการต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ผลการพิจารณาประเด็นการประเมินความเหมาะสมรูปแบบการจัดบริการสุขภาพโดยสถิติค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน



ผลการวิจัย

จากการวิจัย ทำให้ได้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนองฝ้าย ตำบลหนองฝ้าย อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี สรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพ และความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนองฝ้าย มีเขตรับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 5,154 คน ในจำนวน 889 ครัวเรือน มีการกลุ่มเป้าหมายหลักในการดูแลคือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 28 คน กลุ่มเด็ก 0 ถึง 5 ปี 279 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 235 คน กลุ่มผู้สูงอายุ 475 คน และกลุ่มผู้พิการ 53 คน (CANDO) การแบ่งหน้าที่ในการดูแลโดย เจ้าหน้าที่ทุกคน ต้องร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยในแต่ละหมู่บ้านจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก 1 คน และมีหมอประจำเตียง (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ในอัตราส่วน 1 คน ต่อ 10 ครัวเรือน (เตียง) และนอกจากนี้ยังมีหมอพื้นบ้านประจำหมู่บ้านละ 1 คน

1.1 .แนวทางในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในกลุ่มปกติจำนวนมากถึง 2, 989 คน มีการเยี่ยม ปีละ ครั้ง สำหรับประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย จะเยี่ยมเพื่อให้ความรู้เพื่อเฝ้าระวัง ปีละ สองครั้ง และกลุ่มสุดท้ายคือ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง จะเยี่ยมตามความจำเป็น

1.2 บุคลากรในการให้บริการสุขภาพที่บ้านประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว โดยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนองฝ้าย มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ผ่านการฝึกอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำเตียง 5 คน และนอกจากนี้ยังมีเจ้าหน้าที่จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมาร่วมดูแลในบางกรณี มีที่ปรึกษาเครือข่ายประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร และนักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ โดยจะเป็นที่ปรึกษาด้านการดูแล

1.3 ขั้นตอนในการออกให้บริการเยี่ยมบ้าน เมื่อได้รับข้อมูลผู้ป่วยจะวางแผนออกเยี่ยมในช่วงเวลาบ่ายของทุกวัน ตั้งแต่ เวลา 13.00 น. ไปจนถึง เวลา 17.00 น. แล้วแต่ปัญหาของแต่ละราย

1.4 กิจกรรมในขณะที่เยี่ยม ส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินในเรื่องการดูแลตนเองและการให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ แตกต่างกันไปเป็นรายๆไป ในผู้ป่วยที่ติดเตียงเน้นให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นพบปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนเกินศักยภาพของผู้เยี่ยมก็จะมีการประสานในการส่งต่อ สำหรับระยะเวลาในการเยี่ยม ต่อ 1 คน ประมาณ 1- 1.30 ชม. สำหรับการติดตามเยี่ยมตามกลุ่มเป้าหมายมีกิจกรรมหลัก ๆ ตามกลุ่มเป้าหมาย เช่น

1.5 การประเมินผลดูแลสุขภาพที่บ้าน การประเมินความพึงพอใจของการจัดบริการสุขภาพที่บ้านตามเกณฑ์ และการประเมินตามตัวชี้วัดงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีได้กำหนดให้คือ ในครอบครัว ที่มีปัญหาด้านสุขภาพและมีความจำเป็นต้องติดตามเยี่ยมบ้าน (Round ward) อย่างต่อเนื่อง และให้แบ่งประเภทเตียงเป็น 3 ประเภทตามระดับความต้องการการดูแลและมีเกณฑ์การดูแล



ซึ่งทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมั่นคงที่ได้แบ่งประเภทของประชาชน และเกณฑ์การประเมินผลการติดตามการดูแลให้สอดคล้องกับเกณฑ์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

1.6 ปัจจัยของความสำเร็จในการจัดการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ปัจจัยที่สำคัญคือจำนวนบุคลากรที่เหมาะสม ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภารกิจหลักคือการดูแลสุขภาพที่บ้าน ไม่ได้เน้นรักษาที่ รพสต. และนอกจากนั้นทุกภาคส่วนควรความร่วมมือ ในการค้นหา กลุ่มเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการเยี่ยมให้การดูแลกลุ่มเป้าหมาย และผู้ปฏิบัติงานทุกคนใน รพสต. ควรมีทักษะและเทคนิคในการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านไม่ว่าจะเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี การสร้างความไว้วางใจ การใช้ความสังเกต และทำหน้าที่และบทบาทที่เหมาะสม และการนำรอบคอบการพยาบาลไปใช้ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเยี่ยมบ้านในทุกระดับ จะต้องมีความคิดและหลักการการเยี่ยมบ้านไปในแนวทางเดียวกัน เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเยี่ยมบ้าน จะต้องมีความรู้ในการสร้างสัมพันธ์ภาพและสามารถให้การรักษาเบื้องต้นได้ และทีมเยี่ยมบ้านควรประกอบด้วย ผู้นำในชุมชนและอาสาสมัครต่าง ๆ ในชุมชนหรือจิตอาสา ร่วมด้วย ควรมีทีมทำงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน และพัฒนาศักยภาพของทีมเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน ให้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่บ้านได้ ในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ควรมีการบูรณาการทุกงานทุกส่วนเข้าด้วยกัน

1.7 ความต้องการและความคาดหวังต่อการจัดบริการ

การจัดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เรื่องการเยี่ยมบ้านเป็นเรื่องทุกคนเห็นว่าเป็นความจริงที่เคยเห็นในโทรทัศน์ว่ามีอนามัยจะทำให้ การดูแลสุขภาพที่ใกล้บ้านใกล้ใจ แต่อยากให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม โดยเฉพาะเป็นกลุ่มที่ปัญหา เช่น กลุ่มที่เป็นโรค กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการไม่มีผู้ดูแล กลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนตาม กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือที่มีโรคติดเชื้ในระหว่างตั้งครรภ์ กลุ่มผู้ป่วยที่กลับจาก โรงพยาบาลโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุ ได้รับการผ่าตัดและมีการใส่อุปกรณ์การแพทย์ บุคลากรที่ติดตามเยี่ยมควรจะมีความรู้ ความสามารถและสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องได้ เช่น ควรเป็นแพทย์ พยาบาล นักกายภาพ เภสัชหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆที่สามารถให้ความช่วยเหลือในปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวกำลังประสบอยู่ได้ให้หมดไปหรือถ้าเป็นบุคคลอื่นๆเช่น อสม. หรือจิตอาสา ควรได้ผ่านการอบรมความรู้ในเรื่องที่จะลงไปติดตามเยี่ยม อยากให้มีการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้าน

2. การพัฒนารูปแบบจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยการมีส่วนร่วม

เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2556 ถึงเดือนสิงหาคม 2556 ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 40 คน

2.1 ขั้นวางแผน (Planning) เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา/ความต้องการของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิด้านการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และวิเคราะห์สภาพการดำเนินการบริการสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้มีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพเบื้องต้น ที่สังเคราะห์มาจากการเข้าพื้นที่และการศึกษาเอกสารข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานประจำปี และแผนพัฒนาระบบสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ในประเด็นสถานการณ์ ปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการรูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พร้อมกับให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นต่อข้อมูลที่ได้มา โดยผู้วิจัยได้เลือกนำเทคนิคพลังสร้างสรรค์ (A-I-C) มาใช้ ซึ่งเป็นกระบวนการประชุมที่มีวิธีการหรือขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัย ได้สื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา



ข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ประชุมระดมพลังสมอง เพื่อแก้ไขปัญหาและแนวทางในการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์ โดยวิธีการ A-I-C โดยเชิญคนที่จะร่วมกันทำงานทั้งหมด มาเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการเมื่อรูปแบบการบริการสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกับแผนพัฒนา และสภาพปัญหาสุขภาพ การจัดบริการด้านสุขภาพ ตามยุทธศาสตร์/กลยุทธ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่สร้างขึ้นโดยผู้ร่วมผู้วิจัย เพื่อความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลที่หลักที่เกี่ยวข้องร่วมกันตรวจสอบความเป็นไปได้ของการนำไปปฏิบัติและความถูกต้องของรายละเอียดอีกครั้ง ก่อนนำรูปแบบการบริการสุขภาพไปให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ ขั้นตอนนี้เป็นดำเนินการเพื่อนำสู่การยกย่องรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งดำเนินการในระหว่างวันที่ 21-23 พฤษภาคม 2556 เป็นเวลา 3 วัน โดยใช้สถานที่วัดหนองบัวเงิน ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมืองอุดรธานี

2.2 ขั้นตอนการ (Action) หลังจากวันที่ 23 พฤษภาคม 2556 ผู้วิจัยและทีมได้นำข้อมูลไปจัดทำร่างรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนองหินและนำสู่การทดลองใช้รูปแบบในเดือนมิถุนายน 2556 ถึงเดือน กรกฎาคม 2556

2.3 ขั้นการสังเกตผล (Observation) เป็นการหาความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากที่ได้วางแผนที่วางไว้ไปสู่การปฏิบัติภายใต้บริบท ซึ่งผลจากการสังเกตที่ได้คือเจ้าหน้าที่แต่ละคนไม่เข้าใจชัดเจนในบทบาทของตนเอง โดยเฉพาะผู้นำชุมชน และองค์กรในชุมชน ไม่มีการพูดคุยปัญหาอุปสรรคและแนวทางการปรับการดำเนินงานหลังการดำเนินงาน การออกปฏิบัติงานในแต่ละครั้ง และพบว่าแต่ละหน่วยงานไม่ได้ทำแผนการออกปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพที่บ้านร่วมกัน ในส่วนการออกปฏิบัติงานในลักษณะทีมยังไม่เกิดให้เห็นชัดเจน ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลแม่ข่าย หรือในกรณีผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลยังไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเวลาที่กำหนด ในส่วนผู้ป่วยและครอบครัวเองยังขาดความมั่นใจในความรู้ และศักยภาพในการดูแล และในการประเมินปัญหาสุขภาพเบื้องต้นของบุคลากร โดยเฉพาะ ที่ไม่ใช่บุคลากรด้านสาธารณสุข สำหรับข้อเสนอแนะการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นจัดการระบบการดูแลสุขภาพประชาชนระดับปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทุกคนในเครือข่าย และองค์กรในชุมชน ช่วยให้การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์กรในชุมชน ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตลอดจนชุมชน เข้าใจสภาพความเป็นอยู่ที่บ้านมากขึ้น ปรับการรักษาที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางมากขึ้น

2.4 ขั้นการสะท้อนผล/ทบทวนผล (Reflection) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นสังเกตการณ์ นำมาปรับปรุงและพัฒนาแบบเพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนมากขึ้น โดยการพัฒนาตามปัญหาและอุปสรรคจากที่พบหลังจากการทดลองใช้แล้วผู้วิจัยได้ปรับปรุงรูปแบบและให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบต่อไป

3. ผลของการตรวจสอบ ความเหมาะสม ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง 11 คน พบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.51 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 โดยเรียงลำดับความเหมาะสมตามค่าคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบดังนี้คือ ด้านแนวคิดของคู่มือ ด้านเนื้อหาของคู่มือ ด้านการคัดเลือกผู้รับบริการสุขภาพที่บ้าน ด้านสภาพปัญหาและความจำเป็นของคู่มือ ด้านการประเมินผล ด้านกระบวนการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ด้านผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน และบทบาทของบุคลากรในการให้บริการสุขภาพ



อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่แน่นท์ ผู้วิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจในการอภิปรายดังนี้

1. สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพ และความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่แน่นท์พบว่า มีการกลุ่มเป้าหมายหลักในการดูแลคือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็ก 0 ถึง 5 ปี กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้พิการ (CANDO) โดยที่สอดคล้องกับภารกิจหลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สำคัญ⁴ สำหรับแนวทางในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในกลุ่มปกติ มีการเยี่ยมปีละ ครั้ง สำหรับประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย จะเยี่ยมเพื่อให้ความรู้เพื่อเฝ้าระวัง ปีละ สองครั้ง กลุ่มป่วยเรื้อรังเยี่ยมตามความจำเป็น บุคลากรในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และนอกจากนี้ยังมีเจ้าหน้าที่จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมาร่วมดูแล ซึ่งทำให้เกิดการประสานงานในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วย^{5,6} สำหรับกิจกรรมในขณะเยี่ยม ส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินในเรื่องการดูแลตนเองและการให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ แตกต่างกันไปเป็นราย ๆ ไป ในผู้ป่วยที่ติดเตียงเน้นให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองเบื้องต้น การประเมินผลดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการประเมินตามตัวชี้วัดงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีได้กำหนดให้คือ ในครอบครัว ที่มีปัญหาด้านสุขภาพและมีความจำเป็นต้องติดตามเยี่ยมบ้าน (Round ward) อย่างต่อเนื่อง และให้แบ่งประเภทเตียงเป็น 3 ประเภทตามระดับความต้องการการดูแลและมีเกณฑ์การดูแลซึ่งทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่แน่นท์ได้แบ่งประเภทของประชาชน และเกณฑ์การประเมินผลการติดตามการดูแลให้สอดคล้องกับเกณฑ์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี⁷ สำหรับปัจจัยของความสำเร็จในการจัดการดูแลสุขภาพที่บ้านคือจำนวนบุคลากรที่เหมาะสม ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภารกิจหลักคือการดูแลสุขภาพที่บ้าน และนอกจากนั้นทุกภาคส่วนควรความร่วมมือ การสร้างความไว้วางใจ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเยี่ยมบ้าน จะต้องมีความทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและสามารถให้การปรึกษาเบื้องต้นได้ และทีมเยี่ยมบ้านควรประกอบด้วย ผู้นำในชุมชนและอาสาสมัครต่างๆในชุมชนหรือจิตอาสา ร่วมด้วย ควรมีทีมทำงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน โดยที่สอดคล้องกับการศึกษาของประพิณ วัฒนกิจและคณะ⁸ ที่พบว่าการระบุให้มีผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพที่บ้านให้ชัดเจนจะสามารถกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบไว้ได้อย่างชัดเจน⁹ อันจะเป็นผลดีในการติดต่อประสานงานและเกิดความคล่องตัวในการทำงานส่งผลให้การดูแลสุขภาพที่บ้านเกิดความต่อเนื่อง

ด้านความต้องการและความคาดหวังต่อการจัดบริการ เรื่องการเยี่ยมบ้านเป็นเรื่องทุกคนเห็นว่าเป็นความจริงที่จะทำให้การดูแลสุขภาพที่ใกล้บ้านใกล้ใจ ให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม บุคลากรที่ติดตามเยี่ยมควรจะมี ความรู้ ความสามารถและสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องได้โดยเรียงลำดับคือควรเป็นแพทย์ พยาบาล นักกายภาพ เภสัชหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆที่สามารถให้ความช่วยเหลือในปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวกำลังประสบอยู่ได้ให้หมดไป สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร ฝอยทอง¹⁰ ที่พบว่าประชาชนมั่นใจและต้องการตรวจกับบุคลากร แพทย์มากที่สุดหรือถ้าเป็นบุคคลอื่น ๆ เช่น อสม. หรือจิตอาสา ควรได้ผ่านการอบรมความรู้ในเรื่องที่จะลงไปติดตามเยี่ยมสอดคล้องกับการศึกษาของ ไอรุริตา¹¹ ที่พบว่าทักษะและประสบการณ์ที่ดีมีผลต่อการดูแลที่มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ในระดับสูงและยังสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศที่พบว่าคุณภาพการ



ให้บริการผู้ให้บริการผู้ให้บริการต้องแสดงออกในลักษณะการให้การช่วยเหลือด้วยความกระตือรือร้นและพร้อมที่จะรับฟังปัญหาและข้อเสนอแนะจากผู้ป่วย^{12 13 14}

2. การพัฒนารูปแบบจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยการมีส่วนร่วม ในขั้นวางแผน (Planning) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา/ความต้องการของหน่วยบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนอง ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้มีการค้นข้อมูลด้านสุขภาพเบื้องต้นที่วิเคราะห์สรุปได้ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการในการวางแผนและการบริหารจัดการสุขภาพเป็นการตอบสนองร่วมกันของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการด้านสุขภาพด้านผู้ให้บริการสามารถรับรู้ความต้องการของผู้ใช้บริการ ผู้ใช้บริการเมื่อมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบทำให้เกิดความมั่นใจในการสุขภาพมากขึ้น โดยผู้วิจัยได้เลือกนำเทคนิคพลังสร้างสรรค์ (AIC) มาใช้ ซึ่งเป็นกระบวนการประชุมที่มีวิธีการหรือขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัย ได้สื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ประชุมระดมพลังสมอง เพื่อแก้ไขปัญหาและแนวทางในการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์ จนได้รูปแบบการบริการสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกับแผนพัฒนา และสภาพปัญหาสุขภาพ การจัดการบริการด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่าเป็นรูปแบบของการวิจัยที่ประกอบไปด้วยกระบวนการค้นคว้าทางสังคม (Social Investigation) การให้การศึกษา (Education) และการกระทำหรือการปฏิบัติการ (Action) เพื่อให้ผู้ด้อยโอกาสในสังคมได้มีส่วนร่วมในการสร้างความรู้และความเข้าใจกับสภาพการณ์ที่ปรากฏอยู่ รวมทั้งเปิดพื้นที่ให้เรียนรู้และแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างหลายฝ่าย อันเป็นการสร้างความรู้ให้กับสังคมได้อย่างเป็นรูปธรรมซึ่ง พันธุ์ทิพย์ รามสูตร¹⁵ กล่าวว่าการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีหลักการสำคัญที่ให้ความสำคัญต่อภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น ตลอดจนกระบวนการสร้างความรู้ ซึ่งแตกต่างจากของสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา¹⁶ ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนท้องถิ่นแต่ละแห่งเข้าร่วมศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลรวมทั้งการหาประเด็นปัญหาเชิงพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนตน มิใช่รอคอยแต่นักวิจัยและนักพัฒนามาดำเนินการให้ และจะทำให้ได้ข้อมูลความเป็นจริง ได้แนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมหรือมีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชนท้องถิ่นนั้นและนอกจากนั้นยังทำให้มีการขับเคลื่อนมวลสมาชิกเข้าด้วยกัน ซึ่งเป็นกระบวนการของผู้มีความรับผิดชอบร่วมกัน เรียนรู้ด้วยกันและแก้ไขปัญหาไปพร้อมกัน ขั้นตอนการ (Action) และขั้นการสังเกตผล (Observation) เป็นการหาความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากที่ได้นำแผนที่วางไว้ไปสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งผลจากการสังเกตที่ได้คือเจ้าหน้าที่แต่ละคนไม่เข้าใจชัดเจนในบทบาทของตนเอง โดยเฉพาะผู้นำชุมชน และองค์กรในชุมชน ไม่มีการพูดคุยปัญหาอุปสรรคและแนวทางการปรับการดำเนินงานหลังการดำเนินงาน การออกปฏิบัติงานในแต่ละครั้ง และพบว่าแต่ละหน่วยงานไม่ได้ทำแผนการออกปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพที่บ้านร่วมกัน ในส่วนการออกปฏิบัติงานในลักษณะที่ยังไม่เกิดให้เห็นชัดเจนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รติวัน พิสัยพันธ์¹⁷ ที่พบว่าโครงสร้างการบริหารงานของศูนย์สุขภาพชุมชนไม่ชัดเจน การจัดระบบงานขาดการบูรณาการ ระบบงานไม่มีความคล่องตัวและบุคลากรด้านสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน ขาดทักษะการทำงานเป็นทีม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการให้บริการสุขภาพของประชาชน ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลแม่ข่าย หรือในกรณีผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลยังไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเวลาที่กำหนด ในส่วนผู้ป่วยและครอบครัวเองยังขาดความมั่นใจในความรู้ และศักยภาพในการดูแล และในการประเมินปัญหาสุขภาพเบื้องต้น



ของบุคลากร โดยเฉพาะผู้ให้บริการที่ไม่ใช่บุคลากรด้านสาธารณสุข สำหรับข้อเสนอแนะการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นจัดการระบบการดูแลสุขภาพประชาชนระดับปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนในเครือข่าย และองค์กรในชุมชน ช่วยให้การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์กรในชุมชนดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา นันทบุตร¹⁸ พบว่าประเด็นที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการปฏิรูปการจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อให้เป็นรูปธรรมคือการสร้างกลไกการทำงานร่วมกันกับองค์กรที่มีภารกิจที่ทับซ้อนอย่างชัดเจน และสร้างกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติและเครื่องมือในการทำงานที่เหมาะสมและยังสอดคล้องกับอุไร หลีกกิจ¹⁹ ที่พบว่ารูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรเป็นบริการที่ใกล้บ้านและเป็นที่พักของประชาชนได้ครอบคลุม ให้บริการโดยคณะกรรมการที่เป็นพหุภาคี ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆของการจัดการบริการสุขภาพ ซึ่งการจัดการบริการสุขภาพที่บ้านนั้นจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตลอดจนชุมชน เข้าใจสภาพความเป็นอยู่ นำสู่การรักษาที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางมากขึ้น ขั้นการสะท้อนผล/ทบทวนผล (Reflection) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นสังเกตการณ์ นำมาปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบเพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนมากขึ้น โดยการพัฒนาตามปัญหาและอุปสรรคจากที่พบหลังจากการทดลองใช้แล้วผู้วิจัยได้ปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับเครสเวลล์²⁰ ที่ได้สรุปลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ว่ามีการนำไปสู่การปฏิบัติ เป็นการดำเนินการวิจัยมีการปฏิบัติร่วมกันระหว่างนักวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องและเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต (Dynamic Process) นำไปสู่การพัฒนาขั้นต่อไป จากผลสะท้อนของสิ่งที่ปัญหา และนำสู่การพัฒนาที่ต้องสามารถปฏิบัติได้จริง

3. การตรวจสอบ ความเหมาะสม ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง 11 คน พบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.51 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 โดยเรียงลำดับความเหมาะสมตามค่าคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบดังนี้คือ ด้านแนวคิดของคู่มือ ด้านเนื้อหาของคู่มือ ด้านการคัดเลือกผู้รับบริการสุขภาพที่บ้าน ด้านสภาพปัญหาและความจำเป็นของคู่มือ ด้านการประเมินผล ด้านกระบวนการจัดการบริการสุขภาพที่บ้าน ด้านผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน และบทบาทของบุคลากรในการให้บริการสุขภาพ อธิบายได้ว่า รูปแบบการจัดการบริการสุขภาพที่บ้านที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ในบริบทของพื้นที่ที่ศึกษาได้โดยที่สามารถตอบสนองความต้องการและปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่ศึกษาและตอบสนองนโยบายด้านสุขภาพในระดับจังหวัดและระดับเขต และกระทรวงซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีของประชาชนโดยที่สอดคล้องกับภารกิจหลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ควรมีการกำหนดนโยบายในการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ โดยกำหนดให้ชุมชนองค์กรในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบในการให้บริการเพื่อที่จะได้ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนได้ และให้การสนับสนุนด้านโครงสร้าง ทรัพยากรที่จำเป็น ยานพาหนะ จำนวนบุคลากร การสร้างแรงจูงใจ เพื่อส่งเสริมให้การจัดบริการสุขภาพที่บ้านมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ 1) ผู้บริหารควรมีการให้นโยบายการจัดบริการสุขภาพที่บ้านให้ชัดเจน สร้างความตระหนักให้กับบุคลากรสาธารณสุขและองค์กร เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน และสร้างเครือข่าย 2) การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการเป็นระยะๆ ตามสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป 3) ควรมีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน ทุกระดับตั้งแต่ระดับ บุคคล ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน และการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนอกพื้นที่วิจัย 4) ควรมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพการจัดบริการสุขภาพที่บ้านตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. การประเมินการบริหารจัดการการคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการการคลังสถานพยาบาลปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. 2553.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาสถานบริการระดับ ปฐมภูมิ. งานพัฒนาคุณภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (เอกสารอัดสำเนา). 2553.
3. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น. 2535.
4. ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ (บรรณาธิการ). คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย. 2552.
5. สุปานี วสินอมร. การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เจริญผล. 2531.
6. Gabe M, Gill-Forney B. Reaching for the ideal in home care. Home Healthcare Nurse 1993; 11(6): 30-34.
7. คณะกรรมการการดูแลต่อเนื่องเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี. การดูแลต่อเนื่องเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. เอกสารอัดสำเนา 2554.



8. ประพิน วัฒนกิจ. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในประเทศไทย: นนทบุรี. การพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542.
9. ธงชัย สันติวงษ์. การบริหารเชิงกลยุทธ์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิชย์. 2539.
10. อัมพร ฝอยทอง. ปัญหาและอุปสรรคการบริการสุขภาพศูนย์สุขภาพชุมชนทุ่งยั้ง โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรธานี. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2545.
11. Irurita V. Factors affecting the quality of nursing care: The patient's perspective. International Journal of Nursing Practice. 1999.
12. Brown L. The experience of care: Patient perspective of care: Patient's perspective. Topic Clinic Nurse 1986; 8(2): 56-62.
13. Benner P, Wrubel I. The primary of caring. Topic Clinic 1989; 8(2): 56-62.
14. Aday L N, Anderson R. Development of indices of access to medical care. Ann Arbor: Health Administration Press, 1975.
15. พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: สถาบันการพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. 2540.
16. สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. ชุดวิชาการวิจัยชุมชน. กรุงเทพฯ: เอส อาร์ พรินติ้ง. 2545.
17. รติวัน พิสัยพันธ์. รูปแบบและการพัฒนาการบริหารงานศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2546.
18. ขนิษฐา นันทบุตรและคณะ. โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2546.
19. อุไร หัตถกิจ และคณะ. รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนกรณีศึกษาชุมชนภาคใต้. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2544.
20. Cresswell, J. W. research planning, conduction, and evaluation and quantitative Research. Upper Saddle River, New Jersey: Merrill Prentice- Hall. 2002.



Home Care Model: A Case Study of Mae-Non Tambon Health Promoting Hospital
Muang Udon thani

Chonlakarn Songsri

Abstract

The first stage of this participatory action research aimed to studying the situation of Primary Care Unit (PCU), community health problems and health service needs. The participants consisted of 11 stakeholders. They were the clients, public health personnel, health service executives, community leaders and local government officers. Data were collected by in-depth interview, focus group discussion, family folders and the annual report. The reliability of the data was checked by members checking and methodological triangulation. Data were analyzed by content analysis until it was saturation.

The second stage aimed were to development of home health services model by 40 stakeholder involved through AIC technique and brain storming. The health care model were appropriateness verify by 11 experts and analyzed quantitative data by descriptive statistics. The result found that Mae-Non Tambon Health Promoting Hospital responsible for overseeing amount 5,154 of population health. There were 347 persons in risk group. The most of illness group representing 251 persons. Besides, there are home care services for the populations who have some problems, especially among children 0-5 years amount 28 person, pregnant women 279 person, chronic illness 235 person, disabled groups 53 person and the elderly people group 475 person. The Barriers of continuing home care services were only available in some cases. There is no clear pattern. Lack of continuity and cooperation. The most of patients also suggests that health is a function of public health agencies. The participants had to proposed the model for home health services. In health care service should be the responsibility of the family health volunteers, the family health. general practice nurses or nurse practitioners, pharmacists, physical therapists, nutritionists and doctors. The health care providers will be based on severity and type of patients. The appropriateness of the overall home care model was found: The model was at the most appropriate ($\bar{x}=4.51$, $SD=0.54$). Recommendations from the study, this model should be adapted to suit the context of the community. Effectiveness of home care service model should be further studied for improving and updating the model to fit the health situation.



OR 3.6 ผลของการใช้ก้านมะพร้าวกระดกต่อการยึดติดของข้อเท้าและความตึงตัวของ กล้ามเนื้อขาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตกในตำบลบ้านเป็ด

ปราณี แสดคง* ทิพย์รัตน์ อุดเมืองเพีย*
นิศ สายวัฒน์* รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง*

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยวัดก่อน-หลัง การทดลอง 26 วัน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลจากการใช้ก้านมะพร้าวกระดกต่อการยึดติดของข้อเท้า และความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตก ในเขตเทศบาลตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ประชากร 7 คน กลุ่มตัวอย่าง 4 คน โดยเลือกแบบเจาะจง (purpose sampling) โดยให้ทำตามรูปแบบที่ ตั้งขึ้น ทำทุกเช้า-เย็น ครั้งละ 30-40 วินาที 5-6 ครั้ง ทั้งนี้ระยะเวลาการทำการสามารถยืดหยุ่นหรือปรับให้ เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละรายได้ เวลาในการวิจัยครั้งนี้ 26 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย เครื่องวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ Modified Ashworth (MAS) เครื่องมือประเมินกำลังของ กล้ามเนื้อ Oxford Scale และเครื่องมือวัดองศาข้อเท้า Goniometer วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การศึกษาค้นคว้า (Case Study)

ผลวิจัยพบว่า 1) การใช้ก้านมะพร้าวกระดกไม่สามารถช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลาย เท้าตกได้ ภายในระยะเวลา 26 วัน 2) การใช้ก้านมะพร้าวกระดกสามารถใช้ป้องกันข้อติดและเพิ่มพลังของข้อ เท้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตกได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้า ตก หากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องจะสามารถช่วยป้องกันภาวะข้อเท้าติดได้ ก้านมะพร้าวกระดก จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการใช้ฟื้นฟูสมรรถภาพของโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตกได้ที่บ้าน ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่สามารถประดิษฐ์ได้เองและหาได้ง่ายตามท้องถิ่น

คำสำคัญ: ก้านมะพร้าวกระดก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะที่มีภาวะปลายเท้าตก

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การขาดเลือดไปเลี้ยงสมองเฉียบพลัน หรือที่เรียกว่า Stroke เกิดจากการมีความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมองทำให้เกิดภาวะของการเป็นอัมพาตครึ่งซีกได้ แบ่งเป็น ภาวะที่สมองขาดเลือด (Ischemic) และภาวะที่มีเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic) ซึ่งภาวะเหล่านี้เป็นภาวะที่พบบ่อยอย่างหนึ่งของโรคทาง ระบบประสาทและสมอง ทำให้สูญเสียการเคลื่อนไหวและการรับรู้รู้สึก ผู้ที่ป่วยจะเป็นอัมพาตส่งผลเสียต่อ



การดำเนินชีวิตในแต่ละวันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนบทบาทการทำหน้าที่ การทำกิจกรรมจิตใจ และอารมณ์จะเปลี่ยนตามไปด้วยเช่นกัน (วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล, 2552)

อัมพาตครึ่งซีกเป็นโรคทางหลอดเลือดสมองที่เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประชากรในซีกโรคตะวันตก รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกา (National Stroke Association, 2005) มีประชากรเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองปีละ 4.7 ล้านคนต่อปี เป็นเพศชาย 2.3 ล้านคนต่อปี และเพศหญิง 2.4 ล้านคนต่อปี เสียชีวิตปีละ 2 แสน 7 หมื่นคน (American Heart Association, 2005) และพบว่าสาเหตุของโรคทางหลอดเลือดสมองที่เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ 1) หลอดเลือดสมองตีบ 2) หลอดเลือดสมองอุดตัน และ 3) หลอดเลือดสมองแตก (สถาบันประสาทวิทยา, 2545)

ในประเทศไทยการเป็นอัมพาตครึ่งซีก ที่มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 10 อันดับแรกของประชากร (สถาบันประสาทวิทยา, 2545) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักจะมีภาวะพิการหลงเหลืออยู่มากหรือน้อยขึ้นกับตำแหน่งและชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคนี้มีแนวโน้มการเกิดสูงขึ้นจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบว่าหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายหรือพิการสูง เป็นอันดับ 3 ในเพศชาย รองจากโรคเอดส์และอุบัติเหตุ และสูงเป็นอันดับ 2 ในเพศหญิงรองจากโรคเอดส์ และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดทางสมองต่อประชากร 1 แสนคนทั่วประเทศพบว่า ปี 2547; 2550; 2552 มีอัตราการป่วยจำนวน 108.41; 134.21; 208.45 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มที่จะมีอัตราการป่วยเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ (จิตรรัตน์ อภิญา และนิตยา ทินธุเวทย์; 2554)

โรงพยาบาลขอนแก่นมีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมากขึ้นและมีผู้เสียชีวิตมากขึ้นทุกปีมักมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงถึง 1 ใน 4 และผู้ที่รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ในอัตราค่อนข้างสูงถึง 1 ใน 2 ของผู้ป่วย และเป็นปัญหาต่อเนื่องถึงผู้ดูแล ครอบครัว และสังคม ทำให้สิ้นเปลืองทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยค่อนข้างมาก

โรคอัมพาตนั้นผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการพิการรุนแรงได้ อันเนื่องมาจากการมีพยาธิสภาพที่เนื้อสมอง แม้จะได้รับการกายภาพบำบัดแล้วแต่ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถเดินได้เหมือนคนปกติ เนื่องจากภาวะปลายเท้าตก (Foot drop) ซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อบริเวณหน้าแข้ง (Tibialis Anterior) ไม่หดตัวในจังหวะก้าวเดินและกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่กระดกข้อเท้าขึ้นมีการอ่อนแรงมากกว่ากล้ามเนื้อที่กระดกข้อเท้าลงร่วมกับการเกร็งกระดกของกล้ามเนื้อร่วมด้วยทำให้ก้าวไม่พ้นพื้นใน Swing phase ผู้ป่วยต้องเหวี่ยงขาและยันตะโพกขึ้นแทนที่จะก้าวไปตรงๆ ทำให้มีความทุกข์ในการเคลื่อนที่ เคลื่อนไหวลำบาก และมีความผิดปกติในการเดิน(กิ่งแก้ว ปาจริย, 2547) การทำการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะปลายเท้าตก หากได้รับการรักษา การพยาบาล การดูแล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเข้าใจสภาพของโรคและการฟื้นฟูตัวของสมอง ตลอดจนการดูแลและการฝึกฝนทักษะการเคลื่อนไหวต่างๆ ที่เหมาะสม จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใกล้เคียงปกติและช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด

การรักษาโดยการกายภาพบำบัดพร้อมกับการใช้อุปกรณ์ที่ช่วยในไทยจะใช้อุปกรณ์เสริมระดับเท้า (AFO: Ankle foot orthotics) ที่มีลักษณะคล้ายฝือกอ่อนมาใส่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้ซึ่งอุปกรณ์จะช่วยแก้ไขปัญหานั้นเพียงบางเท่านั้น คือทำหน้าที่ประคองหรือตามไว้หรือป้องกันไม่ให้เกิดการขยับข้อขา ทิศทาง ป้องกันไม่ให้เข่าทรุดในช่วงที่เท้าสัมผัสกับพื้น และทดแทนกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงแต่จะส่งผลเสียต่อกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อบริเวณที่ถูกยึดไว้ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ฝึกการทำงานของกล้ามเนื้อให้เกิดความแข็งแรงและการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดคือต้องมีผู้เชี่ยวชาญดูแลอย่างใกล้ชิด



จากเหตุผลข้างต้นที่ผู้วิจัยในฐานะผู้ดูแลสุขภาพได้เล็งเห็นถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีภาวะปลายเท้าตก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพ ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้จำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนและใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยในการฟื้นฟูระบบประสาท สันหลังและกล้ามเนื้อเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติที่สุดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตามมา ประกอบกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ได้มีการพัฒนานวัตกรรม “**ก้านมะพร้าว กระดก**” ซึ่งสามารถหาได้ง่ายในท้องถิ่นและมีราคาถูก ใช้หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพของระบบประสาทโดย เลือกใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิม คือ ฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ดังนั้นผู้วิจัย จึงต้องการนำก้านมะพร้าวกระดกมาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะปลายเท้าตก (foot drop) โดยอาศัยการยืด ดัดข้อต่อและการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อจะช่วยฟื้นฟูและ เปลี่ยนแปลงเครือข่ายของระบบประสาทช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการทำงานของขาข้างที่เป็น foot drop ได้ (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2547) ซึ่งอุปกรณ์ก้านกระดกนี้สามารถหาวัสดุมาทำได้เองจากธรรมชาติและ นำไปใช้ในการให้การพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน ชุมชน ช่วยบรรเทาอาการปวด เมื่อย กล้ามเนื้อขา และยืดเหยียดกล้ามเนื้อได้ดี ส่งเสริมการไหลเวียนเลือด และที่สำคัญช่วยให้กล้ามเนื้อขาและฝ่าเท้าแข็งแรงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของกายภาพบำบัดเพื่ออาการ ภาวะปลายเท้าตกในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งหากผู้ป่วยมีภาวะปลายเท้าตกลดลงมีความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มขึ้นจะเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการพยากรณ์โรคที่เป็นไปในแนวทางที่ดีจะมีการฟื้นตัวของระบบประสาทและ กล้ามเนื้อดีขึ้นกว่าเดิม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลจากการใช้ก้านมะพร้าวกระดกต่อการยืดตึงของข้อเท้าและความตึงตัวของกล้ามเนื้อใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตก

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะปลายเท้าตกจะมีความตึงตัวของกล้ามเนื้อขาลดลงหลังการฟื้นฟูด้วยโปรแกรมการใช้ ก้านมะพร้าวกระดก
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะปลายเท้าตกไม่มีภาวะยืดตึงของข้อเท้าหลังการฟื้นฟูด้วยโปรแกรมการใช้ ก้านมะพร้าวกระดก

กรอบแนวคิดของการวิจัย





วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (One group pretest-posttest group)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตก จำนวน 7 ราย ในเขตเทศบาลตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น แต่เนื่องจากการใช้ก้านมะพร้าวกระดกมีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวาน มีแผลเรื้อรังที่เท้า ขาบวม กระดูกขาหักและแตก (กมลพรรณ โยวาศรีและคณะ, 2554) อีกทั้งการทดลองในการใช้ก้านมะพร้าวกระดกจะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยและญาติในการเข้าร่วมการทดลองการใช้ก้านมะพร้าวกระดก และการทดลองในครั้งนี้ผู้ป่วยและญาติให้การยินยอมในการใช้ก้านมะพร้าวกระดกเพียง 4 ราย และอีก 3 ราย ผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอมทำการทดลองใช้ก้านมะพร้าวกระดกจากสาเหตุดังนี้ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวานและมีแผลเรื้อรังที่เท้า จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกหักและแตกที่ขาข้างซ้าย จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอมทำการทดลองใช้ก้านมะพร้าวกระดก จำนวน 1 ราย ดังนั้นการทดลองในครั้งนี้จึงเหลือผู้ที่ใช้ก้านมะพร้าวกระดกจำนวน 4 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) เครื่องมือ Modified Ashworth (MAS) คือ การวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ แบ่งเป็น 6 ระดับ ได้แก่ 0 คือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อปกติ, 1 คือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เวลาขยับข้อต่ออาจจะรู้สึกว่าการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมีแรงต้านเล็กน้อยแล้วคลายตัวอย่างรวดเร็ว หรือรู้สึกว่าการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมีแรงตึงตัวต่อน้อยที่สุดพิสัยการเคลื่อนไหวข้อต่อ, 1+ คือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เวลาขยับข้อต่อรู้สึกว่าการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมีแรงต้านน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของพิสัยการเคลื่อนไหวข้อต่อ, 2 คือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เวลาขยับข้อต่อรู้สึกว่าการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมีแรงต้านมากกว่าครึ่งหนึ่งของพิสัยของข้อต่อ แต่ขยับข้อต่อได้ง่าย, 3 คือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นมาก ขยับข้อต่อด้วยความยากลำบาก ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นมากจนแขนขาแน่นแข็งยึดอยู่ในท่าหรือเหยียด (กิงแก้ว ปาจริย์, 2547) 2) เครื่องมือวัดกำลังของกล้ามเนื้อ Oxford scale แบ่งกำลังของกล้ามเนื้อเป็น 6 ระดับ ได้แก่ 0 คือ เมื่อตรวจไม่พบการหดตัวของกล้ามเนื้อและไม่มีการเคลื่อนไหวแขนขา, 1 คือ ผู้ตรวจสามารถมองเห็นหรือคลำพบว่าการหดตัวของกล้ามเนื้อ แต่อาจไม่เห็นการขยับของข้อต่อ, 2 คือ กล้ามเนื้อสามารถออกแรงขยับข้อต่อได้ตลอดพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อต่อในท่าที่การออกแรงไม่ได้ต้านกับแรงโน้มถ่วงของโลก, 3 คือ กล้ามเนื้อสามารถออกแรงขยับข้อต่อได้ตลอดพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อต่อในท่าที่ต้านกับแรงโน้มถ่วงของโลก, 4 คือ สามารถออกแรงต้านกำลังของผู้ตรวจได้ แต่อ่อนแรงกว่าผู้ตรวจ, 5 คือ สามารถออกแรงต้านกำลังของผู้ตรวจได้เต็มที่ (กิงแก้ว ปาจริย์, 2547) 3) เครื่องมือวัดองศาเท้า โดยใช้เครื่องมือวัด คือ Goniometer (ก่อภู และปรีชา, 2554) และ 4) แบบประเมินความก้าวหน้าของวิยะดา และสุรัตน์ (2552)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ก้านมะพร้าวกระดกและโปรแกรมการใช้ก้านมะพร้าวกระดก ดังนี้ เข้า จำนวน 20-30 ครั้ง แต่ละครั้งค้างไว้นาน 30-45 วินาที เหย็น จำนวน 20-30 ครั้ง แต่ละครั้งค้างไว้นาน 30-45 วินาที (วิยะดา และสุรัตน์, 2552) โดยกำหนดระยะเวลาการใช้ก้านมะพร้าวกระดกติดต่อกันทุกวันเป็น



ระยะเวลา 26 วัน ทั้งนี้การใช้ก้านมะพร้าวกระดกสามารถทำได้มากกว่าโปรแกรมที่กำหนดขึ้นตามความต้องการและสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อขอข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดทางสมองที่มีภาวะปลายเท้าตกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด จังหวัดขอนแก่น จากนั้นนำหนังสือขออนุญาตการศึกษาวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่นถึงผู้ใหญ่บ้าน บ้านเป็ด จังหวัดขอนแก่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและญาติเพื่อศึกษาสถานการณ์ และสอบถามอาการเจ็บป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยและญาติประเมินพิสัยของข้อเท้า ประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อโดยใช้เครื่องมือ Modified Ashworth (MAS) และกำลังของกล้ามเนื้อโดยใช้เครื่องมือของ Oxford Scale และใช้แบบประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยก่อนการใช้ก้านมะพร้าวกระดกและบันทึกผล
3. ผู้วิจัยให้ข้อมูล วัตถุประสงค์และสาริทธิวิธีการใช้ก้านมะพร้าวกระดกแก่ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตามได้ ผู้วิจัยได้นำก้านมะพร้าวกระดกให้ผู้ป่วยใช้ตามโปรแกรมที่จัดทำขึ้น และติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง เป็นเวลา 26 วัน ประเมินพิสัยของข้อเท้า ประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อและกำลังของกล้ามเนื้อ และใช้แบบประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและบันทึกผลหลังใช้ก้านมะพร้าวกระดกตามโปรแกรมที่จัดทำขึ้นเพื่อนำไปเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการใช้ก้านมะพร้าวกระดก

การวิเคราะห์ข้อมูล ภายหลังการรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์เนื้อหาเปรียบเทียบระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระดับกำลังของกล้ามเนื้อ และองศาของข้อเท้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตก ก่อนและหลังการใช้ก้านมะพร้าวกระดกเป็นรายกรณี (case management)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการทำวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจึงคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยทุกขั้นตอนตลอดการศึกษาตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดการทำวิจัย โดยผู้วิจัยพบผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการทำวิจัย โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และวิธีการทำวิจัย ซึ่งผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมในการทำวิจัยโดยไม่มีข้อบังคับใดๆ และสามารถยุติในการเข้าร่วมการทำวิจัยในช่วงใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้กับผู้วิจัยทราบ การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อการรักษาและคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการทำวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมซึ่งจะไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. ผลของการใช้ก้านมะพร้าวกระดกต่อองศาข้อเท้า

ผู้ป่วยคนที่ 1 ชายไทยคู่ อายุ 47 ปีป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ มา 2 ปี มีโรคประจำตัว Hypertension, DM แต่ไม่มีแผลเรื้อรังที่เท้ารับประทานยาตลอด มีอาการอัมพาตครึ่งซีกข้างซ้าย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง



ก่อนการใช้ก้านมะพร้าวกระดก พบว่า องศาข้อเท้า เท้าขวา Dorsiflexion 17 องศา Neutral flexion 0 องศา Plantarflexion 35 องศา เท้าซ้าย Dorsiflexion 7 องศา Neutral flexion -13 องศา Plantarflexion 26 องศา พบว่าผู้ป่วยมีภาวะข้อเท้าข้างซ้ายติดเล็กน้อย เนื่องจากผู้ป่วยออกกำลังกายและทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านทุกวัน การประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (MAS) ขาข้างซ้ายอยู่ในระดับ 1 คือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เวลาขยับข้อต่ออาจจะรู้สึกว่าการเคลื่อนไหวนั้นมีแรงต้านเล็กน้อยแล้วคลายตัวอย่างรวดเร็ว หรือรู้สึกว่าการเคลื่อนไหวนั้นมีแรงตึงตัวด้านตอนสุดพิสัยการเคลื่อนไหวข้อต่อ ประเมินกำลังกล้ามเนื้อขาข้างซ้ายอยู่ในระดับ 4 คือ สามารถออกแรงต้านกำลังของผู้ตรวจได้ แต่อ่อนแรงกว่าผู้ตรวจ

สัปดาห์ที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยใช้ก้านมะพร้าวกระดกแล้วรู้สึกปวดและตึงบริเวณขาถึงสะโพกข้างซ้าย ต้องซื้อยาแก้ปวดมารับประทาน ตื่นนอนถึงกลับลุกขึ้นเดินไม่ได้จึงหยุดทำ 1 วัน หลังจากนั้นก็ทำต่ออาการปวดเริ่มลดลง รู้สึกว่าเวลาบริหารข้อโดยใช้ก้านมะพร้าวกระดกแล้วสบายขึ้นกว่าเดิมแต่ยังคงมีอาการปวดอยู่ จึงแนะนำให้ทำลดลง แต่คุณลุงบอกว่าไม่เป็นไรจะทำต่ออีกเหมือนเดิม ถ้ายังมีอาการปวดอีกจะลดจำนวนครั้งลง สัปดาห์ที่ 2 มีอาการปวดขาข้างที่ใช้อีกก้านมะพร้าวกระดก แต่อาการปวดลดลงจากครั้งก่อน สามารถบริหารข้อโดยใช้ก้านมะพร้าวกระดกได้โดยลดจำนวนครั้งในการทำลง โดยเล่าว่าอาการปวดลดลงมากกว่าครั้งก่อนๆ รู้สึกตึงเมื่อใช้ก้านมะพร้าวกระดก สัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยบอกว่าหลังจากใช้ก้านมะพร้าวกระดกรู้สึกเบาสบายขึ้น อาการปวดลดลงมาก อาการตึงเมื่อใช้ก้านมะพร้าวกระดกลดลง การบริหารข้อโดยใช้ก้านมะพร้าวกระดกทำให้รู้สึกว่าขาข้างซ้ายดีขึ้นมากกว่าแต่ก่อน และอีก 6 วันหลังจากนั้นก็ได้ลงไปเยี่ยมผู้ป่วยอีกครั้งก็ยังพบว่าผู้ป่วยยังคงใช้ก้านมะพร้าวกระดกได้ถูกต้อง และตรงตามโปรแกรมที่ตั้งไว้ให้

หลังใช้ก้านมะพร้าวกระดก พบว่า องศาข้อเท้า เท้าขวา Dorsiflexion 17 องศา Neutral flexion 0 องศา Plantarflexion 35 องศา เท้าซ้าย Dorsiflexion 15 องศา Neutral flexion 0 องศา Plantarflexion 35 องศา การประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (MAS) ขาข้างซ้ายอยู่ในระดับ 1 คือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เวลาขยับข้อต่ออาจจะรู้สึกว่าการเคลื่อนไหวนั้นมีแรงต้านเล็กน้อยแล้วคลายตัวอย่างรวดเร็ว หรือรู้สึกว่าการเคลื่อนไหวนั้นมีแรงตึงตัวด้านตอนสุดพิสัยการเคลื่อนไหวข้อต่อ ประเมินกำลังกล้ามเนื้อขาข้างซ้ายอยู่ในระดับ 4 คือ สามารถออกแรงต้านกำลังของผู้ตรวจได้ แต่อ่อนแรงกว่าผู้ตรวจ

ผู้ป่วยคนที่ 2 ชายไทยคู่ อายุ 66 ปี ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกไม่ทราบว่าเป็นเพราะสาเหตุใด เป็นมามากกว่า 20 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มีอาการอัมพาตครึ่งซีกข้างขวาและแขนข้างขวามีภาวะข้อติดไม่สามารถขยับได้ ต้องมีผู้ดูแลคอยดูแลในเรื่องการกิจวัตรประจำวันต่างๆ

ก่อนการใช้ก้านมะพร้าวกระดก พบว่า องศาข้อเท้า เท้าขวา Dorsiflexion 0 องศา Neutral flexion 0 องศา Plantarflexion 0 องศา เท้าซ้าย Dorsiflexion 11 องศา Neutral flexion -15 องศา Plantarflexion 25 องศา พบผู้ป่วยมีภาวะข้อเท้าติดไม่สามารถขยับเคลื่อนไหวข้อเท้าข้างขวาได้ และพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีภาวะข้อเท้าติดในข้างซ้ายด้วย เนื่องจากการสอบถามผู้ดูแลพบว่าผู้ป่วยไม่ได้ทำกายภาพบำบัดหรือออกกำลังกายใดๆเลย มักจะนอนและนั่งอยู่เฉยๆ จึงทำให้เท้าข้างซ้ายเริ่มมีภาวะข้อเท้าติด ประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อขา (MAS) ข้างขวา อยู่ในระดับ 4 คือ มีความตึงของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้นมากจนแขนขาข้างนั้นแข็งยึดอยู่ในท่างอหรือเหยียด ประเมินกำลังกล้ามเนื้อขาข้างขวาอยู่ในระดับ 3 คือ กล้ามเนื้อสามารถออกแรงขยับข้อนั้นได้ตลอดพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อต่อในท่าที่ต้านกับแรงโน้มถ่วงของโลก

สัปดาห์ที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้ก้านมะพร้าวกระดกผิด ผู้วิจัยจึงได้อธิบายและให้ผู้ป่วยลองทำอีกครั้ง ผู้ป่วยสามารถทำได้แต่ทำด้วยความลำบาก สัปดาห์ที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยไม่มีการใช้ก้านมะพร้าวกระดกจริง จึงอธิบายให้ลูกสาวผู้ป่วยช่วยดูแลและสอนการทำให้อีกครั้งพร้อมกับลูกสาวของผู้ป่วย พร้อมบอกประโยชน์



และเหตุผลในการใช้ก้านมะพร้าวกระดก ลูกสาวของผู้ป่วยเข้าใจและสามารถทำได้ สัปดาห์ที่ 3 พบว่าผู้ป่วยยังใช้ก้านมะพร้าวกระดกผิดอยู่ และผู้ดูแลไม่ได้ช่วยผู้ป่วยในการใช้ก้านมะพร้าวกระดกเลย

หลังใช้ก้านมะพร้าวกระดก พบว่า องศาข้อเท้า เท้าขวา Dorsiflexion 0 องศา Neutral flexion 0 องศา Plantarflexion 0 องศา เท้าซ้าย Dorsiflexion 11 องศา Neutral flexion -15 องศา Plantarflexion 25 องศา ประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อขา (MAS) ข้างขวา อยู่ในระดับ 4 คือ มีความตึงของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้นมากจนแขนขาข้างนั้นแข็งยึดอยู่ในท่าอหรือเหยียด ประเมินกำลังกล้ามเนื้อขาข้างขวาอยู่ในระดับ 3 คือ กล้ามเนื้อสามารถออกแรงขยับข้อนั้นได้ตลอดพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อต่อในท่าที่ต้านกับแรงโน้มถ่วงของโลก ในเรื่องการทากิจวัตรประจำวันในส่วนที่ทำเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วย หรือทำเองได้ ต้องมีคนช่วยบางส่วน หรือทำเองได้ทั้งหมด ก็ยังคงเป็นเช่นเดิม สอบถามผู้ป่วยในเรื่องการใช้ก้านมะพร้าวกระดก ผู้ป่วยพยายามสื่อสารรู้สึกดี เมื่อใช้ก้านมะพร้าวกระดก โดยการแสดงท่าทางการยกนิ้วโป้งเพื่อบอกว่า “ดี” แต่เนื่องจากผู้ดูแลไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลจึงทำให้การใช้ก้านมะพร้าวกระดกในผู้ป่วยรายนี้ไม่ประสบผลสำเร็จ

ผู้ป่วยคนที่ 3 หญิงไทยหม้าย อายุ 54 ปีป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกไม่ทราบว่าเป็นจากสาเหตุใด เป็นเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 ไม่มีโรคประจำตัว มีอาการอัมพาตครึ่งซีกข้างซ้าย เคยได้รับการรักษาด้วยการกระตุ้นไฟฟ้าที่โรงพยาบาลราชพฤกษ์ แต่ปัจจุบันไม่ได้รับการทำกายภาพบำบัดใดๆ นอกจากการนวด เมื่อมีอาการปวดขาทั้งข้างซ้ายและข้างขวาเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยรายนี้สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้และเข้าใจภาษาพูดได้ดี ไม่ต้องมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ เองได้ทั้งหมดโดยไม่ต้องมีผู้ช่วย

ก่อนใช้ก้านมะพร้าวกระดก พบว่า องศาข้อเท้า เท้าขวา Dorsiflexion 20 องศา Neutral flexion 0 องศา Plantarflexion 45 องศา เท้าซ้าย Dorsiflexion 28 องศา Neutral flexion -18 องศา Plantarflexion 10 องศา ประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อขา (MAS) ข้างซ้ายอยู่ในระดับ 3 คือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นมาก ขยับข้อต่อด้วยความยากลำบาก ประเมินกำลังกล้ามเนื้อขาข้างซ้ายอยู่ในระดับ 4 คือ สามารถออกแรงต้านกำลังผู้ตรวจได้ แต่อ่อนแรงกว่าผู้ตรวจ

สัปดาห์ที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยใช้ก้านมะพร้าวกระดกได้ถูกต้องและทำต่อเนื่อง มีเพียง 1-2 วัน ผู้ป่วยจึงหยุดทำเนื่องจากมีอาการปวดตึงขาข้างซ้ายที่ใช้ก้านมะพร้าวกระดก แต่บอกว่า “จะทำเมื่ออาการปวดเริ่มดีขึ้น” สัปดาห์ที่ 2 พบผู้ป่วยอยู่ที่บ้านและได้สอบถามถึงอาการปวดตึงที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยเล่าว่า “อาการปวดตึงเริ่มลดลงแล้ว ได้เริ่มมาใช้ก้านมะพร้าวกระดกอีกครั้งแล้ว แต่ยังคงมีอาการตึงๆ เวลาที่ใช้ก้านมะพร้าวกระดก แต่อาการปวดนั้นพอทนได้ไม่เป็นอุปสรรคในการทำ” ซึ่งเมื่อตรวจดูสมุดบันทึกผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยได้ทำทุกวันอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ และได้ให้กำลังใจผู้ป่วยในการทำ และตอบคำถามข้อสงสัยของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ก้านมะพร้าวกระดกด้วย สัปดาห์ที่ 3 พบผู้ป่วยอยู่บ้านกับหลานสาว ผู้ป่วยเล่าว่าได้ใช้ก้านมะพร้าวกระดกบริหารอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมที่กำหนด มีเพียง 1-2 วันเท่านั้นที่ไม่มีเวลาทำเพราะไปทำธุระและบางวันก็ทำไม่ครบตามโปรแกรมที่กำหนด จากการตรวจสมุดบันทึก พบว่า เป็นความจริงตามที่ผู้ป่วยเล่า และอีก 6 วัน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ลงเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยเล่าว่า “3 วันติดต่อกันที่ผ่านมาไม่ได้ใช้ก้านมะพร้าวกระดกเพราะออกไปทำธุระข้างนอก แต่ก่อนหน้านี้ 3 วัน ใช้ก้านมะพร้าวกระดกบริหารอย่างต่อเนื่อง” ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสมุดบันทึกพบว่า เป็นตามที่ผู้ป่วยเล่า



หลังใช้ก้านมะพร้าวกระดูก พบว่า องศาข้อเท้า เท้าขวา Dorsiflexion 20 องศา Neutral flexion 0 องศา Plantarflexion 45 องศา เท้าซ้าย Dorsiflexion 28 องศา Neutral flexion 0 องศา Plantarflexion 15 องศา ประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อขา (MAS) ข้างซ้ายอยู่ในระดับ 3 คือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นมาก ขยับข้อต่อด้วยความยากลำบาก ประเมินกำลังกล้ามเนื้อขาข้างซ้ายอยู่ในระดับ 4 คือ สามารถออกแรงต้านกำลังผู้ตรวจได้ แต่อ่อนแรงกว่าผู้ตรวจ

การทากิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยทำเองได้หรือบางส่วนทำเองได้แต่ต้องมีคนช่วย สอบถามผู้ป่วยในเรื่องการใช้ก้านมะพร้าวกระดูก ผู้ป่วยเล่าว่า “รู้สึกดีขึ้นและรู้สึกคล่องมากขึ้นในขาข้างที่มีพยาธิสภาพเวลาเดินและขยับข้อเท้า รู้สึกว่ากล้ามเนื้อตึงขึ้นขณะใช้ก้านมะพร้าวกระดูกและจะทำต่อไปเรื่อยๆ” จึงทำให้การใช้ก้านมะพร้าวกระดูกในผู้ป่วยรายนี้ประสบความสำเร็จเพราะผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำเป็นอย่างดี

ผู้ป่วยคนที่ 4 ชายไทย อายุ 56 ปี ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะไขมันอุดตันในเส้นเลือดมากกว่า 2 ปี และไหล่หลุด มีโรคประจำตัวคือ โรคเกาต์และหอบหืด มีอาการอัมพาตครึ่งซีกข้างขวาและแขนข้างขวามีข้อติดและไหล่หลุด ขยับได้เล็กน้อย สามารถขยับร่างกายได้ ในด้านการทากิจวัตรประจำวันผู้ป่วยต้องมีคนคอยดูแลการทากิจกรรมตลอด เพราะไม่สามารถทำกิจกรรมเองได้

ก่อนใช้ก้านมะพร้าวกระดูก พบว่า องศาข้อเท้า เท้าขวา Dorsiflexion 10 องศา Neutral flexion -30 องศา Plantarflexion 20 องศา เท้าซ้าย Dorsiflexion 15 องศา Neutral flexion 0 องศา Plantarflexion 35 องศา ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีภาวะข้อเท้าติด ไม่สามารถขยับหรือเคลื่อนไหวข้อเท้าข้างนั้นได้ เนื่องจากการสอบถามผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้ทำกายภาพบำบัดหรือออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง มักจะยึดเหยียดกล้ามเนื้อเฉยๆ เพราะทำกิจกรรมได้ค่อนข้างน้อย จึงทำให้ข้อเท้าด้านขวามีภาวะข้อเท้าติด ประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อด้านขวา (MAS) อยู่ในระดับ 3 คือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น ขยับข้อต่อด้วยความยากลำบาก ประเมินกำลังกล้ามเนื้ออยู่ในระดับ 3 คือ กล้ามเนื้อสามารถออกแรงขยับข้อนั้นได้ตลอดพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อต่อในท่าที่ต้านกับแรงโน้มถ่วงของโลก

สัปดาห์ที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการบริหารข้อโดยใช้ก้านมะพร้าวกระดูกแต่ยังไม่สามารถนำเท้าสอดในห่วงของก้านมะพร้าวกระดูกและยังคงทำเร็วๆ ไม่ทำค้างไว้ตามโปรแกรมที่กำหนด และผู้ดูแลไม่ได้มีการบันทึกข้อมูลในการบริหารข้อโดยใช้ก้านมะพร้าวกระดูกของผู้ป่วยแต่บอกว่า ได้พาผู้ป่วยบริหารข้อโดยใช้ก้านมะพร้าวแต่ไม่มีการบันทึกลงในสมุดบันทึก ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำแก่ภรรยาซึ่งเป็นผู้ดูแลให้ช่วยดูแลเรื่องการบริหารข้อโดยใช้ก้านมะพร้าวกระดูกของผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเอาเท้าสอดเข้าห่วงหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อโดยใช้ก้านมะพร้าวกระดูกตามโปรแกรมที่กำหนด และแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจในการบริหารข้อโดยใช้ก้านมะพร้าวกระดูกตามโปรแกรม ต่อมาผู้ป่วยสามารถใช้ก้านมะพร้าวได้ถูกวิธีคือ กระดกค้างไว้แล้วปล่อยตามโปรแกรมที่กำหนดและได้ลองให้ผู้ป่วยฝึกเดินโดยจับราวไม้ไผ่ที่ผู้ป่วยมีภายในบ้านแต่ยังไม่สามารถเดินได้เอง เดินลากเท้าและเท้าที่มีภาวะปลายเท้าตกล้นเท้าไม่แตะที่พื้น จากการสื่อสารของผู้ป่วยบอกว่า ผู้ดูแลไม่ได้มาช่วยดูแลเลยและไม่ค่อยอยู่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี แต่ผู้ป่วยยังมีกำลังใจดี เพราะคนข้างบ้านกล่าวชมเชย ว่าร่างกายดีขึ้นจึงมีกำลังใจในการใช้ก้านมะพร้าวกระดูก

สัปดาห์ที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยสามารถบริหารข้อโดยใช้ก้านมะพร้าวกระดูกได้ถูกวิธีตามที่ได้ให้คำแนะนำ แต่ยังไม่สามารถนำเท้าสอดเข้าห่วงได้ และยังพบว่าเชือกยังมีขนาดไม่เหมาะกับเท้าของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้มีการปรับความยาวของเชือกที่ก้านมะพร้าวกระดูกให้ เพื่อให้ผู้ป่วยทำได้คล่องขึ้นและสามารถได้ดีขึ้น และผู้ป่วยได้ลองเดินจับราวไม้ไผ่ให้ดูพบว่า ผู้ป่วยสามารถยืนทรงตัวได้เอง โดยไม่ต้องจับราว แต่ลักษณะการเดินยังคงเป็น



เหมือนเดิมคือเดินลากเท้า ผู้วิจัยจึงต้องมีการย้าให้เดินยกเท้าผู้ป่วยเข้าใจแล้วปฏิบัติตาม มาเยี่ยมผู้ป่วยอีกครั้ง พบว่ากำลังฝึกเดินและใช้ก้านมะพร้าวกระดก ในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยสามารถเอาขาใส่ห้วงได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วยและใช้ก้านมะพร้าวกระดกบริหารข้อเท้าได้ทั้งสองข้างแต่จะเน้นในการทำในขาที่มีภาวะปลายเท้าตมมาก เป็นส่วนใหญ่ ได้ลองให้ผู้ป่วยฝึกเดินให้ดูพบว่า ส้นเท้าผู้ป่วยยังไม่ติดพื้น ทีมผู้วิจัยได้กล่าวชื่นชมและแนะนำให้ผู้ป่วยบริหารข้อโดยใช้ก้านมะพร้าวกระดกตามโปรแกรมที่กำหนดต่อไปผู้ป่วยก็เข้าใจ พยายามฝึกเดินและใช้ก้านมะพร้าวกระดกมากขึ้น สัปดาห์ที่ 3 ไปเยี่ยมผู้ป่วยอีกครั้ง ผู้ป่วยเดินให้ดู พบว่า ส้นเท้าผู้ป่วยติดพื้นแต่ยังมีการเดินลากเท้า และผู้ป่วยสื่อสารว่าการบริหารข้อโดยใช้ก้านมะพร้าวกระดกตามโปรแกรมที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยได้ฝึกเดินโดยใช้ราวจับทุกวันและสื่อสารอีกว่าภรรยาไม่ค่อยให้ความสนใจและดูในเรื่องการใช้ก้านมะพร้าวกระดกแต่ตนเองมีความพยายามในการทำ และมีกำลังใจมากขึ้น เมื่อคนข้างบ้านกล่าวชื่นชมว่าสุขภาพดีขึ้น หลังจากนั้นอีก 6 วัน ได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยพบว่าภรรยาค่อยดีขึ้นและได้สอบถามการใช้ก้านมะพร้าวกระดกจากภรรยาของผู้ป่วย พบว่า “ผู้ป่วยทำทุกวันแต่ไม่ทราบเวลาแน่นอนเพราะไม่ได้บันทึก” แต่ผู้ป่วยพยายามสื่อสารว่าตนทำทุกวันและพยายามบันทึกลงในสมุด เมื่อตรวจสอบบันทึกพบร่องรอยการพยายามขีดเขียนของผู้ป่วยว่าตนเองได้ทำจริง

หลังใช้ก้านมะพร้าวกระดก พบว่า องศาข้อเท้า เท้าขวา Dorsiflexion 10 องศา Neutral flexion 0 องศา Plantarflexion 45 องศา เท้าซ้าย Dorsiflexion 15 องศา Neutral flexion 0 องศา Plantarflexion 35 องศา ประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อด้านขวา (MAS) อยู่ในระดับ 3 คือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น ขยับข้อต่อด้วยความยากลำบาก ประเมินกำลังกล้ามเนื้ออยู่ในระดับ 3 คือ กล้ามเนื้อสามารถออกแรงขยับข้อนั้นได้ตลอดพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อต่อในท่าที่ต้านกับแรงโน้มถ่วงของโลก ส่วนในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันทั้งที่ทำเองไม่ได้ต้องมีคนมาช่วยดูแล หรือ ทำเองได้บ้างต้องใช้ผู้ดูแลมาช่วยบางส่วน หรือ ส่วนที่ยังทำได้เองโดยไม่ต้องมีคนมาช่วยยังคงเป็นเช่นเดิม สอบถามผู้ป่วยในเรื่องการใช้ก้านมะพร้าวกระดก ผู้ป่วยสื่อสารว่า ดีมาก เยี่ยม โดยการแสดงท่าทาง ถึงแม้ผู้ดูแลไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นและมีกำลังใจในการบริหารข้อโดยใช้ก้านมะพร้าวกระดก ดังนั้นการใช้ก้านมะพร้าวกระดกกับผู้ป่วยรายนี้จึงประสบความสำเร็จ

2. ผลของใช้ก้านมะพร้าวกระดกต่อการยึดติดของข้อเท้าและความตึงตัวของกล้ามเนื้อขาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตม

เมื่อเปรียบเทียบระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระดับกำลังของกล้ามเนื้อ และองศาของข้อเท้า ก่อนและหลังการใช้ก้านมะพร้าวกระดกตามโปรแกรมที่กำหนดขึ้น (ตารางที่ 1)

จากการนำก้านมะพร้าวกระดกไปทดลองใช้ในผู้ป่วย 4 คน พบว่า ผู้ป่วยคนที่ 1 มีการเพิ่มขององศาเท้าในท่า Dorsi flexion จาก 7 องศา เป็น 15 องศา แสดงว่าการใช้ก้านมะพร้าวกระดกส่งผลทำให้เพิ่มพิสัยการหมุนของข้อเท้า เนื่องจากผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยรายนี้มีการใช้ก้านมะพร้าวกระดกเพื่อยืดเหยียดกล้ามเนื้อตามโปรแกรมที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง และพบว่าระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อและระดับกำลังของกล้ามเนื้อไม่มีการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยคนที่ 2 ไม่มีการเพิ่มขององศาเท้าในทุกท่า เนื่องจากผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่มีการใช้ก้านมะพร้าวกระดกเพื่อยืดเหยียดกล้ามเนื้อตามโปรแกรมที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง และพบว่าระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อและระดับกำลังของกล้ามเนื้อไม่มีการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยคนที่ 3 มีการเพิ่มขององศาเท้าในท่า Neutral flexion จาก -18 องศา เป็น 0 องศา และในท่า Plantar flexion เพิ่มจาก 10 องศาเป็น 15 องศา แสดงว่าการใช้ก้านมะพร้าวกระดกส่งผลทำให้เพิ่มพิสัยการหมุนของข้อเท้า เนื่องจากผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยรายนี้มีการใช้ก้านมะพร้าวกระดกเพื่อยืดเหยียดกล้ามเนื้อตามโปรแกรมที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง และพบว่าระดับความ



ตั้งตัวของกล้ามเนื้อและระดับกำลังของกล้ามเนื้อไม่มีการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยคนที่ 4 มีการเพิ่มขององศาเท้าในท่า Neutral flexion จาก -30 องศา เป็น 0 องศา และในท่า Plantar flexion เพิ่มจาก 20 องศาเป็น 45 องศา แสดงว่าการใช้ก้านมะพร้าวกระดูกส่งผลทำให้เพิ่มพิสัยการหมุนของข้อเท้า เนื่องจากผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยรายนี้มีการใช้ก้านมะพร้าวกระดูกเพื่อยึดเหยียดกล้ามเนื้อตามโปรแกรมที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง และพบว่าระดับความตั้งตัวของกล้ามเนื้อและระดับกำลังของกล้ามเนื้อไม่มีการเปลี่ยนแปลง

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของใช้ก้านมะพร้าวกระดูกต่อการยึดติดของข้อเท้าและความตั้งตัวต่อกล้ามเนื้อขาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตก จากการศึกษา พบว่า เมื่อพิจารณาระดับความตั้งตัวของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตกทั้งก่อนและหลังการใช้ก้านมะพร้าวกระดูกตามโปรแกรมที่กำหนดขึ้น ไม่พบว่าการเปลี่ยนแปลงของความตั้งตัวของกล้ามเนื้อขาในระยะเวลา 26 วัน ที่มีการเริ่มใช้ก้านมะพร้าวกระดูก ทำให้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของกำลังกล้ามเนื้อขา จะเห็นได้ในผู้ป่วยคนที่ 1,3 และ 4 ผู้ป่วยได้ใช้ก้านมะพร้าวกระดูกบริหารข้ออย่างต่อเนื่องทุกวันตามโปรแกรมที่กำหนด แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของความตั้งตัวของกล้ามเนื้อและกำลังของกล้ามเนื้อขา ซึ่งความตั้งตัวของกล้ามเนื้อจะสัมพันธ์กับกำลังของกล้ามเนื้อขา คือความตั้งตัวของกล้ามเนื้อขาในผู้ป่วยปลายเท้าตกจะมีกล้ามเนื้อบริเวณด้านหลังขาตึงกว่าบริเวณหน้าขาซึ่งเกิดจากการทำลายของ Peroneal nerve หากทำให้กล้ามเนื้อขาอยู่ในภาวะสมดุลคือกล้ามเนื้อบริเวณหลังขาตึงตัวน้อยลงโดยการเหยียดยืดกล้ามเนื้อ จะส่งผลให้กล้ามเนื้อขาทำหน้าที่ได้เต็มที่ วัดระดับกำลังกล้ามเนื้อจะเพิ่มขึ้นและวัดระดับความตั้งตัวของกล้ามเนื้อขาจะลดลง แต่ผลที่ได้จากการศึกษาพบว่าไม่พบการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับกำลังของกล้ามเนื้อและความตั้งตัวของกล้ามเนื้อ เมื่อพิจารณาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตก ทำให้กล้ามเนื้อมีความตั้งตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งถือเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตก เนื่องจากทำให้เคลื่อนไหวไม่สะดวก อาจทำให้เกิดการเจ็บปวด

จากการศึกษาการลดความตั้งตัวของกล้ามเนื้อ (สุรศักดิ์ ศรีสุขและคณะ, 2547) พบว่า ผู้ป่วยสามารถทำได้โดยให้มีการเคลื่อนไหวทิศทางกระดูกข้อเท้าขึ้น (ankle dorsiflexion) และหมุนนอกของข้อเท้า (ankle eversion) และเหยียดนิ้วเท้าทั้ง 5 (toes extension) โดยให้ผู้ป่วยนอนหงาย ให้ข้อเท้าของผู้ป่วยอยู่ในช่วง Inner range ของการกระดูกขึ้นของเท้า นักกายภาพบำบัดใช้เทคนิคกระตุ้น Quick stretch ของกลุ่มกล้ามเนื้อกระดูกขึ้นของข้อเท้าและเหยียดนิ้วตามด้วย active assisted movement ในทิศทางการเคลื่อนไหวของการกระดูก ข้อเท้าขึ้นร่วมกับการหมุนนอกของข้อเท้า และการเหยียดของนิ้วเท้า กระตุ้นซ้ำๆ โดยค่อยๆเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อเท้า ซึ่งสอดคล้องกับการใช้ก้านมะพร้าวกระดูกเพื่อให้เกิดการเหยียดยืดกล้ามเนื้อทำให้มีการเคลื่อนไหวทิศทางของข้อเท้าในทิศกระดูกข้อเท้าขึ้น(ankle dorsiflexion) และเหยียดนิ้วเท้าทั้ง 5 (toes extension) ตรงบริเวณก้านมะพร้าว ซึ่งผู้ป่วยจะอยู่ในท่านั่งเหยียดขาและใช้ก้านมะพร้าวกระดูกขึ้น-ลง ซึ่งจะมีการกระตุ้นให้ทำซ้ำๆโดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นการใช้ก้านมะพร้าวกระดูกตามโปรแกรมที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับ การยึดเหยียดกล้ามเนื้อแบบหยุดนิ่งค้างไว้ (static stretching) คือ เมื่อการ



เคลื่อนไหวของข้อต่อหรือการยึดเหยียดกล้ามเนื้อไปถึงตำแหน่งที่ต้องการ โดยหยุดนิ่งค้างไว้ 15-20 วินาทีซึ่งควรปฏิบัติการเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ ไม่กระตุกหรือกระชาก ซึ่งผลงานของ Bruce (1998) ได้กล่าวว่าการยึดเหยียดกล้ามเนื้อแบบอยู่กับที่หรือแบบหยุดนิ่งค้างไว้ ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและมีการลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ (ศิวัช ลีวัฒนานพวงศ์และคณะ, 2553) ได้เช่นกัน

เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อในคนปกติจะใช้เวลาปกติ 4-6 สัปดาห์ จึงจะพบว่าการลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้น แต่การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตก ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูมากกว่า 4-6 สัปดาห์ (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2550) เนื่องมาจากมีความผิดปกติที่ระบบประสาทที่ใช้ควบคุมกล้ามเนื้อขา คือ Peroneal nerve ทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าขา ส่งผลให้กล้ามเนื้อบริเวณหลังขามีความตึงตัวมากกว่ากล้ามเนื้อบริเวณหน้าขา อีกทั้งระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพของระบบประสาทสั่งการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3-6 เดือน นับจากที่เกิดพยาธิสภาพหลัง 6 เดือนไปแล้ว อัตราการฟื้นตัวจะช้าลง และจากการศึกษาของลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) พบว่า ระยะเวลาที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกนานถึง 3 ปีจะทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพนานขึ้น ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 4 กรณี มีพยาธิสภาพคือมีภาวะปลายเท้าตกมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อภายในระยะเวลา 26 วัน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตกไม่มีข้อยึดติดหลังการฟื้นฟูด้วยโปรแกรมก้านมะพร้าว กระดก พบว่า เมื่อพิจารณาองศาเท้าของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยคนที่ 1, 3 และ 4 มีพิสัยของข้อเท้าเพิ่มขึ้นในระยะเวลา 26 วัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การใช้ก้านมะพร้าวกระดกตามโปรแกรมที่จัดทำขึ้นอย่างต่อเนื่องช่วยให้พิสัยของข้อเท้าเพิ่มขึ้น ดังนั้น เมื่อพิสัยของข้อเท้าเพิ่มขึ้นหมายความว่า ภาวะข้อติดลดลง ซึ่งต่างจากผู้ป่วยที่ 2 ที่ไม่มีการเพิ่มพิสัยของข้อเท้าในระยะเวลา 26 วัน เนื่องจากไม่ได้ใช้ก้านมะพร้าวกระดกตามโปรแกรมที่จัดทำขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเมื่อพิสัยของข้อเท้าไม่เพิ่มขึ้น หมายความว่า มีภาวะข้อติด ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาตามหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ โดยอาศัยหลักการทางสรีรวิทยาระบบประสาทด้วยวิธีการของ Proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF) ซึ่งเป็นวิธีการที่พัฒนาโดย Knott และ Voss อาศัยการหดตัวของกล้ามเนื้อซึ่งจะกระตุ้นการรับรู้บริเวณข้อต่อผ่านเข้าไปยังระบบประสาทส่วนกลางเพื่อกระตุ้นให้ motor units ทำงานมากขึ้น โดยอาศัยการเคลื่อนไหว มีทั้งแบบผู้ป่วยออกแรงเองหรือผู้บำบัดพยายามเหยียดยึดมีการผ่อนคลายซึ่งการใช้ก้านมะพร้าวกระดกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตกจะใช้หลักการเหยียดยึด โดยผู้ป่วยสามารถทำเองหรือมีผู้ดูแลช่วยในการทำก็ได้ วิธีการนี้เป็นวิธีการเช่นเดียวกันกับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธี PNF เทคนิคดังกล่าวจะสามารถปรับเปลี่ยนการตอบสนองของ muscle spindles ทำให้เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อต่อได้ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตกนั้นจะมีรอยโรคบริเวณระบบประสาทสั่งการ ทำให้เกิดความบกพร่องในการเคลื่อนไหวและสูญเสียความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงในซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย ทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปด้วยความยากลำบาก การฟื้นฟูสมรรถภาพของข้อเท้าจึงเป็นไปด้วยความลำบากและอาจเกิดภาวะข้อติดได้ อันเนื่องมาจากพังผืดใกล้ข้อต่อหดตัว หรือ



การมีน้ำไขข้อลดลง หรือมีหินปูนมาเกาะ ซึ่งภาวะข้อติดนี้สามารถป้องกันได้ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและเคลื่อนไหวข้อ หรือกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่างๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หากฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้ถูกต้อง ก็จะทำให้ไม่เกิดภาวะข้อติดได้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

ในการดำเนินการทดลองใช้ก้านมะพร้าวกระดูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะ ปลายเท้าตก ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ก้านมะพร้าวกระดูกตามวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ โดยอาศัยหลักการทางสรีรวิทยาระบบประสาทด้วยวิธีการของ Proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF) โดยตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดในการใช้ก้านมะพร้าวกระดูกของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้การสนับสนุน ผู้ให้ความรู้ ผู้แนะนำ และจัดหาแหล่งประโยชน์ ผู้อำนวยการศูนย์ ผู้ส่งเสริมและผู้พิทักษ์สิทธิ์ให้กับผู้ป่วยและมีการลงเยี่ยมเพื่อติดตามผลทุกสัปดาห์ เพื่อประเมินความต่อเนื่องและปัญหาการใช้ก้านมะพร้าวกระดูก

ข้อเสนอแนะ

1. ก้านมะพร้าวกระดูกสามารถเพิ่มพลังของข้อเท้าและช่วยลดปัญหาแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ ภาวะข้อเท้าติด จึงสามารถนำไปใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและกลับมาอยู่บ้าน ซึ่งการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล
2. ควรมีการติดตามผลของการใช้ก้านมะพร้าวกระดูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตกที่อยู่ในชุมชนในระยะสั้นๆ เท่านั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดในระยะเวลาของการทำวิจัยและระยะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปจึงควรมีการศึกษากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตกอย่างต่อเนื่องหลังจากได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลและกลับมาฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านภายในระยะเวลา 3-6 เดือน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยควรมีจำนวนมากกว่านี้เพื่อให้ผลของการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากขึ้น
3. ผู้วิจัยควรได้รับการอบรมจากนักกายภาพบำบัดและจากผู้เชี่ยวชาญในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตก
4. ควรทำการศึกษาผลของการใช้ก้านมะพร้าวกระดูกในกลุ่มของนักกีฬาที่มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ เพื่อให้เกิดการพัฒนาผลงานวิจัยที่หลากหลายมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น.พี.เพรส.
- ก่องกู๋ เชียงทอง และคณะ. (2549). การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์ (Physical Examination in Orthopaedics). พิมพ์ครั้งที่ 3, เชียงใหม่.



- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยและการจัดการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซต.
- ทวีศักดิ์ บุรณวุฒิและคณะ. (2549). สารสำคัญวิชาสรีรวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร : นำอักษร การพิมพ์ หจก.
- พงษ์จันทร์ อยู่แพทย์. (2551). สรีรวิทยาระบบกล้ามเนื้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: บริษัทเอชชัย ดิจิตอล การพิมพ์ จำกัด.
- เพ็ญศรี สิริวรารมย์. (2550). สถานการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านใน อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พาริดา อิบราฮิม. (2539). ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- ละเอียด แจ่มจันทร์ และคณะ. (2549). สารทบทวนการพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3, กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทองจำกัด.
- วิยะดา ศักดิ์ศรี สุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล. (2552). คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.
- สุรศักดิ์ ศรีสุข และคณะ. (2547). การกายภาพบำบัดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. กรุงเทพฯ: หจก.วี.เจ.พรินต์ติ้ง.
- ศิเว ลีวัฒนานพวงศ์. (2553). ผลที่เริ่มอย่างรวดเร็วและรุนแรงของการยืดเหยียดกล้ามเนื้อแบบอยู่กับที่ แบบ เคลื่อนที่ และแบบกระตุ้นระบบประสาท ที่มีต่อกำลังกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า. นครปฐม: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระดับกำลังของกล้ามเนื้อ และองศาของข้อเท้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปลายเท้าตก ก่อนและหลังการใช้ก้านมะพร้าวกระดกตามโปรแกรมที่กำหนดขึ้น

ผู้ป่วย	ระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อ	ระดับกำลังของกล้ามเนื้อ	องศาของข้อเท้า		
			Dorsiflexion	Neutral flexion	Plantar flexion
ผู้ป่วยคนที่ 1					
ก่อนทำ	1	4	7 องศา	0 องศา	35 องศา
หลังทำ	1	4	15 องศา	0 องศา	35 องศา
ผู้ป่วยคนที่ 2					
ก่อนทำ	4	3	0 องศา	0 องศา	0 องศา
หลังทำ	4	3	0 องศา	0 องศา	0 องศา
ผู้ป่วยคนที่ 3					
ก่อนทำ	3	4	28 องศา	-18 องศา	10 องศา
หลังทำ	3	4	28 องศา	0 องศา	15 องศา
ผู้ป่วยคนที่ 4					
ก่อนทำ	3	3	10 องศา	-30 องศา	20 องศา
หลังทำ	3	3	10 องศา	0 องศา	45 องศา



Results of Seesaw Innovation to ankle joint stiffness and muscle tone in stroke patients who have foot drops in Banped district

Abstract

This study is a quasi-experimental research. By measuring before - after the 26 day experiment. The purpose is to study the effect of the use of downed midrib of Seesaw Intervention to adhere to the ankle. And the tightening of the muscles in stroke patients with foot drop condition.

The samples used in this study is that patients who suffer a stroke foot drop. In city area Tambon Ban Ped Amphoe Mueang, Khon Kaen. Sample group of 7 population of 4 with a specific (purpose sampling) shall follow the established pattern. Do every morning - evening time 30-40 seconds, 5-6 times the length of the flexible and tailored to the individual patient's condition. In this study 26 days. Instruments used in the study include measurement of muscle tension Modified Ashworth (MAS). Assessment tools are muscle Oxford Scale and the degree ankle Goniometer analysis using case studies.

The results showed that: 1) the use of downed midrib of Seesaw Intervention can't help stroke patients with a dropped foot conditions. Within 26 days. 2) can be used the midrib of Seesaw Intervention to prevent and ankle range of stroke in patients who have conditions foot drop. Therefore, patients with stroke conditions foot drop. If you continue to receive the rehabilitation can help prevent ankle stuck. The midrib of Seesaw Intervention as an alternative is downed in the rehabilitation of stroke with drop foot conditions at home. The invention is a device that can be easily customized and Local.

Keywords: Seesaw Intervention, Stroke patients with foot drop condition



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รายงานวิจัยที่นำเสนอฉบับสมบูรณ์

Poster Presentation



P 1.1 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ภาวิณี ศรีสันต์ พย.ม.*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวน 108 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินการได้รับการดูแลจากครอบครัว แบบประเมินความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .94, .83 และ .75 ตามลำดับ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา การได้รับการดูแลจากครอบครัว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r = .49$, $r = .32$ และ $r = .30$ ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยส่งเสริมความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และการได้รับการดูแลจากครอบครัว

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง/ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

*อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย พลังสำรอง ภูมิคุ้มกันและความสามารถในการรักษาสมดุลของร่างกายลดลง จนเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย โดยพบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 70 มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยจะมีการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 โรค และเมื่ออายุมากกว่า 75 ปี จะพบว่ามีมากกว่า 3 โรค ซึ่งโรคเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

การเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึงความเจ็บป่วยทางร่างกาย หรือจิตใจ ด้วยโรคที่ทำให้เกิดการเสียหน้าที่ หรือเปี่ยงเบนไปจากสภาพปกติ ไม่สามารถรักษาให้หายขาด หรือเป็นไปอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลืออยู่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้จึงมีความต้องการการดูแล พึ่งพาอย่างต่อเนื่องเป็นพิเศษ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนานเกินกว่า 3 เดือน หรือ 90 วัน โดยมีทั้งอาการกำเริบรุนแรงและอาการสงบ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549; Lubkin and Larsen, 2002) การเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อความสมดุลของจิตวิญญาณ โดยทำให้เกิดความเปี่ยงเบนของความเข้มแข็งทางจิต ทำให้เปลี่ยนความเชื่อสิ่งที่มีคุณค่า หรือสิ่งยึดเหนี่ยวสำหรับตนได้ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังบางราย เชื่อว่า การเจ็บป่วยของตนเกิดจากเวรกรรมหรือเป็นการลงโทษของพระเจ้า ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายขาดความนับถือในสิ่งยึดเหนี่ยวนั้น บางรายไม่เคยเชื่อถือนักก็จะหันมาเชื่อถือนะและหาสิ่งยึดเหนี่ยว และจากผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างเป็นอิสระอยู่กับครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ ไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในชีวิตประจำวัน เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ท้อแท้ สิ้นหวัง ส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพราะบุคคลประกอบด้วย ร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพบุคคลไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วนๆ ได้ แต่ต้องให้การดูแลคนทั้งคนในทุกองค์ประกอบอย่างบูรณาการเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล (อวยพร ภัทรภักดีกุล, 2553)

การดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญเพราะจิตวิญญาณเป็นแก่นหลักของชีวิตที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและสังคม เป็นแหล่งของความหมาย ความหวัง กำลังใจ หรือเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ (อวยพร ภัทรภักดีกุล, 2553) ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะช่วยให้บุคคลมีความพร้อมที่จะเผชิญการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ช่วยให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย ให้แนวทางในการปฏิบัติตนและความหวังทำให้มีพลังในร่างกายที่จะเผชิญกับการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูจากความเจ็บป่วย และช่วยให้บุคคลมีชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย มีพลังในการดำรงชีวิต สามารถก้าวผ่านปัญหาอุปสรรค ความลำบาก และความยุ่งยากในชีวิตได้ (Carson et al., 1990; Walton, 1996; Ross, 1997 อ้างถึงในนงเยาว์ กันทะมูล, 2546)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย



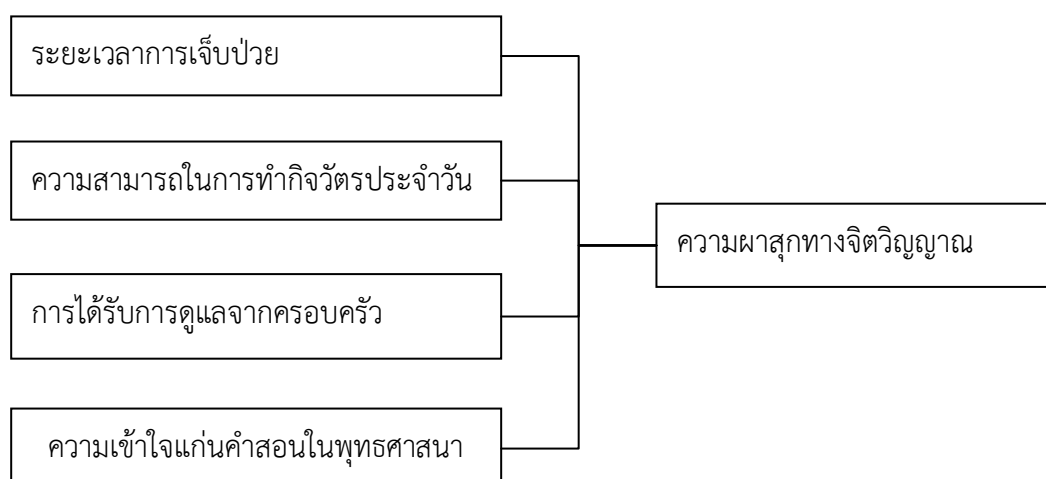
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การได้รับการดูแลจากครอบครัว และความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยผลของการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลจากครอบครัว ความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การได้รับการดูแลจากครอบครัว และความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การได้รับการดูแลจากครอบครัว และความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา มีความเกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Design) ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การได้รับการดูแลจากครอบครัว และความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยเลือกสถานที่เก็บข้อมูลโดยวิธีการจับสลาก จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองแก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองขอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้ามพำ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหัวเรือ และผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป นับถือศาสนาพุทธ เป็นผู้ที่มิภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยมาไม่น้อยกว่า 1 ปี ไม่มีอาการรุนแรงกำเริบ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1978 cited in Presscott, 1987: 130) ได้ค่าประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 100 ราย แต่เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 108 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ข้อมูลการเจ็บป่วย และการอาศัยอยู่

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ใช้แบบวัดดัชนีบาร์ธเอล เอ็ดแอล (Barthel ADL Index) เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการได้รับการดูแลจากครอบครัว ใช้แบบประเมินการได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นโดยทวิศักดิ์ หล้าภูเขียว (2547) ประกอบด้วย ด้านที่อยู่อาศัย ด้านเศรษฐกิจในการดำรงชีวิตด้านสุขภาพอนามัย ด้านการได้รับความรักและเอาใจใส่ และด้านการยอมรับและให้ความสำคัญ โดยมีข้อคำถามรวมทั้งหมด 24 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา ใช้แบบประเมินความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนาของผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นโดยชมพู ยอดสาร (2551) ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านหลักคำสอนได้แก่ อริยสัจ 4 และไตรลักษณ์ และด้านการดำเนินชีวิต ได้แก่ ปฏิจจสมุปบาท กฎแห่งกรรม และนิพพาน โดยมีข้อคำถามรวมทั้งหมด 35 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ของนงเยาว์ กันทะมูล (2551) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความสุข ความสงบที่เกิด



จากความดี ความไม่เห็นแก่ตัว มีพรหมวิหาร 4 2) ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต และ 3) ด้านการมีสติ สมาธิ ปัญญา โดยมีข้อคำถามรวมทั้งหมด 36 ข้อ

โดยแบบประเมินการได้รับการดูแลจากครอบครัว แบบประเมินความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94, .83 และ .75 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล หลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยราชธานีแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในช่วงเดือนมกราคม ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 ในช่วงเวลาของการเปิดให้บริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก เปิดให้บริการทุกวันจันทร์และวันศุกร์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองซอน เปิดให้บริการวันพุธในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพรา เปิดให้บริการทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเรือ เปิดให้บริการวันอังคารในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน ในเวลา 8.00-16.00 น. โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและไม่เก็บข้อมูลซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างเดิม โดยภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกซึ่งน้ำหนัก วัสดุสูง ตรวจวัดความดันโลหิต เจาะเลือดในรายที่มีตรวจเลือด และได้รับการบริการจากพยาบาลก่อนตรวจแล้ว ในระหว่างที่รอรับการตรวจจากแพทย์พยาบาลประจำการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย แล้วผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ที่จัดเตรียมไว้ โดยทำการสัมภาษณ์ในที่ที่เป็นส่วนตัวเพื่อป้องกันการรบกวน โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20-30 นาที กรณีที่กลุ่มตัวอย่างถึงคิวเข้ารับการตรวจก่อนที่จะทำแบบสัมภาษณ์ครบทุกข้อ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อน และให้ตอบแบบสัมภาษณ์เพิ่มเติมหลังจากได้รับการตรวจจากแพทย์และได้รับการบริการหลังตรวจเรียบร้อยแล้ว และนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.1 พบมากในช่วงอายุ 60-74 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.7 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 66.7 เป็นกลุ่มไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 70.4 ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.1 อาศัยอยู่กับครอบครัวบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 83.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.6 โดยมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเฉลี่ย 7.56 ปี ($SD = 14.38$) และมีการเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 75.0 และ 53.7 ตามลำดับ



2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การได้รับการดูแลจากครอบครัว ความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.55 ($SD = .85$) ได้รับการดูแลจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 ($SD = .42$) มีความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนาอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 ($SD = .27$) และมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 128.97 ($SD = 11.89$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการดูแลจากครอบครัว และความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .49, p < .01$) การได้รับการดูแลจากครอบครัวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .32, p < .01$ และ $r = .30, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ระดับนัยสำคัญ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การได้รับการดูแลจากครอบครัว ความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ($n = 108$)

	ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
ความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา	.49**
การได้รับการดูแลจากครอบครัว	.32**
ความสามารถในการทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.30**
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-.06

* $p < .05$, ** $p < .01$

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยขออภิปรายผล ดังนี้



อภิปรายผลการวิจัย

1. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การได้รับการดูแลจากครอบครัว ความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับสูง ($\bar{x} = 19.55$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นผู้ที่แข็งแรง สุขภาพดี อยู่ได้ตามลำพัง เป็นอิสระ ช่วยเหลือตนเองได้

กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.27$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนต้น และมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึงพาน้อย หรือพึ่งพาตนเองได้ จึงมีความต้องการการดูแลจากผู้น้อย และอาจเพราะวิถีชีวิตของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงจากค่านิยมของสังคมบริโภคนิยมในปัจจุบัน ลูกหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในยามปกติหรือในยามที่มีความเจ็บป่วย (ปิ่นนเรศ กาศอุดม, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว (2547) ที่ศึกษาการได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองหิน กิ่งอำเภอนองหิน จังหวัดเลย พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวในระดับปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนาในระดับสูง ($\bar{x} = 3.80$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับวัดและศาสนามาก่อนข้างสูง (สายสีทอง ณ ภูเก็ต, 2542) ประกอบกับ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับสูง จึงยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญตักบาตร ฟังเทศน์ฟังธรรมได้ ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจในหลักธรรมคำสอนของพระพุทธศาสนาเป็นอย่างดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของชมพู ยอดสาร (2551) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนาในระดับสูง

กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง ($\bar{x} = 128.97$) ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลมีอายุสูงขึ้น มักจะมีระดับจิตวิญญาณที่สูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งเกิดจากการรู้จักปรับตัว การมองโลก การปล่อยวาง และการมองเห็นคุณค่าในสิ่งต่างๆ นอกจากนั้นยังมีโอกาสที่จะเข้าสู่ศาสนามากยิ่งขึ้น (วงรัตน์ ไสสุข, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุของอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง นอกจากนี้ ชินัน บุญเรืองรัตน์ (2551) ศึกษาพบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวจะมีจิตวิญญาณในระดับสูงมากกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว ทั้งนี้ เนื่องจากจิตวิญญาณมีส่วนช่วยปรับดุลทางจิตใจ ให้เกิดความเข้มแข็ง และช่วยลดความรู้สึกไม่มั่นใจในอนาคต รวมทั้งรู้สึกผิดโทษตัวเองต่อโรคที่เป็น การมีจิตวิญญาณที่ดีจึงเข้าไปช่วยปรับจิตใจให้เกิดสมดุล เพื่อช่วยให้ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้

โดยสรุปจากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้รับการดูแลจากครอบครัวเพิ่มมากขึ้น และการสนับสนุนให้คงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการดูแลจากครอบครัว และความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r = .49$) ซึ่งสนับสนุนข้อสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนามีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ กล่าวคือ



ถ้าความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนายังมาก ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังจะมีความสุขทางจิตวิญญาณมากขึ้นด้วย ทั้งนี้เนื่องจากคนที่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเข้าใจในหลักธรรมคำสอนของพระพุทธศาสนาเป็นอย่างดี จะสามารถนำหลักธรรมคำสอนนั้นมาใช้แก้ปัญหาให้ชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ช่วยให้จิตใจสูง คือมีความเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว จิตมุ่งนิพพาน จิตที่อยู่กับพระผู้เป็นเจ้า หรือจิตที่มีความผ่อนคลายสบายใจ มีความปิติ เมื่อคนเราลดอดีตตา หรือลดความมีตัวตน ลดความเห็นแก่ตัว จิตวิญญาณก็จะสูงขึ้น (ประเวศ วะสี, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชมพู ยอดสาร (2551) ที่พบว่าความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ ($r=.46$) และอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) ที่พบว่าการปฏิบัติธรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขทางจิตวิญญาณ ($r=.38$)

การได้รับการดูแลจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขทางจิตวิญญาณ ($r=.32$) ซึ่งสนับสนุนข้อสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การได้รับการดูแลจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสุขทางจิตวิญญาณ กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลจากครอบครัวยิ่งมาก จะมีความสุขทางจิตวิญญาณมากขึ้นด้วย ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ โดยในการศึกษานี้ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังอาศัยอยู่กับครอบครัวบุตรหลาน มากถึงร้อยละ 83.3 ซึ่งครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญช่วยรับผิดชอบในการดูแลและให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ตลอดจนเสริมสร้างกำลังใจ ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงในการปรับตัวเข้ากับสถานะของโรค (ปิ่นนเรศ กาศอุดม, 2549) และทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรักที่ได้ รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายมีความหวัง ทำให้เกิดความสุขทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของไอลดา ศรีสังวาล (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับไม่ดีจะมีความเครียดด้านการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับดี และผลการศึกษาของอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขทางจิตวิญญาณ ($r=.72$)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขทางจิตวิญญาณ ($r=.30$) ซึ่งสนับสนุนข้อสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับความสุขทางจิตวิญญาณ กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันยิ่งมาก จะมีความสุขทางจิตวิญญาณมากขึ้นด้วย ทั้งนี้เพราะความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นการแสดงถึงสมรรถภาพของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตอยู่ และสามารถพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งการพึ่งพาตนเองได้ทำให้ผู้สูงอายุยังคงเห็นคุณค่าในตนเอง แต่หากร่างกายเสื่อมลงมากจากการเจ็บป่วยทางกาย ทำให้สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุลดลง จนต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และส่งผลกระทบต่อความสุขทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขทางจิตวิญญาณ ($r=.35$)

ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขทางจิตวิญญาณ แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่ใช่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ สังฆมรรท (2549) ที่พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่สัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า ความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา การได้รับการดูแลจากครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้น การส่งเสริมความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา การได้รับการ



ดูได้จากครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงเป็นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดความตระหนักถึงบทบาทตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น รวมถึงพัฒนาศักยภาพให้สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังได้ ตลอดจนค้นหาสาเหตุและอุปสรรคของการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

1.2 ควรจัดกิจกรรมให้ครอบครัวผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม เช่น กลุ่มครอบครัวสัมพันธ์ การอบรมความรู้ทางสุขภาพร่วมกับครอบครัว การออกกำลังกาย การสนทนาปัญหาทางสุขภาพ กิจกรรมทางศาสนา ซึ่งจะช่วยให้ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา ซึ่งจะส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังต่อไป

2. ด้านการศึกษา ควรได้มีการสอดแทรกความรู้และวิธีการสร้างเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในการเรียนการสอนทางการพยาบาล โดยตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น และช่วยให้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

1. ควรศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
2. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยบูรณาการความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนา ร่วมกับการได้รับการดูแลจากครอบครัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชธานีที่สนับสนุนทุนสำหรับการวิจัยครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

- จันทร์เพ็ญ ชูประภารวรรณ. (2543). **สถานะสุขภาพคนไทย ชดสุขภาพคนไทย ปีพ.ศ.2543**. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.
- ชินัน บุญเรืองรัตน์. (2551). **ความผาสุกทางจิตวิญญาณและความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมพู ยอดสาร. (2551). **ความเข้าใจแก่นคำสอนในพุทธศาสนาและการปรับตัวของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว. (2547). **การได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองหินกิ่งอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันราชภัฏเลย.
- นงเยาว์ กันทะมูล (2546). **ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประเวศ วะสี (2544). **สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางจิตวิญญาณ**. วารสารหมอชาวบ้าน, 22(262): 41-46.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2549). **คุณภาพชีวิตของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง**. วารสารการศึกษาและการพัฒนาสังคม, 2(1): 9-20.
- ไอลดา ศรีสังวาล. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความต้องการทางด้านจิตสังคม กับการได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยสูงอายุเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วงรัตน์ ไสสุข. (2544). **ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายสีทอง ณ ภูเก็ต. (2542). **การศึกษาสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น: ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุจังหวัดระยอง**. สารนิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สุภาภรณ์ สังฆมรรท. (2549). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรม กับผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อวยพร ภัทรภักติกุล. (2553). **การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาในโรงพยาบาล**. วารสารสภากาพยาบาล, 16 (1): 100-111.
- Lubkin, I.M., and Larsen, P. D. (2002). **Chronic illness: Impact and intervenvention**. 3rd ed. Boston: John and Bartlett.



Presscott, P. A (1987). **Multiple regression analysis with small samples: cautions and suggestion.** Nursing Research, 36(2):130-133.

Selected Factors Related to Spiritaul Well-Being of Chronically Patients in Amphur Mueang, Ubon Ratchathani Province

Pawinee Srison M.N.S.*

Abstract

The purpose of this descriptive study was to examine selected factors related to spiritaul well-being of chronically elderly patients. The subjects were 108 chronically elderly patients who attended at Health Promotion Hospital in Amphur Mueang, Ubon Ratchathani Province recruited by purposive sampling according to the inclusion criteria. Research instruments consisted of a demographic data record form, abilities to perform activities of daily living questionnaire, family care questionnaire, the understanding of Buddhism's core teachings questionnaire and spiritaul well-being of the elderly questionnaire. The coefficients of reliability of the instruments were .94, .83 and .75, respectively. Data were collected from January to February 2012 and analyzed by descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient and Spearman's Rank Correlation Coefficient.

The results revealed that the spiritaul well-being of chronically elderly patients was in high level. From the analysis of correlation confirmed that Buddhism's core teachings, family care and abilities to perform activities of daily living had positive significant relationship with spiritaul well-being of chronically elderly patients ($r = .49$, $r = .32$ and $r = .30$ respectively), whereas length of illness was not related to spiritaul well-being of chronically elderly patients.

Results of this study indicate that the understanding of Buddhism's core teachings, family care and abilities to perform activities of daily living are important. Using appropriate strategies to promote them can help chronically elderly patients have spiritaul well-being.



P 1.4 รูปแบบการพัฒนานามัยชุมชนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนหมู่บ้านหนองฮี ตำบล ชีทวน อำเภอเขิองใน จังหวัดอุบลราชธานี

ณิชาธิริย์ โรจนกิริติกาณต์ วท.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่อง รูปแบบการพัฒนานามัยชุมชนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนหมู่บ้านหนองฮี ตำบลชีทวน อำเภอเขิองใน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นงานวิจัยที่บูรณาการเข้ากับการจัดการเรียนการสอน วิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2554 มหาวิทยาลัยราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนานามัยชุมชนแบบมีส่วนร่วม ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง และการสังเกตทั้งแบบ มีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม พบว่า หมู่บ้านหนองฮีเป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง มีความเป็นอยู่เรียบง่าย สงบและมีความสามัคคี มีผู้นำที่เสียสละ การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร มีการสื่อสารและประชุม กันในหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ มีการรวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรมทางศาสนา ยึดถือจารีตประเพณีอันดีงาม (ฮีตสิบสองคองสิบสี่) มีน้ำและไฟฟ้าใช้อย่างพอเพียง สภาพความเป็นอยู่ไม่ฟุ้งเฟ้อ ไม่มีแหล่งอบายมุข แต่ ละบ้านปรุงอาหารรับประทานกันเองและกำจัดขยะโดยวิธีการเผาเป็นส่วนใหญ่ แหล่งอาหารได้จากพืชผักที่ ปลูกไว้ข้างบ้านและปลูกที่อยู๋ตามธรรมชาติ จึงไม่ใช้สารเคมีในการเกษตรเพราะคำนึงถึงความปลอดภัยด้าน สุขภาพ

ในการพัฒนานามัยชุมชนแบบมีส่วนร่วม สำหรับการประชุมครั้งแรก ผู้วิจัยใช้เทคนิครวมพลัง สร้างสรรค์ (AIC) ผสมผสานกับการสนทนากลุ่ม มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 54 คน และในการประชุมครั้งที่ 2 ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่มอย่างเดี่ยว โดยมีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 46 คนปรากฏว่าประชาชนมีส่วนร่วมให้ ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดีทั้ง 2 ครั้ง ผลการเลือกปัญหาอนามัยชุมชนที่ต้องแก้ไขอันดับแรกคือ การกำจัดขยะไม่ถูกต้อง และลงมติให้จัดตั้งธนาคารขยะ โดยให้มีคณะกรรมการดำเนินการรวมทั้งมีกิจกรรม อื่นๆที่สนับสนุนการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ได้แก่ การทำปุ๋ยหมักชีวภาพและการประดิษฐ์ของจากเศษวัสดุเหลือ ใช้อีกด้วย จึงสรุปได้ว่า รูปแบบการพัฒนาคั้งนี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมคือ แนว ทางการพัฒนาอนามัยชุมชนเรื่องการกำจัดขยะให้ถูกต้องและเป็นระบบ แต่ที่สำคัญเหนืออื่นใด นั่นคือ การ พัฒนาตนเองของประชาชนตามกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ อันจะทำให้เกิดการพัฒนาย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนานามัยชุมชนแบบมีส่วนร่วม

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนาประเทศหนึ่งที่มีปัญหาสำคัญๆหลายประการ อาทิ ปัญหาการป่วยด้วยโรคต่างๆ ปัญหายาเสพติด และปัญหาอาชญากรรม เป็นต้น ซึ่งล้วนแล้วแต่ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก จึงมีความจำเป็นต้องเร่งระดมกำลังความสามารถร่วมกันดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเหล่านี้ให้มีประสิทธิภาพโดยเร็ว

แนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังนั้น ทราบกันดีว่าต้องพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นสำคัญอันดับแรก เนื่องจากมนุษย์คือต้นเหตุของปัญหาทั้งปวง โดยในอดีต แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 8 เป็นต้นมา ได้มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เศรษฐกิจเป็นเพียงเครื่องมือช่วยในการพัฒนาคนให้มีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปรับเปลี่ยนวิธีการพัฒนาเป็นแบบองค์รวม มีการเชื่อมโยงมิติต่างๆของการพัฒนาและเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนา (คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2544) นับเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์จวบจนถึงปัจจุบัน

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ซึ่งเป็นแผนที่มีการระดมความคิดและการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน ได้อัญเชิญปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชมาเป็นแนวปฏิบัติในการพัฒนาประเทศให้มีความสมดุล เป็นธรรมและยั่งยืน โดยมีเป้าหมายกำหนดไว้ชัดเจน 5 ประการ ซึ่ง 1 ใน 5 นั้น คือ การพัฒนาคุณภาพคน ให้คนไทยทุกคนได้รับการพัฒนาทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความสามารถ ทักษะการประกอบอาชีพ และมีความมั่นคงในการดำรงชีวิตครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับตนเองที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชนและสังคมไทย

ดังนั้น ในการนำนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ออกฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการงานบริการวิชาการสู่สังคมเข้ากับการฝึกประสบการณ์กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในปีการศึกษา 2554 และศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาอนามัยชุมชนบ้านหนองฮี ตำบลชีทวน จังหวัดอุบลราชธานี อันเป็นพื้นที่แหล่งฝึกของนักศึกษา โดยเชื่อว่าการพัฒนาศักยภาพของคนจะทำให้เกิดการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน ซึ่งจังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคอีสาน ที่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีความเป็นอยู่แบบดั้งเดิมโดยรักษาจารีตประเพณีอันดีงาม แต่ยังมีปัญหาด้านสาธารณสุขที่ต้องแก้ไขทั้งปัญหาโรคติดต่อ โรคเรื้อรัง และสิ่งแวดล้อม แม้ว่าในภาครัฐและภาคเอกชนหลายหน่วยงานได้จัดให้บริการสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวมาโดยตลอด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิถีชุมชนบ้านหนองฮี ตำบลชีทวน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาอนามัยชุมชนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองฮี



วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพศึกษาวิถีชุมชนในประชากรจำนวน 382 คนของชุมชนบ้านหนองฮี ตำบลชีทวน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำแบบไม่เป็นทางการ ซึ่งคัดเลือกจากความสมัครใจและความกระตือรือร้นสนใจให้ข้อมูล หรือเต็มใจให้ความช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆของชุมชน โดยไม่กำหนดจำนวน

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการถอดบทเรียนและสรุปเป็นประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ของรูปแบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยกำหนดกับผลของการพัฒนาที่เกิดขึ้นกับบุคคลและชุมชน

ผลการวิจัย

1. วิถีชีวิตและสุขภาพชุมชน

จากการประกอบอาชีพเกษตรกรรมของคนส่วนใหญ่ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการเพิ่มผลผลิตเพื่อธุรกิจ ทำให้การดำรงชีวิตเป็นไปอย่างเรียบง่าย เน้นการพึ่งพาตนเอง มีของกินของใช้จากสิ่งใกล้ตัวเป็นหลัก หากเหลือกินเหลือใช้จึงนำไปขาย ไม่นิยมการใช้สารเคมี ทั้งปุ๋ยและยาปราบศัตรูพืช และจะช่วยเหลือดูแลกันไม่ให้บ้านใครใช้สารเคมีทางการเกษตรเพราะทราบกันดีว่าสารเหล่านี้จะปะปนอยู่ในดินและในน้ำที่ชาวบ้านใช้ดื่มกินกัน ดังนั้นชาวบ้านจึงอยู่ร่วมกันอย่างสงบ ตื่นนอนตอนเช้า ออกไปทำนา ทำไร่ ทำสวน หาปลา เลี้ยงสัตว์ ครั้นตกเย็นต่างปรุงอาหารกินกันเองและเข้านอนแต่หัวค่ำ ลดความเสี่ยงการใช้ทรัพยากรไฟฟ้า และความต้องการอื่นๆ ไม่เที่ยวเตร่ ไม่ดื่มเหล้า ในช่วงที่เว้นว่างจากการทำนา มักจะรับจ้างทั่วไปที่ต่างจังหวัด บ้างก็ทำอาชีพเสริมเช่น ทำข้าวกลึงงอก ไข่เค็ม ทอผ้า เป็นต้น อาหารที่บริโภคส่วนใหญ่เป็นอาหารพื้นเมืองที่ปรุงจากพืชผักที่ปลูกไว้กินเอง รวมทั้งพืชผักที่ขึ้นเองตามธรรมชาติ เช่น เห็ด หน่อไม้ เป็นต้น จึงปลอดจากสารเคมี และมีเนื้อปลาที่หาได้เองเป็นส่วนประกอบ บางครั้งชาวบ้านจะซื้ออาหารอื่นๆ ประเภท อาหารแห้ง อาหารสำเร็จรูป ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร รวมทั้งเครื่องปรุงรสต่างๆ จากตลาดนัดที่มาจัดสัปดาห์ละ 1 วัน และจากรถเร่ (ชาวบ้านมักเรียกว่า รถพุ่มพวง) สำหรับน้ำดื่ม น้ำใช้ ชาวบ้านหนองฮีต้มน้ำประปาและใช้เพื่ออุปโภคในครัวเรือนจากประปาหมู่บ้าน มีแม่น้ำมูลเป็นแหล่งหาปลาและแหล่งน้ำใช้ด้านการเพาะปลูกทำนา หากมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะดูแลกันเองก่อนด้วยสมุนไพรบ้าง ยาสามัญประจำบ้านและยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จบ้าง ที่ยังนิยมใช้กันอยู่มี ยาประดง ยาผีบอก ยาต้มใจ โดยมีระบบการแพทย์พื้นบ้าน แม้จะมีบทบาทน้อยลงแต่ยังมีบุคคลที่มีความเชื่อหลงเหลืออยู่บ้างในชุมชน ได้แก่ หมอเป่า หมอยา หมอขวัญ หมอนวด แต่น่าสังเกตอีกประการหนึ่ง คือ ความเชื่อเรื่องผีป่วน ผีป่า ผีตง ว่ามีอิทธิพลต่อสุขภาพ ยังคงมีอยู่เกือบทุกครัวเรือน ส่วนระบบการแพทย์สมัยใหม่นิยมไปหาแพทย์ประจำตำบล และสถานอนามัยตำบล (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ยกเว้นถ้ามีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือโรคเรื้อรัง จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอเชียงใน โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์และคลินิกต่างๆ

2. ผลการพัฒนานาโมยชุมชนแบบมีส่วนร่วม

จากข้อมูลการศึกษาวิถีชุมชนดังที่กล่าวมา ทำให้ผู้วิจัยและคณะนักศึกษาศาสนาจารย์ชั้นปีที่ 4 ที่ฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 8 คน รวมทั้งผู้นำชุมชนบ้านหนองฮีร่วมกันวางแผน



แผนการจัดประชุมประชาคมในวันที่ 16 เดือนมกราคม 2555 ณ ศาลากลางบ้านหนองฮี โดยเชิญแกนนำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำอย่างไม่เป็นทางการ เข้าร่วมประชุม รวมทั้งสิ้น 54 คน ซึ่งใช้รูปแบบการประชุมตามหลักการ AIC ร่วมกับการสนทนากลุ่มตามการประยุกต์ที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้นเอง กล่าวคือ จัดแบ่งผู้เข้าประชุมประชาคมออกเป็น 8 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 8 คนโดยประมาณ ด้วยวิธีการสุ่มเฉพาะกลุ่มชาวบ้านให้ได้จำนวน 6 คน รวมกับนักศึกษาอีกกลุ่มละ 2 คน เพื่อทำหน้าที่ประธานดำเนินการกลุ่ม 1 คนและหน้าที่เลขานุการกลุ่มอีก 1 คน โดยผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนการดำเนินการแก่นักศึกษาโดยละเอียดและปรากฏผลการดำเนินการดังนี้

1. ให้นักศึกษาเตรียมความพร้อมของผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมประชุม โดยอาจใช้เกมส์หรือการเล่นสนุกสนานให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างผู้เข้าประชุมทุกคน จากนั้นจึงอาศัยความสนุกสนานนำเข้าสู่การแบ่งกลุ่ม ระยะนี้ควรใช้เวลาไม่นานนัก ราว 10 นาที ดังนั้น ผู้ที่ทำหน้าที่นี้ต้องเป็นผู้ที่มีบุคลิกดีมนุษยสัมพันธ์ดี เข้าใจผู้อื่น และกล้าแสดงออกต่อหน้าชุมชน จึงจะสามารถสร้างบรรยากาศสนุกสนานและเป็นกันเองได้ดี

ผลการจัดประชุมในวันที่ 16 มกราคม 2555 เวลา 19.00 – 22.00 น. โดยประมาณ มีผู้เข้าประชุมที่เป็นประชาชน จำนวน 54 คน ร่วมกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี 16 คน รวมเป็น 70 คน จึงแบ่งกลุ่มผู้เข้าประชุมทั้งหมดออกเป็น 8 กลุ่ม กลุ่มละ 8 - 9 คน โดยพิธีกรหลักสามารถสร้างบรรยากาศสนุกสนานเป็นกันเอง ละลายพฤติกรรมเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการประชุมได้ดี

2. ให้นักศึกษาที่ทำหน้าที่ประธานและเลขานุการของแต่ละกลุ่มย่อยซึ่งกำหนดไว้ล่วงหน้ากันแล้วเข้าประจำกลุ่ม จากนั้นผู้เป็นประธานต้องสร้างบรรยากาศการประชุมให้อบอุ่นเป็นกันเอง และไม่เป็นทางการ แต่ชัดเจน มีวินัย เป็นประชาธิปไตย มีความเสมอภาค เท่าเทียมกัน โดยผู้วิจัยเลือกเกมส์โทโซ (TOSO) มาใช้เพื่อกำหนดกติกาต่างๆ ให้ทุกคนรับฟังกัน ทำให้เกิดการยอมรับกันโดยไม่มีเงื่อนไขความถูกหรือผิด ผู้เข้าประชุมกลุ่มจึงกล้าแสดงออกถึงความคิดเห็นของตนเองอย่างไม่มีความกังวล เป็นผลให้รู้สึกมั่นใจและ ภาคภูมิใจ เกิดเป็นพลังสร้างสรรค์สังคมได้ในที่สุด นอกจากนี้นักศึกษาต้องเตรียมพร้อมในการกระตุ้นให้ทุกคนได้พูดตามหัวข้อที่กำหนดและการสรุปมติของกลุ่ม เริ่มจากรอบวงที่ 1 การแนะนำตัวเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความกังวลในการพูด รอบวงที่ 2 การชื่นชมหมู่บ้านหนองฮี ตามความคิดเห็นของตนเอง รอบวงที่ 3 การตั้งความฝัน อยากเห็นสิ่งที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ และรอบวงที่ 4 การมองสภาพจริงในปัจจุบันของหมู่บ้านว่ายังมีอะไรบ้างที่ไม่เป็นไปตามที่ต้องการหรือที่ฝัน

เมื่อได้สิ่งที่ฝันของทุกคนในกลุ่มแล้ว ให้นักศึกษาสรุปสาระที่กลุ่มดำเนินการร่วมกันว่า กลุ่มต้องการพัฒนาให้หมู่บ้านเป็นอย่างไร และพบว่าสภาพการณ์ปัจจุบันมีอะไรบ้างที่ไม่เป็นไปตามนั้น นั่นคือปัญหาที่ทุกคนในกลุ่มมองเห็น แล้วให้กลุ่มคัดเลือกผู้นำเสนอแลกเปลี่ยนกับกลุ่มอื่นๆต่อไปที่ประชุม

ผลการดำเนินการ พบว่าประชาชนมีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นอย่างทั่วถึง ไม่มีผู้ใดครอบงำความคิดเห็นผู้อื่น สรุปปัญหาที่พบ ได้แก่ โรคไร้เชื้อ (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) การกำจัดขยะไม่ถูกต้อง การมีความเครียด การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารสุกๆดิบๆไม่ถูกหลักอนามัย การเป็นโรคภูมิแพ้ และปัญหาน้ำประปาขุ่น

3. เมื่อผู้เข้าประชุมทั้งหมดรับทราบปัญหาของหมู่บ้านตามที่แต่ละกลุ่มนำเสนอแล้วจึงให้ลงมติเลือกปัญหาสำคัญอันดับแรกที่จะดำเนินการแก้ไขร่วมกัน โดยนักศึกษานำหลักการลำดับความสำคัญของปัญหาของคณะบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดลมาใช้ ซึ่งนักศึกษาต้องสามารถนำความรู้เรื่องสุขภาพที่



เกี่ยวข้องกับแต่ละปัญหา ผลกระทบของปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหานั้นๆ มาเสนอให้ประชาชนเข้าใจและนำมาใช้พิจารณาให้คะแนนในแต่ละด้านร่วมกัน

ผลปรากฏว่าประชาชนเลือกปัญหา “ชุมชนกำจัดขยะไม่ถูกต้อง” เป็นปัญหาสำคัญอันดับแรก จากนั้นให้ทุกคนกลับเข้ากลุ่มตามเดิมอีกครั้งหนึ่งเพื่อแสดงความคิดเห็นร่วมกันบอกถึงเหตุผลที่ตนเองกำจัดขยะไม่ถูกต้องและถ้าต้องทำให้ถูกต้องจะทำได้หรือไม่ มีอะไรเป็นอุปสรรคข้อขัดข้อง ซึ่งผู้ทำหน้าที่ประธานต้องตั้งคำถามกระตุ้นให้สมาชิกพูดตามที่ปฏิบัติจริง เลขานุการต้องทำหน้าที่จดบันทึกทุกประเด็นคำตอบและสรุปให้ทุกคนรับทราบร่วมกัน ในขั้นนี้เป็นการหาสาเหตุของปัญหาอย่างคร่าวๆ แต่กระชับ ตรงและมีข้อมูลมากพอที่จะนำมาสร้างเครื่องมือค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมต่อไป

ผลปรากฏว่าพบสาเหตุของปัญหาของพฤติกรรมกำจัดขยะไม่ถูกต้อง โดยคำบอกเล่าของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่ การไม่มีถังขยะทำให้ทิ้งขยะเกลื่อนกลาดไม่เป็นที่ บางคนเข้าใจว่าการเผาขยะไม่ทำให้เกิดปัญหาใดๆ นอกจากมีกลิ่นคาวที่น่ารำคาญ ส่วนใหญ่ไม่ทราบข้อเสียของการกำจัดขยะไม่ถูกต้อง และบางก็อ้างว่าไม่มีเวลาคัดแยกขยะ

4. ขั้นตอนนี้เป็นการหาวิธีการแก้ไขปัญหา จากสาเหตุคร่าวๆ ที่กลุ่มร่วมกันค้นหานั้น ให้ประธานถามต่อ ว่าจะต้องทำอะไรจึงจะแก้ไขปัญหานี้ได้ และให้ทุกคนปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรมแท้จริง

ผลการประชุมพบว่า ประชาชนเสนอข้อคิดเห็นแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ดังนี้ 1) ให้มีธนาคารขยะในชุมชน 2) ให้มีการจัดหาถังขยะมาตั้งประจำที่จุดรวมต่างๆ ของหมู่บ้าน เพื่อให้รถเก็บขยะขององค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่จัดเก็บ 3) ให้ส่งเสริมการทำปุ๋ยหมักจากเศษอาหาร แต่มีข้อสังเกตว่าแต่ละกลุ่มคงยืนในข้อเสนอความคิดเห็นของกลุ่มตนเอง ยังไม่สามารถเลือกมาตรการใดมาเป็นแนวปฏิบัติอย่างชัดเจนเป็นเอกฉันท์ อาจต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้เห็นความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เพราะเคยมีโครงการทำปุ๋ยหมักชีวภาพในชุมชนแล้วแต่ปัจจุบันไม่ได้ดำเนินการต่อ

5. ให้ประธานสรุปแต่เพียงคร่าวๆ ก่อนว่า การแก้ไขปัญหานั้น จะมีการพูดคุยกันเพื่อวางแผนกิจกรรมที่ชัดเจน จึงขออนุญาตทุกคนมาประชุมอีกครั้งหนึ่ง เหตุผลที่ต้องนัดอีกครั้งเพื่อไม่ให้ประชาชนต้องใช้เวลามากจนกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตตามปกติ และทางผู้วิจัยและกลุ่มนักศึกษาจะได้มีเวลาค้นหาสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมก่อนการวางแผนแก้ไขปัญหา ผลการนัดหมายครั้งต่อไป คือวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2555 เวลา 9.00 น.

จากการทำแบบสอบถามและการสังเกตพฤติกรรมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของชาวบ้านหนองฮี เกี่ยวกับการกำจัดขยะ พบว่า ประชาชนทิ้งขยะไม่เป็นที่และนิยมเผาขยะกันเองแต่ละครัวเรือนโดยไม่ได้คัดแยกขยะเพราะขาดความรู้เรื่องอันตรายและผลกระทบจากฝุ่นควันรวมทั้งสารพิษที่เกิดขึ้นจากการเผาขยะ รวมทั้งไม่เห็นประโยชน์จากเศษขยะ ไม่มีความรู้และไม่มีเวลา นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมการใช้พลาสติกและโฟม รวมทั้งไม่ตระหนักถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อม

ส่วนการประชุมครั้งต่อมาในวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2555 ได้จัดประชุมกลุ่ม (Focus group) ภายใต้โครงการ “บ้านหนองฮีร่วมใจ เพิ่มรายได้ ลดปริมาณขยะ” โดยมีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เตรียมความพร้อมและแบ่งกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการกำจัดขยะที่ถูกต้องตามหลัก 5 ข้อ ได้แก่ การลดการใช้ทรัพยากร (Reduce) การนำกลับมาใช้ใหม่ (Recycle) การใช้ซ้ำ (Reuse) การซ่อมแซมของใช้ (Repair) และการไม่ใช้ของที่ก่อมลภาวะ (Reject) โดยใช้เกมส์แข่งขันทิ้งขยะเป็นสื่อ นำเข้าสู่การอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ในครั้งนี้มีผู้เข้าประชุม 46 คน มีการเล่าถึงประสบการณ์ตัวอย่างความสำเร็จของธนาคารขยะจากชุมชนอื่นๆ ว่ามีขั้นตอนอย่างไร ชุมชนได้ผลประโยชน์อย่างไร และมีการถ่ายทอดความรู้เรื่อง



การทำปฏิกิริยาชีวภาพ การสาธิตวิธีการประดิษฐ์ของใช้จากเศษวัสดุโดยผู้นำชุมชนเป็นวิทยากรหลัก ดำเนินการเอง และผู้วิจัยรวมทั้งนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ทำหน้าที่วิทยากรกลุ่มย่อยอำนวยความสะดวก

นอกจากนี้ยังมีร้านรับซื้อของเก่าถึง ๓ ร้านในชุมชนเอง จึงช่วยให้เห็นความเป็นไปได้ของการจัดตั้งธนาคารขยะ ซึ่งผลการประชุมพบว่า ผู้เข้าประชุมมีมติเป็นเอกฉันท์ให้ชุมชนจัดตั้งธนาคารขยะและได้จัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบรวมทั้งมีการกำหนดแนวทางหรือมาตรการอื่นๆส่งเสริมด้วย ได้แก่ การทำปฏิกิริยาชีวภาพ การส่งเสริมให้นำเศษวัสดุเหลือใช้มาประดิษฐ์ของใช้ และอาจมีกิจกรรมอื่นอีก จากนั้นพิธีกรหลักสรุปผลและยกเวทีให้ประธานคณะกรรมการนัดหมายการประชุมวางแผนดำเนินการต่อไป

จากการพัฒนานามัยชุมชนดังที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงชุมชนได้จากกระบวนการกลุ่มที่ใช้เทคนิค AIC และการสนทนากลุ่มตามแนวคิดความเชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพที่สามารถพัฒนาได้ ซึ่งพบว่าหลังจากการเข้าร่วมโครงการนี้แล้ว ผู้เข้าประชุมให้สัมภาษณ์ว่ามีความรู้สึกถึงบรรยากาศการประชุมที่อบอุ่น รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการ เห็นประโยชน์ของกิจกรรมที่ทำให้ได้เรียนรู้จากนักศึกษาและคนอื่นๆ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการที่ผู้วิจัยใช้เทคนิครวมพลังสร้างสรรค์หรือ AIC และ การสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือพัฒนาศักยภาพประชาชนนั้น พบว่า ชุมชนตัดสินใจเลือกการจัดตั้งธนาคารขยะเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาการกำจัดขยะไม่ถูกต้อง นับเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชุมชน แม้ว่าในการประชุมครั้งแรกยังไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีนี้เป็นการแก้ไขปัญหา ก็ตามนั้น แต่จากการสังเกตและสัมภาษณ์พบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการประชุมอย่างมากทั้ง 2 ครั้งซึ่งเชื่อว่าการเกิดจากการเสริมพลังอำนาจที่ผู้วิจัยและนักศึกษาได้ดำเนินการ จึงทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งหากพิจารณาถึงกระบวนการที่ผู้วิจัยนำมาใช้นั้นพบว่า สอดคล้องกับหลักและเทคนิควิธีการหลายประการ ได้แก่ หลักการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ หลักการมีส่วนร่วม หลักการพัฒนาแบบองค์รวม หลักการเรียนรู้ หลักชุมชนเข้มแข็ง หลักความสมดุล หลักการบริหารจัดการ

ส่วนด้านความรู้สึก หรือความคิดเห็นต่อการจัดกิจกรรมที่พบว่า ประชาชนรู้สึกประทับใจ มีความสนุกสนาน มีความภาคภูมิใจ ได้รับเกียรติ และการยอมรับ อย่างที่ไม่เคยได้รับการประชุมประชุมประชาคมมาก่อนเลยนั้น เป็นไปตามที่ผู้วิจัยคาดหวังไว้และเป็นผลจากการวางแผนการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับอุปนิสัยของคนในชุมชน คือ เรียบง่ายแต่สนุกสนาน ตื่นเต้น กระชับ ไม่เสียเวลามากนัก ขณะเดียวกันก็ให้เกียรติและการยอมรับซึ่งกันและกัน มีลำดับขั้นตอนที่สอดคล้องสัมพันธ์กันและให้ความรู้สึกถึงความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันด้วย จึงสามารถตอบสนองความต้องการทางจิตใจของผู้เข้าประชุมประชาคมเป็นอย่างดี ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับคุณสมบัติของวิทยากรกระบวนการอีกด้วย ซึ่งในการจัดกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ ได้คัดเลือกผู้ทำหน้าที่พิธีกรหลักเป็นผู้มีบุคลิกที่สุภาพอ่อนน้อม พูดภาษาท้องถิ่นได้มีความสามารถในการพูดต่อหน้าชุมชน สร้างความ สนุกสนานเป็นกันเอง เคยมีประสบการณ์การเป็นพิธีกร มีความยืดหยุ่น เข้าใจตนเองและผู้อื่น จึงทำให้บรรยากาศการนำเข้าสู่การรวมพลังสร้างสรรค์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบความสำเร็จอย่างมากทีเดียว ส่วนผู้ดำเนินการกลุ่มย่อยและผู้ช่วยก็ได้รับการชี้แจงลำดับขั้นตอนเช่นเดียวกันเพื่อให้สามารถทำงานประสานกันได้ดี เป็นตัวอย่างหนึ่งที่ทำให้เห็นความเป็นไปได้ที่จะฝึกนักศึกษาหรือบุคลากรที่ทำงานในชุมชนให้สามารถเป็นวิทยากรกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมได้ไม่ยากนัก ดังนั้น ผลการวิจัยนี้จึงสอดคล้องกับ พรฤดี นิธิรัตน์และคณะ 2553 จากการวิจัยเรื่องผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการ



แบบมีส่วนร่วม โครงการอาหารสะอาด ตลาดคุณภาพดี ซีวีมีสุข พบว่า นักวิจัยร่วมทำงานในฐานะผู้ร่วมงานที่เข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชุมชน บ้าน วัดและโรงเรียน โดยเข้าร่วมดำเนินงานทุกขั้นตอน ชุมชนมีการตัดสินใจในโครงการและการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อสิ้นสุดโครงการได้มีตลาดชุมชนที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ตลาดสดน่าซื้อ และสอดคล้องกับ พันธฯ พวกษ์สุนันท์และคณะ 2547 ที่ศึกษาวิจัยปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม ระหว่างแกนนำประชาชน 8 ชุมชน กับผู้แทนจากเทศบาลตำบลปรานบุรี และนักวิจัย โดยออกแบบกระบวนการเรียนรู้ เพื่อสร้างพลังชุมชน เป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การทำแผนแม่บทและแผนปฏิบัติการ ระยะที่ 2 การดำเนินงานตามแผน และการทำงานเป็นทีม และระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลโดยชุมชน โดยใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การค้นหาอนาคต การวิเคราะห์ชุมชน การทำแผนที่ศักยภาพชุมชน การใช้แผนที่ความคิด บัตรคำ เกมประกอบการเรียน และการแสดงละคร เป็นต้น เก็บรวบรวมข้อมูลก่อน ระหว่าง และหลังดำเนินการ โดยใช้แบบประเมินผลการเรียนรู้ แบบประเมินตนเอง บันทึกรายงานประชุม รวมทั้งการสังเกต และจดบันทึกของนักวิจัย ผลการวิจัย ปรากฏว่า กระบวนการเรียนรู้ที่ออกแบบไว้ทำให้ผู้เข้าประชุมสามารถร่วมคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสังเคราะห์เป็นแผนแม่บท ในการพัฒนาเมืองน่าอยู่ทุกองค์ประกอบ มีโครงการรองรับ 48 โครงการ และมีกิจกรรมที่ชุมชนดำเนินการในลักษณะพึ่งตนเอง 8 กิจกรรม ในระยะที่แผนแม่บทถูกแปลงไปสู่การปฏิบัติ ก็สามารถจัดกลุ่มโครงการใหม่เป็น 15 โครงการ เพื่อดำเนินการได้จริงในปี 2546 - 2547 และมีสมาชิกจากชุมชนเข้าสมทบ ในแต่ละโครงการ ตามกลุ่มสนใจ แสดงออกซึ่งความสามารถของทีมงาน และการพึ่งตนเอง รวมทั้ง มีการเรียนรู้ประสบการณ์ของแต่ละทีม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาทักษะการเป็นวิทยากรกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมหรือการจัดประชาคมที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษาและบุคลากรด้านสุขภาพ
2. ควรศึกษาด้านปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นการขยายผลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบลชีทวน คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลหนองโน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานีที่ให้ความเอื้อเฟื้อสนับสนุนรวมทั้งประสานงานกับผู้นำชุมชนและฝ่ายต่างๆ ขอขอบคุณผู้ใหญ่บ้านและชาวบ้านหนองฮี ทุกคนที่ให้การต้อนรับอย่างอบอุ่น ทั้งให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสำคัญและร่วมกิจกรรมการพัฒนาอย่างยิ่ง ทำให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. Komas Juengsatiansub et al. **Community Life Style: Manual of Learning of Community Development Easy and Fun** Nonthaburi: Social and Health Research Office; 2005.
2. National Committee of Economics and Social Development **The 9th National Plan of Economics and Social Development.** Bangkok: Seuksapun Panit; 2001.
3. Choochai Supawong “Developing Concept and Considerations about Thai Civil Society” in Choochai Supawong and Yuwadee Kardkanklai (editor) **Public Opinion of Thai Civil Society** Bangkok: Matichon; 1997.
4. Nongnapat Koowarunyoo Tiangkamon **Integrated Holistic Research** Bangkok: Chulalongkorn University; 2008.
5. Prawase Wasi **Sufficiency Economics and Civil Society; Guideline of Economic Society Improvement 7th edition** Bangkok: Moh Chawban; 2001.
6. The Royal Institute of Thailand **Dictionary 1999** Bangkok: Nanmee Book; 2003.
7. Leucha Wanarat **AIC and SAO** Nonthaburi: Academic Office Project , Department of Health; 1999.
8. Weera Niyomwan **Human Empowerment Technique in the 8th National Master Plan** Bangkok: Academic Office, Department of Health; 1997.
9. Panut Preuksunun et al. **Community Participatory Learning Process to Develop Livable City at Subdistrict Municipality , Pranburi, Prachuakirikhun** Document of the 2nd/2004 Academic Conference of Health Department about Community Empowerment; 2004.
10. Pra Dhamma Pidok (Prayuth P.A.Payutto) **Sustainable Development 8th edition** Bangkok: Komon-Keemthong Foundation; 2001.
11. Pornreudee Nithirut et al. The Results of Participatory Action Research of Clean Food and Good Market for Health and Well-being” Project; 2010.
12. Siriporn Jirawatkul. **Quality Research of Professional Nursing 2nd edition** Khonkaen: Faculty of Nursing Khonkaen University; 2003.
13. Somporn Thepsittha. **Sustainable Development** Bangkok : The Nation Council on Social Welfare of Thailand; 2003.
14. Suree Chanmolee Health Strategy 3rd edition N.p., 2000.
15. Wong L P **Focus group discussion: a tool for health and medical research** Singapore Med J 2008; 49(3):256-261.



The Model of Participatory Community Health Development at Nhonghi,
Sheetuan District, Ubonratchathani

Nitcharee Rojanakiratikan*

Abstract

The Model of Participatory Community Health Development at Nhonghi, Sheetuan District, Ubonratchathani Province is a Participatory Action Research conducted during the second semester of the academic year 2011, when the fourth year students were practicing community health nursing at the Faculty of Nursing, Ratchathani University. The objective is to study the model of participatory community health development. Qualitative data are collected from non-structured interview, structured observation, and non-structured observation. Research results reveal that Nhonghi successfully adopts self-sufficiency economy principles with simple lifestyle and a dedicated leader. The majority of the population relies on organic agriculture due to health conscious. There are regular meetings and communications among the community members. Community members collectively participate in religious activities. The amenities are simple. There is no presence of drugs. Meals are prepared at home. Burning rubbish is a generally accepted waste management practice.

During the first meeting for participatory community health nursing development, the researcher conducted the study by integrating Appreciation-Influence-Control (AIC) with Focus Group techniques to empower a group of 54 community members. During the second meeting, the researcher organized a Focus Group of 46 participants. During both meetings, the participants actively shared information about their community. After the 2 meetings, the community chose waste management as the first priority issue which can be improved by establishing a committee to manage a 'waste bank' to sort and collect each type of waste for reuse and recycle purposes. Additionally, the committee promoted environmental preservation by producing bio-fertilizer and making handicrafts from reusable materials. In conclusion, this development method leads to measurable community development as presented in waste management initiative. Most importantly, this participatory community health development model empowers the community to self-advocate initiatives which can lead to a sustainable development in the future.

Keyword : participatory community health development refers to the problem solving process in which community members actively work with health personnel to improve community sustainability issues



P 1.9 โครงการพัฒนาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

สมบูรณ์ นันตโลหิต พย.บ.* ศิริรัตน์ เขาวรัตน์ วท.บ.*
สมสมัย บุญส่อง พย.บ.* ชุติมา อ่อนสอาด พย.ม.*

บทคัดย่อ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นการเฝ้าดูอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ เกี่ยวกับการเกิดและการกระจายของการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวบรวม วิเคราะห์ และแปลผล เพื่อการวินิจฉัยโรคโดยเร็ว เพื่อควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยรายใหม่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ ขนาด 1100 เตียง จำนวน 64 หอผู้ป่วย มีการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ปัจจุบันมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) จำนวน 4 คน และมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN) การดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดย ICN ร่วมกับ ICWN ซึ่งเป็นผู้ช่วยรวบรวมข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยเฉพาะด้าน วินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลและบันทึกในแบบรายงานการเฝ้าระวัง และส่งข้อมูลให้แก่ ICN เพื่อนำสรุปเป็นภาพรวมของโรงพยาบาล การประเมินประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล จะเป็นการตรวจสอบข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล อย่างเป็นระบบ เป็นการบ่งบอกถึงความสามารถในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ทำหน้าที่ การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล จากผลการประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในปี พ.ศ. 2550 – 2553 พบว่า มีประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลร้อยละ 84 , 81 , 63 และ 53.8 ตามลำดับ ซึ่งเกณฑ์ที่ตั้งไว้ต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ซึ่งถ้าการรายงานอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่ำกว่าความเป็นจริงและล่าช้า ส่งผลเสียทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้า และแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้ป่วยรายอื่น งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจึงได้จัดทำโครงการพัฒนาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลขึ้น เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Action research) ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและ ICWN จำนวน 128 คน ระหว่างวันเดือน เมษายน 2554 – กุมภาพันธ์ 2555 ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.6 เป็น 81.2

คำสำคัญ: การติดเชื้อในโรงพยาบาล/ การเฝ้าระวัง/ การป้องกันและควบคุม/ การพัฒนาประสิทธิภาพ

* พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี



โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ ขนาด 1,100 เตียง จำนวน 64 หอผู้ป่วย มีการดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดย พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Nurse : ICN) และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ประจำหอผู้ป่วย (Infection Control Ward Nurse : ICWN) กาญจนา เต็มศิริพันธ์ (2539) กล่าวว่า การที่ ICN ติดตามนิเทศให้คำแนะนำแก่ ICWN เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะช่วยส่งเสริมให้ ICWN สามารถเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การที่มี ICWN หลายคนทำหน้าที่เฝ้าระวัง คุณภาพของข้อมูลที่ได้อาจแตกต่างกัน เนื่องจาก ICWN บางคนยังไม่ได้รับการอบรม หรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการ เฝ้าระวังและการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทำให้เกิดคำถามว่า ข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นจริงหรือไม่ การประเมินประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล จะเป็นการตรวจสอบข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล อย่างเป็นระบบ เป็นการบ่งบอกถึงความสามารถในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ทำหน้าที่ การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และจากผลการประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในปี พ.ศ. 2550 – 2553 พบว่า มีประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล ร้อยละ 84; 81; 63 และ 53.8 ตามลำดับ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ของกองการพยาบาล ต้องมากกว่าร้อยละ 80 (กองการพยาบาล, 2544) จากการศึกษาของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (2547) พบว่า การที่ ICWN ขึ้นเวรป่วย – ดึก หรือหยุดติดต่อกันหลายวันทำให้การเฝ้าระวังการติดเชื้อไม่ต่อเนื่อง การเปลี่ยน ICWN บ่อยอันเนื่องจากการปรับตำแหน่งให้สูงขึ้น ทำให้ ICWN คนใหม่ขาดความรู้ การวินิจฉัย การรู้กระบวนการรายงาน แบบบันทึก นอกจากนี้ความสามารถที่แตกต่างกันของ ICWN แต่ละคน ทำให้ ICWN ไม่สามารถเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้เต็มที่ จึงจำเป็นต้องมีการประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ ICWN อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินความสามารถของ ICWN ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาศักยภาพของ ICWN และหัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาระงานในหลายๆ ด้าน ทำให้ไม่สามารถติดตามการส่งรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ คณะผู้วิจัยจึงได้สนใจในการพัฒนาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล จากการศึกษาของ อุทุมพร ศรีสาพร (2544) เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN) โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ปัญหาอุปสรรคที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย พบได้แก่ ปัญหาด้านผู้ร่วมงานไม่ให้ความร่วมมือ ภาระงานมาก ได้รับการสนับสนุนด้านการพัฒนาการปฏิบัติงานน้อย และขาดการติดตามนิเทศ จึงได้ปรับมาเป็นกลยุทธ์ในการกระตุ้นส่งเสริม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ถูกต้อง ตรงกัน ทั้ง ICN และ ICWN) และผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการเฝ้าระวังการติดเชื้อดังกล่าว อันจะเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และองค์กร



1. เพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้กลุ่มตัวอย่างในเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยให้การจัดการความรู้ (Knowledge Management [KM]) ของหัวหน้าหอผู้ป่วย (Head Nurse: HN) และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infection Control Ward Nurse : ICWN) จำนวนทั้งสิ้น 128 คน ระหว่างเดือน ระหว่างวันเดือน เมษายน 2554 – กุมภาพันธ์ 2555

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ศึกษากับประชากร ซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ทุกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 128 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. สื่อโปรแกรมไมโครซอฟต์เพาเวอร์พอยท์ (Microsoft power point) เรื่อง การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล สร้างเพื่อใช้ประกอบการการเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วม เนื้อหาที่แสดงประกอบด้วย การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้แก่ ประโยชน์ ขั้นตอนการเฝ้าระวัง นิยาม และหลักการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. การนิเทศและให้ข้อมูลย้อนกลับ เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในระหว่างดำเนินโปรแกรม โดยนิเทศและให้ข้อมูลย้อนกลับว่าถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง ให้เป็นรายบุคคลแบบไม่เป็นทางการในสถานที่เป็นส่วนตัว เป็นลักษณะการพูดคุย อธิบาย และแนะนำเกี่ยวกับ ประโยชน์ ขั้นตอนการเฝ้าระวัง นิยาม และหลักการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตามเนื้อหาที่เคยอบรมให้แก่พยาบาล ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที เมื่อพยาบาลว่างจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และมีการนิเทศ ให้ข้อมูลย้อนกลับในภาพรวม ในวันที่มีการประชุมประจำเดือนของ ICWN

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ประเภท หอผู้ป่วย ตำแหน่งและ ประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน ประวัติการเข้าร่วมประชุม อบรมหรือสัมมนาวิชาการด้านป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ลักษณะแบบสอบถามมีทั้งปลายเปิดและปลายปิด



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. แบบสอบถามทัศนคติของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (5 ระดับ) ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) ประกอบด้วยการบันทึกเกี่ยวกับทัศนคติของการเฝ้าระวัง โดยแบ่งการตอบเป็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้วิธีทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องว่างที่ต้องการ

3. แบบทดสอบความรู้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ซึ่งมีคำตอบที่ถูกเพียงข้อเดียว ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ ประโยชน์ ขั้นตอนการเฝ้าระวัง นิยาม และหลักการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดไม่ได้คะแนน

4. แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นแบบบันทึกการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้ใช้ในการบันทึกหากผู้ป่วยรายนั้นๆ มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วยรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ข้อมูลพื้นฐาน คือ เพศ อายุ การวินิจฉัย วันที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สถานการณ์จำหน่าย และเป็นการบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับอาการการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้น คือวันที่มีอาการเปลี่ยนแปลง วันที่มีการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ วันที่มีการพบเชื้อรายการการใช้ยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาการติดเชื้อในโรงพยาบาลในตำแหน่งนั้นๆ เป็นต้น

5. แบบประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้ในหอผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละราย ข้อมูลพื้นฐาน คือ เพศ อายุ การวินิจฉัย วันที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การติดเชื้อในโรงพยาบาล (หากพบ) ระบบที่มีการติดเชื้อ วันที่พบการติดเชื้อ การใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น ใช้บันทึกเมื่อสรุปข้อมูลผู้ป่วยในคราวที่จะประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังในเวลาหนึ่ง เวลาเดียว เป็นการบันทึกของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN)

วิธีการประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลใช้แนวทางของ CDC

การคำนวณประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลใช้สูตร

$$\text{ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง} = \frac{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่บันทึกตรงกับจำนวนครั้งที่ได้จากการสำรวจ} \times 100}{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ได้จากการสำรวจทั้งหมดของผู้สำรวจ}}$$

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย ICWN ในทุกหอผู้ป่วย
2. สร้างเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง
3. ทดลองการใช้เครื่องมือ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ และความเหมาะสม



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. แจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร
2. ทดสอบความรู้ และทัศนคติของกลุ่มประชากรครั้งที่ 1 ก่อนการพัฒนา
3. ผู้วิจัยจัดกลุ่มเชิงปฏิบัติการโดยส่งเสริมความรู้ พร้อมทั้งดำเนินการกระตุ้น / สร้างความตระหนัก โดยใช้แนวทางการจัดการความรู้ (KM) ในเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ครั้งที่ 1
4. ผู้วิจัยจัดกลุ่มเชิงปฏิบัติการโดยส่งเสริมความรู้ พร้อมทั้งดำเนินการกระตุ้น / สร้างความตระหนัก โดยใช้แนวทางการจัดการความรู้ (KM) ในเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ครั้งที่ 2 (1 เดือนต่อมา) พร้อมกับนำเสนอผลการดำเนินงาน
5. ผู้วิจัยจัดกลุ่มเชิงปฏิบัติการโดยส่งเสริมความรู้ พร้อมทั้งดำเนินการกระตุ้น / สร้างความตระหนัก โดยใช้แนวทางการจัดการความรู้ (KM) ในเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ครั้งที่ 3 (1 เดือนต่อมา) พร้อมกับนำเสนอผลการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

1. ทดสอบความรู้ ทัศนคติของกลุ่มประชากรครั้งที่ 2 หลังการส่งเสริมความรู้ครั้งที่ 3
2. ประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังทุกเดือน (ระหว่างส่งเสริมความรู้ พร้อมทั้งดำเนินการกระตุ้น / สร้างความตระหนัก ตั้งแต่ครั้งที่ 1-3)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทัศนคติก่อนและหลังการพัฒนาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติ paired T test กำหนดความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่าร้อยละ 95
3. เปรียบเทียบประสิทธิภาพก่อน และหลังการพัฒนาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยใช้สถิติ Binomial test

ผลการวิจัย

กลุ่มประชากรที่ศึกษาจำนวน 128 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด และมีอายุระหว่าง 46 – 50 ปี มากที่สุดคือ 47 คน คิดเป็นร้อยละ 36.6 รองลงมาเป็นช่วงอายุระหว่าง 41 – 45 ปี 29 คน และ 51 – 55 ปี คือ 24 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7 และ 18.8 ตามลำดับ ตำแหน่งที่ดำรงในปัจจุบันกลุ่มประชากรมีตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย มีจำนวนเท่ากันคือ 64 คนคิดเป็นร้อยละ 50.0 ประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน มากที่สุดคือ ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป 115 คน คิดเป็นร้อยละ 89.9 สำหรับเรื่องการได้รับความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา กลุ่มประชากรเคยได้รับความรู้ จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9 และเคยได้รับความรู้เรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นจำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ก่อนให้ความรู้พบว่าอัตราการติดเชื้อค่อนข้างต่ำเนื่องจากการรายงานข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริง ทำให้ผู้เกี่ยวข้องคิดว่าการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่มีปัญหา สามารถควบคุมได้ แต่หลังให้ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้มีการรายงานการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้อัตราการติดเชื้อภาพรวมของโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นดังตาราง

เดือน	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.
	54	54	54	54	54	54	54	54	54	55	55
อัตราการติดเชื้อ	2.5	2.3	1.7	2.2	2.0	2.8	2.9	2.8	2.9	2.7	3.0

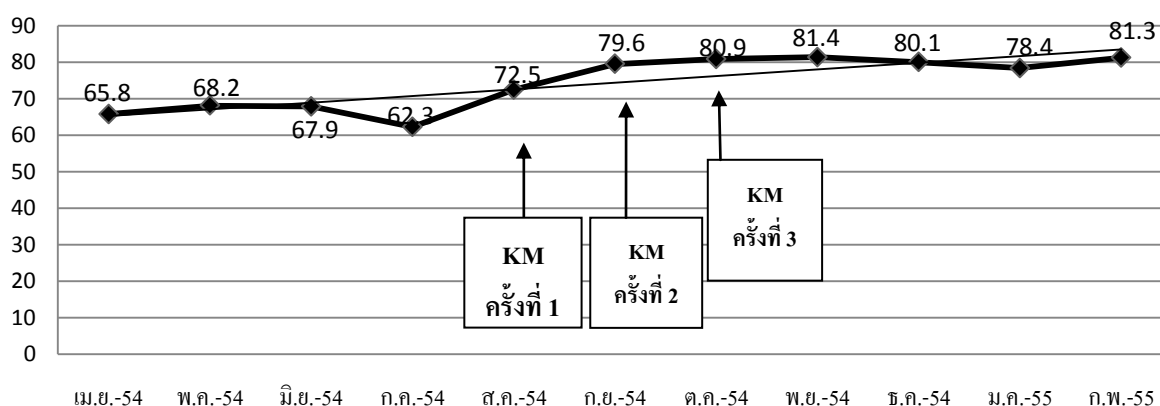
ทัศนคติต่อการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับเฉลี่ยทัศนคติของกลุ่มประชากรที่ศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยทัศนคติเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 71.03 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84.28 โดยข้อที่มีผลต่างของคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การเฝ้าระวังการติดเชื้อเป็นเรื่องน่าสนใจ ท่านคิดว่าการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นเรื่องใกล้ตัวที่เกี่ยวข้องกับทุกคน และ ท่านคิดว่าการพบผู้ป่วยมีการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่ใช่เรื่องน่าอาย โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.48, 18.44 และ 17.65 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ความรู้ก่อนให้ความรู้พบว่ากลุ่มประชากรมีความรู้ที่น้อยที่สุดในเรื่องกลวิธีสำคัญของงานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและความสำคัญของงานควบคุมการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 25.0 รองลงมาเป็นเรื่องข้อจำกัดของการเฝ้าระวังแบบ Retrospective surveillance วิธีการเฝ้าระวังที่เหมาะสมในหน่วยงานที่มีอัตราการติดเชื้อสูงและเกิดโรคระบาดได้ง่าย ขั้นตอนการดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อ และการพัฒนางานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 26.56, 33.60, 35.16 และ 35.94 ตามลำดับ ความรู้ก่อนการประชุมมากที่สุดในเรื่องวิธีป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.44 หลังให้ความรู้ความรู้เพิ่มมากที่สุดในเรื่องวิธีการเฝ้าระวังที่เหมาะสมในหน่วยงานที่มีอัตราการติดเชื้อสูงและเกิดโรคระบาดได้ง่าย ตอบถูก 77 คน รองลงมาเป็นเรื่องกลวิธีสำคัญของงานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ความสำคัญของงานควบคุมการติดเชื้อ ข้อจำกัดของการเฝ้าระวังแบบ Retrospective surveillance และผู้ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตอบถูกต้อง 66, 66, 65 และ 60 คน (ตารางที่ 2)



ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

แผนภูมิที่ 1 แสดงประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี 2553 – 2555



จากแผนภูมิที่ 1 พบว่าประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ก่อนให้ความรู้ และ Empowerment อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำในเดือนเมษายน – กรกฎาคม 2554 คือ 65.8, 68.2, 67.9 และ 62.3 ตามลำดับ และหลังให้ความรู้ Empowerment และสนทนาแบบมีส่วนร่วม จำนวน 3 ครั้ง คือเดือนสิงหาคม กันยายน และ ตุลาคม พบว่าประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อเดือน สิงหาคม 2554 – กุมภาพันธ์ 2555 เพิ่มขึ้นดังนี้ 72.5, 79.6, 80.9, 81.4, 80.1, 78.4 และ 81.3 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดของการจัดการความรู้ในการพัฒนา ในหอผู้ป่วยจำนวน 64 หน่วยงานของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย จำนวน 128 คน โดยทำการศึกษาในระหว่างเดือน เมษายน 2554 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ประเภทหอผู้ป่วย ตำแหน่งในปัจจุบัน ประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน ประวัติการเข้าร่วมประชุม อบรม หรือ สัมมนาวิชาการด้านป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ลักษณะแบบสอบถามมีทั้งปลายเปิดและปลายปิด ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามทัศนคติของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) ประกอบด้วยการบันทึกเกี่ยวกับทัศนคติของการเฝ้าระวัง โดยแบ่งการตอบเป็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้วิธีทำเครื่องหมาย



ถูก ✓ ลงในช่องว่างที่ต้องการ ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ซึ่งมีคำตอบที่ถูกเพียงข้อเดียว ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ ประโยชน์ ขั้นตอนการเฝ้าระวัง นิยาม และหลักการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดไม่ได้คะแนน ส่วนที่ 4 เป็นแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ใช้สำหรับบันทึกการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้ใช้ในการบันทึกหากผู้ป่วยรายนั้นๆ มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วยรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ข้อมูลพื้นฐาน คือเพศ อายุ การวินิจฉัย วันที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สถานการณ์จำหน่าย และเป็นการบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับอาการการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้น คือวันที่มีอาการเปลี่ยนแปลง วันที่มีการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ วันที่มีการพบเชื้อ รายการการใช้ยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาการติดเชื้อในโรงพยาบาลในตำแหน่งนั้นๆ เป็นต้น ส่วนที่ 5 แบบประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้ในหอผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละราย ข้อมูลพื้นฐาน คือเพศ อายุ การวินิจฉัย วันที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การติดเชื้อในโรงพยาบาล ระบบที่มีการติดเชื้อ วันที่พบการติดเชื้อ การใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น ใช้บันทึกเมื่อสรุปข้อมูลผู้ป่วยในคราวที่จะประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังในเวลาหนึ่ง เวลาเดียว เป็นการบันทึกของ ICN และวิธีการประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลใช้แนวทางของ CDC

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มประชากรที่ศึกษาจำนวน 128 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด และมีอายุระหว่าง 46 – 50 ปี มากที่สุดคือ 47 คน คิดเป็นร้อยละ 36.6 ตำแหน่งที่ดำรงในปัจจุบันกลุ่มประชากรมีตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย และ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย มีจำนวนเท่ากันคือ 64 คนคิดเป็นร้อยละ 50.0 ประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน มากที่สุดคือ ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป 115 คน คิดเป็นร้อยละ 89.9 สำหรับเรื่องการได้รับความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา กลุ่มประชากรเคยได้รับความรู้ จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9 และเคยได้รับความรู้เรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นจำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5

ด้านทัศนคติของกลุ่มประชากร ค่าเฉลี่ยทัศนคติของกลุ่มประชากรที่ศึกษา พบว่ามีค่าเฉลี่ยทัศนคติเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 71.03 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84.28 โดยข้อที่มีผลต่างของคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การเฝ้าระวังการติดเชื้อเป็นเรื่องน่าสนใจ ท่านคิดว่าการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นเรื่องใกล้ตัวที่เกี่ยวข้องกับทุกคน และ ท่านคิดว่าการพบผู้ป่วยมีการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่ใช่เรื่องน่าอาย โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.48, 18.44 และ 17.65 ตามลำดับ



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรกำหนดเป็นนโยบายให้มีการมอบหมายงานเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้ชัดเจน และเป็นลายลักษณ์อักษร ส่งข้อมูลการติดเชื้อย้อนกลับให้หน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทีมการพยาบาลทุกคนได้ทราบ อันจะนำไปสู่การจัดการความรู้ในการเฝ้าระวัง
2. ควรสนับสนุนส่งเสริม และนิเทศอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอ เพื่อให้กิจกรรมการเฝ้าระวังมีความต่อเนื่อง
3. บุคลากรทางการพยาบาล ควรมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหาด้านการปฏิบัติต่อผู้บริหารโดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อจะได้ปรับปรุงให้หลักการมีความเป็นไปได้และมีความเหมาะสมในทางปฏิบัติ
4. บุคลากรพยาบาลควรมีการกระตุ้นเตือนตนเองและเพื่อนร่วมงานเสมอ ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดเป็นความเคยชิน
5. ควรมีการปฐมนิเทศนักศึกษา และนิเทศในการปฏิบัติงานเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
2. ศึกษาถึงวิธีการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความยั่งยืนในการเฝ้าระวัง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ หัวหน้าหอผู้ป่วย ทีมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย และบุคลากรทางการพยาบาลทุกท่านที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ให้การสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี และขอบคุณหัวหน้าพยาบาล ที่ให้การสนับสนุนทุกๆ ด้าน ในการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ซึ่งนำไปสู่ประโยชน์ในการพัฒนาระบบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กนวรรณ ประวาลพิทย์. (2540). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กาญจนา เต็มศิริพันธุ์. (2539). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. (2552). รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.

ศรัณยา นิमितกุล. (2543). ผลของกลุ่มควบคุมคุณภาพต่อประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. .

สมศักดิ์ วัฒนศรี และอะเคื้อ อุณหเลขก. ทศวรรษของการควบคุมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2525 – 2535. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 2553; 23 (27) : 369 – 381.

สมหวัง ด้านชัยวิจิตร. (2544). โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ในสมหวัง ด้านชัยวิจิตร บรรณาธิการ. โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : แอล ที เพรส.

อะเคื้อ อุณหเลขกะ. การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่. โรงพิมพ์มิ่งเมือง, 2544.

ตารางที่ 1 ร้อยละของคะแนนทัศนคติของกลุ่มประชากร เปรียบเทียบก่อนและหลังการส่งเสริมความรู้
จำแนกเป็นรายข้อ

ทัศนคติต่อการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	คะแนน (ก่อน)	คะแนน (หลัง)	ผลต่าง ร้อยละ
1. ท่านคิดว่าการเฝ้าระวังถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของท่าน	69.84	82.50	12.66
2. ท่านอยากให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมกับการเฝ้าระวัง	74.84	86.87	12.03
3. การเฝ้าระวังเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	76.71	83.10	6.39
4. เหตุที่ทำให้ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังไม่ดีเพราะบุคลากรไม่มีความตระหนัก	74.53	85.15	10.62
5. ท่านคิดว่าการติดเชื้อในโรงพยาบาลจะลดลงเองถ้ามีการเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างจริงจังและถูกต้อง	79.37	88.28	8.91
6. ท่านคิดว่ามีหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาล	68.43	83.28	14.85
7. ท่านคิดว่าการพบผู้ป่วยมีการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่ใช่เรื่องน่าอาย	63.75	81.40	17.65
8. ท่านคิดว่าการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นเรื่องใกล้ตัวเกี่ยวข้องกับทุกคน	64.37	82.81	18.44
9. การเฝ้าระวังการติดเชื้อเป็นเรื่องน่าสนใจ	64.80	83.28	18.48



ทัศนคติต่อการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	คะแนน (ก่อน)	คะแนน (หลัง)	ผลต่าง ร้อยละ
10. ท่านคิดว่าการเฝ้าระวังเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก	66.71	80.78	14.07
11. หากมีการติดเชื้อในโรงพยาบาลท่านคิดว่าท่านมีส่วนทำให้เกิดการติดเชื้อนั้น	69.68	80.62	10.94
12. ท่านกล้าเตือนเพื่อนเมื่อเห็นเพื่อนไม่ ปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวัง	69.84	84.37	14.53
13. ท่านกล้าเตือนเพื่อน คิดว่าบุคลากรนั้นจะทราบถึงวิธีการปฏิบัติดีแล้ว	69.06	85.00	15.94
14. หากได้รับมอบหมายจากหัวหน้าตึกทำให้ท่านกล้าเตือนเพื่อนให้ปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวัง	74.53	82.03	7.50
15. หากมีการเฝ้าระวังอย่างครอบคลุมจะทำให้ข้อมูลนี้ถูกต้อง แม่นยำเพื่อนำไปแก้ปัญหา	82.96	87.50	4.54
16. การเฝ้าระวังการติดเชื้อช่วยให้ท่านทราบข้อมูลการเกิดและการระบาดของ การติดเชื้อ	74.37	86.40	12.03
17. ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังช่วยให้หน่วยงานของท่านสามารถป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน	71.25	85.78	14.53
18. ข้อมูลการติดเชื้อ จะช่วยให้หน่วยงานของท่านทราบว่ามาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยงานมีประสิทธิภาพหรือไม่	75.31	86.71	11.40
19. ข้อมูลการติดเชื้อที่รวบรวมได้ ช่วยให้คุณตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยงาน	67.96	84.21	16.25
20. ทุกคนในหน่วยงานสามารถรายงานการติดเชื้อได้	63.28	85.62	22.34
รวม	71.03	84.28	13.25



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ในเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลก่อนและหลังการให้ความรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงาน (ICWN) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี (N=128)

เรื่อง	คะแนนความรู้	
	ก่อน	หลัง
1. การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล	81 (63.28)	120 (93.75)
2. อาการแรกเริ่มที่บ่งชี้ถึงการมีการติดเชื้อ	96 (75.0)	126 (98.44)
3. การหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อ	56 (43.75)	114 (89.06)
4. กลวิธีสำคัญของงานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	32 (25.0)	98 (76.56)
5. การแยกผู้ป่วยติดเชื้อระบบ airborne	85 (66.41)	128 (100)
6. การพัฒนางานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	46 (35.94)	94 (73.44)
7. ความสำคัญของงานควบคุมการติดเชื้อ	32 (25.0)	98 (76.56)
8. ความหมายของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	65 (50.78)	105 (82.03)
9. ประโยชน์ของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	98 (76.56)	112 (87.50)
10. ผู้ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	68 (53.13)	128 (100)
11. ขั้นตอนการดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อ	45 (35.16)	97 (75.78)
12. วิธีของการเฝ้าระวังการติดเชื้อ	51 (39.84)	95 (74.22)
13. ข้อจำกัดของการเฝ้าระวังแบบ Retrospective surveillance	34 (26.56)	99 (77.34)
14. ความหมายของการเฝ้าระวังแบบ Targeted surveillance	66 (51.56)	117 (91.41)
15. วิธีการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย	73 (57.03)	86 (67.19)
16. วิธีการเฝ้าระวังที่เหมาะสมในหน่วยงานที่มีอัตราการติดเชื้อสูงและเกิดโรคระบาดได้ง่าย	43 (33.60)	120 (93.75)
17. การวินิจฉัยการติดเชื้อปอดอักเสบ	81 (63.28)	99 (77.34)
18. การวินิจฉัยการติดเชื้อระบบกระแสโลหิตในทารกแรกเกิด	57 (44.53)	86 (67.19)



เรื่อง	คะแนนความรู้	
	ก่อน	หลัง
19. เทคนิคการนิเทศงานเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ	96 (75.0)	120 (93.75)
20. การวินิจฉัยการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ	94 (73.44)	118 (92.19)
21. วิธีป้องกันโรคติดเชื้อใน รพ. ที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด	126 (98.44)	128 (100)
22. การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	87 (67.97)	123 (96.09)
23. การตรวจทางห้องปฏิบัติการสนับสนุนการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล	65 (50.78)	124 (96.88)
24. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	94 (73.44)	126 (98.44)
25. การวินิจฉัยการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่แม่นยำที่สุด	63 (49.22)	110 (85.94)
รวม	1734 (54.18)	2771 (86.59)

Abstract

Nosocomial Infection (NI) surveillance is an essential of infection control. With effective NI surveillance, a hospital could establish appropriate infection control guideline to reduce the real NI rate. Sunpasittiprasong hospital is Tertiary 1100 bed hospital, 64 ward. With operations of Nosocomial infection surveillance since 1984. Now by 4 Infection Control Nurse (ICN) can not do all. Main supporting factor is 64 Infection control Ward Nurse (ICWN) who collect data of Nosocomial Infection in each ward and sent to ICN. Estimation to Efficiency of Nosocomial Infection Surveillance by sensitivity between ICN and ICWN can Indicate Diagnosis NI of ICWN . Evaluation of Efficiency of Nosocomial Infection Surveillance in Sunpasittiprasong hospital since 2007 to 2010 is 84,81,63 and 53.8 Percentage. Standard is above 80 Percentage. This Action research is Improvement to Efficiency of Nosocomial Infection Surveillance by 128 Head Nurse (HN) and ICWN between April 2011 to February 2012. The result showed Compare Evaluation of Efficiency of Nosocomial Infection Surveillance in Sunpasittiprasong hospital between before and after intervention is up 58.6 to 81.2



P 1.10 การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลผู้สูงอายุคัดสรรกรณีฉุกเฉิน/ครอบครัวต่อการรับรู้ข้อมูล ก่อนจำหน่าย

กอบแก้ว ทองดี* จิราพร ศิริโชค*
อังคณา ห่องบุตรศรี* สมัญญา ชันรักษา*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีในการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ทำให้ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่ลดลง มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การรับรู้และความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ และความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น¹ การเจ็บป่วยจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น² ความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล³ ต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากอุบัติเหตุและฉุกเฉิน⁴ และความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่จะเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป⁵ อัตราการเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่นๆ ร้อยละ 12-21 อายุ 65 ปีขึ้นไป อยู่ในห้องตรวจเป็นเวลานานมากกว่า 5 ชั่วโมง⁶ ผู้สูงอายุต้องการการตรวจวินิจฉัยที่ซับซ้อน และ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน(readmission) หลังจำหน่าย⁷

ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุแตกต่างจากวัย ผู้สูงอายุมักมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดการเจ็บป่วยในลักษณะของโรครุนแรงขึ้นและเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีพยาธิสภาพหลายระบบจากความเปลี่ยนแปลงจากระบบการสูงอายุและปัจจัยเสี่ยงจากโรคเรื้อรังสะสม เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุกับโรค โรคกับโรค และปฏิสัมพันธ์ของการรักษา ทำให้โรครุนแรงและเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหรือต้องการตรวจวินิจฉัยมากกว่าวัยอื่นๆ รวมทั้งการวินิจฉัยผิดพลาดจากการคิดว่าเป็นอาการปกติในผู้สูงอายุ อาการนำส่วนใหญ่มักเป็นความสามารถในการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหวร่างกายลดลงหรือมีภาวะพึ่งพา⁸ การตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ มักจะเข้ารับการรักษาล่าช้าเนื่องจากคิดว่าเป็นอาการปกติจากการสูงอายุ จึงมาโรงพยาบาลเมื่ออาการรุนแรงหรือด้วยปัญหาเร่งด่วน มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 63 ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับเร่งด่วนและ เร่งด่วนมาก⁹ และจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 32-68¹⁰

การให้ข้อมูลเพื่อเป็นการฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพหลังการรักษาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ซึ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านจะช่วยให้มีความเข้าใจโรคและความเจ็บป่วย และลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ/ครอบครัว การให้ข้อมูลที่ถูกต้องครอบคลุมปัญหาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุ/ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแล การให้ข้อมูลที่ตรงตามปัญหาและความต้องการจะช่วยให้สามารถเรียนรู้และปรับตัวได้ดีกว่า การให้ข้อมูลด้วยการแนะนำอย่างเดียว การใช้คู่มือเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุ/ครอบครัวทำการศึกษาเพิ่มเติมและสามารถทบทวนความจำและศึกษาซ้ำด้วยตนเองอย่างอิสระ นอกเหนือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล¹¹

คำสำคัญ: การให้ข้อมูล ผู้สูงอายุ/ครอบครัว การรับรู้ข้อมูล

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น



การมอบหมายงานในการปฏิบัติกิจกรรมบริการพยาบาลที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีในกลุ่มการสอน การฝึกทักษะการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพนั้นขาดความต่อเนื่อง และการมอบหมายปัจจุบันมีการหมุนเวียนไปตามตารางการปฏิบัติงานและตามสมรรถนะของพยาบาลส่งผลให้พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยตรงไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ จึงควรพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการดูแลตนเองที่บ้านเพิ่มขึ้นโดยผ่านการติดตามอัตราการรับรู้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อทราบระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายผู้สูงอายุศัลยกรรมฉุกเฉินก่อนจำหน่าย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลผู้สูงอายุศัลยกรรมฉุกเฉิน/ครอบครัวและการรับรู้ก่อนจำหน่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนางานประจำโดยใช้กระบวนการวิจัย ผู้วิจัยร่วมกับผู้ร่วมงาน วิเคราะห์ปรับปรุงงาน ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติของหน่วยงาน เป้าหมายในการดำเนินงานคือ เพิ่มการรับรู้ข้อมูลการจำหน่ายและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเป็นการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุ/ครอบครัวได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การปฏิบัติและการดูแลต่อเนื่องก่อนกลับบ้าน โดยพยาบาลเป็นผู้ขับเคลื่อนสู่กระบวนการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มผู้ร่วมวิจัยเป็นบุคคลากรทางการพยาบาลที่มีหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วย และกลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่เป็นครอบครัว/ญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ร่วมวิจัย เป็นทีมการพยาบาลประจำการ 4 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 เป็นกลุ่มที่ร่วมคิดและวางแผนการวิจัย มีการประชุมกลุ่ม 2) กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 เป็นกลุ่มที่เข้าฟังการสะท้อนข้อมูล และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุ/ครอบครัว

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ศึกษาจำนวน 32 ราย ผู้สูงอายุที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 71.43 ปี เป็นผู้สูงอายุวัยต้นร้อยละ 43.75 และรองลงมาเป็นผู้สูงอายุวัยกลางร้อยละ 37.5 เพศ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนมากมีโรคประจำตัวร้อยละ 53.13 สามอันดับแรกได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเมรั้งและโรคเบาหวานเท่ากัน การใช้ยา



ผู้สูงอายุมีการใช้ยาสามอันดับแรกได้แก่ ยารักษาเบาหวาน รักษาโรคความดันโลหิตสูง และยารักษาโรคหัวใจ ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดแดงช่องท้องโป่งพอง ร้อยละ 46.87 มะเร็งท่อน้ำดีร้อยละ 28.13 และลำไส้อุดตันร้อยละ 25

ระยะแรกการให้ข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย ไม่สามารถประเมินได้เนื่องจาก ลักษณะการให้บริการของหอผู้ป่วยที่ให้การบริการตลอด 24 ชั่วโมง และสามารถย้ายได้ตลอด 24 ชั่วโมงเช่นเดียวกัน และผู้สูงอายุบางรายมีแผนการรักษาด้วยวิธีรักษาอื่นร่วมด้วย จึงทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูล ประเมินการรับรู้และภาวะสุขภาพก่อนจำหน่าย และไม่สามารถประเมินความสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการพยาบาลได้ และมีผู้สูงอายุที่สามารถประเมินได้ครบน้อย จึงมีการปรับแก้กระบวนการเก็บข้อมูลในระยะที่ 2 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงกับบริบทการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง มีการปรับวิธีการให้ข้อมูลและการประเมินผล หลังการประเมินภาวะสุขภาพ และมีการให้ข้อมูลผู้สูงอายุ/ครอบครัว โดยพยาบาลที่ไม่ใช่ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ประเมินการรับรู้และความพึงพอใจต่อวิธีการให้ข้อมูล หลังการประเมินปัญหาและให้ข้อมูลครอบคลุมจึงประเมินผล การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนจำหน่ายหรือย้ายหอผู้ป่วย ในกรณีที่ย้ายในเวลาที่ไม่มีความจำเป็นไปเก็บข้อมูล และมีข้อจำกัดในเรื่องของความรีบด่วนในการย้ายผู้ป่วยไม่สามารถประเมินได้ ทำให้สามารถประเมินได้เฉพาะในรายที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยในกรณีที่กลับบ้านเท่านั้น เป็นการปฏิบัติจริงในสถานการณ์ และการติดตามการประเมินความสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการพยาบาล ประเมินได้ในกรณีจำหน่ายกลับบ้านเท่านั้น และการสุ่มตรวจสอบจะมีทั้งประวัติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานำมาวิเคราะห์รวมกัน จึงไม่สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินทั้งหมดได้

การปฏิบัติของพยาบาลในการพัฒนาแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลผู้สูงอายุศัลยกรรมฉุกเฉิน/ครอบครัวต่อการรับรู้ข้อมูลก่อนจำหน่าย การประเมินภาวะสุขภาพเมื่อแรกรับส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ 75 ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและอาการของโรคที่รุนแรงขึ้นมีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบการประเมินการรับรู้ก่อนกลับบ้าน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ/ครอบครัวได้รับรู้ข้อมูลก่อนจำหน่ายคิดเป็นร้อยละ 90 มีการให้ข้อมูลโดยพยาบาลเจ้าของไข้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุ/ครอบครัวและ ติดตามการให้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในการการดูแลของครอบครัวระหว่างเข้ารับการรักษา การให้ข้อมูลควบคู่กันทั้งผู้สูงอายุ/ครอบครัว มีการประเมิน และให้ข้อมูลตามลักษณะปัญหาและความต้องการที่แท้จริง ทำให้มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลก่อนจำหน่าย ผลของโรคต่อการดำเนินชีวิตเมื่อกลับบ้าน อุปสรรคของการรับรู้ข้อมูลของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญสัมพันธ์กับตัวผู้สูงอายุเองเนื่องจากความสามารถในการรับรู้อาจมีข้อจำกัด เช่น อายุมาก การเจ็บป่วย ทักษะความสามารถในการเรียนรู้ลดลง และในส่วนของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล กระบวนการเรียนรู้และระบบการดูแลรักษา ซึ่งพยาบาลมักให้ข้อมูลอยู่บนพื้นฐานทางวิชาการ และมีข้อจำกัดด้านเวลา ผู้สูงอายุ/ครอบครัวขาดการเตรียมพร้อมและแรงจูงใจ รวมทั้งอุปสรรคด้านร่างกายและจิตใจ (Redman, 1997)¹³ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วนในเรื่องการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกลดภัยและสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ การให้ข้อมูลมี 2 แบบ คือ การพูดอธิบาย และการให้เอกสาร ผลการศึกษาการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดในรูปเอกสารช่วยลดความวิตกกังวล ลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล และฟื้นหายได้เร็ว การให้ข้อมูลด้วยการพูดอธิบายจะขาดความชัดเจนแม่นยำ¹⁴ และเนื่องจากผู้ที่มีความวิตกกังวลจะสามารถเก็บข้อมูล ไว้ได้เพียงร้อยละ 30-40 ของข้อมูลที่ได้รับ¹⁴

การให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความต้องการและความพร้อมของ ผู้ป่วยไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และการได้รับข้อมูล ข่าวสารยังเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยต้องได้รับจากผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ เมื่อ



อยู่ในระยะปฏิเสธการเจ็บป่วยและวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า จึงทำให้รับรู้ไม่ได้รับข้อมูลหรือได้รับข้อมูลไม่ชัดเจน ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการและต้องกลับเข้ารับการรักษาโดยไม่ได้อาการ¹⁶ และมีศึกษาการรับรู้ข้อมูลของญาติผู้มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ พบว่าญาติผู้มารับบริการรับรู้ข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้ข้อมูลของญาติระยะเมื่อมาถึงและระยะก่อนจำหน่ายจากตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินนอนโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ข้อมูลขณะเข้ารับการรักษายาบาลและจำหน่ายกลับบ้านอยู่ในระดับปานกลาง¹⁷

ความพึงพอใจส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลและวิธีการให้ข้อมูลในระดับมากที่สุดเท่ากัน ร้อยละ 90 และระดับมากร้อยละ 10 ในระหว่างการศึกษา การสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ/ครอบครัว มีการติดตามประเมินปัญหาสุขภาพและการให้ข้อมูลตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ตรงตามความต้องการจึงทำให้ผู้สูงอายุ/ครอบครัวมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 90 สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิศา มีสุวรรณ และชนิษฐา นาคะ (2008)¹⁴ ศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหูด คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่พบว่าระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง โดยรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ รับรู้ภาวะแทรกซ้อนของโรค โอกาสเสียชีวิต และโอกาสหายด้วยการผ่าตัด ข้อที่มีความต้องการมากเป็นอันดับหนึ่งคือ ผลการผ่าตัด รองลงมาคือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลผู้สูงอายุผู้พิการ/ครอบครัว และเพื่อศึกษาความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายผู้สูงอายุผู้พิการ/ครอบครัวก่อนจำหน่าย ในผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง ทางเดินอาหารอุดตัน เนื้อตายเน่า ถุงน้ำดีอักเสบ และมะเร็งท่อน้ำดี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ตั้งแต่ เดือนกันยายน 2554-กุมภาพันธ์ 2555 แผนกการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รูปแบบการให้ข้อมูลผู้สูงอายุผู้พิการ/ครอบครัว ประกอบด้วย 1) การประเมินความต้องการและ ความพร้อมของผู้สูงอายุ/ครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการ ก่อนให้ข้อมูลมีความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการ และความสามารถในการรับรู้ข้อมูล 2) การให้ข้อมูลระหว่างเข้ารับการรักษาสถานการณ์การเจ็บป่วยและความต้องการ เมื่อการเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูผู้สูงอายุ/ครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล จะช่วยให้ลดความวิตกกังวลและเพิ่มความสามารถในการรับรู้และนำไปปฏิบัติได้ดีกว่า 3) ระบบการมอบหมายหน้าที่เป็นระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และต้องได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อน เพื่อให้พยาบาลปฏิบัติการให้ข้อมูลที่จำเป็นได้อย่างเป็นระบบและจัดสรรเวลาให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงได้ 4) การเตรียมอุปกรณ์เอกสารเกี่ยวกับข้อมูลที่จำเป็นตามกลุ่มโรคได้แก่ หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง ลำไส้อุดตัน แผลเนื้อตายเน่า ถุงน้ำดีอักเสบ และมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อให้เป็นสื่อในการอธิบายและเกิดการศึกษาซ้ำเมื่อพบปัญหาและภาวะหลังสิ้นของผู้สูงอายุ/ครอบครัว



เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ อุตสันตชัย. (บรรณาธิการ). (2552ข). โรคความดันเลือดสูงในผู้สูงอายุและการป้องกัน. **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และการป้องกัน**. (หน้า 1-13). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
2. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). **สถานะสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543: สถานะสุขภาพคนไทย**. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.
3. Rowland K, Maitra AK, Richardson DA, et al. (1990). The discharge of patients from an accident and emergency department: functional changes and risk of readmission. **Age Ageing**, (19): 415-418.
4. Lowenstein SR, Crescenzi CA, Kern DC, et al. (1986). Care of the elderly in the emergency department. **Ann Emerg Me**, (15): 528-535.
5. Robinson S, Mercer S. (2007). Older adult care in identifying strategies that foster best practice. **Journal of Gerontological Nursing**. 40-47.
6. Aminzadeh F, Dalziel W.B. (2002). Older adult in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcome, and effectiveness of intervention. **Annals of Emergency Medicine**, 39(3): 238-247.
7. Basic D, Conforti D & Rowland J. (2002). Standardised assessment of older patients by a nurse in an emergency department. **Australian Health Review**. 25(4): 50-58.
8. Salvi et al.(2009). Older adult use the emergency department appropriately. **Intern Emergency Med**. 93-94
9. Baum SA, Rubenstein LZ. (1987). Old people in the emergency room: age-related differences in emergency department use and care. **J Am Geriatr Soc**. (35): 398-404.
10. วีระวรรณ อึ้งอร่าม. (2545). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของผู้ป่วยผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ**, วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. Redman, B. K. (1997). **The Practice of patient education**. (8th ed). St. Louis: Mosby.
12. พรทิพา มีสุวรรณ และ ชนิษฐา นาคะ. (2551). การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหัวใจ คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 26 (2)
13. สมคิด ปุณณะศิริ, จินต์จุฑา รอดพาล, สมคิด ตีรารักษ์, วิราวรรณ จันทมูล. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. **วารสารกองการพยาบาล**. 36 (3)
14. ศิริอร สิ้นธุ & ศิริลักษณ์ ศรีประสงค์. (2544). ภาวะสุขภาพและระดับกิจกรรมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะพักฟื้นหลังจากออกจากโรงพยาบาล. **วารสารสภาการพยาบาล**. 16(2) 52-68.
15. กรุณา แดงสุวรรณ และคณะ. (2555). การรับรู้ข้อมูลของญาติผู้มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์**. 4 (2)



P 1.11 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลนคร อุบลราชธานี

วิลารรณ ประวิทย์ธนา*

บทคัดย่อ

เครื่องดื่มผสมคาเฟอีนเป็นที่รู้จักและนิยมบริโภคกันอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะกาแฟในประชาชนวัยทำงาน ที่คิดว่าการดื่มกาแฟทำให้สดชื่น ไม่ง่วงนอน และสามารถลดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ซึ่งกาแฟมีทั้งประโยชน์และโทษต่อร่างกาย เมื่อได้รับในปริมาณมากก็จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ 15-59 ปี จำนวน 400 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบโควต้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .87 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน ได้แก่ สถานที่จำหน่ายกาแฟ รสชาติของกาแฟ สื่อโฆษณา แรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และการรับรู้ประโยชน์ของการดื่มกาแฟ 3) ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 นี้สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงานได้ ร้อยละ 68 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 3.70 ผลการวิจัยนี้ ควรนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุข ในการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมสุขภาพ และควรจัดกิจกรรมโดยใช้ปัจจัยต่าง ๆ เช่น การใช้สื่อต่างๆ ป้ายโฆษณา เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของการดื่มกาแฟ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มกาแฟ ประชาชนวัยทำงาน

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนในประเทศไทยมีอัตราการขยายตัวเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 991.06 ล้านลิตร ใน พ.ศ. 2549 (กระทรวงสาธารณสุข, 2548; 2550) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถาบันวิจัยโภชนาการ ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนในปี พ.ศ. 2543 พบว่า คนไทยอายุ 12 ปีขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนร้อยละ 36.8 ดื่มเครื่องดื่มกาแฟ ชา ร้อยละ 66.6 ดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 77 (กระทรวงสาธารณสุข, 2548; 2550)

ความต้องการของผู้บริโภคทำให้เครื่องดื่มผสมคาเฟอีนเป็นที่รู้จักและนิยมบริโภคกันอย่างแพร่หลาย เครื่องดื่มประเภทนี้มีส่วนผสมคาเฟอีน ซึ่งคาเฟอีน คือสารประกอบที่พบตามธรรมชาติในพืชกว่า 60 ชนิด ที่สำคัญได้แก่ กาแฟ ชา และโคล่า จัดเป็นอาหารควบคุมเฉพาะตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่มีการควบคุมสารคาเฟอีนไม่ให้เกิน 50 มิลลิกรัมต่อหน่วยบรรจุ และต้องแสดงปริมาณคาเฟอีนและส่วนประกอบ พร้อมคำเตือนบนฉลากอย่างชัดเจน และคนทั่วไปควรได้รับไม่เกิน 100-300 มิลลิกรัมต่อวัน (ภัทริยา บานบุญ, 2554) ปัจจุบันเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนมีแนวโน้มที่จะบริโภคเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะกาแฟซึ่งเป็นเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนชนิดหนึ่ง ที่เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในกลุ่มนิสิตนักศึกษา ประชาชนวัยทำงาน ที่คิดว่าการดื่มกาแฟทำให้สดชื่น ไม่่วงนอน และสามารถลดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ซึ่งกาแฟมีทั้งประโยชน์และโทษต่อร่างกาย เมื่อได้รับในปริมาณมากก็จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) สารคาเฟอีนในกาแฟมีทั้งประโยชน์และโทษต่อร่างกาย จะออกฤทธิ์กระตุ้นให้สมองตื่นตัว ร่างกายรู้สึกกระชุ่มกระชวย ไม่่วงมีสมาธิในการทำงานยังทำให้ความสามารถในการทำงานดีขึ้น กาแฟช่วยลดอาการหงุดหงิดและความเครียด เป็นต้น หากดื่มในปริมาณที่เหมาะสมจะไม่มีผลกระทบหรือตกค้างในร่างกาย แต่ถ้าหากได้รับในปริมาณที่สูง การกระตุ้นนี้จะกลายเป็นทำให้รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และมีอาการมือสั่น กระสับกระส่ายและนอนหลับยาก ถ้าดื่มเป็นประจำจะส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) เพราะฉะนั้นการดื่มกาแฟจึงมีทั้งประโยชน์และโทษหากดื่มในปริมาณที่เหมาะสมย่อมมีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่นเดียวกันหากดื่มกาแฟมากเกินไป ย่อมเป็นโทษ จากผลการวิจัยในต่างประเทศส่วนใหญ่กล่าวว่าการดื่มกาแฟนั้นควรดื่มเพียง 2-4 ถ้วยเท่านั้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงรูปแบบและรสชาติของกาแฟ ให้เป็นที่นิยมของผู้บริโภคมากขึ้น เช่น กาแฟสำเร็จรูป กาแฟสดรสชาติต่าง ๆ หรือการนำกาแฟไปเป็นส่วนผสมของอาหารบางชนิด ไอศกรีม ขนม อาหาร เป็นต้น ทำให้หลายคนนิยมดื่มกาแฟโดยเฉพาะในวัยรุ่นและวัยทำงาน เพราะคิดว่ากาแฟช่วยให้ทำงานได้มากขึ้นหรืออ่านหนังสือได้มากขึ้น ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานทำให้สดชื่น กระปรี้กระเปร่า ประกอบกับปัจจุบันมีธุรกิจร้านอาหาร ร้านสะดวกซื้อ รวมถึงร้านขายกาแฟที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการบริโภคกาแฟกันอย่างแพร่หลาย ซึ่งในการดื่มกาแฟนั้นจะต้องใส่ส่วนผสม เช่น น้ำตาล คอฟฟี่เมท เพื่อให้ได้รสชาติที่หวาน หอม มัน อร่อย ตามที่ต้องการ เมื่อดื่มบ่อย ๆ จะทำให้ร่างกายได้รับน้ำตาลและไขมันซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพตามมา

ในประชาชนที่มีอายุ 15-59 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน จะต้องใช้สมองคิด หรือใช้แรงงานในการทำงาน บางครั้งต้องทำงานหนักทั้งกลางวันกลางคืน ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอจึงต้องแสวงหาเครื่องดื่มที่ช่วยให้ร่างกาย



ไม่เว้นนอน รู้สึกกระปรี้กระเปร่า กาแฟเป็นทางเลือกหนึ่งที่ดื่มแล้วมีฤทธิ์กระตุ้นประสาททำให้ตื่นตัว หายเหนื่อย ช่วยเพิ่มกำลังในการทำงาน แต่ถ้าดื่มกาแฟเป็นประจำจะทำให้ติดกาแฟ ซึ่งกาแฟมีทั้งประโยชน์และโทษดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ถ้าดื่มในปริมาณที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มกาแฟและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายและสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุ 15 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ประชาชนที่มีอายุ 15 - 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 400 คน ซึ่งได้มาโดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของของ Yamane (1973: 887 อ้างถึงใน อีรวิทย์ เอกะกุล, 2546: 135) โดยผู้วิจัยกำหนดให้ระดับความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์การวิจัย โดยการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถาม 1) ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง 2) ส่วนด้านปัจจัยนำเข้า 3) ปัจจัยเอื้อ 4) ปัจจัยเสริม 5) ด้านพฤติกรรมการดื่มกาแฟ เป็นข้อคำถามปลายปิดใช้แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out) กับประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ศึกษาวิจัย ด้วยการสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Conbach's Alpha Coefficient (อีรวิทย์ เอกะกุล 2544: 182-183) ภาพรวมทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87



การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยขอรับสมัครผู้ช่วยเก็บข้อมูล และอธิบายเพื่อทำความเข้าใจกับผู้ช่วยเก็บข้อมูล 2) เก็บข้อมูลตามร้านขายยาแพนในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี 3) นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ 4) ทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณวิธี Stepwise Method และ Enter โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน พบว่า พฤติกรรมการดื่มกาแฟโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.22$)

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มกาแฟทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มกาแฟ การรับรู้ประโยชน์ของการดื่มกาแฟ การรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดจากการดื่มกาแฟ สถานที่จำหน่ายกาแฟ สื่อโฆษณา รสชาติของกาแฟ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรงกับพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ .83 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน ระดับอุดมศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานีได้ร้อยละ 68 โดยตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ประโยชน์ของการดื่มกาแฟ (X_9) ($\beta = -.10$) สถานที่จำหน่ายกาแฟ (X_{11}) ($\beta = .35$) สื่อโฆษณา (X_{12}) ($\beta = .27$) รสชาติของกาแฟ (X_{13}) ($\beta = .27$) และแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน (X_{14}) ($\beta = .23$)

3. ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน ได้แก่ สถานที่จำหน่ายกาแฟ รสชาติของกาแฟ สื่อโฆษณา แรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และการรับรู้ประโยชน์ของการดื่มกาแฟ ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 นี้สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงานได้ ร้อยละ 68.00 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 3.70

4. สมการพยากรณ์พฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน เขียนในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y' = -5.69 + .76X_{11} + .64X_{13} + .60X_{12} + .42X_{14} - .17X_9$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = .35Z_{11} + .26Z_{13} + .27Z_{12} + .23Z_{14} - .11X_9$$



อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ประชาชนวัยทำงานกำลังอยู่ในช่วงการทำงาน จึงต้องการดื่มกาแฟเพื่อให้เกิดความสดชื่น กระปรี้กระเปร่า และสามารถทำงานได้มากขึ้น
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน อธิบายได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แต่ละคนมีความหลากหลาย และการที่ประชาชนจะดื่มกาแฟจะเป็นเพราะเหตุผลอื่นที่ทำให้ผู้ดื่มอยากดื่มกาแฟ และมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์มากกว่าปัจจัยส่วนบุคคล
3. ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดื่มกาแฟ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน นั่นคือ ประชาชนมีการรับรู้ประโยชน์ของการดื่มกาแฟมาก แต่ยังมีการดื่มกาแฟระดับปานกลาง อาจเนื่องจากประชาชนยังรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดจากการดื่มกาแฟอยู่จึงไม่ดื่มมาก ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มกาแฟ ทศนคติเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มกาแฟ การรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดจากการดื่มกาแฟ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน ไม่สอดคล้องกับอรุณธร ลาสุด(2551: 55) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร พบว่า ปัจจัยนำ การรับรู้เครื่องดื่มผสมคาเฟอีน การรับรู้ความรุนแรง และค่านิยมในการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร
4. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานที่จำหน่ายกาแฟ สื่อโฆษณา รสชาติของกาแฟ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน อธิบายได้ว่า ปัจจุบันสื่อโฆษณาต่าง ๆ เข้ามามีบทบาทในการดำเนินชีวิตประกอบกับปัจจุบันกาแฟมีจำหน่ายมากขึ้น มีขายตามร้านสะดวกซื้อ มินิมาร์ท และร้านขายกาแฟ ซึ่งพยายามปรับปรุงรสชาติของกาแฟให้หลากหลาย เพื่อให้ผู้ซื้อได้เลือกซื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณธร ลาสุด (2551:55) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร พบว่า สถานที่จำหน่าย สื่อโฆษณามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร
5. ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน อธิบายได้ว่า ไม่สอดคล้องกับอรุณธร ลาสุด (2551: 55) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร พบว่า อิทธิพลจากบุคคลและกลุ่มเพื่อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน
6. ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน มี 5 ตัว เรียงตามลำดับความสำคัญดังนี้ สถานที่จำหน่ายกาแฟ รสชาติของกาแฟ สื่อโฆษณา แรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และการรับรู้ประโยชน์ของการดื่มกาแฟ ซึ่งตัวแปรทั้ง 5 ตัวร่วมกันสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน ได้ร้อยละ 68และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 3.70 อธิบายได้ว่า ตัวแปรทั้ง 5 ตัวมีอิทธิพลต่อการดื่มกาแฟของประชาชนวัยทำงาน



ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์
 - 1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรม โดยใช้ปัจจัยต่าง ๆ เช่น การใช้สื่อต่างๆ ป้ายโฆษณา เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของการดื่มกาแฟ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
 - 1.2 ผลการวิจัยนี้ ควรนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุข ในการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 1.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มกาแฟมีหลายปัจจัยด้วยกัน แต่ไม่ควรละทิ้งปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มกาแฟ เนื่องจากบางปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์แต่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มกาแฟ
2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี เพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มกาแฟให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม จึงควรศึกษาพื้นที่อื่น ๆ ด้วย
 - 2.2 ควรศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนประเภทอื่น เช่น ชา น้ำอัดลม เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลหลากหลายยิ่งขึ้น
 - 2.3 ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เพื่อหาความสัมพันธ์ ของอาการที่เกิดขึ้นหลังดื่มเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน
 - 2.4 ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ รศ.ดร.จำลอง ชูโต คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ดร.ปฐพร แสงเขียว ดร.พรพัก สุร่าไพ ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารเผยแพร่ กลุมพัฒนาระบบ. (ออนไลน์) 2547 (อ้างเมื่อ 15 ธันวาคม 2554). จาก <http://www.kasikornresearch.com/portal/site/KResearch>.
- ธีระวุฒิ เอกะกุล. (2546).ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. อุบลราชธานี: วิทยาการพิมพ์.
- ภัทริยา บานัญญ. คาเฟอีน มหันตภัยใกล้ตัวคุณ. (ออนไลน์) 2551 (อ้างเมื่อ 15 ตุลาคม 2554). จาก <http://www.academic.hcu.ac.th/forum>.
- อรุณธร ลาสุต. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนของประชาชนวันทำงานในเขตเทศบาลสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.



Factors Affecting Drinking Coffee Behavior of Working People
in Municipal of Ubon Rachathani City

Wilawan Prawithana*

Abstract

The purposes of this research were to 1) study of factors affecting drinking coffee behavior of working people, in Municipal of Ubon Rachathani city; 2) study of relationship between personal factors, Predisposing factors, Enabling, Reinforcing factors and factors affecting drinking coffee behavior of working people, in Municipal of Ubon Rachathani city; and 3) identify good predictors of drinking coffee behavior of working people, in Municipal of Ubon Rachathani city. The research samples consisted of 400 drinking coffee behavior of working people, in Municipal of Ubon Rachathani city who were 15-59 years old. Metropolis selected by Quota sampling. The instrument for the study was a questionnaire that included the personal factors, Predisposing factors, Enabling, Reinforcing factors and coffee behavior of working people, in Municipal of Ubon Rachathani city. Content validity for all questionnaires were reviewed by a panel of experts. Internal consistency reliability for the instruments determined by Conbach's alpha value of .87 respectively. Statistics for data analysis were percentage, mean, standard deviation, and multiple regression analysis.

The research findings were as follows: 1) Drinking coffee behavior of working people, in Municipal of Ubon Rachathani city were moderate level. 2) Personal factors included age, sex, educational level, income. Predisposing factor included Knowledge of drinking coffee, attitude of drinking coffee, perceived benefits of drinking coffee, perceived severity of drinking coffee, Enabling factors included coffee shop, advertising media, taste of coffee, Reinforcing factors included friends support had significant linear correlation at the .05 level with drinking coffee behavior of working people, in Municipal of Ubon Rachathani city. The multiple correlation coefficient was .83, indicating that this group of factors could, together predict the drinking coffee behavior of working people, in Municipal of Ubon Rachathani city with 68 percent accuracy. 3) Five best predictor for the drinking coffee behavior of working people, in Municipal of Ubon Rachathani city were ranked according to their importance as follows: coffee shop, advertising media, taste of coffee, Reinforcing factors included friends support, perceived benefits of drinking coffee and body perceptions this group of predicting variable could predict drinking coffee behavior of working people, in Municipal of Ubon Rachathani city with 68 percent and the standard error of the estimation of 3.70



P 2.1 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขต ตำบลโพนเมือง อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

หงษ์ บันเทิงสุข พย.ม.* สุดาวรรณ อูราสาย ศษ.ม*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขต ตำบลโพนเมือง อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขต ตำบลโพนเมือง อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลโพนเมือง อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 260 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม เครื่องมือในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือทุกฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขต ตำบลโพนเมือง อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 66.50 รองลงมาคือมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 31.20 และมีเพียงร้อยละ 6.00 เท่านั้นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และด้านการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า $r = -.127, -.185$ ตามลำดับ

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางส่งเสริมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยส่งเสริม การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และด้านการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/ ภาวะซึมเศร้า

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการดำเนินนโยบายลดอัตราการเพิ่มของประชากรในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2513 เป็นต้นมา ซึ่งจากข้อมูลการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติการคาดประมาณประชากร ปี พ.ศ. 2543 – 2573 พบว่าปี พ.ศ. 2543 มีจำนวนผู้สูงอายุ 5.8 ล้านคน ปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคน และคาดว่าปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 12.3 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 17 ล้านคน ในปี พ.ศ.2573 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553)



http://social.nesdb.go.th/social_stat/statreport_Final.aspx) ปัจจุบันผู้สูงอายุประสบปัญหาหลายด้าน อาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกร่างกายของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านสุขภาพจิต ที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุคือ โรคซึมเศร้า ซึ่งโรคซึมเศร้าถูกจัดเป็นหนึ่งในสิบอันดับของความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องในการดำเนินชีวิตของประชากรโลก และเป็นอันดับสี่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (อรพรรณ ทองแดง, 2544)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่งที่ตอบสนองต่อความผิดหวัง ความสูญเสีย หรือการถวิลหาสิ่งที่ขาดหายไป จากการศึกษาพบว่ามีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 5-8 ของประชากรโลก หรือร้อยละ 15 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (สรินดา น้อยสุข, 2545) เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดหู่ หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ รอบตัว แยกตัวเองอยู่คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อผู้อื่น ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีอันตรายจากการทำร้ายตนเอง ซึ่งจากรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (อาทสา หุตะเจริญ, 2553) และพบว่าผู้สูงอายุที่เศร้ามากๆ แก้ปัญหาไม่ได้มักจะฆ่าตัวตาย

การสนับสนุนทางสังคมได้มีผู้ศึกษาไว้ว่ามีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาบลาลเซอร์ (Blazer, 1982) พบว่า พื้นฐานทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง สูญเสียบทบาทที่สำคัญ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดลง เป็นสาเหตุที่เพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนั้นพอจะสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าโดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและสังคมมากจะทำให้มีภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มุ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ เหนือกว่าเพศชาย (มาลินี วงศ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2544) และจากการศึกษาของนีล (Neal, 1986 อ้างใน สมหมาย จันนิ, 2538) ที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหากับภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย ส่วนระดับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 และสูงกว่า มีอัตราส่วนและระดับของการกว่า มีปัญหาทางจิตใจ เหนือกว่าเพศชายต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า (มาลินี วงศ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2544)

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญและปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตตำบลโพธิ์เมือง อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อใช้ประกอบในการวางแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้รับการเอาใจใส่ และบริการด้านต่างๆ จากสังคมได้ดีขึ้นซึ่งในความเป็นจริงแล้วภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้ หากผู้สูงอายุได้รับการเตรียมพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อให้ทราบแนวทางในการปฏิบัติหรือแนวทางการดูแลตนเองเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขต ตำบลโพนเมือง อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตใน ตำบลโพนเมือง อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการศึกษาระดับของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขต ตำบลโพนเมือง อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขต ตำบลโพนเมือง อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขต ตำบลโพนเมือง อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Taro Yamane (1973) จำนวน 260 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ และการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยนำมาจากของ ชลธิชา บุญศิริ (2550) ที่ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ มีเนื้อหาครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.84

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีเนื้อหาครอบคลุมอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านการคิดรู้ และพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ซึ่งเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ที่ได้ร่วมกลุ่มบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา จากหลายสถาบันทั่วประเทศ ไทย ลักษณะของแบบวัดความซึมเศร้า TGDS และได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.82



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปเพศ อายุ สถานภาพสมรส เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ระดับภาวะซึมเศร้าใช้สถิติจำนวนและ ร้อยละ
 2. ระดับการสนับสนุนทางสังคม ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัย

พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 53.10 รองลงมาคือเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 46.90 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 79.20 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.90 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ความเพียงพอของรายได้มีเพียงพอไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 51.92 และมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.54 ที่รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 66.50 รองลงมาคือมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 31.20 และมีเพียงร้อยละ 6.00 เท่านั้นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง นอกจากนี้ไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงเลย

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน ระหว่าง 3.75 ถึง 5.00 คะแนน โดยเฉลี่ย 4.65 อยู่ในระดับสูงมากด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4.00 ถึง 5.00 โดยเฉลี่ย 4.54 คะแนนอยู่ในระดับสูงมาก ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ ต่อผู้อื่น 3.38 ถึง 4.75 โดยเฉลี่ย 4.31 คะแนน อยู่ในระดับสูง ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า 3.50 ถึง 4.88 โดยเฉลี่ย 4.10 อยู่ในระดับสูง ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ 2.00 ถึง 4.63 โดยเฉลี่ย 4.14 คะแนน อยู่ในระดับสูง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.88 ถึง 4.55 โดยเฉลี่ย 4.35 คะแนน อยู่ในระดับสูง

จากตารางที่ 3 พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่มีความสัมพันธ์ทางด้านลบในระดับต่ำ กับการสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกใกล้ชิดผูกพัน $r = -.204$ การสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันมีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับต่ำกับการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม $r = .295$ ด้านการเอื้อประโยชน์ $r = .245$ และด้านการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า $r = .235$ มีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับปานกลางกับด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ $r = .300$ และพบว่าการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับปานกลางกับการเอื้อประโยชน์ $r = .413$ มีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับต่ำกับการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า $r = .249$ และด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ $r = .125$ ส่วนการสนับสนุนทาง



สังคมด้านการเอื้อประโยชน์มีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับปานกลางกับการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า $r=.334$ และมีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับต่ำกับการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ $r=.176$ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่ามีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับปานกลางกับการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ $r=.357$ และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และด้านการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า $r=-.127, -.185$ ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขต ตำบลโพนเมือง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดอุดรธานี สามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 66.50 รองลงมาคือมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 31.20 และมีเพียงร้อยละ 6.00 เท่านั้นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง นอกจากนี้ไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงเลย สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา สองจันทร์ (2548) ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบสถานีอนามัยบ้านเสื่อเตา ตำบลเสื่อเตา อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุมีภาวะปกติ ร้อยละ 86.67 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 10.00 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 3.33 และไม่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 206 คน คิดเป็นร้อยละ 86.90 ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าพบในผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจ เช่น การหย่าร้าง หรือการสูญเสียคู่ชีวิต ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงเกิดขึ้นหลังจากสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักโดยการตาย หรือจากอารมณ์ที่ถูกปฏิเสธ หรือการสูญเสียจากการครุ่นคิดเกี่ยวกับคุณค่าแห่งตน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับของความพึงพอใจของรายได้อยู่ในระดับเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 51.92 ซึ่งอธิบายได้ว่า ระดับรายได้ต่ำมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าสูง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีสุขภาพเจ็บป่วยเล็กน้อย

จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 70.4 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากสุขภาพร่างกายมีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าโดยผลการวิจัยแทบทุกรายงานได้สรุปว่าโรคภัยไข้เจ็บเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้า เช่น Brown และคณะ (1995) พบว่าบุคคลที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีจะมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำสุด นอกจากนั้น Blazer และคณะ (1991) ก็ยังพบว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และ Murphy (1992) ศึกษาเปรียบเทียบผู้สูงอายุซึมเศร้าและผู้สูงอายุปกติ พบว่า สุขภาพร่างกายที่ย่ำแย่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และรายงานของ Williamson และคณะ (1995) พบว่าความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต และความไร้ความสมรรถภาพจากร่างกายมีความพิการเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กันอย่างยิ่งกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทั้งในแง่ความถี่ของการเกิด



โรคและความเรื้อรังของโรค มีรายงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่พบว่า อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าจะสูงเป็นพิเศษในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน

นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 4.35 คะแนน จึงทำให้ไม่มีภาวะซึมเศร้าทั้งนี้เพราะ การดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการดูแลเอาใจใส่ทั้งในด้านวัตถุ ร่างกายและจิตใจจากครอบครัว นอกจากนั้นยังต้องการความรู้สึกรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และต้องการติดต่อกับเครือญาติด้วย ในสังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่มีหน้าที่การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ และมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุในบ้านปลายชีวิต ซึ่งถ้าผู้สูงอายุขาดสิ่งนี้ก็จะมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2. พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และด้านการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า $r = -.127, -.185$ ตามลำดับอธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุได้โอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นน้อยและได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีค่าน้อยจะมีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับสูง เพราะการสนับสนุนและช่วยเหลือจากสังคม จะช่วยลดความรุนแรงของความเครียดหรือปัญหาผู้ป่วยซึ่งมีเครือข่ายการช่วยเหลือเป็นอย่างดีจะผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤตได้ดีกว่าผู้ที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว หรือไม่สามารถรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น นอกจากนี้การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น เป็นการที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการ และเป็นสิ่งที่พึงของผู้อื่นได้ มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้จะรู้สึกชีวิตของตนเองไร้ค่า และความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน เป็นการที่บุคคลได้รับการเคารพนับถือเห็นคุณค่า ยกย่องและชื่นชมความสามารถตามบทบาทของสังคม รวมถึงการให้อภัย ให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง ถ้าบุคคลไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้ จะรู้สึกขาดความเชื่อมั่น และรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ (Brandt & Weinert, 1981 อ้างใน สรินดา น้อยสุข, 2545)

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลควรให้ความรู้แก่ชุมชน ครอบครัว ให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของผู้สูงอายุ เน้นให้สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมและครอบครัว มีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อคนอื่น และยอมรับความมีคุณค่า ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุลดภาวะซึมเศร้าลงได้ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป 1) ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้า โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองกับชนบท 2) ควรทำวิจัยเชิงทดลองในรูปแบบของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาให้เป็นโปรแกรมสำหรับดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชธานีที่สนับสนุนทุนสำหรับการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2544). **ประชากรศาสตร์กับการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรินดา น้อยสุข. (2545). **การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- สมหมาย จันฉี. (2538). **การลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรารับบางแค โดยใช้การสนับสนุนทางสังคม**. ปริญญาญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.
- อรพรรณ ทองแดง. (2544). **สารานุกรมสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- อาหสา หุตะเจริญ. (2547, 17 ตุลาคม). **ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ**. กรุงเทพวันอาทิตย์. 16(5959). สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2548, จาก <http://www.anamai.moph.go.th/advisor/241/24108.html>.
- Blazer, D.G. (1982). **Depression in Late Life**. St.Louis: Mosby.
- Brown DR.; Mieburn NG.; & Gary LE. (1992). **Symptoms of Depression among Older African-Americans. An Analysis of Gender Differences**, Gerontologist, 32(6): 789.
- William Lee Bothell; Joel Fischer; & Cullen Hayashidg. (1992). **Social Support and Depression Among Low Income Elderly**. Retrieved June 7, 2005, from <http://www.haworthpress.com/store/ArticleAbstract.asp?sid=8AV3DE2GOWH49H034PSG6LC4FUB1BSQ4&ID=7672>.



ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขต ต. โพนเมือง อ. เหล่าเสือโก้ก จ. อุบลราชธานี จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	173	66.50
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	81	31.20
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	6	2.30

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย (X) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของ การสนับสนุนทางสังคม แบ่งตามรายด้าน

ตัวแปร	Range	X	SD	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคม				
ด้านความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน	3.75- 5.00	4.65	0.26	สูงมาก
ด้านการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4.00- 5.00	4.54	0.16	สูงมาก
ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น	3.38- 4.75	4.31	0.17	สูง
ด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่า	3.50- 4.88	4.10	0.18	สูง
ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ	2.00- 4.63	4.14	0.22	สูง
โดยรวม	3.88- 4.55	4.35	0.13	สูง

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้า

ตัวแปร	เพศชาย	อายุ	ใกล้ชิด ผูกพัน	ส่วน หนึ่งของ สังคม	เอื้อ ประโยชน์	เป็นผู้มี คุณค่า	ความ ช่วยเหลือ	ภาวะ ซึมเศร้า
เพศชาย	1000							
อายุ	.085	1000						
ใกล้ชิดผูกพัน	-.240	-.204*	1000					
ส่วนหนึ่งของสังคม	-.044	0.46	.298*	1000				
เอื้อประโยชน์	-.064	.085	.246**	.413**	1000			
เป็นผู้มีคุณค่า	-.016	.090	.236**	.249**	.334**	1000		
การได้รับความ ช่วยเหลือ	.056	.121	.300**	.125*	.176**	.357**	1000	
ภาวะซึมเศร้า	-.085	-.102	-.002	-.094	-.127*	-.185**	-.113	1000



Select Factor have to Relationship with depression of the Elderly resided in Ponmaung Municipality within Lao Suea Kok district of Ubon Ratchathani
Hong Bantengsuk, M.N.S.

Sudawan Urasai M.Ed.*

The purpose of this descriptive research were to study the degree of depression of the Elderly resided in Ponmaung Municipality within Lao Suea Kok district of Ubon Ratchathani and study factor have to the relationship with depression of the Elderly resided in Ponmaung Municipality within Lao Suea Kok district of Ubon Ratchathani The variable to study Personal Factor ,Social Support and Depression. The Sample in this study were 260 elderly have age up to 60 year who were randomly selected in group using the unequal cluster sampling technique. The instruments for research were social support, Thai Geriatric Scale –TGDS. All instruments were tested for content validity and determined its reality. Statistical technique utilized in data analysis were percentage, mean, standard deviation, Pearson' product moment correlation.

Major findings were as follows: Depression of of the Elderly resided in Ponmaung Municipality within Lao Suea Kok district of Ubon Ratchathani was normal level 66.50 %, were found having mild depression 31.20 % and 6 .00% had a moderate depression. Social support mode was negatively related to depression ($r = -.127$) and Social support mode was negatively related to depression ($r = -.185$)



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

P 2.2 การศึกษาภาวะสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ในเขตชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี การศึกษาภาวะสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ในเขตชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

สุจิตรา กฤติยารวรรณ พย.ม.*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในเขตชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองแก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองขอน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้ามพริ้ว จำนวน 141 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือน มีนาคม-เมษายน 2555 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติถึงเล็กน้อย ร้อยละ 83.69 มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 12.06 และมีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 4.25

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ คือ ควรมีการประเมินภาวะสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาใช้บริการตรวจครรภ์ ในรายที่พบปัญหาควรให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาและส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาเมื่อมีอาการขั้นรุนแรง

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์/ ภาวะสุขภาพจิต

*อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เพศหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตและอารมณ์จะพบบ่อยมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543) ปัจจัยที่ทำให้เพศหญิงเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ชาย ได้แก่ การมีครอบครัว การทำงานหนัก การตั้งครรภ์ การเปลี่ยนวัย การสูญเสียคู่ครองและการติดสารเสพติด นอกจากนี้ผู้หญิงมักจะเผชิญกับความเครียดกับภาวะวิกฤตในบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตร ทำงานบ้าน และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์มากกว่าเพศชาย ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในเพศหญิง ได้แก่ เศร้า วิตกกังวล มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย สิ้นหวัง สูญเสีย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กระวนกระวาย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำหนิ ลงโทษตนเอง หดแรงแม่ มีความสนใจในสิ่งต่างๆและตนเองลดลง ไม่มีสมาธิ มีปัญหาการนอน ไม่อยากรับประทานอาหาร ที่รุนแรงมากคือ มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2553)



การตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีความรู้สึก วิตกกังวล มีความสุข ขณะเดียวกันถือเป็นขั้นวิกฤตของพัฒนาการของผู้หญิง (Development Crisis) ดังที่ได้มีการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 16 มีปัญหาด้านอารมณ์ (Lee SH, Grubbs LM., 1994 อ้างใน ศรีนคร มังคะมณี, 2552) หญิงตั้งครรภ์มักมีความเครียด วิตกกังวล จากการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างทำให้กังวลว่าจะไม่สวยงามเหมือนเดิม ความกลัวในการทำหน้าที่แม่ ความวุ่นวายใจ อับอาย หรือพยายามจะปกปิดครรภ์ของตนเอง (Juanita H. William, 1974 อ้างใน ศรีนคร มังคะมณี, 2552) ซึ่งสุขภาพจิตของแม่มีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของลูกในครรภ์ เมื่อแม่มีความเครียด วิตกกังวล หงุดหงิด ซึมเศร้า กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ซุบซิด ขาดอาหาร ระบบไหลเวียนโลหิตของแม่ไม่ดี ย่อมส่งผลไปยังลูกในครรภ์ทำให้เจริญเติบโตไม่ดีเท่าที่ควร (นันทา อ่วมกุล, 2541) การศึกษาสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์พบว่า หญิงมีครรภ์มีระดับสุขภาพจิตในทุกๆ ด้านอยู่ในระดับปกติ โดยหญิงมีครรภ์ที่มีอายุแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน หญิงมีครรภ์ที่มีจำนวนบุตรน้อย มีระดับสุขภาพจิตดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีจำนวนบุตรมาก หญิงมีครรภ์ที่มีลำดับการตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่ครั้งแรกมีระดับสุขภาพจิตดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีลำดับของการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก (ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ, 2534) ในขณะที่ศรีนคร มังคะมณี ศิริพร ชุตเจื้อจิ้น และปิยวัชร ประมวลรัตน์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติถึงเครียดเล็กน้อยร้อยละ 83.5 ภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์แตกต่างกันจากการที่มีอายุ เพศของบุตร ภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร และอายุบุตรคนสุดท้ายแตกต่างกัน (ศรีนคร มังคะมณี ศิริพร ชุตเจื้อจิ้น และปิยวัชร ประมวลรัตน์, 2552) เห็นได้ว่าสุขภาพของลูกในครรภ์จะสมบูรณ์แข็งแรงได้ ขึ้นอยู่กับสุขภาพของแม่ และปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการดูแลและเอาใจใส่ทั้งด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต เพื่อเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ การคลอดบุตร จนกระทั่งหลังคลอด

ซึ่งสุพัฒนา เตชาติวงศ์ ณ อยุธยา ได้ตั้งข้อสังเกตว่าการฝากครรภ์ แม่ในโรงพยาบาลทันสมัยที่สุดก็ยังมีมุ่งดูแลรักษาแต่เพียงร่างกายและครรภ์ของผู้ที่จะเป็นมารดาเท่านั้น (สุพัฒนา เตชาติวงศ์ ณ อยุธยา, 2526) การดูแลสตรีมีครรภ์ ควรเพิ่มการดูแลด้านจิตใจด้วย ใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิตร่วมด้วยและเมื่อพบผู้ที่สงสัยว่ามีความผิดปกติควรส่งปรึกษาจิตแพทย์ (นันทวัช สิริธีรภัฏและคณะ, 2553) จากกรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) มีเป้าหมายคนไทยทุกคนได้รับการพัฒนาทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมในทุกช่วงวัย มีความรู้ ความสามารถในการคิด วิเคราะห์ โดยการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และลดปัจจัยเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ มุ่งสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การใช้ประโยชน์จากยาสมุนไพรเพื่อการป้องกันและการรักษาเบื้องต้น และการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการสื่อสารสังคมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก (กรมสุขภาพจิต, 2554)

การศึกษาภาวะสุขภาพจิต ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีนี้เป็นงานวิจัยส่วนหนึ่งของการดำเนินส่งเสริมสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้มีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เสริมสร้างสุขภาพและพัฒนาคูณภาพระบบบริการสาธารณสุข ให้ประชาชนมีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจต่อไป



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในเขตชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ในเขตที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 3 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองแก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองขอน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้ามพรา กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้ง 3 แห่ง จำนวน 141 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2555

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์ตามแนวแบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์ ที่จัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขโดยเพิ่มเติมการสัมภาษณ์ในส่วนปัจจัยด้านบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ โครงสร้างของแบบสัมภาษณ์เป็นดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และข้อมูลปัจจัยการตั้งครรภ์ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนและสถานภาพการสมรส ข้อมูลปัจจัยการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ และภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ ข้อคำถามเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์ โดยกรมสุขภาพจิต จำนวน 15 ข้อ เพื่อประเมินความมากน้อยของปัญหา โดยข้อคำถามที่กำหนดให้ตอบเป็นแบบประเมินค่า หรือมาตราจัดอันดับ (Rating Scale)

การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้ง 3 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือบุคลากรในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วชี้แจงแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่ จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC++ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดของข้อมูล



ผลการวิจัย

ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-24 ปี ร้อยละ 33.8 และมีอายุ 40 ปีขึ้นไปน้อยที่สุด ร้อยละ 2.8 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.4 และน้อยที่สุดคือไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 2.8 ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 26.2 และน้อยที่สุด คือ นักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 3.5 ส่วนใหญ่มีรายได้ 3,501-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 24.1 และมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 7.1 ส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 66.7 และสมรสแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 0.7

ปัจจัยการตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 43.3 รองลงมา คือ ครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 38.3 ครรภ์ที่ 3 ร้อยละ 11.3 ครรภ์ที่ 4 ร้อยละ 6.4 และครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป ร้อยละ 0.7 มีอายุครรภ์ส่วนใหญ่ระหว่าง 9-16 สัปดาห์ ร้อยละ 28.4 รองลงมา คือ 17-24 สัปดาห์ ร้อยละ 24.8 และน้อยที่สุด คือ อายุครรภ์ระหว่าง 2-8 สัปดาห์ ร้อยละ 9.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ ร้อยละ 71.6 และมีภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ ร้อยละ 28.4

ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเครียดจากแบบทดสอบสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์

1. ปัญหาสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ เมื่อพิจารณาจากระดับความเครียดที่สัมพันธ์โดยใช้แบบทดสอบสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ ของกรมสุขภาพจิตเป็นรายข้อ รายละเอียดดังนี้

2. ปัญหาระดับข้อ 3 ลำดับแรก ได้แก่ ข้อ 3 ความรู้สึกกลัวเรื่องลูก ร้อยละ 10.6 รองลงมา คือ ข้อ 1 รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี โหม่งง่าย ร้อยละ 7.8 และข้อ 10 รู้สึกน้อยใจที่สามีไม่เอาใจใส่ ร้อยละ 7.1

ระดับไม่มีปัญหา 3 ลำดับแรก ได้แก่ ข้อ 14 คิดหรือพูดว่าอยากทำร้ายตนเอง ร้อยละ 92.2 รองลงมา คือ ข้อ 13 ความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ในชีวิต ร้อยละ 82.3 และข้อ 12 รู้สึกตนเองไม่มีค่า ไม่มีค่าสำคัญ ร้อยละ 80.9 (ตารางที่ 1)

เมื่อจำแนกระดับความเครียดตามปัญหาสุขภาพจิตในภาพรวม จะพบว่าส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์มีความเครียดในระดับปกติ ถึงเล็กน้อย ร้อยละ 83.69 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 12.06 ส่วนในระดับสูงมีเพียงร้อยละ 4.25 (ตารางที่ 2)

อภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์

อายุของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 33.3) สอดคล้องกับการศึกษาของศรีนคร มังคะมณีและคณะ (2551) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุ 20-25 ปี เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปกติ-เล็กน้อย ทั้งนี้เป็นผลจากการที่อายุเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ ความสามารถในการเรียนรู้ เข้าใจ ตัดสินใจ เผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาในเรื่องต่างๆ (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532) มีการศึกษาที่พบว่าหญิงมีครรภ์ที่มีอายุแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน (ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ, 2534) และ(ศรีนคร มังคะมณี, 2551) โดยหญิงตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่จะมีพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นวัยรุ่นเนื่องจากมีวุฒิภาวะมากกว่า



(กรรณิการ์ กันธะรักษา, 2542) และอายุของมารดามีความสัมพันธ์ในเชิงผกผันกับระดับความวิตกกังวลในระยะคลอด (เอื้อมพร ทองกระจาย และคณะ, 2527)

หากพิจารณากลุ่มอายุที่หากตั้งครรภ์จะมีภาวะเสี่ยง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 11.3) ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกกำหนดว่าร้อยละของผู้หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี บริบูรณ์ที่ตั้งครรภ์ต่อผู้หญิงทุกกลุ่มอายุที่ตั้งครรภ์ ต้องไม่เกินร้อยละ 10 แต่ในปี 2552 จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีร้อยละ 15.02 จึงควรมีการประชาสัมพันธ์ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ครอบครัวและสังคมควรมีทัศนคติที่ดีเพื่อเป็นพื้นฐานในการแก้ไขและป้องกันปัญหา (ตรึงเนตร พรรณดวงเนตร, 2538) ในขณะที่ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 16.3) มีความเสี่ยงมากในการเกิดความผิดปกติในทารกโดยเฉพาะ Down's Syndrome ควรได้รับการตรวจคัดกรอง และควรให้ข้อมูลในเรื่องการดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น (วิชัย ขวาลย์ไพบูลย์, 2551)

ระดับการศึกษา บุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อยจะมีปัญหาทางสุขภาพจิตสูง (บุษกร อินทวิชัย, 2539, ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่งและชัชวาล ศิลปะกิจ, 2539)) การศึกษาทำให้บุคคลมีโอกาและสามารถแสวงหาแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ได้มากเมื่อเกิดความเครียด (Supuckwanich, 2000) ทั้งนี้เพราะการศึกษาที่ดีช่วยให้บุคคลสามารถพิจารณา ตัดสินใจเพื่อเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และการศึกษาครั้งนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.4) แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้มีหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 2.8) ซึ่งบุคลากรทางสาธารณสุขควรให้ความรู้ข้อมูลและแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นในการส่งเสริมภาวะสุขภาพด้วย

อาชีพ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 26.2) สอดคล้องกับการศึกษาของบัวงาม นิวัฒนาบุญนา (2531) พบว่าหญิงมีครรภ์มากกว่าร้อยละ 50 เป็นแม่บ้าน และหญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตแตกต่างกัน (ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, 2534) ทั้งนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานนอกบ้านต้องมีการตัดสินใจสำคัญๆ มีข้อขัดแย้งระหว่างหน้าที่การงาน กับหน้าที่ของมารดาที่ขยายออกไป เช่น ระยะเวลาการลาคลอดเมื่อต้องกลับไปทำงานจะดูแลบุตรหลังคลอดอย่างไร จะทำให้เกิดความสมดุลในครอบครัวด้านอื่นอย่างไร (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2550)

รายได้ ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 3,501-5,000 บาท จากการศึกษาของศรีมิตร มังคะมณี (2552) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ 3,501-5,000 ต่อเดือน มีปัญหาสุขภาพจิตต่ำ เพราะรายได้เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความเป็นอยู่ของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเพียงพอ ความพึงพอใจ ส่งผลถึงความผาสุกในชีวิต หากรายได้ไม่เพียงพออาจทำให้ผู้นั้นไม่สบายใจ คับข้องใจจนมีอาการทางจิตประสาทได้ (อัมพร โอตระกูล, 2540)

สถานภาพสมรส ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และอาศัยอยู่ด้วยกัน (66.7) สอดคล้องกับการศึกษาของศรีมิตร มังคะมณี (2552) และเมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพจิตพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปกติ-เล็กน้อย เป็นผลจากการที่หญิงตั้งครรภ์มีคู่สมรสจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าบุคคลที่ไม่มีคู่สมรส เมื่อรู้สึกเครียดคู่สมรสจะมีส่วนทำให้รู้สึกอบอุ่น มั่นคง



ปลอดภัย เกิดกำลังใจในการต่อสู้และเผชิญปัญหา คู่สมรสจึงเปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ (บุษกร อินทวิชัย, 2539) อย่างไรก็ตามในการศึกษาค้นคว้านี้มีกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกันมากถึงร้อยละ 24.1 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้จึงเป็นควรได้รับความสนใจและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตที่อาจจะเกิดขึ้นได้ด้วย

ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์

ลำดับการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก (ร้อยละ 43.3) แต่มีการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตต่างกัน (ศรีนคร มังคะมณี, 2551) หญิงมีครรภ์ที่มีลำดับการตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่ครั้งแรกมีระดับสุขภาพจิตดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีลำดับการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก (ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ, 2534) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ในเชิงผกผันกับระดับความวิตกกังวลก่อนคลอด (เอื้อมพร ทองกระจาย และคณะ, 2527) จึงควรให้ความสำคัญในการดูแลภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นครรภ์แรกมากเป็นพิเศษแม้การศึกษาค้นคว้าพบว่าสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีภาวะเครียดระดับปกติ-เล็กน้อยก็ตาม

อายุครรภ์ ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 9-16 สัปดาห์ (ร้อยละ 28.4) สอดคล้องกับการศึกษาของศรีนคร มังคะมณี (2551) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ที่ทำการศึกษามีอายุครรภ์ 9-17 สัปดาห์ (ร้อยละ 46.3) ซึ่งเป็นช่วงอายุครรภ์มีปัญหาสุขภาพจิตสูงสุด ส่วนช่วงอายุครรภ์ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตน้อย คือ ตั้งแต่ 27 สัปดาห์ขึ้นไป จึงควรส่งเสริมสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ให้สอดคล้องกับอายุครรภ์และสภาพปัญหาเฉพาะของแต่ละบุคคล

ภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ การศึกษาค้นคว้าพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ (71.6) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศรีนคร มังคะมณี (2552) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ ร้อยละ 58 แม้จะมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงร้อยละ 29.4 กลุ่มนี้ก็ควรได้รับความสนใจเป็นพิเศษในการดูแล และให้การส่งเสริมสุขภาพจิตเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มที่มีและไม่มีความเสี่ยงมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน (ศรีนคร มังคะมณี, 2552)

ภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปกติ-เล็กน้อย (83.69) และมีความเครียดระดับสูง 4.25 ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิต 5.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 5.11 สอดคล้องกับการศึกษาของไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ (2534) จันทนา สการกุล (2547) และศรีนคร มังคะมณี (2552) พบว่าหญิงมีครรภ์มีระดับสุขภาพจิตในทุกๆ ด้านอยู่ในระดับปกติ ทั้งนี้แม้ว่าการตั้งครรภ์จะมีผลอย่างมากต่ออารมณ์และจิตใจโดยทั่วไป แต่จะช่วยป้องกันผู้หญิงจากการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชนอกจากหญิงตั้งครรภ์จะมีความผิดปกติของจิตใจอยู่ก่อน (สมภพ เรืองตระกูล, 2550) และหากพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีปัญหา 3 ลำดับแรก คือ ความรู้สึกกังวลเรื่องลูก (10.6) รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี โหม่งง่าย (7.8) และรู้สึกน้อยใจที่สามีไม่เอาใจใส่ (7.1)

ความรู้สึกกังวลเรื่องลูก หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกกังวลเรื่องลูก (ร้อยละ 10.6) สอดคล้องกับการศึกษาของศรีนคร มังคะมณีที่พบว่าข้อที่หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนในระดับมากเป็นอันดับที่ 1 คือ ความรู้สึกวิตกกังวลเรื่องลูก เช่น ลูกไม่สมประกอบ เลี้ยงดูยากหรือไม่ได้เพศตามที่ต้องการ (ศรีนคร มังคะมณี, 2552) ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่วิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรในครรภ์มากที่สุด คือ กลัวว่าบุตรสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง (รัตนา เครือรัตนไพบุลย์ และคณะ, 2542) รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี โหม่งง่าย หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกหงุดหงิด



อารมณ์ไม่ดี โมโหง่าย (ร้อยละ 7.8) สอดคล้องกับการศึกษาของศรีนคร มังคะมณี (2552) ที่พบว่าข้อที่หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนในระดับมากเป็นอันดับที่ 3 คือ รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี โมโหง่าย หญิงตั้งครรภ์จึงต้องควบคุมอารมณ์ตนเองให้ได้ เพราะการแสดงอารมณ์ หงุดหงิด ใจน้อย ขี้โมโห อาละวาดเสียงดัง ทำลายข้าวของ หากแสดงออกบ่อยจะติดเป็นนิสัยและจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (วิชัย ขวาลไพบูลย์, 2550)

รู้สึกน้อยใจที่สามีไม่เอาใจใส่ หญิงตั้งครรภ์รู้สึกน้อยใจที่สามีไม่เอาใจใส่ (ร้อยละ 7.1) หากสัมพันธ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสามีไม่ดี จะรู้สึกขาดกำลังใจ และขาดผู้ที่คอยประคับประคองให้การตั้งครรภ์ผ่านไปได้ด้วยดี หากความถี่ของการทะเลาะมากขึ้นจะเพิ่มความเครียดให้กับหญิงตั้งครรภ์เป็นเท่าตัว สามีจึงควรเป็นผู้ที่ให้อภัยและเห็นอกเห็นใจภรรยาให้มาก ควรปรึกษา แก้ไขปัญหาความสัมพันธ์ที่มี ปรับตัวเข้าหากันเพื่อเตรียมตัวเป็นพ่อ-แม่ที่ดี (วิชัย ขวาลไพบูลย์, 2550) หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีการทะเลาะเบาะแว้งกับสามีเลยมีความสุขจิตดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ทะเลาะเบาะแว้งกับสามี อุมพร ชินโสตร์ (2541) เพราะการที่หญิงตั้งครรภ์ที่ขาดการสนับสนุนให้กำลังใจจากคู่ครองมีแนวโน้มสูงที่จะมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ นอกจากนี้ปัญหาในครอบครัว สามีไม่ดูแลเอาใจใส่ ขาดความอบอุ่น ถูกทอดทิ้ง ว่าเหว่ ไม่มีคนใกล้ชิด สนับสนุนดูแลในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรคนแรกมีโอกาสเป็นโรคจิตหลังคลอด (Puerperal Psychosis) มากกว่าผู้ที่เคยมีบุตรแล้ว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

และเมื่อพิจารณาข้อที่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่พบหรือไม่มีปัญหา 3 ลำดับแรก คือ คิด/พูดว่าอยากทำร้ายตนเอง (ร้อยละ 92.2) ความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ในชีวิต (ร้อยละ 82.3) รู้สึกตนเองไม่มีค่า ไม่มีความสำคัญ (ร้อยละ 80.9) ซึ่งข้อคำถามทั้งสามข้อนี้เป็นลักษณะบ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้า ความสุขของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้ามีร้อยละ 35.84 เมื่อติดตามวัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนี้ตอนปลายไตรมาสที่สองและสาม พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้ามีร้อยละ 42.9 และ 35.2 ตามลำดับ (วัลณี แสงหิรัญ, 2536) เป็นการแสดงว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ศึกษาครั้งนี้แนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าน้อยมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากการตั้งครรภ์และการเป็นมารดาเป็นปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550)

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรที่ให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ ควรมีความรู้และความสามารถในการให้คำปรึกษา การคลายเครียด การลดความวิตกกังวล การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม แหล่งประโยชน์ทั้งในภาครัฐ เอกชน และองค์กรสาธารณะ (NGO)
2. สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งที่ให้บริการฝากครรภ์ ควรบริการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตแก่หญิงมีครรภ์ทุกราย โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ แบบประเมินความสุขคนไทย แบบประเมินซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายทั้ง 3 ส่วน (2Q 9Q และ 8Q) โดยกำหนดให้ประเมินเป็นระยะหรือตามไตรมาสของการตั้งครรภ์ ในรายที่พบปัญหาควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่อง และมีกระบวนการส่งต่อสถานพยาบาลหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อให้การรักษาอย่างทันที่
3. ควรให้การดูแลสุขภาพจิตอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการตั้งครรภ์ที่เสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี อายุมากกว่า 35 ปี



ไม่ได้เรียนหนังสือหรือจบชั้นประถมศึกษา ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกันกับสามี ตั้งครรภ์แรกและมีภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์

4. การให้สุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์เน้นเรื่องการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ ควบคู่กับการให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องการผ่อนคลายความเครียด การจัดการกับอารมณ์และสัมพันธ์ภาพกับสามี และหากหญิงตั้งครรภ์รายใดมีปัญหาทางสุขภาพจิตควรให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลให้สอดคล้องตามสภาพปัญหา

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพจิตและการเผชิญปัญหา ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ในวัยรุ่น ผู้ต้องขังหญิง แรงงานต่างด้าว ผู้ป่วยจิตเวช และในหญิงที่ประสบกับความรุนแรงในครอบครัว

2. ศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ตามระยะไตรมาสของการตั้งครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชธานีที่สนับสนุนทุนสำหรับการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ กันธะรักษา. (2542). การตรวจครรภ์. เชียงใหม่:โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์.
- กรมสุขภาพจิต. (2554). กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต แผน 11 พ.ศ. 2555-2559. นนทบุรี กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทนา สการกุล. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์: กรณีศึกษาคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบาราศนราดรุ จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- จุไรรัตน์ มิตรทองแท้. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ตรึงเนตร พรณดวงเนตร. (2534). บริการสังคมที่หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาต้องการ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ. (2539). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก. กรุงเทพมหานคร.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(3), 191-202.



- นันทวัช สิริธิรักษ์และคณะ.(2553). ความชุกของโรคซึมเศร้าในสตรีมีครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ในคลินิก
ฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.55(1):15-26.
- บัวงาม นิวัฒนกาญจนา.(2531). การศึกษาสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
วิทยานิพนธ์หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุษกร อิทธิวิชัย.(2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุน
ทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาล
ศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ. (2534). สุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์ในจังหวัดนครปฐม.วิทยานิพนธ์หลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- รัตนา เครือรัตน์ไพบูลย์และคณะ. (2542). ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาล
กำแพงเพชร.การประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 7.นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข.
- วัลณี แสงหิรัญ.(2536). ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ใน
โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และ
เด็ก บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย ชาวไพบูลย์.(2551). คลินิกแม่ท้อง 24 ชั่วโมง.กรุงเทพฯ:วีปรินทร์.
- ศรีณธร มังคะมณี. (2552). การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ ณ
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จ.สุพรรณบุรี.วารสารการพยาบาลและการศึกษา.3(1).ธันวาคม-
มกราคม.29-40.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ.(2553). เพศภาวะกับสุขภาพจิต.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.55(1).109-
118.
- สมภพ เรืองตระกูล.(2542). ตำราจิตเวชศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 6.กรุงเทพฯ:เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล.(2550). การตั้งครรภ์โรคทางจิตเวชและการรักษา.กรุงเทพฯ:เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยู่ธยา.(2526). จิตวิทยาสตรี. กรุงเทพฯ :บรรณกิจ.
- อรพรรณ ลีอบุญวัชชัย.(2543). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- อัมพร โอตระกูล.(2540). สุขภาพจิต.กรุงเทพฯ:วิทย์พัฒน์.
- อุมาพร ชินโสตร์.(2531). อิทธิพลของครอบครัวที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตหญิงมีครรภ์:การศึกษาเฉพาะศูนย์
ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี.วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
แม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอี่ยมพร ทองกระจายและคณะ.(2527). การศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของมารดาในระยะตั้งครรภ์
ระยะคลอดและระยะหลังคลอด.ขอนแก่น:คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



Supuckwanich,P.(2000). **Mental Health and Caring behaviors of caregivers of children with autism.** Master's Thesis ,Psychiatric Mental Health Nursing Faculty of Graduate studies.Mahodol University.

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามการมีปัญหาสภาพจิตเป็นรายข้อ

ข้อคำถาม	ระดับปัญหาสุขภาพจิต						N=141
	ไม่มี		มีเล็กน้อย		มีมาก/มีบ่อยครั้ง		ร้อยละ (100.0)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. รู้สึกหงุดหงิดอารมณ์ไม่ดี โหม่งง่าย	32	22.7	98	69.5	11	7.8	100.0
2. มีอาการนอนไม่หลับ	74	52.5	64	45.4	3	2.1	100.0
3. รู้สึกกลัวเรื่องลูก เช่น ลูกไม่สมประกอบ เลี้ยงดูยาก เพศบุตร	31	22.0	95	67.4	15	10.6	100.0
4. รู้สึกอ่อนเพลียจนทำงานประจำวันไม่ได้	86	61.0	51	36.2	4	2.8	100.0
5. มีอาการปวดศีรษะเวลาคิด	87	61.7	50	35.5	4	2.8	100.0
6. รู้สึกเบื่อในสิ่งที่เคยชอบหรือเคยทำอะไรไม่ มีเหตุผล	94	66.7	44	31.2	3	2.1	100.0
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	102	72.3	35	24.8	4	2.8	100.0
8. รู้สึกน้อยใจอยากร้องไห้และรู้สึกถูกทอดทิ้ง	104	73.8	32	22.7	5	3.5	100.0
9. เบื่ออาหารลดน้ำหนักลง	109	77.3	31	22.0	1	0.7	100.0
10. น้อยใจว่าสามีไม่เอาใจใส่	92	65.2	39	27.7	10	7.1	100.0
11. คิดเรื่องอะไรเป็นจริงจังไปหมด	105	74.5	30	21.3	6	4.3	100.0
12. รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าไม่มีความสำคัญ	114	80.9	25	17.7	2	1.4	100.0
13. รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ในชีวิต	116	82.3	24	17.0	1	0.7	100.0
14. เคยคิดหรือพูดว่าอยากทำร้ายตัวเอง	130	92.2	10	7.1	1	0.7	100.0
15. อยากอยู่คนเดียวไม่อยากพูดกับใครแม้แต่ คนสนิท	111	78.7	25	17.7	5	3.5	100.0



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามระดับความเครียด

ระดับความเครียด (คะแนน)	จำนวน (n = 141)	ร้อยละ (100.0)
ปกติ - เล็กน้อย (0 – 10)	118	83.69
ปานกลาง (11 – 16)	17	12.06
สูง (17 – 30)	6	4.25
ค่าเฉลี่ย 5.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.11		

**Study mental health status of pregnant women in community of Muang Ubon District
Ubon Ratchathani Province**

Sujitra Kitiyawan M.N.S.*

Abstract

This survey research was aimed to study mental health status of pregnant women in community of Muang Ubon District Ubon Ratchathani Province. Samples were 141 pregnancy women who in the area of Nong Kea, Nong Khon and Dam Pra 's Health Promoting Hospitals during March to April 2012. The study instruments were interview questionnaire and The

Mental Health Status Assessment for pregnant women by mental health office, ministry of public health. Statistics used in this Study were descriptive statistics. The result were most of pregnant women (83.69) had stress level between a normal level to mild level, 12.06 in moderate level, and 4.25 in a high level.

This Study suggested the mental health care staff of pregnant women should evaluated mental health of all pregnant women who came to attend ANC. service. For the case with mental health, nurse should counseling according to problem or situation and referred any severe case for further appropriate diagnosis and treatment.



P 2.7 พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ชลธิชา อรุณพงษ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 2) เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี และ 3) สังเคราะห์ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 348 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบทดสอบและแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับปฏิบัติทุกครั้ง ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มี 7 ตัว คือ แรงสนับสนุนจากโรงเรียน แรงสนับสนุนจากเพื่อน ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ไม่มีประวัติโรคอ้วนในครอบครัว การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วน แรงสนับสนุนจากครอบครัว และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 7 ตัวร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 26.70 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .214

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน วัยรุ่น

*อาจารย์คณะพยาบาลพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งที่เกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม และนับวันปัญหานี้จะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคข้อเข่าเสื่อม น้ำหนักมาก โรคเกาต์ นิ่วในถุงน้ำดี มีลูกยาก เกิดความบกพร่องของระบบทางเดินอาหาร ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ หรือคลอด (พรทิศา ชัยอำนวย, 2546: 3) สำหรับประเทศไทย ในอดีต ความอ้วนไม่ถือว่าเป็น



โรคภัยไข้เจ็บ แต่ถือว่าเป็นภาวะที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไป ซึ่งเกิดจากการรับประทานอาหารจำนวนมาก ออกกำลังกายน้อย ทำให้เกิดการสะสมของพลังงานส่วนเกินที่ได้จากอาหารไว้ในรูปของไขมัน แต่ปัจจุบันวงการแพทย์ถือว่าโรคอ้วนเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ต้องเร่งแก้ไข ซึ่งพบว่าคนที่เป็นโรคอ้วนจะมีอัตราการตาย และเจ็บป่วยโดยโรคแทรกซ้อนที่ร้ายแรงมากกว่าและรวดเร็วกว่าคนปกติ สถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทยมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2550 พบว่าประชากรที่เป็นโรคอ้วนมีจำนวน 10.2 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเมือง โดยประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปพบปัญหาโรคอ้วนร้อยละ 24 ในเพศชาย และร้อยละ 61.5 ในเพศหญิง ในอดีตปัญหาโรคอ้วนมักพบในวัยผู้ใหญ่แต่ปัจจุบันโรคอ้วนพบได้ตั้งแต่วัยเด็ก และจากการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคอ้วนในต่างประเทศ พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่อ้วนมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่อ้วนประมาณร้อยละ 20 และร้อยละ 75 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นถึงการมีน้ำหนักเกินในวัยรุ่นสัมพันธ์กับความอ้วนในวัยผู้ใหญ่มากกว่าในเด็ก (วรรณภา เล็กอุทัย และคณะ, 2554: 299)

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตเป็นวัยที่มีการเรียนรู้และเสริมสร้างประสบการณ์ ตลอดจนมีกิจกรรมการเล่นหรือการออกกำลังกายสูงกว่าวัยอื่นๆ ร่างกายจึงมีความต้องการสารอาหารต่างๆ ให้เพียงพอ กับความต้องการของร่างกายในสัดส่วนที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโตแข็งแรง หากได้รับสารอาหารมากเกินไปจนความจำเป็นต่อร่างกายและออกกำลังกายน้อยจะทำให้เกิดปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนที่เป็นโรคอ้วนจะมีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้ง่ายกว่าคนที่มีความโภชนาการปกติ (อบเชย วงศ์ทอง, 2541: 14) สาเหตุของโรคอ้วนทำให้ร่างกายมีน้ำหนักมากเกินไปนั้นเนื่องจากการรับประทานอาหารมากกว่าที่ร่างกายจำเป็นต้องใช้อาหารส่วนเกินนี้เมื่อร่างกายใช้ไม่หมดจะถูกเก็บสะสมไว้ในร่างกายในรูปของไขมัน ไม่ว่าอาหารนั้นจะเป็นข้าว ขนม ไขมัน หรือเนื้อสัตว์ก็ตาม ถ้ารับประทานมากเกินไปร่างกายจะเปลี่ยนเป็นไขมันได้หมดและเก็บเอาไว้ในร่างกาย เมื่อเป็นเช่นนี้นานๆ น้ำหนักก็จะค่อยเพิ่มขึ้น โดยเหตุนี้คนที่เป็นโรคอ้วนจึงเป็นผู้ที่มีไขมันสะสมในร่างกายมากกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างการรับพลังงานหรือการรับประทานอาหารกับการใช้พลังงานหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย (จิตติวัฒน์ สุประสงค์สิน, 254: 25)

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่าปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากโรคอ้วน ซึ่งมีแนวโน้มจะขยายตัวมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งจัดว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของประเทศชาติในอนาคต ถ้าอนาคตของชาติเป็นเด็กอ้วนก็จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนด้วย ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมเลย ประเทศชาติจะไม่พัฒนาถ้าเยาวชนของชาติเป็นเด็กอ้วน ซึ่งจะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ง่าย ผู้วิจัยจึงมีความตระหนักในปัญหานี้ สนใจที่จะศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยได้นำแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE ซึ่งประกอบด้วยกรอบการวิเคราะห์ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ทักษะการรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การใช้เวลาวาง และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อน และแรงสนับสนุนจากสถานศึกษา ตลอดจนแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีแรง



สนับสนุนทางสังคม โดยการศึกษาในครั้งนี้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาโรคอ้วน และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้ให้นักเรียนซึ่งเป็นเยาวชนของชาติเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทาง ชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
3. สังเคราะห์ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2554 มีจำนวนทั้งหมด 2,649 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มที่มีจำนวนแน่นอน (Finite Population) จึงใช้สูตรของ Yamane (1973, p. 887, อ้างถึงใน ชีรวิทย์ เอกะกุล, 2546: 135) จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 348 คน

ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มีการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกตัวแทนในแต่ละโรงเรียน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ให้ได้โรงเรียน จำนวนร้อยละ 60 จากทั้งหมด 9 โรงเรียนซึ่งจะได้ 6 โรงเรียน โดยมีโรงเรียนที่สุ่มได้คือ โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช โรงเรียนนารีนุกูล โรงเรียนปทุมพิทยาคม โรงเรียนศรีปทุมพิทยาคาร โรงเรียนหนองบ่อสามัคคีวิทยา และโรงเรียนหนองขอนวิทยา

ขั้นตอนที่ 2 เลือกตัวแทนในแต่ละเพศโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ให้ได้กลุ่มตัวอย่างโดยการเทียบบัญญัติไตรยางศ์ จำนวน 348 คน เพศชาย 129 คน เพศหญิง 219 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบทดสอบและแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ



ผลการวิจัย

1. ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับปฏิบัติทุกครั้ง ($\bar{X} = 3.34$, $S = .24$)

3. ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มี 7 ตัว คือ แรงสนับสนุนจากโรงเรียน แรงสนับสนุนจากเพื่อน ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ไม่มีประวัติโรคอ้วนในครอบครัว การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วน แรงสนับสนุนจากครอบครัว และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 7 ตัวรวมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 26.70 และเขียนเป็นสมการพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานดังนี้
สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y' = 2.082 + .318X_{12} + .176X_{11} - .102 X_5 + .113 X_4 - .078X_8 + .109 X_{10} - .005 X_3$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = .381 Z_{12} + .232Z_{11} - .184 Z_5 + .127 Z_4 - .117 Z_8 + .131 Z_{10} + .100 Z_3$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากสรุปผลการวิจัย พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวสังคม เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ได้แก่ เพศ ผลการเรียน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประวัติโรคอ้วนในครอบครัว พบว่า

1.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งอธิบายได้ว่า ในยุคสมัยปัจจุบันหญิงและชายมีความเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม หน้าที่การงาน หรือแม้แต่เรื่องความสวยงามและสุขภาพ ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือชาย ก็ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพและความงามเท่าๆกันรวมถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนด้วย

1.2 ผลการเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี อธิบายได้ว่า แม้ความรู้จะมีส่วนสำคัญในการทำให้บุคคลมีความเข้าใจในสิ่งต่างๆได้อย่างถ่องแท้ แต่หากบุคคลมีความรู้แต่เพียงอย่างเดียวโดยขาดความตระหนัก



ก็อาจทำให้บุคคลไม่เห็นความสำคัญของความรู้ที่ตนมี เช่นเดียวกับความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน หากบุคคลมีแต่เพียงความรู้แต่ขาดความตระหนักไม่เห็นความสำคัญก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน

1.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี อธิบายได้ว่า นักเรียนที่มีรายได้มากนอกจากจะใช้จ่ายในด้านการเรียนแล้วก็ยังคงมีเงินเหลือในการใช้ซื้ออาหารจำพวก ฟาสต์ฟู้ด ขนมหวาน ขนมขบเคี้ยว ได้มากกว่านักเรียนที่ได้รับค่าใช้จ่ายต่อเดือนน้อย

1.4 ประวัติโรคอ้วนในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี อธิบายได้ว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่อยู่ใกล้ชิดกับนักเรียนมากที่สุดพฤติกรรมต่างๆ ที่บุคคลในครอบครัวแสดงออก หรือประพฤติปฏิบัติจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่างๆ ของนักเรียนอย่างมากรวมทั้งพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนด้วย หากบุคคลในครอบครัวเป็นโรคอ้วนก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในด้านไม่ดี ซึ่งก็จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนด้วย

2. ปัจจัยนำที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า โดยรวมมีระดับปัจจัยนำอยู่ในระดับเห็นด้วย โดยเฉพาะด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองของนักเรียนในการป้องกันโรคอ้วน ซึ่งอธิบายได้ว่าถ้าบุคคลรับรู้ได้ในความสามารถของตนเองที่จะประพฤติปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ ในด้านที่ดีแล้ว ก็จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในทางที่ดีได้ด้วย โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่นเดียวกันกับพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา Bandura (1989 ,p. 31, อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539: 47) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถ จะมีความอดทน อดทน ไม่ท้อถอยได้โดยง่ายและจะประสบความสำเร็จในที่สุด การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกันแต่ประสิทธิภาพของการแสดงออกอาจแตกต่างกันได้ถ้ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่างกัน แม้ในบุคคลเดียวกันก็เช่นกันถ้ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสถานการณ์แตกต่างกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาได้ต่างกันด้วย ทั้งนี้การที่จะมีพฤติกรรมในด้านที่ดีได้ต้องมีความรู้เป็นองค์ประกอบด้วย และในการวิจัยครั้งนี้พบว่า การมีความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับปฏิบัติทุกครั้งได้ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Green and Kreuter เกี่ยวกับปัจจัยนำที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและเป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่พอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย (Green and Kreuter 1991 ,p.123, อ้างถึงใน วรินทร์ ปุยทอง, 2547: 32) และผลการวิจัยในครั้งนี้ก็พบว่า ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของนักเรียนในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุบลราชธานีได้ในระดับปฏิบัติทุกครั้ง



3. ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยที่จะผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีซึ่งในครั้งนี้คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน โดยพบว่าปัจจัยเอื้อด้านการใช้เวลาว่างของนักเรียนอยู่ในระดับปานกลางซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน อธิบายได้ว่า ถ้านักเรียนใช้เวลาว่างไปในทางที่เป็นประโยชน์และสร้างสรรค์ก็จะช่วยให้ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมในด้านที่ไม่ดีได้ หากนักเรียนมีปัจจัยเอื้อด้านการใช้เวลาว่างอยู่ในระดับมากที่สุดก็จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน

4. ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อน และแรงสนับสนุนจากโรงเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี อธิบายได้ว่าการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวและการได้รับการอบรม ได้รับคำแนะนำ สั่งสอน และการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคอ้วน จากเพื่อน อาจารย์ และบุคลากรในโรงเรียนมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมในด้านต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนด้วย นักเรียนที่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคอ้วน จากครอบครัว เพื่อนและโรงเรียน ก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมในด้านบวกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ที่กล่าวไว้ว่าบุคคล ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่าได้รับความรัก ความอบอุ่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นโดยได้รับจากกลุ่มคนในระบบสังคมนั้นๆ เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุ อุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ ก็จะทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติทุกครั้ง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับปฏิบัติบางครั้ง ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า การวิจัยในครั้งนี้ศึกษาในหลายปัจจัยที่ทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี สนับสนุนแนวคิดของ Green (1980 ,p. 44, อ้างถึงใน วารินทร์ ปุยทอง, 2547:32) ที่มีแนวคิดว่า “พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple Factors)” ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยการมีปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อโรคอ้วนอยู่ในระดับเห็นด้วย มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนอยู่ในระดับเห็นด้วย และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับเห็นด้วย โดยมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ มีปัจจัยเอื้อด้านการใช้เวลาว่างของนักเรียนอยู่ในระดับปานกลาง นักเรียนได้รับปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับมาก ได้รับปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากเพื่อน อยู่ในระดับมาก และได้รับปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากโรงเรียนอยู่ในระดับมาก จึงร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ในระดับปฏิบัติทุกครั้งด้วย

6. ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีมี 7 ตัวเรียงลำดับตามความสำคัญ ดังนี้คือ แรงสนับสนุนจากโรงเรียน แรงสนับสนุนจากเพื่อน ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ไม่มีประวัติโรคอ้วนในครอบครัว การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วน แรงสนับสนุนจากครอบครัว และ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 7



ตัวร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 26.70 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .214 อธิบายได้ว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานีได้ดีกว่าการทำนายโดยตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 จากการวิจัยครั้งนี้พบตัวแปรพยากรณ์ที่สำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี คือ แรงสนับสนุนจากโรงเรียน แรงสนับสนุนจากเพื่อน ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ไม่มีประวัติโรคอ้วนในครอบครัว การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วน แรงสนับสนุนจากครอบครัว และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดังนั้น โรงเรียนต้องให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนร่วมกับสร้างความตระหนักในพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนแก่นักเรียนเพื่อให้นักเรียนรับรู้ในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอ้วนให้ได้ อีกทั้งครอบครัวต้องให้ความสำคัญกับโรคอ้วนและสนับสนุนส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน และผู้ปกครองควรให้เงินแก่นักเรียนเป็นค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนให้เหมาะสม

1.2 ผลการวิจัยนี้ควรนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานของหน่วยงานทางสาธารณสุขในการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนเพื่อให้นักเรียนที่จะเติบโตเป็นอนาคตของชาติต่อไป

1.3 รัฐควรมีงบประมาณสนับสนุนให้โรงเรียนมีการดำเนินงานในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและโรงเรียนควรจัดสรรงบประมาณในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในกลุ่มที่มีบริบทแตกต่างกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ อันจะทำให้เยาวชนของชาติเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีในอนาคต

2.2 ควรศึกษาถึงผลกระทบที่จะเกิดกับนักเรียนที่มีโรคอ้วนทั้งผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อนำมาใช้แก้ไขปัญหานักเรียนที่มีภาวะโรคอ้วน

2.3 สำหรับตัวแปรพยากรณ์ที่ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ในการวิจัยครั้งนี้ ก็ไม่ได้หมายความว่าไม่มีความสำคัญต่อการวิจัยอื่นๆ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปก็ควรนำตัวแปรพยากรณ์ ที่ไม่ส่งผลในงานวิจัยครั้งนี้ นำไปใช้ศึกษาในบริบทที่แตกต่างในครั้งต่อไปด้วย



กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ของบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายแห่งซึ่งไม่อาจนำมากล่าวได้ทั้งหมด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ดร.วิลาวัณย์ ตันวัฒนะพงษ์ อธิการบดี มหาวิทยาลัยราชธานี ที่ได้ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งโดยได้ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบพระคุณสำนักวิจัยและงานสร้างสรรค์ ฝ่ายวิจัยและวางแผน มหาวิทยาลัยราชธานี ที่กรุณาเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยให้ในครั้งนี้

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษา ทั้ง 6 แห่ง ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ทุกคน ที่ให้ความกรุณาตอบแบบสอบถามงานวิจัยในครั้งนี้ และผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงานทุกคนที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์ที่พึงมีจากงานวิจัยนี้ผู้วิจัยขอมอบให้บุคลากรที่ได้ให้การศึกษาและผู้มีพระคุณแก่ผู้วิจัยตลอดจนนักวิชาการสาขาต่างๆ ที่ผู้วิจัยอ้างอิงดังปรากฏในงานวิจัยนี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- จริยา ปั่นทวงกูร. (2550). **พฤติกรรมศาสตร์และพฤติกรรมสุขภาพในงานสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 2. อุบลราชธานี: วิทยาการพิมพ์.
- เฉลิมพล ตันสกุล. (2543). **พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีรภูมิ เอกะกุล. (2546). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. อุบลราชธานี: วิทยาการพิมพ์.
- พรทิศา ชัยอำนวย. (2546). **ผลกระทบที่เกิดจากโรคอ้วนในเด็ก (ออนไลน์)**. (อ้างเมื่อ 28 มีนาคม 2555). จาก <http://www.teenpath.net/content.asp>
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2555). **โรคอ้วน และ น้ำหนักตัวเกิน (Obesity and overweight) (ออนไลน์)**. (อ้างเมื่อ 28 มีนาคม 2555). จาก <http://haamor.com/knowledge>.
- พิมล ศรีวิกรม์. (2542). **พฤติกรรมผู้บริโภค**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วารินทร์ ปุยทอง. (2547). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดัง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วรรณภา เล็กอุทัยและคณะ.(2554). **ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอ้วนในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีในจังหวัดเชียงใหม่**. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 5(3)
- สิริพันธ์ จุลกรังคะ. (2542). **โภชนศาสตร์เบื้องต้น** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสรี วงษ์มณฑา. (2542). **การวิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภค**. กรุงเทพฯ: ธีระฟิล์มและไฮเท็กซ์.



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เสถียร ธรรมทวีกุล . (2549). ศัลยกรรมการรักษาโรคอ้วน. (ออนไลน์) (อ้างเมื่อ 28 มีนาคม 2555).

จาก http://www.vichaiyut.co.th/html/jul/33-2549/p36-39_33.asp.

ยุวดี ถิ่นถาวร . (2550). ผลการให้คำปรึกษาตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการและการออกกำลังกายต่อการลดน้ำหนักของนักเรียนที่เป็นโรคอ้วน. การค้นคว้าแบบอิสระวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อดุลย์ จาตุรงค์กุล. (2543). พฤติกรรมผู้บริโภค. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
อบเชย วงศ์ทอง . (2541). โภชนศาสตร์ครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Cataldo C.B, Brunye L.K and Whitney E.N. (1999). **Nutrition and diet therapy**. Belmont : West Wads Worth.

Cobb, S. (1979). **Social Support as a Moderator for Life Stress**. New York: Psychosomatic Medicine.

Harris, D. M., and S. Guten. (1979). “ *Health-Promotion Behavior : An Exploratory Study,*” Journal of Health and Social Behavior.

Pender, N. J. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice**. 2nd ed New York: Appleton and Lange.

———. (1996). **Health Promotion in Nursing Practice**. 3rd ed. New York: Appleton and Lange.

Rosenstock, I. M. (1974) . “**Historical Origins of the Health Belief Model,**” In The Health Belief Model and Personal Behavior. p. 328-335. New Jersey: Charles B. Slack.

Schaefer, D. and Others. (1981). **Social Support**. New York: N. P.

World Health Organization. (2011). *WHO Definition of Health* (Online) (2012 Jan 15). Available from: [http:// www.who.int/about/definition/en/print.html](http://www.who.int/about/definition/en/print.html)



Protective Behaviors from Obesity Among Matthayom 6 Student in Amphoe Mueang Ubon Ratchathani Province

Chonthicha Arunphong*

Abstract

This research aimed to 1) analyze of Protective Behaviors from obesity Among Matthayom 6 Student in Amphoe Mueang Ubon Ratchathani Province; 2) study of relationship between Bio-social factors Predisposing factors Enabling factors and Reinforcing factors on Protective Behaviors from obesity Among Matthayom 6 Student in Amphoe Mueang Ubon Ratchathani Province; and 3) synthetic good predictors of Protective Behaviors from obesity Among Matthayom 6 Student in Amphoe Mueang Ubon Ratchathani Province. The subjects were 348 Matthayom 6 students in Amphoe Mueang Ubon Ratchathani Province. Sampling was done by Stratified Random Sampling technique. The instrument was a test and a questionnaire. The research finding were as follows: Protective Behaviors from obesity Among Matthayom 6 Student in Amphoe Mueang Ubon Ratchathani Province were rated at do everytime level. Seven best predictor for the protective behaviors from obesity Among Matthayom 6 Student in Amphoe Mueang Ubon Ratchathani Province were ranked according to their importance as follows : school support, friends support, knowledge of obesity, no obesity in family ,perceived protective self-efficacy from obesity, family support and income per month altogether this group of predicting variable could predict protective behaviors from obesity Among Matthayom 6 Student in Amphoe Mueang Ubon Ratchathani Province with 26.70 percent accuracy and the standard error of the estimation of .214 .



P 2.8 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิงระดับอาชีวศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี

กาญจนา อยู่เจริญสุข*

บทคัดย่อ

วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโต โดยเฉพาะในวัยรุ่นหญิงมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างชัดเจน วัยรุ่นที่อ้วนจะใช้วิธีการลดน้ำหนักที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพได้ ดังนั้นถ้าเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของวัยรุ่น จะทำให้ทราบถึงแนวทางการ ส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาวัยรุ่น พฤติกรรมการลดน้ำหนักที่ไม่เหมาะสมได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยการรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมกับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง และค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการลดน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นนักศึกษาหญิงระดับ ปวช. ชั้นปีที่ 1-3 ที่กำลังศึกษา สถาบันอาชีวศึกษา 3 แห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานีและลดน้ำหนัก จำนวน 250 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .84 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และการรับรู้รูปร่างอ้วน ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 นี้สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิงได้ ร้อยละ 49 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 6.72 ผลการวิจัยครั้งนี้ควรนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุข และสถานศึกษา ในการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในวัยรุ่น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีการเจริญเติบโต พัฒนาการที่สมวัย และมีสุขภาพที่ดี เพื่อจะทำหน้าที่ในการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การลดน้ำหนัก

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความคิด และสติปัญญา (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิงพัฒนาการทางด้านร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนที่สุด มีการสะสมของไขมันตามส่วนต่างๆ ของร่างกายมากขึ้น ทำให้เอาใจใส่รูปร่างของตนเอง และใช้เวลาส่วนใหญ่มากกับการทำให้รูปร่างของตนเองเป็นที่ดึงดูดใจผู้อื่น ซึ่งปัจจุบันสังคมให้ความสำคัญกับบุคคลที่มีรูปร่างผอมบาง เป็นคนมีบุคลิกดี เช่น นางแบบส่วนใหญ่จะมีรูปร่างผอมบาง เสื้อผ้าก็จะผลิตหรือตัดเย็บมาเฉพาะคนที่มีรูปร่างผอมเป็นส่วนใหญ่ โดยค่านิยมเหล่านี้จะสื่อออกมาในรูปแบบ ละครทีวี ภาพยนตร์ นิตยสาร แฟชั่น เสื้อผ้า การโฆษณาขายสินค้าต่าง ๆ การโฆษณาที่สร้างอคติต่อความอ้วน ส่งผลให้วัยรุ่นมีทัศนคติและค่านิยมบางประการที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการเลียนแบบ ค่านิยมลักษณะนี้ก่อให้เกิดปมด้อยแก่ผู้ที่ไม่ผอมแม้จะไม่อ้วนก็ตาม จึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เหล่านี้ต้องอาศัยระยะเวลาอันยาวนานกว่าจะเห็นผล จึงทำให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายไม่สามารถลดน้ำหนักได้สำเร็จ ทำให้วัยรุ่นแสวงหาวิธีการเพื่อลดน้ำหนักของตนเองที่ได้ผลรวดเร็วจากการอ่านหนังสือ วารสาร สื่อโฆษณา หรือการบอกต่อ ๆ กันมาทำให้เลือกใช้วิธีการลดน้ำหนักบางวิธี เช่น การใช้ผลิตภัณฑ์อาหารหรือยาลดน้ำหนัก การรับบริการที่สถานบริการลดน้ำหนัก การสวมชุดขับเหงื่อ การใส่กางเกงหรือเข็มขัดลดไขมัน การอดอาหาร การออกกำลังกายอย่างหักโหม เป็นต้น วิธีการดังกล่าวถ้าปฏิบัติเป็นประจำ จะทำให้เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพได้

จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการลดน้ำหนัก มีความสำคัญควรได้รับการปฏิบัติที่ถูกวิธี ถ้าเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมลดน้ำหนักของวัยรุ่น จะทำให้ทราบถึงแนวทางการส่งเสริมป้องกัน และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมลดน้ำหนักที่ไม่เหมาะสมได้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาพฤติกรรมการลดน้ำหนักของวัยรุ่นหญิงที่เข้ามาศึกษาระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี มีอายุระหว่าง 15-18 ปี และถือว่าเป็นวัยรุ่นตอนต้น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) โดยเลือกใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Health Promotion Model) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม กับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง
3. เพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดี ของพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาหญิงที่กำลังศึกษา ระดับปวช. ชั้นปีที่ 1-ชั้นปีที่ 3 ภาคปกติ ในสถาบันอาชีวศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2554 ทั้งหมด 3 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยอาชีวศึกษา วิทยาลัยโปลีเทคนิคภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิทยาลัยเทคนิคอุบลราชธานี จำนวน 3,260 คน



(ฝ่ายทะเบียนสถานศึกษาระดับอาชีวศึกษาทั้ง 3 แห่ง ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี, 2554) และสำรวจนักศึกษาหญิงที่ลดน้ำหนัก จำนวน 540 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นนักศึกษาหญิงที่ลดน้ำหนักและกำลังศึกษาระดับปวช. ในสถาบันอาชีวศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด 3 แห่ง จำนวน 250 คน ซึ่งได้มาโดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของของ Yamane (1973: 887, อ้างถึงใน ชีรวิทย์ เอกะกุล, 2546) โดยผู้วิจัยกำหนดให้ระดับความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์การวิจัย โดยการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลด้านชีวสังคมเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง ส่วนด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล ด้านอิทธิพลด้านสถานการณ์ และด้านพฤติกรรม การลดน้ำหนัก เป็นข้อคำถามปลายปิดใช้แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out) กับนักศึกษาหญิงระดับ ปวช. ชั้นปีที่ 1-3 วิทยาลัยอาชีวศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ศึกษาวิจัย ด้วยการสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient (ชีรวิทย์ เอกะกุล, 2544: 182-183) ภาพรวมทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากสำนักวิจัย มหาวิทยาลัยราชธานี เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ถึงอธิการบดีวิทยาลัยอาชีวศึกษา วิทยาลัยโปลีเทคนิคภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิทยาลัยเทคนิคอุบลราชธานี
2. ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล ถึงอธิการบดี วิทยาลัยทั้ง 3 แห่ง พร้อม ตัวอย่างแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานศึกษาทั้ง 3 แห่ง
3. นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์
4. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และหาตัวแปรพยากรณ์พฤติกรรมผลการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณวิธี Stepwise Method และ Enter โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง พบว่า พฤติกรรมการลดน้ำหนักโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.10$) โดยแยกเป็นรายด้านได้แก่ ด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}= 2.48$) ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.94$) การใช้ผลิตภัณฑ์อาหาร หรือยาลดน้ำหนักอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = .88$)



2. ปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรงกับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิงระดับอาชีวศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิงระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้รูปร่างอ้วน (X_6)($\beta = .19$) การรับรู้ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก (X_7)($\beta = .12$) การรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนัก (X_8)($\beta = -.10$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก (X_9)($\beta = .36$) อิทธิพลระหว่างบุคคล (X_{10})($\beta = .25$) และอิทธิพลด้านสถานการณ์ (X_{11})($\beta = .19$)

3. ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และการรับรู้รูปร่างอ้วน ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 นี้สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิงได้ ร้อยละ 49 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 6.72

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการควบคุมอาหารและ การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง การใช้ผลิตภัณฑ์อาหารหรือยาลดน้ำหนัก อยู่ในระดับน้อย แสดงว่า นักศึกษาหญิงกำลังอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายและเตรียมพร้อมที่จะเป็นผู้ใหญ่ ตอนต้น ดังนั้นจึงมีความเป็นอิสระในความคิด และคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณมากขึ้น จึงมองเห็นประโยชน์ของการลดน้ำหนักด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย สนับสนุนแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้พฤติกรรมที่ตนกระทำนั้น มีประโยชน์ต่อตนเอง จะส่งผลให้บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมมากขึ้น

เมื่อพิจารณาด้านการควบคุมอาหาร พบว่า นักศึกษาได้รับประทานอาหารเย็น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่านักศึกษาคิดว่าการงดอาหารเย็นจะทำให้น้ำหนักลดได้ นักศึกษายังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าเพื่อลดน้ำหนัก หรืออาจจะมีความรู้แต่เนื่องจากตอนเย็นนักศึกษาคิดว่าหลังรับประทานอาหารเช้า เป็นเวลาพักผ่อน ทำให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานน้อย เมื่อรับประทานอาหารเช้าจะทำให้เกิดการสะสมของไขมันในร่างกาย ทำให้ลดน้ำหนักไม่สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของผกาทิพย์ นาคปรีชา (2548) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสระบุรี พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.7 ซึ่งพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ควบคุมน้ำหนักด้วยวิธีด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก เช่น งดอาหารบางมื้อ รับประทานแต่ผักหรือผลไม้อย่างเดียว

2. ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ รายได้ และระดับชั้นปี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุใกล้เคียงกัน ซึ่งบุคคลที่มีวุฒิภาวะที่ใกล้เคียงกันย่อมมีการตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมออกมาคล้ายคลึงกัน และนักศึกษาอยู่ในวัยที่สามารถช่วยเหลือตนเองและบริหารจัดการกับบางเรื่องได้ด้วยตนเอง เช่น การได้รับเงินจากผู้ปกครองหรือบิดามารดาเป็นค่าใช้จ่ายต่อเดือน นักศึกษาหญิงที่มีฐานะเศรษฐกิจรอบครัวปานกลางหรือต่ำ อาจเก็บเงินไปซื้อผลิตภัณฑ์อาหารและ/หรือยาลดน้ำหนักได้ สอดคล้องกับผกาทิพย์ นาคปรีชา (2548)



ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสระบุรี พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสระบุรี ปัจจัยด้านค่าดัชนีมวลกาย พบว่า ค่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง เมื่อพิจารณาค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับพอดี ร้อยละ 67.14 รองลงมาคือค่าดัชนีมวลกาย ผอม ร้อยละ 19.71 มีเพียงร้อยละ 13.14 เท่านั้นที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน อธิบายได้ว่า นักศึกษาที่มีค่าดัชนีมวลกายพอดีหรือผอมอาจจะต้องการลดเฉพาะส่วนที่เกิน เช่น ต้นแขน ต้นขา หน้าท้อง และนักศึกษาที่ค่าดัชนีมวลกายผอมแต่ยังลดน้ำหนักเพราะว่าอาจมีปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้นักศึกษาหญิงซึ่งอยู่ในช่วงให้ความสำคัญกับความพึงพอใจในรูปร่างตนเองมากกว่า จึงพยายามที่จะลดน้ำหนัก ซึ่งสอดคล้องกับ ผกาทิพย์ นาคปรีชา (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสระบุรี พบว่า ค่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสระบุรี

3 ปัจจัยด้านการรับรู้รูปร่าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง หมายความว่า นักศึกษาหญิงที่มีการรับรู้รูปร่างอ้วนอยู่ในระดับมาก จะมีพฤติกรรมการลดน้ำหนักอยู่ในระดับมากเช่นกัน อธิบายได้ว่า นักศึกษาหญิงอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่ง จะให้ความสำคัญกับรูปร่างของตนเอง และต้องการมีรูปร่างผอมบางตามสมัยนิยม จึงทำให้คนที่คิดว่าตนเองอ้วนพยายามที่จะลดน้ำหนัก ซึ่งสอดคล้องกับ Chutchanok Boonchai (2001) ที่ศึกษาการรับรู้รูปร่างและพฤติกรรมการลดน้ำหนักของวัยรุ่นหญิงเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 อายุ 20-22 ปี ของสถาบันราชภัฏสวนดุสิต จำนวน 250 คน พบว่า การรับรู้รูปร่างของนักศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนัก ของวัยรุ่นหญิงเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 อายุ 20-22 ปี ของสถาบันราชภัฏสวนดุสิต

4. ปัจจัยด้านการรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนัก ได้แก่

4.1 ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง อธิบายได้ว่า นักศึกษาหญิงที่ลดน้ำหนัก จะคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการลดน้ำหนัก ซึ่งนักศึกษาหญิงที่มีความสนใจ เอาใจใส่รูปร่างของตนเอง จะพยายามลดน้ำหนัก เพื่อให้รูปร่างได้สัดส่วน สวยงาม สอดคล้อง กับ เพนเดอร์(Pender, 1996) ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำของบุคคลนั้น เกิดจากการรับรู้ทางสติปัญญาหรือตามความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น หากบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสูง ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นสูงด้วย ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการลดน้ำหนัก จึงเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมลดน้ำหนัก สอดคล้องกับทาริกา ทำสม (2547) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กรุงเทพมหานคร

4.2 ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนัก พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิงระดับ อดุมศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี อธิบายได้ว่า เมื่อนักศึกษาหญิงรับรู้ถึงอุปสรรคของการลดน้ำหนัก ก็จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการลดน้ำหนักน้อยลง สอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลพร้อมที่จะ



ปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ แต่มีอุปสรรคสูง การปฏิบัตินั้นจะเกิดขึ้นได้ยาก ในขณะที่เมื่อบุคคลมีความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสูง แต่มีอุปสรรคต่ำ การปฏิบัติก็จะเกิดขึ้นได้มากกว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมทำให้พฤติกรรมนั้นต้องหยุดชะงัก สอดคล้องกับทาริกา ทำสม (2547) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กรุงเทพมหานคร

4.3 ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง อธิบายได้ว่า เมื่อนักศึกษาหญิงมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง ที่จะลดน้ำหนักได้ ก็ทำให้พยายามที่จะลดน้ำหนัก สอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่า จะสามารถทำงานได้ระดับใด การรับรู้ทักษะและความสามารถของตนเองเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเข้าร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรม เฉพาะที่เห็นว่ามีความคุ้มค่าและมีเป้าหมายสำหรับตนเองมากกว่า สอดคล้องกับทาริกา ทำสม (2547) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กรุงเทพมหานคร และสอดคล้องกับสรินทร์ แก้วตา (2551) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

4.4 ปัจจัยด้านอิทธิพลด้านสถานการณ์ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง แสดงว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ โฆษณา เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก ทำให้นักศึกษาหญิงเกิดความสนใจ และต้องการลดน้ำหนัก สอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่า อิทธิพลด้านสถานการณ์เป็นการรับรู้และความรู้ ความเข้าใจของบุคคลในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม สามารถส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับสรินทร์ แก้วตา (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

4.5 ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง อธิบายได้ว่า นักศึกษาหญิงที่ลดน้ำหนักเพราะอยากให้เพื่อนต่างเพศสนใจ สอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่า อิทธิพลระหว่างบุคคล คือความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่น ความคิดเหล่านี้อาจตรงหรือไม่ตรงกับความจริงก็ได้ อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัวและกลุ่มเพื่อน สอดคล้องกับชุดิมา ศรีหามาศย์ (2548) ศึกษาการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อลดน้ำหนักของนักเรียนหญิง ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน จังหวัดขอนแก่น พบว่า



อิทธิพลของเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อลดน้ำหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง มี 4 ตัว เรียงตามลำดับความสำคัญดังนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก อิทธิพลระหว่างบุคคลได้แก่ เพื่อนต่างเพศ อิทธิพลด้านสถานการณ์ ได้แก่ สื่อ และการรับรู้รูปร่างอ้วน ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวร่วมกันสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง ได้ร้อยละ 49 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 6.72 สอดคล้องกับทฤษฎีจิต นิลราช (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลสตรี ในจังหวัดสงขลา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลด้านสถานการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 45.2

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 นักศึกษาหญิง ส่วนมากมีการลดน้ำหนักโดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย แต่มีบางคนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องหลักการควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนัก เช่น การควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนัก โดยการรับประทานอาหารน้อยกว่า 3 มื้อ ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ถูกต้อง และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสถานศึกษา ควรเน้นให้ความรู้ เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก และวิธีการที่เหมาะสม เพื่อให้ นักศึกษาหญิงมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการลดน้ำหนักด้วยวิธีต่าง ๆ อย่างถูกต้อง

1.2 จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่ลดน้ำหนัก มีเพียงร้อยละ 23.6 ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกิน แสดงให้เห็นว่านักศึกษาหญิง มีการประเมินรูปร่างของตนเองไม่ตรงกับความเป็นจริง โดยคิดว่าตนเองอ้วนแต่ที่จริงไม่อ้วนหรือบางคนอาจมีรูปร่างผอมไป แต่พยายามลดน้ำหนักเพื่อให้เป็นที่สนใจของเพื่อนและเพศตรงข้าม ดังนั้นสถานศึกษาและหน่วยงานที่รับผิดชอบในเรื่องนี้ควรให้ความสำคัญในการสร้างค่านิยม เกี่ยวกับการประเมินรูปร่างของตนเองอย่างถูกต้อง โดยใช้เพศตรงข้ามเป็นสื่อ ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ถูกต้อง

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก อิทธิพลของเพศตรงข้าม อิทธิพลด้านสื่อ และการรับรู้รูปร่างตนเอง ดังนั้นสถานศึกษาและหน่วยงานที่รับผิดชอบในเรื่องนี้ควรจัดกิจกรรม โดยใช้ปัจจัยดังกล่าว เช่น การใช้สื่อต่างๆ ป้ายโฆษณา เพื่อให้ นักศึกษา มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคของการลดน้ำหนัก และให้นักศึกษารับรู้เกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองในการลดน้ำหนัก และสามารถเลือกใช้วิธีการลดน้ำหนักได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

1.4 ผลการวิจัยนี้ ควรนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุข และสถานศึกษา ในการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในวัยรุ่น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีการเจริญเติบโต พัฒนาการที่สมวัย และมีสุขภาพที่ดี เพื่อจะทำหน้าที่ในการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ



2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในเขตจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของวัยรุ่นให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม จึงควรศึกษากลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่อื่น ๆ และ ศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาซึ่งเป็นวัยรุ่นตอนต้นด้วย

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของวัยรุ่น เช่น ระดับสติปัญญา โดยมีการสำรวจข้อมูลเรื่องผลการเรียนของวัยรุ่นในแต่ละปีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับการลดน้ำหนักได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.3 ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ รศ.ดร.จำลอง ชูโต คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ดร.ปฐพร แสงเขียว ดร.พรพัก สุร่าไพ ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ชุตินา ศรีหามาตย์. (2548). การใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อการลดน้ำหนักของนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทาริกา คำสม. (2547). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักมาตรฐาน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระวุฒิ เอกะกุล.(2546). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. อุบลราชธานี : วิทยาการพิมพ์.
- ผกาทิพย์ นาคปรีชา. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่น ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภัทรจิต นิลราช.(2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรี จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รสรินทร์ แก้วตา. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย: วัยรุ่น-วัยสูงอายุ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.



Chutchanok Boonchai. (2001). **Body perception and weight loss behavior among female adolescents**. Master's thesis in science (public health) major in nutrition, Faculty of Graduate studies, Mahidol University.

Pender, J. and Pender, R. (1986). Attitudes, subjective norms, and intentions to engage in health behaviors. **Nursing Research**. 35(1): 15-18.

Factors Affecting Weight Loss Behavior of Female Vocational Students,
in Ubon Rachathani Province

Kanchana Yoocharoensuk*

Abstract

Teen-age gets into trouble about the fatness, make have losing weight behaviour that dishonestly. the purposes of this research were to study of relationship between bio-social factors, perceived factors and losing weight behavior of female vocational students, in Ubon Rachathani Province; and identify good predictors of losing weight behavior of female vocational students, in Ubon Rachathani Province

The research samples consisted of 250 weight loss behavior of female vocational students, in Ubon Ratchathani who were first to third years college students. Metropolis selected by multi-stage random sampling. The instrument for the study was a questionnaire. Content validity for all questionnaires were reviewed by a panel of experts. Internal consistency reliability for the instruments determined by Conbach's alpha value of .84 respectively. Statistics for data analysis were percentage, mean, standard deviation, and multiple regression analysis. The research findings were as follows: weight loss behavior were moderate level. Four best predictor for the weight loss behavior of female vocational students, in Ubon Ratchathani were ranked according to their importance as follows: perceived self-efficacy interpersonal influences, situational influences, and body perceptions this group of predicting variable could predict weight loss behavior of female vocational students, in Ubon Ratchathani with 49 percent and the standard error of the estimation of 6.72



P 2.10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-59 ปี ในเขต ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ลลิตา ปักเขมาลัย*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีอายุ 35-59 ปี ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตาราง Krejcie and Morgan ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 361 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviations) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย 1) พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความสะดวกในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 13 ของคนเสียชีวิต ทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 18 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 9 ล้านคน ในทุกๆ ปี ทุกๆ 6 วินาทีจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 1 คน¹ สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปีพ.ศ. 2550-2554 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 3,167; 2,949; 3,314; 3,136 และ 3,341² รายตามลำดับ มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งจำนวน 53,434; 55,403 56,058; 58,076 และ 61,082 ราย และมีอัตราการตายรวมทั้งประเทศ 84.9; 87.6; 88.3; 91.2; 95.2 ต่อแสนประชากร³ โรคมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิตอันดับ 1 ของสตรีไทย² อัตราการป่วยและตายมี



แนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากการรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ในปี พ.ศ. 2550-2554 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 2,172; 2,347; 2,358; 2,500; 2,724 ราย มีอัตราตาย 6.8; 7.3; 7.3; 7.7 และ 8.4 ต่อแสนประชากร⁴ ในปีพ.ศ. 2552-2554 มีอัตราป่วยคิดเป็นร้อยละ 37; 47.8; 37.5 ตามลำดับ² สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี พบมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในปี พ.ศ. 2550-2553 พบจำนวน 385; 408; 315 และ 378 รายตามลำดับ⁵ สาเหตุของโรคนี้อย่างไม่ทราบแน่ชัด แต่ปัจจัยเสี่ยงที่เชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ได้แก่ สตรีที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป การเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี หมดประจำเดือนช้ากว่า 55 ปี การไม่มีบุตร ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ประวัติการเป็นมะเร็งที่อื่นมาก่อน แต่อย่างไรก็ตามโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้และการพยากรณ์โรคค่อนข้างดี ถ้าสามารถตรวจค้นหาโรคและให้การรักษาในระยะเริ่มแรก ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับระยะของโรคขณะตรวจพบ ถ้าพบว่ามีโรคมะเร็งยังคงเป็นอยู่เฉพาะที่เต้านมและได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตในระยะเวลา 5 ปี ถึงร้อยละ 85 และอัตราการอยู่รอดจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 56 ในระยะเวลา 5 ปี ถ้ามะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และการพยากรณ์โรคจะเลวลง⁶ และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะลุกลามแล้ว¹ ดังนั้นวิธีการป้องกันมะเร็งเต้านมที่ดีที่สุดคือ การตรวจค้นหาหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกมี 3 วิธี ได้แก่ 1) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self-examination) อย่างน้อยเดือนละครั้ง 2) การตรวจเต้านมโดยแพทย์ (Breast physical examination) 3) การตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรม (mammography) เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะค้นพบมะเร็งในระยะเริ่มแรก แต่ร้อยละ 95 โรคมะเร็งเต้านมตรวจพบโดยผู้ป่วยเอง⁶ ดังนั้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีที่ดีที่สุดและง่ายที่สุดสำหรับผู้หญิงในการระวังตนเองจากมะเร็งเต้านมเพราะหากมีการเฝ้าระวังที่ดีจะสามารถค้นพบมะเร็งได้ตั้งแต่ต้น นำไปสู่การรักษาที่ปลอดภัยและหายขาดได้ และจากการสำรวจพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยรวมมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ ตรวจเป็นประจำเดือนละครั้งร้อยละ 77.10 ตรวจเมื่อนึกได้ร้อยละ 10.20 และตรวจนานๆ ครั้งร้อยละ 11.60⁷

ดังนั้นการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง เป็นพฤติกรรมอนามัยที่สำคัญประการหนึ่งที่สตรีทุกคนควรให้ความสำคัญและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนเฝ้าระวังและป้องกันโรค ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของสตรี อันเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาสุขภาพอนามัยสตรีในการค้นหาโรคมะเร็งเต้านมให้พบในระยะเริ่มแรกเพื่อให้การรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ ช่วยลดความสูญเสียทรัพยากรบุคคล เศรษฐกิจและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้น้อยลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-59 ปีในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-59 ปีในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี



กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดของ PRECEDE Framework มาใช้ในการศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์ทางการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม⁸

ปัจจัยด้านชีวสังคม หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลประกอบด้วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้

ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ เจตคติ ท่าทีและค่านิยม

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้อง

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นซึ่งเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ผู้วิจัยได้นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ สตรีอายุ 35-59 ปีในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 6,195 คน (ออนไลน์ : 2555)⁹

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยคือสตรีอายุ 35-59 ปีในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตาราง Krejcie and Morgan¹⁰ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 361 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้

ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสะดวกในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-59 ปีในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดและทฤษฎี ตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับตัวผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย¹⁰ ข้อคำถามเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก			ข้อคำถามเชิงลบ		
เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	3 คะแนน	เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนน	2 คะแนน	ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	1 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	3 คะแนน
เกณฑ์การประเมินผลคะแนนระดับความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม					
มีการรับรู้ในระดับมาก		คะแนนมากกว่า			= 2.34 - 3.00
มีการรับรู้ในระดับปานกลาง		คะแนนอยู่ระหว่าง			= 1.67 - 2.33
มีการรับรู้ในระดับต่ำ		คะแนนน้อยกว่า			= 1.00 - 1.66

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อได้แก่ ความสะดวกในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย¹⁰ ข้อคำถามเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก			ข้อคำถามเชิงลบ		
เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	3 คะแนน	เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนน	2 คะแนน	ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	1 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	3 คะแนน
เกณฑ์การประเมินผลคะแนนระดับความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม					
มีความสะดวกในระดับสูง		คะแนนมากกว่า			= 2.34 - 3.00
มีความสะดวกในระดับปานกลาง		คะแนนอยู่ระหว่าง			= 1.67 - 2.33
มีความสะดวกในระดับต่ำ		คะแนนน้อยกว่า			= 1.00 - 1.66

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย¹⁰ ข้อคำถามเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก			ข้อคำถามเชิงลบ		
เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	3 คะแนน	เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนน	2 คะแนน	ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	1 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	3 คะแนน
เกณฑ์การประเมินผลคะแนนระดับความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม					
มีการได้รับข่าวสารในระดับสูง		คะแนนมากกว่า			= 2.34 - 3.00
มีการได้รับข่าวสารในระดับปานกลาง		คะแนนอยู่ระหว่าง			= 1.67 - 2.33
มีการได้รับข่าวสารในระดับต่ำ		คะแนนน้อยกว่า			= 1.00 - 1.66



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา วาสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย¹⁰ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก		ข้อคำถามเชิงลบ	
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 3 คะแนน	ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้ 1 คะแนน	ไม่ปฏิบัติเลย	ให้ 3 คะแนน

เกณฑ์การประเมินผลคะแนนพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

มีการปฏิบัติในระดับเป็นประจำ	คะแนนมากกว่า	= 2.34 - 3.00
มีการปฏิบัติในระดับเป็นบางครั้ง	คะแนนอยู่ระหว่าง	= 1.67 - 2.33
ไม่มีการปฏิบัติในระดับไม่ปฏิบัติเลย	คะแนนน้อยกว่า	= 1.00 - 1.66

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง 2) นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ มีดังนี้

1. หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ Alpha ของ Cronbach
2. คำนวณค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ คำนวณด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ
3. คำนวณค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรด้าน ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นคู่ๆของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยเอื้อได้แก่ ความสะดวกในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

จริยธรรมการวิจัย เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ไม่ได้ทำให้เกิดผลเสียต่อด้านร่างกายและจิตใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งไม่ได้อยู่ในภาวะเจ็บป่วยและให้ความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม จึงไม่ผ่านการขอจริยธรรม

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ตรวจเป็นประจำเดือนละครั้ง จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 23.82 และปฏิบัติเป็นบางครั้ง
จำนวน 275 คน คิดเป็นร้อยละ 76.18
ตรวจเป็นประจำเดือนละครั้ง จำนวน 76 คน ตรวจถูกต้อง 76 คน คิดเป็นร้อยละ 100



ปฏิบัติเป็นบางครั้งจำนวน 275 คน ตรวจถูกต้อง 200 คน คิดเป็นร้อยละ 72.73 ตรวจไม่ถูกต้อง 75 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27

2. ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก ปัจจัยเอื้อได้แก่การ ความสะดวกในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-59 ปีในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติเป็นบางครั้ง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ อาจเนื่องจากการรับรู้ปัจจัยในทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้ไม่สามารถที่คาดหวังถึงผลลัพธ์หรือประโยชน์ที่จะได้รับ จึงไม่เกิดความมุ่งมั่นในการที่จะปฏิบัติ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้พฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ก็จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปราณปรียา โคสะสุ⁷ ได้ศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า สตรีอาสาสมัครสาธารณสุขมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระดับมีการปฏิบัติเป็นประจำ

ปัจจัยทางชีวสังคม

สถานภาพสมรส ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-59 ปี ในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสถานภาพสมรสคู่ ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายเป็นส่วนใหญ่มีญาติพี่น้องที่ให้ความอบอุ่น ดังนั้นไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีสถานภาพสมรสเป็นอย่างไรพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองก็ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ มินา ชูใจ¹¹ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม จังหวัดราชบุรี พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ระดับการศึกษา ของสตรีอายุ 35-59 ปี ในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อาจเนื่องกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เนื่องจากปัจจุบันแนวทางการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสะดวก เช่น โทรศัพท์ วิทยุ และสื่อโฆษณาต่างๆที่ทันสมัย รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขครอบคลุมและทั่วถึงกลุ่มเป้าหมายขึ้น จึงอาจส่งผลให้ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของปราณปรียา โคสะสุ⁷ ได้ศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข



รายได้ จากผลการวิจัยพบว่า รายได้ของสตรีอายุ 35-59 ปี ในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-59 ปี ในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี แสดงว่ารายได้ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านม แม้ว่ารายได้จะเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต แต่ในปัจจุบันรัฐบาลให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยจึงไม่เป็นภาระของผู้ป่วย เนื่องจากค่าใช้จ่ายก่อนและหลังเจ็บป่วยไม่ต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของปราณปรียา โคสะสุ⁷ ได้ศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยนำ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม อยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-59 ปี ในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่แน่ใจว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งอาจเกิดจากการขาดการตระหนักรู้และขาดการติดตามการเฝ้าระวังการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงของบุคคลากรทางด้านสาธารณสุขจึงทำให้การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของปราณปรียา โคสะสุ⁷ ได้ศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สตรีอาสาสมัครสาธารณสุข

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม อยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีอายุ 35-59 ปี ในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่แน่ใจว่าโรคมะเร็งเต้านมถ้าเกิดขึ้นแล้วมีอันตรายหรือผลกระทบที่รุนแรงต่อสุขภาพของตน อาจเนื่องมาจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมได้ไม่ดีพอหรือไม่เพียงพอ และในปัจจุบันมีวิธีการรักษาที่ทันสมัยมากขึ้นทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของปราณปรียา โคสะสุ⁷ ได้ศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับดีและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับมากและมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-59 ปี ในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประโยชน์ช่วยคัดหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก ถ้าตรวจพบจะได้รับการรักษาได้ทันที่และช่วยลดความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม สอดคล้องกับปราณปรียา โคสะสุ⁷ ได้ศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการรับรู้การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-59 ปี ในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้เนื่องจากยังมีสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เช่น เวลา สถานที่ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับวิธีการตรวจที่ถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของปราณปรียา โคสะสุ⁷ ได้ศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี



อาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยเอื้อ

ความสะดวกในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-59 ปี ในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี แสดงว่าความสะดวกในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เช่น เวลา สถานที่ จึงทำให้ไม่สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ทุกเดือน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของปราณปรียา โคสะสุ⁷ ได้ศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความสะดวกในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ปัจจัยเสริม

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-59 ปี ในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี แสดงว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่มากพอที่จะทำให้มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของปราณปรียา โคสะสุ⁷ ได้ศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการวางแผนและดำเนินงานในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอย่างจริงจังและมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย
2. ควรมีการติดตามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรม เพื่อเป็นตัวแทนทางด้านสุขภาพในการให้ความรู้และให้คำแนะนำแก่สตรีทั่วไป เนื่องจากทุกหมู่บ้านมีอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งสามารถเข้าถึงได้ทุกครัวเรือน
3. ควรจะศึกษาเชิงคุณภาพซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยคามกรุณาอย่างสูงจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผศ.ดร.จำลอง ชูโต คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี อ.ดร.ปฐพร แสงเขียว ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี อาจารย์ภาวินี ศรีสันต์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ที่กรุณาตรวจสอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Policy and Strategy. Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan B.E. 2011-2020. [database on the internet]. 2011 [cited 2012 Jun 1]. Available from : <http://www.moph.go.th/ops/oic>



2. National Cancer Institute. Hospital - based cancer registry 2008-2012. [database on the internet]. 2008-2012 [cited 2012 Jun 1]. Available from : <http://www.nci.go.th>
3. Bureau of Health Policy and Strategy. สถานะสุขภาพ. [database on the internet] . 2012 [cited 2012 December 30]. Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php>
4. Bureau of Health Policy and Strategy. Number and Death Rate per 100,000 Population of First 10 Leader Cause Group of Death 2007-2011 [database on the internet]. 2012 [cited 2012 December 30]. Available from : <http://bps.ops.moph.go.th/index.php>
5. Office of the Permanent Secretary for Public Health. Number of In-Patient by Cause Groups According From Health Service 2007-2010 [database on the internet]. 2011 [cited 2012 January 30]. Available from : <http://ubon.nso.go.th>
6. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พยาบาลศาสตร์. เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ หน่วยที่ 11-15. พิมพ์ครั้งที่ 11. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2553.
7. Pranpreeya Kosasu. Self - Breast Examination Behavior Female Village Health Volunteer in Ubon Ratchathani Province. [Thesis]. Ubon Ratchathani : Ubon Ratchathani Rajabhat University; 2009.
8. สุขศึกษา, กอง. การใช้ทฤษฎีปรับพฤติกรรม. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
9. Thailand Information center. ข้อมูลประชากรตำบลขามใหญ่ 2554-2555 (database on the internet) : 1 march 2012, (cited 2012 Jun 1). Available from : <http://ubonratchathani.kapook.com>
10. บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น จัดพิมพ์, 2545.
11. Meena Choojai. The Relationship Between Self Care Efficacy And Quality of Life Among Breast Cancer Patients With Mastectomy, Ratchaburi Province. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2009.



Factors Related to Breast Self – Examination Behaviors of Women, Ages 35 – 59 years old, in Khamyai Sub-District, Muang District, Ubon Ratchathani Province.

Lalida pukemayung*

Abstract

The purposes of this study were to 1) study the breast self – examination behaviors of Women. 2) study the relationships of bio-social factors, predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors and the breast self – examination behaviors of Women. The samples group consisted of 361 women, between the ages of 35 – 59 years old, who live in Khamyai Sub-district, Muang District, Ubon Ratchathani. This sample size was calculated by using the Krejcie and Morgan statistical table. The data collecting instrument was a questionnaire. Statistics for data analysis were based of Frequency, percentages with mean, standard deviation, and Pearson correlation.

Research findings were as the following:

1. The breast self – examination behaviors of women were rated at a moderate level.
2. The awareness for the risk of breast cancer, perception of the severity of breast cancer, perceived barriers of breast self – examination, convenience in having a breast self-examination, receiving news and having a basic level of knowledge on breast cancer and breast self – examination were rated at a moderate level. The awareness of the advantage of breast self – examination was also at a More level.
3. It was found that the awareness of breast cancer risk-taking and awareness of the illness severity of breast cancer is statistically relevant to the breast self – examination at the significant level of .01. Furthermore, the awareness of advantages of breast self-examination and the awareness of perceived barriers of breast self – examination were negatively correlated with breast self-examination behavior at the significant level of .01.

Keywords: Breast Self – Examination Behaviors

* Faculty of Nursing Ratchathani University



P 5.1 นวัตกรรม “ขาหยั่งทำแผล: Khemmarat Wound Chair”

จักรพงศ์ ปิติโชคโกคินท์ * ไบศรี จิ่งมั่งคอง *
นันทน์ภัส ปิติโชคโกคินท์**

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขมราฐ เป็นหน่วยงานที่ให้บริการการตรวจรักษาโรคทั่วไปนอกเวลาราชการ และให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งผู้ป่วยที่ทำหัตถการต่างๆ ตลอด 24 ชั่วโมง จากสถิติการให้บริการพบว่าเหตุการณ์ที่พบมากลำดับแรกคือการทำแผล รองลงมาคือการฉีดยาและการพ่นยาตามลำดับ การทำแผลพบเฉลี่ยต่อวันจำนวน 50 ราย โดยพบผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้าและต้องนั่งรถเข็นเพื่อมาทำแผล จำนวน 10 รายต่อวัน ผู้รับบริการกลุ่มนี้มีปัญหาในการเคลื่อนย้ายขึ้นไปยังเตียงลำบากและต้องใช้บุคลากรในการเคลื่อนย้ายเพราะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายและภาวะของโรคเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถเข็นขึ้นและลงเตียง 6 นาที/ราย จากการทบทวนความเสี่ยงปี 2554 พบอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มระหว่างการทำแผลและจากการเคลื่อนย้ายก่อนทำแผล 3 ราย สภาพดังกล่าวจึงจำเป็นต้องให้บริการล้างแผลบนรถเข็นที่นำมา แพทย์หรือพยาบาลที่ทำแผลให้จะใช้เก้าอี้บันไดพักเท้า เป็นที่วางเท้าผู้ป่วยซึ่งเก้าอี้บันไดพักเท้านี้มีความแข็งแรงหรือเท้าของผู้รับบริการเคลื่อนหลุดไปมา และต้องใช้ผู้ช่วยเหลือคนไข้หรือญาติมาจับขาไว้เพื่อไม่ให้เคลื่อนไปมาหรือหลุดตกจากเก้าอี้ งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จึงได้คิดนวัตกรรม ขาหยั่งทำแผล: Khemmarat Wound Chair ขึ้นมาซึ่งสามารถใช้รองหรือประคองขาและเท้าของผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้าขณะทำแผลได้

คำสำคัญ: นวัตกรรม ขาหยั่งทำแผล

* งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

** งานวิสัญญีพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของอุปกรณ์ที่ใช้รองขาและเท้าผู้มารับบริการทำแผล
2. เพื่อพัฒนาและเพิ่มคุณภาพการให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยของหน่วยงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนการดำเนินงานผสมผสานกับวงจรแห่งการพัฒนางานคุณภาพ (PDSA Cycle) ร่วมด้วย โดยมีการวางแผนการ (Plan) การปฏิบัติตามแผน (Do) การศึกษาผล/ประเมินผลงาน (Study) และการสร้างมาตรฐานนำมาปฏิบัติ (Action) มี 4 ขั้นตอน ดังนี้



1. ค้นหาปัญหาวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์และบริบทหน่วยงาน ประเด็นสำคัญ รวบรวมข้อมูลแจ้งให้หัวหน้าหน่วยงานทราบ
2. กำหนดวัตถุประสงค์ตัวชี้วัด หาแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคออกแบบนวัตกรรมฯที่ยังทำแผล :Khemmarat Wound Chair ร่วมกันประชุมและบอกแนวทางในการจัดทำ/การปฏิบัติการใช้นวัตกรรมต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ปฏิบัติไปในทางเดียวกัน
3. ดำเนินการจัดทำนวัตกรรม นำมาทดสอบและทดลองใช้งาน/แก้ไขและเปรียบเทียบ ศึกษาประสิทธิภาพ สำนวณความพึงพอใจจากบุคลากรแพทย์ พยาบาล เวชกิจฉุกเฉินและผู้รับบริการ
4. ติดตามตัวชี้วัด/นำมาวิเคราะห์ สรุปผลประเมินผล / นำมาปฏิบัติใช้งานจริง และเผยแพร่ยังหน่วยงานอื่นๆของโรงพยาบาล รวมทั้งเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีแผลที่ขาและเท้ามารับบริการทำแผลล้างแผลของโรงพยาบาล เชมราฐในปีงบประมาณ 2555

กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ บุคลากรที่ทำหน้าที่ในการล้างแผลให้ผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 11 คน เวชกิจฉุกเฉิน 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน รวมทั้งหมด 20 คน

สถิติและเครื่องมือที่ใช้ สถิติที่ใช้คือจำนวน ร้อยละ สัดส่วน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินผลนวัตกรรมจากผู้ป่วยที่มีแผลที่ขาและเท้า



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

แบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย
แบบรายงาน/ผลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

วิธีการประเมินผล ประเมินความพึงพอใจโดยใช้แบบประเมินผลนวัตกรรมจากผู้ป่วยที่มีแผลที่ขาและเท้าที่มารับบริการทำแผลล้างแผล ที่งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในปีงบประมาณ 2555, ประเมินผลความพึงพอใจจากบุคลากรผู้ให้บริการทำแผลผู้ป่วยที่มีแผลที่ขาและเท้า ได้แก่แพทย์ 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 11 คน เชนิกฉุกเฉิน 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน รวมทั้งหมด 20 คน ประเมินผลด้านความพร้อมและความเหมาะสมแข็งแรง มีสะดวกในการให้บริการและการจัดเก็บ/ มีปลอดภัยต่อผู้มารับบริการหรือไม่จากผลของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง แล้วนำมาสรุปผล

ระยะเวลา ระยะเตรียมการ: ธันวาคม พ.ศ. 2554, ระยะเวลาในการดำเนินการ: มกราคม พ.ศ. 2555 – พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ระยะเวลาในการประเมินผลงาน: มิถุนายน พ.ศ. 2555 และ พฤศจิกายน พ.ศ. 2555

วัสดุและอุปกรณ์

1. เสาเสาน้ำเกลือที่ชำรุดหรือขาเก้าอี้ที่ชำรุด
2. ชุดขาหยั่ง(ที่รองข้อพับขา)ที่ส่วนประกอบจากเตียงตรงภายในที่ชำรุด/ชุดขาหยั่งที่ออกแบบแล้วสั่งทำ
3. ส่วนไฟฟ้า
4. น็อตยึดเสากับตัวขาหยั่งรองขาและเท้า
5. เลื่อยตัดเหล็ก
6. สีสเปรย์
7. กล้ามปูตัวผู้และตัวเมียพร้อมสายรัดขา
8. ฟองน้ำแบบแผ่น
9. คัตเตอร์
10. เข็ม / ด้าย
11. กาวสองหน้า





ข้อดีของวัสดุอุปกรณ์ คือ

- ☐ วัสดุอุปกรณ์หาได้ง่าย
- ☐ ราคาถูก
- ☐ เป็นสิ่งที่เหลือใช้จากการดำเนินกิจกรรม 5 ส ของ โรงพยาบาล แล้วนำกลับมาใช้ใหม่

วิธีการจัดทำนวัตกรรม

1. จัดหาเสาน้ำเกลือที่ชำรุดหรือขาเก้าอี้ที่ชำรุดมาเลื่อยตัดเอาขาแบบล้อเลื่อนชนิด 4 ขา หรือ 5 ขา ให้เหลือความสูง 15 -20 ซม.
2. จัดหาชุดขาหยั่งที่ชำรุดเอามาซ่อมให้ใช้รองขาได้ โดยเลื่อยตัดแกนให้เหลือยาว 15 ซม. หรือจัดทำขาหยั่งขึ้นเอง สั่งจากร้านเหล็กให้จัดทำให้ จะได้ราคาตัวละ 450 บาท ซึ่งถูกกว่าสั่งในร้านครุภัณฑ์ซึ่งมีราคาสูงถึงตัวละ 4,800 บาท
3. ใช้สว่านไฟฟ้าเจาะรูเสาน้ำเกลือหรือขาเก้าอี้แล้วขาหยั่งมาประกอบเข้าด้วยกันโดยใช้นอตเป็นยึดไว้เวลาเลื่อนขึ้นลง ให้ได้ความสูงพอเหมาะกับการใช้งาน
4. ทำความสะอาดให้แห้งแล้วทาสีให้สวยงามแล้วเย็บสายรัดและกล้ามบุติดเพื่อผูกยึดขา
5. นำแผ่นฟองน้ำมาตัดตามรูปแผ่นรองขาใช้กาวสองหน้ายึด เพื่อเพิ่มความนุ่มเพิ่มสุขสบายไม่เย็นหรือไม่เจ็บขาหรือเท้า
6. จัดทำตามขนาดขาและเท้า เด็ก/ผู้ใหญ่



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รูปภาพประกอบวิธีการจัดทำนวัตกรรม





การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ





ตัวชี้วัดและผลลัพธ์

เครื่องชี้วัด	เป้าหมายร้อยละ (%)	ผลลัพธ์	
		2554 (ก่อนทำ)	2555 (หลังทำ)
1.แพทย์ พยาบาลและบุคลากรที่ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจมาก	90	90.26	100
2. ผู้ใช้บริการและญาติมีความพึงพอใจมาก	90	80.00	100
3.อุบัติการณ์การเลื่อนหลุด/พลัดตกหกล้มระหว่างการทำแผลและจากการเคลื่อนย้าย	0	2.25	0
4.ระยะเวลาในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถเข็นขึ้น – ลง บนเตียง	ไม่มีการเคลื่อนย้าย	6 นาที/ราย	ไม่มีการเคลื่อนย้าย
4.ประสิทธิภาพของนวัตกรรมมีความพร้อมใช้ ทำความสะอาดง่าย ความสะดวกต่อการใช้และการจัดเก็บ มีความแข็งแรง	> 95	ND	98.00
5.ลดต้นทุนการให้บริการ จากการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์	> 50	ขายยังราคา 4,800 บาท/ตัว	ราคาที่ทำนวัตกรรม 500 บาท/ตัว

ผลการวิจัย

จากผลการดำเนินงาน ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2554 ถึง 30 พฤศจิกายน 2555 มีผู้มารับบริการทำแผลที่เท้า ในปี 2555 จำนวน 368 ราย พบว่าสามารถพัฒนานวัตกรรมมาเป็นนวัตกรรมขายยังทำแผลที่เท้าที่จัดทำขึ้นด้วยวัสดุอุปกรณ์ที่หาง่ายเหลือจากการใช้งานแล้วนำกลับมาซ่อมให้สามารถใช้งานได้ใหม่ ทั้งยังมีความเหมาะสมแข็งแรง สะดวกในการให้บริการและการจัดเก็บ สามารถทำความสะอาดง่าย มีปลอดภัยต่อผู้มารับบริการล็อกหรือรัดขาไว้ได้โดยไม่พบว่ามีอุบัติการณ์การเลื่อนหลุด/พลัดตกหกล้มระหว่างการทำแผล สามารถให้บริการทำแผลได้เลยโดยไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากรถเข็นนั่งขึ้นบนเตียงทำแผลทำให้ประหยัดเวลาและลดภาระงานของเจ้าหน้าที่และญาติที่ต้องมาคอยจับขาผู้ป่วยหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากรถเข็นนั่งขึ้นลงบนเตียงรวมทั้งยังเพิ่มความสุขสบายให้กับผู้ป่วย ช่วยลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการเคลื่อนย้ายไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม ส่วนความพึงพอใจแพทย์ พยาบาลบุคลากรที่ใช้ นวัตกรรมพึงพอใจมากร้อยละ 95 ใช้บริการและญาติมีความพึงพอใจระดับมากร้อยละ 100 ลดต้นทุนการให้บริการจากราคาที่ทำนวัตกรรม 500/ตัวถ้าสั่งซื้อเฉพาะขายยังรองขา ราคา 4,800 บาท/ตัว



อภิปรายผลการวิจัย

สรุปได้ว่านวัตกรรมเก้าอี้ทำแผลที่เท้า: Khemmarat Wound Chair นี้มีความเหมาะสมในการให้บริการทำแผลผู้ป่วยที่มีแผลที่ขาและเท้าเป็นอย่างดี มีสะดวกรวดเร็วในการใช้งานและการจัดเก็บ อีกทั้งยังจัดทำได้ง่ายจากวัสดุอุปกรณ์ที่ชำรุดเหลือใช้เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ของหน่วยงาน นำมาสู่การพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการให้เพิ่มขึ้น

การเรียนรู้ที่ได้รับ การทบทวนการดูแลผู้ป่วย เมื่อพบปัญหาทำให้เกิดกระบวนการแก้ปัญหา เกิดการเรียนรู้สู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเพิ่มคุณภาพงานประจำที่ทำอยู่สู่การให้บริการที่ดีต่อไปอยู่ด้วย การให้บริการที่ใช้หัวใจความเป็นมนุษย์ในการให้บริการ เห็นอกเห็นใจและเข้าใจผู้รับบริการ

การนำไปใช้ประโยชน์



- ☐ พัฒนางานงานบริการ
- ☐ พัฒนางานวิชาการ
- ☐ ขยายจัดทำนวัตกรรมไปใช้งาน
ในเครื่องมือช่วย รพ.สต. เขตเขมราฐ
- ☐ ขยายจัดทำนวัตกรรมไปใช้งาน

OR , Ward



ข้อเสนอแนะ

ควรนำไปเผยแพร่ให้ทุกๆหน่วยงานในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นที่ให้บริการทำแผล รวมทั้งเครื่องมือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และควรทำขนาดเล็กด้วยเพื่อให้บริการเด็กและขาหยังควรที่จะสามารถล็อกหรือยึดล้อได้



ภาพการใช้นวัตกรรมในการให้บริการ

ก่อนทำ

นวัตกรรม

หลังทำ





ภาพการใช้นวัตกรรมในการให้บริการ





P 5.2 กล่องยาฉุกเฉิน Khemmarat Emergency Drug Box: KED Box

จักรพงศ์ ปิติโชคโกศลันท์*

สุภาพร เจริญวงศ์* กัลยาณี พิลากุล*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลเขมราฐ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ซึ่งอยู่ในเขตชายแดนไทยลาว ห่างไกลจากจังหวัดอุบลราชธานี 110 กิโลเมตรไม่มีแพทย์เฉพาะทาง เมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยวิกฤติมาใช้บริการ ไม่ว่าจะมาเองหรือมาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะมีการส่งต่อไปรักษาและวินิจฉัยขั้นสูงต่อยังโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ทำให้มีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 3,204 ราย ในจำนวนนี้มีการประเมินเกณฑ์คุณภาพ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลทางเดินหายใจ 2) การช่วยหายใจ 3) การตาม 4) การห้ามเลือด 5) การให้ยาและสารน้ำ ของศูนย์ส่งต่อในระดับจังหวัดพบว่าผ่านร้อยละ 90.50 (เกณฑ์คุณภาพที่กำหนดให้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95) ส่วนมากจะพบปัญหาด้านการให้ยาและสารน้ำ ร้อยละ 50 ของการประเมินทั้ง 5 ด้าน จากการทบทวนปัญหาที่พบได้แก่ 1) ยาไม่พร้อมใช้และมีไม่เพียงพอหรือไม่มี 2) ยาหายากหรือหาไม่พบทำให้เกิดความไม่สะดวกในการให้ยา 3) เกิดความล่าช้าในการให้ยา/ระยะเวลาในการให้นานเกิน 10 นาที 4) หลอดยาแตกชำรุดหรือสูญหาย 5) พยาบาลส่งต่อเกิดความพึงพอใจในการใช้ยาฉุกเฉินในรถรับส่งต่อผู้ป่วยร้อยละ 50 จากปัญหาดังกล่าวในด้านของการให้ยาและสารน้ำนั้นว่าเป็นด้านที่สำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่วิกฤติฉุกเฉินที่เกิดอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการส่งต่อ เพราะถ้าแพทย์สั่งการรักษาหรือคนไข้เกิดการเปลี่ยนแปลงจะทำให้คนไข้ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาตามมาตรฐานผลอาจเกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ดังนั้นงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินซึ่งรับผิดชอบงานการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลจึงได้จัดทำ นวัตกรรม “กล่องยาฉุกเฉิน Khemmarat Emergency Drug Box: KED Box” ขึ้น

คำสำคัญ: นวัตกรรม กล่องยาฉุกเฉิน

*งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความพร้อม ความเพียงพอ ความสะดวก ความรวดเร็วในการใช้ยาฉุกเฉินในรถรับส่งต่อผู้ป่วยส่งผลให้เกิดปลอดภัยในการใช้ยา ลดความคลาดเคลื่อนทางยาและเพื่อเพิ่มความพึงพอใจในการใช้ยาของบุคลากรที่ทำหน้าที่รับส่งต่อผู้ป่วย

*งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ การดำเนินงานผสมผสานกับวงจรแห่งการพัฒนาคุณภาพ (PDSA Cycle) ร่วมด้วย

โดยมีการวางแผนการ (Plan) การปฏิบัติตามแผน (Do) การศึกษาผล/ประเมินผลงาน (Study) และการสร้างมาตรฐานนำมาปฏิบัติ (Action) มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ค้นหาปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาจากการรับส่งต่อผู้ป่วยและผลการประเมินการส่งต่อแล้วสรุปปัญหาให้ผู้บริหารรับทราบ
2. ออกแบบหาแนวทางการแก้ไขโดยออกแบบนวัตกรรมกล่องยาฉุกเฉิน KED Box จากกล่องชุดช่วยหายใจ (Ambu-Bag)
3. ดำเนินการปฏิบัติการโดยใช้กล่องพลาสติก Ambu-Bag ที่เหลือใช้มาจัดทำนวัตกรรม KED Box จัดหมวดหมู่ยาและติดป้ายยาฉุกเฉินเรียงตามลำดับอักษร เพื่อสะดวกง่ายต่อการใช้นำมาทดสอบและทดลองใช้งาน/แก้ไขและเปรียบเทียบ สำนวจความพึงพอใจจากบุคลากรแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร
4. วิเคราะห์สรุปผลนำมาปฏิบัติใช้งานจริงและเผยแพร่ยังหน่วยงานอื่นๆของโรงพยาบาล





การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อโดยรถและพยาบาลโรงพยาบาลเขมราฐ ในปีงบประมาณ 2555, กลุ่มตัวอย่างได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เวชกิจฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจำนวน 35 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

สถิติและเครื่องมือที่ใช้ สถิติที่ใช้คือ จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินประสิทธิภาพนวัตกรรมแบบประเมินความพึงพอใจและคุณภาพการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

วิธีการประเมินผล ประเมินผลจากการประเมินคุณภาพการรับและการส่งต่อผู้ป่วยทั้ง 5 ด้านของศูนย์ส่งต่อระดับจังหวัด โดยเน้นการตรวจสอบด้านการให้ยาและการให้สารน้ำ, ประเมินผลจากแบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินการให้ยาระหว่างรับส่งต่อผู้ป่วยเรื่องระยะเวลาการให้ยา เรื่องความพร้อมของการให้ยาของพยาบาลส่งต่อและเวชกิจฉุกเฉิน แล้วนำแบบประเมินต่างๆมาวิเคราะห์สรุปผล

ระยะเวลาในการดำเนินการ ระยะเตรียมการ: กันยายน พ.ศ. 2554, ระยะเวลาในการดำเนินการ: ตุลาคม พ.ศ. 2554 – กันยายน พ.ศ. 2555, ระยะเวลาในการประเมินผลงาน: มีนาคม พ.ศ. 2555 และ กันยายน พ.ศ. 2555)

วัสดุอุปกรณ์

ก่อนทำ

หลังทำ

- 1.กล่องพลาสติกAmbu-Bagที่เหลือใช้หรือกล่องพลาสติกขนาด35ซ.มX15ซ.ม.
- 2.แผ่นโฟมที่ตัดจากกล่องโฟมเหลือใช้
- 3.สติ๊กเกอร์สี
- 4.กระดาษสีเหลือง+สีน้ำเงิน
- 5.พลาสติกใส
- 6.รายการยาฉีด HAD 11 รายการ
- 7.รายการยาทาน 3 รายการ
ASA gr. V , Plavix(75) , Isordil(5)





การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการจัดทำนวัตกรรม

1. จัดหากล่องพลาสติก Ambu-Bag ที่เหลือใช้หรือกล่องพลาสติกขนาด 35 ซม. X15 ซม.X 15 ซม.
2. จัดหมวดหมู่ยาและติดป้ายยาฉลากเงินเรียงตามลำดับอักษร เพื่อสะดวกง่ายต่อการใช้นำมาทดสอบและทดลองใช้งาน/แก้ไขและเปรียบเทียบ
3. ใช้แผ่นโฟมที่ตัดจากกล่องโฟมเหลือใช้มาวางลงในกล่องให้เต็มพื้นที่ก้นกล่อง
4. ติดสติ๊กเกอร์สีลงที่แผ่นโฟมตามสีที่ชอบให้ดูสบายตา ติดสติ๊กเกอร์ชื่อรายการยาที่กล่องวางยาด้านในและติดลงที่แผ่นโฟมไปทางเดียวกัน
5. จัดวางยาลงในแผ่นโฟมและกล่องยา ติดสติ๊กเกอร์รายการยาทุกประเภทที่ผนังกล่องด้านหน้า
6. ดำเนินการปฏิบัติการโดยใช้กล่องพลาสติก Ambu-Bag ที่เหลือใช้มาจัดทำนวัตกรรม KED Box
7. ตรวจสอบรายการยาทุกครั้งก่อนการออกปฏิบัติการรับและส่งต่อ

ตัวชี้วัดและผลลัพธ์

เครื่องชี้วัด	เป้าหมายร้อยละ (%)	ผลลัพธ์	
		2554 (ก่อนทำ)	2555 (หลังทำ)
1.แพทย์ พยาบาลและบุคลากรที่ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจมาก	90	90.26	95
2. ผู้ใช้บริการละยาตีมีความพึงพอใจมาก	90	80	100
3.ยาฉลากเงินในรถรับส่งต่อผู้ป่วยยามีพร้อมใช้และมีเพียงพอ	> 95	50	100
4.เกิดความรวดเร็วในการให้ยา (หลังสั่งให้ยาให้ได้ภายใน)	1 นาที	10 นาที	1 นาที
5.มีการตรวจสอบยาหลังจากการใช้งาน	100	43.50	100
6.ประสิทธิภาพของนวัตกรรม ความสะดวกต่อการใช้และการจัดเก็บ มีความแข็งแรง ยาไม่มีความปลอดภัยไม่แตกชำรุดหรือสูญหาย	มากกว่า 95	ND	98
7.ผลการประเมินคุณภาพการรับและการส่งต่อผู้ป่วย(ด้านการให้ยาและสารน้ำ)	> 95	50	100

ผลการวิจัย

จากผลการดำเนินงาน ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2554 ถึง 30 กันยายน 2555 พบว่ายาฉลากเงินในรถรับส่งต่อผู้ป่วยยามีพร้อมใช้และมีเพียงพอ ไม่พบอุบัติเหตุการฉีกฉลากยาไม่พร้อมใช้งาน เกิดความรวดเร็วและ



ระยะเวลาในการให้ยาสามารถให้ยาได้ภายใน 1 นาทีหลังจากรับคำสั่ง ลดระยะเวลาได้ 9 นาที ไม่พบอุบัติการณ์
หลอดยาแตกชำรุดหรือสูญหายโดยมีการตรวจสอบยาหลังจากการใช้งานโดยพยาบาลหัวหน้าเวรทุกเวร ,
แพทย์ เภสัชกร พยาบาลส่งต่อและเวชกิจฉุกเฉินเกิดความพึงพอใจร้อยละ 95 , ผลการประเมินคุณภาพการรับ
และการส่งต่อผู้ป่วยทั้ง 5 ด้านของศูนย์ส่งต่อระดับจังหวัด ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 98.25 ในร้อยละ 1.75 ที่ไม่
ผ่านเกณฑ์คือด้านการตามและการห้ามเลือด ส่วนด้านการให้ยาและสารน้ำไม่พบอุบัติการณ์ความไม่เหมาะสม
ด้านราคาเฉลี่ย 180 บาท/กล่อง เมื่อเทียบกับราคาระเบี่ยาฉุกเฉินตามท้องตลาดราคา 1,500 บาท/ชิ้น

อภิปรายผลการวิจัย

นวัตกรรมดังกล่าวเป็นนวัตกรรมที่ประดิษฐ์จากวัสดุอุปกรณ์ที่เหลือใช้ในงานทาง่ายราคาประหยัด
ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ได้ดี จึงเป็นรูปแบบกล่องยาและการบริหารจัดการด้านยาฉุกเฉินที่ดีมี
ประสิทธิภาพและคุณภาพเป็นอย่างดี นำมาสู่มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยที่ดีและไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรนำไปเผยแพร่ให้ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลจัดกล่องยาฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงไว้เพื่อให้เกิด
ความพร้อมใช้งาน การเรียนรู้ที่ได้รับ การทบทวนปัญหาและการรายงานปัญหาที่พบ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข
ถือเป็นโอกาสการพัฒนาและสร้างสรรค์ที่ดี ส่วนการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ในงานที่ทำอยู่โดยใช้วัสดุที่มีอยู่นั้น
ถือเป็นการบริหารจัดการทรัพยากรที่ดีส่งผลให้เกิดการพัฒนาการทำงานของตนและหน่วยงานให้ดียิ่งขึ้นไป





การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาคผนวก



โครงการ ประชุมสามัญและประชุมวิชาการ ประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
“การพยาบาลที่เป็นเลิศ : กุญแจสู่ชุมชนสุขภาพในยุคเศรษฐกิจอาเซียน”
(Nursing Excellence : A Key to Healthy Community in AEC era)
ระหว่าง วันที่ 2-3 สิงหาคม 2556
ณ โรงแรมสุนีย์แกรนด์ แอนด์คอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ จังหวัดอุบลราชธานี

1. หลักการและเหตุผล

“ประชาคมอาเซียน” มีเป้าหมายเพื่อการรวมตัวกันของประเทศสมาชิกอาเซียน ให้มีอำนาจในการต่อรอง รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันระหว่างประเทศของอาเซียนในทุกด้าน ให้สมาชิกมีความสามารถรับมือกับปัญหาใหม่ในระดับโลกที่ส่งผลกระทบมาถึงภูมิภาคอาเซียน เช่น ภาวะโลกร้อน หรือ การก่อการร้าย ดังนั้นการเป็นประชาคมอาเซียน จึงเป็นการรวมตัวกันสู่ “ชุมชนเดียวกัน” ให้เกิดความสุข ความเข้มแข็ง สามารถดูแลสมาชิกในชุมชนให้ปลอดภัย มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี และเป็นชุมชนสุขภาพดี สมาชิกมีความสุขอย่างเท่าเทียมกัน

การพัฒนาบริการพยาบาลที่เป็นเลิศสู่สุขภาพของชุมชนในยุคเศรษฐกิจอาเซียนจึงเป็นทั้งโอกาสและความท้าทายต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก ทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ตลอดจนกระแสการเปลี่ยนแปลงทางการศึกษาและวัฒนธรรมของสังคมโลก ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนให้มีปัญหาการเจ็บป่วยทั้งลักษณะวิกฤติและเรื้อรัง มีความสลับซับซ้อนและรุนแรงขึ้น จนทำให้สังคมต้องการบริการสุขภาพและบริการพยาบาลที่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพอันสลับซับซ้อนนี้ได้ ขณะเดียวกันพยาบาลที่ให้บริการทั้งในภาครัฐและเอกชนก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน บริการพยาบาลที่เร่งรีบ เร่งรัด หนักหน่วง ด้วยความต้องการการบริการด้านสุขภาพของประชาชนมีมากขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อกุณภาพบริการ การบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน เป็นที่พึงพอใจและยอมรับของผู้ใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยคำนึงถึงคุณภาพ และคุ้มค่าใช้จ่าย เพิ่มผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมทั้งการส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของพยาบาลและองค์กรวิชาชีพ เพื่อมุ่งสู่บริการพยาบาลที่เป็นเลิศ ตอบสนองความต้องการในระบบสุขภาพ มุ่งสู่เป้าหมายสุดท้าย คือ ประชาชนสุขภาพดี ซึ่งการพยาบาลที่เป็นเลิศ เป็นกระบวนการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด เป็นการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐานขึ้นไป ไร้ข้อผิดพลาด มีคุณภาพสูง คุ้มค่าคุ้มทุน ใช้ความรู้โดยใช้งานวิจัยเป็นฐานในการตัดสินใจการปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้ เพิ่มคุณภาพชีวิตและผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงได้ร่วมกับศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดประชุมวิชาการในเรื่องนี้ขึ้น โดยมุ่งหวังให้พยาบาลได้มีเวทีเผยแพร่ผลงาน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้งการพัฒนาผลงานเพื่อนำเสนอในเวทีการประชุมนานาชาติต่อไป

2. วัตถุประสงค์ เพื่อให้พยาบาลผู้ร่วมประชุมสามารถ

- 2.1 เข้าใจความหมายของการพยาบาลที่เป็นเลิศ (Excellence Nursing)
- 2.2 ระบุบทบาทของพยาบาลและแนวทางพัฒนาบริการพยาบาลที่เป็นเลิศในยุคเศรษฐกิจอาเซียน
- 2.2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เผยแพร่งานวิจัย นวัตกรรม และกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประมวลผลงานวิชาการของสมาชิกสมาคมพยาบาลฯ และบุคลากรด้านสาธารณสุข



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

- 2.3 ประชุมสามัญประจำปีของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 2.4 เพื่อเชิดชูเกียรติพยาบาลดีเด่นที่เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ประกอบการพยาบาล
- 2.5 เพื่อแสดงมุทิตาจิตแด่พยาบาลผู้เกษียณอายุราชการ

3. กลุ่มเป้าหมาย:

สมาชิกสมาคมพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและบุคลากรทางการพยาบาลที่สนใจจำนวน 500 คน

4. ระยะเวลาดำเนินการ: 2 – 3 สิงหาคม 2556 เป็นเวลา 2 วัน

5. สถานที่: ณ โรงแรมสุณี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

6. ค่าลงทะเบียน: สำหรับสมาชิกคนละ 2,500 บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)
ไม่เป็นสมาชิกคนละ 2,800 บาท (สองพันแปดร้อยบาทถ้วน)

7. การประเมินผล: จากการสังเกตและแบบสอบถามผู้เข้าร่วมประชุมหลังสิ้นสุดการประชุม

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ: ผู้เข้าร่วมประชุม

- 8.1 มีองค์ความรู้ มีความเข้าใจ มีความพร้อมในการเตรียมตัวเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และใช้ประโยชน์จากการเข้าประชาคมฯ ให้ได้อย่างสูงสุด
- 8.2 เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อกำหนดวิธีพัฒนาศักยภาพ วิธีสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศ
- 8.3 ได้แนวทางในการพัฒนางานวิจัยด้านสุขภาพ หรือ นวัตกรรมต่าง ๆ
- 8.4 บุคลากรทางการพยาบาลได้รับทราบข่าวสารของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

ลงชื่อ ผู้เสนอโครงการ
(ผศ.ดร.นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์)

ประธานฝ่ายวิชาการ

กรรมการอำนวยการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วันที่4.....เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2556

ลงชื่อ ผู้อนุมัติโครงการ
(รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว)

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วันที่ ...4.....เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2556



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โครงการ ประชุมสามัญ และประชุมวิชาการ ประจำปี 2556

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

“การพยาบาลที่เป็นเลิศ : กุญแจสู่ชุมชนสุขภาพในยุคเศรษฐกิจอาเซียน”

(Nursing Excellence : A Key to Healthy Community in AEC era)

ระหว่าง วันที่ 2-3 สิงหาคม 2556 ณ โรงแรมสุโขทัยแกรนด์ แอนด์คอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ จังหวัดอุบลราชธานี

วันที่ 1 สิงหาคม 2556	
16.00 – 20.00 น.	ลงทะเบียน
วันที่ 2 สิงหาคม 2556	
08.00 - 08.30 น.	ลงทะเบียน
08.30 – 08.45 น.	กล่าวเปิดงาน โดย ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี กล่าวรายงาน โดย รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
08.45 – 09.45 น.	ปาฐกถาพิเศษ เรื่อง “ชุมชนสุขภาพในยุคเศรษฐกิจอาเซียน” (Healthy Community in AEC Era) โดย รองนายกสภาการพยาบาล ประเทศไทย รศ.ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ
09.45 – 10.15 น.	มอบรางวัลพยาบาลดีเด่นและนักศึกษาพยาบาลดีเด่น โดย นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บันทึกภาพความทรงจำ
10.15 - 10.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.30 – 11.20 น.	ปาฐกถาพิเศษ เรื่อง “บทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลในยุคเศรษฐกิจอาเซียน” (Defining Nurses Role / responsibilities in AEC era) โดย นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รศ.ดร. สมจิต แดนสีแก้ว
11.20 - 12.00 น.	บรรยายเรื่อง “ความสามารถในงานของพยาบาล” (Nurses’ Work Abilities) โดย รศ.ดร. เกษราวัลณ์ นิลรวงศ์ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
12.00 - 13.00	พักรับประทานอาหารเที่ยง Luncheon talk ทีมประชาสัมพันธ์
13.00 - 14.00 น.	บรรยายเรื่อง Defining Nursing Excellence through Positive Practice Environment, PPE โดย ดร.นฤมล สิงห์ตง สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
14.00 – 17.30 น.	นำเสนอและประกวดผลงานพัฒนาคุณภาพ/ผลงานวิจัย
	Oral presentation งานวิจัย และ R2R ห้องที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง (Care System Development for People with Chronic Conditions) ผศ.ดร.เสาวมาศ เกื่อนนาดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดร.วารินทร์ ศิริวานิชย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ดร.สุเพียร โภคทิพย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กรรมการอำนวยการสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ห้องที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ (Care System Development for People



	with Critical Care) ผศ.ดร.วาสนา รวยสูงเนิน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดร.เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา คุณอรชร มาลาหอม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กรรมการอำนวยการสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ห้องที่ 3 สุขภาพและคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน (Health and Quality of Life of Working-Age People) รศ.ดร. เกษราวัลณ์ นิลวรังกูร ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น รศ.ดร. วลัยพร นันทศุภวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ดร.สุรีย์ ธรรมิกบวร คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี คุณปิยนุช บุญกอง รพ.สกลนคร กรรมการอำนวยการสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ห้องที่ 4 งานนวัตกรรมและ ผลงานวิชาการของนักศึกษาพยาบาล ดร. สุพิตรา เศลวัฒนะกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ อ. รจนา วรวิทย์ศรางกูร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี อ.รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น กรรมการอำนวยการสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
18.00 – 22.00 น.	มุทิตาจิตแด่ผู้เกษียณอายุราชการ
วันที่ 3 สิงหาคม 2556	
08.00 – 9.00น.	นำเสนอและประกวดผลงาน Poster presentation ประธาน ผศ.ดร. นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รองประธาน เอื้อมพร กาญจนรังสีชัย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขานุการ นางธนิดา ตั้งยิ่งยง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กลุ่มที่ 1 Integrative research ประธาน ดร. เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รองประธาน ดร. ประภาพร สุวรรณ์ชัย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เลขานุการ คุณปิยนุช บุญกอง รพ.สกลนคร ผู้ช่วยเลขานุการ นายศิวานนท์ รัตนกนกชัย โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มที่ 2 Basic research ประธาน ดร. ปาริชาติ มาลัย ข้าราชการบำนาญ เขตอุบลราชธานี รองประธาน คุณวิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ โรงพยาบาลขอนแก่น เลขานุการ คุณดรณี บุ่งทอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เลขานุการ ประภารัตน์ ประยูรพรม โรงพยาบาลชัยภูมิ ผู้ช่วยเลขานุการ นางทัศนีย์ จังกาจิตต์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กลุ่มที่ 3 R2R ประธาน ดร. สุพิตรา เศลวัฒนะกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ รองประธาน คุณนวลจันทร์ พูลสมบัติ ข้าราชการบำนาญ เลขานุการ คุณศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี เลขานุการ คุณศิริยุพา จักรสุวรรณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้ช่วยเลขานุการ อ.รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

	กลุ่มที่ 4 CQI ประธาน วงเดือน ฤาชา โรงพยาบาลชัยภูมิ รองประธาน คุณสุวรรณา ธาดาพิพัฒน์ โรงพยาบาลขอนแก่น เลขานุการ คุณเอี่ยมพร ชมภูมิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี เลขานุการ อ.ปราณี แสตคง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ผู้ช่วยเลขานุการ คุณบุหลัน เปลี่ยนธงชัย โรงพยาบาลบุรีรัมย์ กลุ่มที่ 5 Innovation ประธาน ผศ.ดร. วาสนา รวยสูงเนิน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รองประธาน ดร. นฤมล สิงห์ตง สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เลขานุการ คุณศศิธร ชำนาญผล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี เลขานุการ คุณโสภิตา ดาวสดใส โรงพยาบาลธัญญักษ์ ขอนแก่น ผู้ช่วยเลขานุการ คุณชุติมา ดีสวัสดิ์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์
09.00 – 10.00 น.	บรรยาย เรื่อง ผลลัพธ์ทางการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ (Nursing outcomes toward excellent)” ดร. สุเพียร โภคทิพย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี
10.00 – 10.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.15 – 11.30 น.	Panel Discussion : Best Practice in Nursing from Various Cultural Perspective โดย 1) Ms Fitri Aroflati, University Muhammadiyah, Yogyakarta, Indonesia, 2) Ms. DO THI HA, Pham Ngoc Thach University of Medicine, Ho Chi Minh City, Vietnam 3) Mrs. Anousone Sisoulath, Faculty of nursing, University of health sciences, Vientiane Capital City, Lao People Democratic Republic. ดำเนินการอภิปราย โดย ผศ. ดลวิวัฒน์ แสนโสม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11.30 – 12.00 น.	ประชุมสามัญประจำปี แลกเปลี่ยนงานและแผนการดำเนินงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดย รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว นายกสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
12.00 – 12.30 น.	- พิธีมอบรางวัลผลงานวิจัย/ นวัตกรรม ดีเด่น โดย รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
12.30 – 13.30 น.	พักรับประทานอาหารเที่ยง
13.30 – 14.00 น.	- ประเมินผลและ อภิปรายปัญหาทั่วไป โดย คุณสมพร เทพสุริยานนท์ อุปนายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขตอุบลราชธานีและทีมงานเขต อุบลราชธานี
14.00 – 15.30 น.	นำเสนอผลงาน 3 ปีย้อนหลัง
15.30 – 16.00 น.	พิธีปิด

พิธีกรตลอดงาน คุณโสภิตา ดาวสดใส โรงพยาบาลธัญญักษ์ ขอนแก่น
อ. รจนา วรวิทย์ศรางกูร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
คุณนรากร สารีแท้ โรงพยาบาลธัญญักษ์ อุตรธานี
ประชาสัมพันธ์ ดูแลการแถลงข่าว คุณสรารุณี ที่ดี โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประกาศสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ฉบับที่ ๘/๒๕๕๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ประจำปี ๒๕๕๖”

ด้วยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กำหนดให้มีการจัดประชุมวิชาการ ประจำปี ๒๕๕๖ เรื่อง “การพยาบาลที่เป็นเลิศ : ญอแจสู่ชุมชนสุขภาพในยุคเศรษฐกิจอาเซียน” ระหว่างวันที่ ๒ – ๓ สิงหาคม ๒๕๕๖ ณ โรงแรมสุโขทัยแกรนด์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ เข้าใจ ความหมาย การพยาบาลที่เป็นเลิศ (Excellent Nursing) บทบาทและแนวทางการพัฒนาบริการพยาบาล รวมทั้งการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ เผยแพร่งานวิจัย นวัตกรรม และกระบวนการในการพัฒนาบริการพยาบาล พร้อมทั้งเพื่อเชิดชูพยาบาลดีเด่นที่เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และแสดงมุติดาจิตแก่ผู้เกษียณอายุราชการ นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานของการประชุมดังกล่าว เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุวัตถุประสงค์ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

๑. คณะกรรมการที่ปรึกษา

- | | |
|---|---------------------------|
| ๑.๑ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต ๑๐ | ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษา |
| ๑.๒ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๑.๓ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๑.๔ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๑.๕ นางประภาศรี ศุภสิริวรรณ นายกิตติมศักดิ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๑.๖ นางนวลจันทร์ ประเคนรี อดีตนายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | กรรมการที่ปรึกษา |
| ๑.๗ ดร.ปาริชาติ มาลัย กรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | กรรมการที่ปรึกษา |

๒. คณะกรรมการอำนวยการ

- | | |
|--|---------------------|
| ๒.๑ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี | ประธานกรรมการ |
| ๒.๒ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ | รองประธานกรรมการ |
| ๒.๓ น.ส.สมพร เทพสุริยานนท์ หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
และรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล | รองประธานกรรมการ |
| ๒.๔ น.ส.สะอาดศรี ชาริรัตน์ | กรรมการ |
| ๒.๕ นางวิลาวัณย์ ชมาฤกษ์ | กรรมการ |
| ๒.๖ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล | กรรมการ |
| ๒.๗ หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกท่าน | กรรมการ |
| ๒.๘ นางสุชาดา เสตพันธ์ | กรรมการและเลขานุการ |



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๒.๙ น.ส.ยุวดี เทียมสุวรรณ
๒.๑๐ นางทัศนีย์ จังกาจิตต์
๒.๑๖ นางพิมพ์พันธ์ เจริญศรี

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่และความรับผิดชอบ ดังนี้

- วางแผนจัดการประชุม เตรียมการประชุมตลอดจนแก้ไขปัญหา อุปสรรคต่างๆ เพื่อให้การประชุมบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้
- การพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ได้ตามเหมาะสม
- สนับสนุน ช่วยเหลือและเสนอแนะการดำเนินงานของคณะกรรมการชุดต่างๆ
- จัดทำหนังสือ/เอกสารประสานงาน ขอรับการสนับสนุนต่างๆ

๓. คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ

๓.๑ คณะกรรมการฝ่ายวิชาการและประเมินผลงานทางวิชาการ

๑. น.ส.พัชนี ทองประเสริฐ	ประธานกรรมการ
๒. นางธนิดา ตั้งยิ่งยง	รองประธานกรรมการ
๓. น.ส.อรชร มาลาหอม	กรรมการ
๔. ดร.ประภาพร สุวรัตน์ชัย	กรรมการ
๕. นางเอื้อมพร ชมพู่มี	กรรมการ
๖. น.ส.รัชนี วีระสุขสวัสดิ์	กรรมการ
๗. น.ส.เยาวเรศ เอื้ออารีย์เลิศ	กรรมการ
๘. นางดุขุฎี อารยะวงศ์ชัย	กรรมการ
๙. นางปาริชาติ ใจสุภาพ	กรรมการ
๑๐. น.ส.ศศิธร ชำนาญผล	กรรมการและเลขานุการ
๑๑. ดร.สุเพียร โภคทิพย์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๒. น.ส.มาลี นิยมพงษ์พันธ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

- จัดหาประธานและเลขานุการประจำวัน เพื่อดำเนินการประชุม ตามหัวข้อการบรรยายทั้งแบบ Key Note Speech และ Symposium
- คัดเลือกผลงานวิชาการเพื่อร่วมนำเสนอผลงานในการประชุม ควบคุมเวลาในการนำเสนอผลงานวิชาการ
- กำหนดรูปแบบ แนวทางการนำเสนอผลงานวิชาการ
- จัดทำแบบประเมินและกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนผลงานวิชาการ
- ดำเนินการประเมินผลงานวิชาการ ให้คะแนน และตัดสินผลงานโปสเตอร์วิชาการดีเด่น
- ประสานงานการจัดทำโปสเตอร์เสนอผลงานวิชาการ
- จัดทำเกียรติบัตร/โล่ เพื่อมอบให้ผู้นำเสนอผลงานทุกท่าน
- ประสานงานกับคณะกรรมการจัดเตรียมสถานที่เกี่ยวกับจัดสถานที่จัดบอร์ดนิทรรศการต่าง ๆ
- อำนวยความสะดวกแก่วิทยากรในห้องประชุม และห้องนำเสนอผลงานวิชาการ

๓.๒ คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ พิจารณาคัดเลือกและจัดเตรียมข้อมูลทำเอกสารประกอบการประชุมวิชาการ

๑. ผศ.ดร. นางลักขณ์ เมธากาญจนศักดิ์	ประธานกรรมการ
๒. ผศ. ดลวิวัฒน์ แสนโสม	รองประธานกรรมการ
๓. ดร. นฤมล สิงห์ดง	กรรมการ
๔. ดร.วาริวรรณ ศิริวานิชย์	กรรมการ



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๕. รศ. เพชรไสว ล้อมตระกูล	กรรมการ
๖. รศ.ดร. พนิษฐา พานิชชีวะกุล	กรรมการ
๗. รศ. ดร.กฤตยา แสงเจริญ	กรรมการ
๘. รศ.ดร. วรณชนก จันทชุม	กรรมการ
๙. รศ.สมพร วัฒนกุลเกียรติ	กรรมการ
๑๐. รศ. ดร.อัมพรพรรณ อีรานุดร	กรรมการ
๑๑. รศ.ดร.สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ	กรรมการ
๑๒. รศ.ดร. วลัยพร นันทศุภวัฒน์	กรรมการ
๑๓. รศ. ดร. เกษราวัลณ์ นิลวางกูร	กรรมการ
๑๔. ผศ.ดร. วาสนา รวยสูงเนิน	กรรมการ
๑๕. รศ.ดร. สมจิต แดนสีแก้ว	กรรมการ
๑๖. ผศ.ดร. จิตกานันท์ ศรีจักรโคตร	กรรมการ
๑๗. รศ. อำพล ศรีรักษา	กรรมการ
๑๘. รศ.ดร. พร้อมจิตร์ ห่อนบุญเข็ม	กรรมการ
๑๙. รศ.ดร. จิราภา ศิริวัฒนเมธานนท์	กรรมการ
๒๐. ผศ.ดร. เสาวมาศ เกื่อนนาดี	กรรมการ
๒๑. นางรจนา วรวิทย์ศรางกูร	กรรมการ
๒๒.ดร. เกศินี สราญฤทธิชัย	กรรมการและเลขานุการ
๒๓. ผศ. วิจิตรา เสนา	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๔. อาจารย์สุทธินันท์ สุนินดี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีหน้าที่ดังนี้

๑. จัดให้มีการนำเสนอผลงานคุณภาพทางการพยาบาลทั้งประเภท Oral presentation และ Poster presentation
๒. ตัดสินผลงานวิชาการดีเด่น
๓. สรุปผลงานการจัดประกวดผลงานวิชาการ
๔. ประสานงานกับคณะกรรมการฝ่ายต่าง ๆ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย
๕. งานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะที่ปรึกษาและคณะกรรมการอำนวยการ

๔. คณะกรรมการเอกสารและรายงาน

๑. นางอรพรรณ จิ่งเจริญ	ประธานกรรมการ
๒. นางศิริวัฒน์ ปิ่นสุวรรณ	รองประธานกรรมการ
๓. นางมะลิวรรณ โกละสุต	กรรมการ
๔. น.ส.เพ็ญใจ ตั้งตรงมิตร	กรรมการ
๕. น.ส.ชุติมา ศรีสำอางค์	กรรมการ
๖. นางจิระวัฒน์ บุรพันธ์	กรรมการ
๗. น.ส.สุวิมล ทิพย์โอสถ	กรรมการ
๘. น.ส.สุวรรณา สลับศรี	กรรมการ
๙. นางเกศรา ศรีสำอางค์	กรรมการ
๑๐. น.ส.วันเพ็ญ เกณฑ์สาคุ	กรรมการ



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๑๑.นางวรรณภา ยานู	กรรมการ
๑๒. นางเพียรใจ เพื่องาม	กรรมการและเลขานุการ
๑๓. นางกนกลักษณ์ แสงสว่าง	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๔. นางสาวฝน ดีเมืองปัก	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. ประสาน ติดต่อขอต้นฉบับของผลงาน บทความที่ผ่านการพิจารณาจากส่วนกลาง ร่วมกับคณะกรรมการวิชาการและคณะกรรมการเอกสารและรายงาน
๒. ประสานวิทยากร ประสานงานการจัดเตรียมเอกสารประกอบการบรรยาย
๓. จัดทำเอกสารประกอบการประชุม หนังสือ คู่มือ ประกอบการประชุม
๔. รวบรวมและสรุปเนื้อหาจากการประชุมวิชาการ
๕. ประสานงานกับกรรมการประชาสัมพันธ์สื่อสาร ทำหนังสือพิมพ์ ฯลฯ
๖. รวบรวมประวัติผู้เขียน รูปภาพ เพื่อประสานให้ฝ่ายโสตฯ วิดีทัศน์ผู้เขียน
๗. จัดทำโบว์ติดรางวัลผลงานดีเด่น

๕. คณะกรรมการฝ่ายพิธีการจัดประชุม

๑. น.ส.สะอาดศรี ชาริรัตน์	ประธานกรรมการ
๒. น.ส.รุ่งเพชร กิริมหาตม์	รองประธานกรรมการ
๓. นางพิชญดา ดาหวี	กรรมการ
๔. นางทิพวรรณ บัวทอง	กรรมการ
๕. น.ส.จินดารัตน์ เศรษฐา	กรรมการ
๖. นางอัญชลี วิเศษชุมพล	กรรมการและเลขานุการ
๗. นางวัชรภรณ์ สายทอง	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๘. น.ส.วีระนุช มยุเรศ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. จัดหาและเตรียมพิธีกรสำหรับดำเนินการด้านพิธีกรในการประชุมวิชาการเตรียมพิธีการเปิด – ปิด
๒. เตรียมคำกล่าวรายงาน คำกล่าวต้อนรับและคำกล่าวในพิธีเปิด
๓. ประสานงานฝ่ายหารายได้ เพื่อเตรียมของที่ระลึกสำหรับวิทยากร
๔. เตรียมความพร้อมและประสานงานกับประธานร่วมตลอดจนผู้วิพากษ์และกรรมการประจำห้องนำเสนอผลงาน
๕. ลำดับพิธีการ ควบคุมเวลาการจัดประชุมและการนำเสนอผลงาน
๖. จัดทำป้ายชื่อวิทยากรและคณะกรรมการ
๗. จัดทำป้ายตั้งโต๊ะของวิทยากร ประธาน และประธานร่วม
๘. ประสานงานกับคณะกรรมการจัดสถานที่และโสตทัศนูปกรณ์เพื่อเตรียมการและขณะดำเนินการจัดประชุมและงานเลี้ยงเพื่อความเรียบร้อย

๖. คณะกรรมการฝ่ายลงทะเบียนและประเมินผลการประชุม

๑. นางศิริรัตน์ เขาวรัตน์	ประธานกรรมการ
๒. นางวัฒนา ประดับวงศ์	รองประธานกรรมการ



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๓. นางสาวกัญญา พลวิสุทธิ์	กรรมการ
๔. น.ส.บังอร สิงห์แก้ว	กรรมการ
๕. นางวรลักษณ์ บุญเกิด	กรรมการ
๖. นางเกสร ราชีวงศ์	กรรมการ
๗. น.ส.สิริมนต์ ดำริห์	กรรมการ
๘. นางจุฑารัตน์ สุพรรณจิตวนา	กรรมการ
๙. นางสาวรงค์ แก้วกลม	กรรมการ
๑๐. นางวิมลรัตน์ ผลพิบูลย์	กรรมการ
๑๑. นางเทียมจันทร์ สุธา	กรรมการ
๑๒. นางจิราวรรณ ประคองพันธ์	กรรมการ
๑๓. นางพรรณเพ็ญ มุลศิลป์	กรรมการ
๑๔. น.ส.ชมพู่ ขาววงศ์	กรรมการ
๑๔. น.ส.กัลยา อินทร์ชุม	กรรมการ
๑๕. นางทัศนีย์ จังกาจิตต์	กรรมการและเลขานุการ
๑๖. น.ส.นภดล คำเต็ม	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๗. นางสมบูรณ์ นันตโลहित	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. จัดเตรียมสถานที่และตั้งโต๊ะลงทะเบียน
๒. รวบรวม และจัดพิมพ์รายชื่อวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม และคณะกรรมการ
๓. จัดทำป้ายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม และคณะกรรมการทุกด้าน
๔. รับลงทะเบียนและจัดทำรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
๕. สรุปและประเมินผลการดำเนินงานและรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวม

๗. คณะกรรมการด้านประชาสัมพันธ์

๑. นางวันเพ็ญ ดวงมาลา	ประธานกรรมการ
๒. นางดรณี บุ่งทอง	รองประธานกรรมการ
๓. นางกฤษณา สอนถม	กรรมการ
๔. น.ส.กรรณิการ์ จันทรุกขา	กรรมการ
๕. นายบุญฤทธิ์ สิงห์เรือง	กรรมการ
๖. นายสุทธิพงษ์ เกษเจริญคุณ	กรรมการ
๗. นายสุติ ปัจฉาภาพ	กรรมการและเลขานุการ
๘. น.ส.นุชจริย์ ไสยสมบัติ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๙. น.ส.วิชิราภรณ์ สายพิมพ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. จัดทำสื่อ /สปอร์ต ประชาสัมพันธ์การจัดประชุมวิชาการ ทั้งระยะก่อนและระหว่างการประชุม
๒. จัดหน่วยและดำเนินการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้เข้าร่วมประชุม แนะนำการท่องเที่ยว



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๓. ประสานงานเครือข่ายสื่อมวลชนทุกประเภท ในการจัดข่าวประชุม/แถลงข่าว/ให้สัมภาษณ์
๔. ให้การต้อนรับแก่ผู้เข้าร่วมประชุมในทุกจุดอำนวยความสะดวกทั้งก่อน/ระหว่างและหลังการประชุม
๕. ประสานงานกับคณะทำงานต่าง ๆ ตามกำหนดการจัดเตรียมพิธีเปิด – ปิดงาน
๖. ประสานงานฝ่ายพิธีการเพื่อจัดส่งความเป็นมา วัตถุประสงค์การจัดงาน และคำกล่าวรายงาน/คำกล่าวเปิดงานแก่สื่อมวลชน
๗. จัดส่งข้อมูล ภาพการประชุมเพื่อเผยแพร่ให้แก่หน่วยงานต่างๆเมื่อสิ้นสุดการประชุม

๘. คณะกรรมการยานพาหนะ การสื่อสารและความปลอดภัย

๑. นางสมรรัตน์ สุภาคาร	ประธานกรรมการ
๒. น.ส.กฤษณา แก้วกล้า	รองประธานกรรมการ
๓. น.ส.ระพีพรรณ กลัดเนียม	กรรมการ
๔. นายเสริมสุข สุวรรณ	กรรมการ
๕. นางจันทนา พรหมเกตุ	กรรมการ
๖. นางชนินันท์ พุ่มสถิตย์	กรรมการและเลขานุการ
๗. น.ส.วันทนีย์ คุปวานิชพงษ์	กรรมการและเลขานุการ
๘. นางอนามัย มณีสาย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. จัดตั้งศูนย์ประสานงานด้านยานพาหนะและสื่อสาร
๒. จัดเตรียมยานพาหนะและพนักงานขับรถสำหรับผู้บริหารวิทยากร และคณะกรรมการดำเนินการจัดประชุม
๓. จัดระบบสื่อสารทางวิทยุ ระหว่างการประชุม
๔. จัดทำหนังสือประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อขอความร่วมมือสนับสนุนยานพาหนะและวิทยากร
๕. ให้แต่งตั้งคณะทำงานตามความเหมาะสม

๙. คณะกรรมการด้านสารสนเทศและโสตทัศนูปกรณ์

๑. น.ส.วารุณี จิระไชย	ประธานกรรมการ
๒. นางศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน	รองประธานกรรมการ
๓. น.ส.กาญจนา โสมเกษตรินทร์	กรรมการ
๔. นางนิษฐา ศรีสาร	กรรมการ
๕. นายศุภศิลป์ ภูยาทิพย์	กรรมการ
๖. นายเสฐียรพงษ์ มณีขาว	กรรมการ
๗. นายศักดิ์ดา ยอดสิงห์	กรรมการ
๘. นายเด่นชัย อินทร์งาม	กรรมการ
๑๒. นายปัญญา ทิพย์โอสถ	กรรมการ
๑๓. น.ส.นันทาศิณี พิริยะเศรษฐโสภณ	กรรมการและเลขานุการ
๑๔. นายกิตติศักดิ์ พลศักดิ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๕. น.ส.ปราณี บุญฤกษ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. จัดเตรียมอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ คอมพิวเตอร์เพื่อใช้ในการประชุม และงานสร้างสรรค์กลางคืน
๒. บันทึกภาพและวิดีโอในการประชุมวิชาการและงานสร้างสรรค์กลางคืน
๓. ดำเนินการให้มีการถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดภายในบริเวณการประชุม
๔. ประสานงานกับคณะกรรมการอาคารสถานที่ในการจัดเตรียมอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ต่างๆ
๕. จัดเครื่องห้องทดลอง / สื่ออุปกรณ์ การนำเสนอผลงานและห้องนิทรรศการ
๖. ดูแลและดำเนินการใช้คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์สารสนเทศในการนำเสนอผลงานวิชาการภายในห้องประชุม
๗. ประสานงานฝ่ายเอกสารเพื่อรวบรวมประวัติ ผลงานผู้เขียน และจัดทำวิดิทัศน์นำเสนอในงานเลี้ยงแสดงมุทิตาจิต

๑๐. คณะกรรมการด้านอาหาร

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| ๑. นางจิตต์สัมพันธ์ รอดกลาง | ประธานกรรมการ |
| ๒. นางจรินทร์เลิศ สิงหนเดช | รองประธานกรรมการ |
| ๓. นางพรรณรัตน์ ไชยสนิท | กรรมการ |
| ๔. นางศศิณา ว่องไว | กรรมการ |
| ๕. น.ส.สุกัลยา สุพิชญ์ | กรรมการ |
| ๖. น.ส.กรรณิการ์ ยุภาศ | กรรมการ |
| ๗. นางสุจารี ตั้งเสียมวิสัย | กรรมการ |
| ๘. น.ส.จินตนา ชินาภา | กรรมการ |
| ๙. นางกนกวรรณ ศุภนิรันดร์ | กรรมการและเลขานุการ |
| ๑๐. น.ส.อัญชลี สุธรรมวงษ์ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑๑. นางอัญชลี ศศิวรรณพงศ์ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. ประสานงานเรื่องอาหาร เครื่องดื่ม สำหรับผู้เข้าประชุม ผู้นำเสนอผลงาน และวิทยากร
๒. ประสานงานเรื่องงานเลี้ยงรับรอง และงานเลี้ยงกลางคืน
๓. ดูแลความเรียบร้อย ความพร้อมการให้บริการเรื่องอาหารและเครื่องดื่มตลอดการจัดประชุมและงานเลี้ยงกลางคืน
๔. จัดเตรียมอาหาร อาหารว่าง อาหารเย็น สำหรับวิทยากร แขก VIP และคณะกรรมการ

๑๑. คณะกรรมการงานเลี้ยงแสดงมุทิตาจิต ผู้เขียนอายุราชการ

- | | |
|-----------------------------|------------------|
| ๑. น.พ.เพียรศักดิ์ แซ่หว่อง | ประธานกรรมการ |
| ๒. น.ส.สะอาดศรี ชาริรัตน์ | รองประธานกรรมการ |
| ๓. นางกัลยา ชาญเฉลิม | กรรมการ |
| ๔. นางศศิณาภรณ์ อยู่สุข | กรรมการ |
| ๕. น.ส.ราตรี บุญชู | กรรมการ |
| ๖. นางสุมิตรา วีระกุล | กรรมการ |
| ๗. น.ส.สิริมนต์ ดำริห์ | กรรมการ |
| ๘. นางฤดี แก้วคำไสย์ | กรรมการ |



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๙. นางธันด์พร ตริบุตดี	กรรมการ
๑๐. นายสุทธิพงษ์ เกษเจริญคุณ	กรรมการ
๑๑. นายบุญญฤทธิ์ สิงห์เรือง	กรรมการ
๑๒. น.ส.พริ้มเพชร ชันยา	กรรมการและเลขานุการ
๑๓. น.ส.เพชรฯ แสงมณี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๔. น.ส.วิจิราภรณ์ สายพิมพ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

- กำหนด Concept และ script งานเลี้ยงแสดงมุทิตาจิต กลางคืน
- เตรียมและจัดการแสดง นันทนาการตลอดงานในงานเลี้ยงแสดงมุทิตาจิต กลางคืน
- จัดเตรียมพิธีการงานเลี้ยงกลางคืน ขั้นตอนการดำเนินงานและพิธีเปิด – ปิดงาน
- ให้การต้อนรับแก่ผู้เข้าร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์กลางคืน
- ประสานงานกับคณะกรรมการอาหาร ในเรื่องอาหารและเครื่องดื่มในงานเลี้ยงกลางคืน

๑๒. คณะกรรมการปฐมพยาบาล

๑. นายชัยพร บุญศรี	ประธานกรรมการ
๒. น.ส.วิมลวรรณ พลบุรี	รองประธานกรรมการ
๓. นางสมปอง ภาพเนตร	กรรมการ
๔. นางสุปราณี ทามณี	กรรมการ
๕. น.ส.จันทนา อินทร์ชุม	กรรมการ
๖. น.ส.วาสนา อุปสาร	กรรมการ
๗. ดร.ประภาภรณ์ สุวรรณ์ชัย	กรรมการและเลขานุการ
๘. น.ส.ลัดดา ภัทรพรนันท์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๙. นางอนามัย มณีสาย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

- จัดหน่วยปฐมพยาบาล พร้อมเครื่องมือและเวชภัณฑ์ประจำ ณ สถานที่จัดประชุม
- จัดทีมแพทย์ที่ปรึกษา สำหรับการดูแลผู้เข้าประชุม วิทยากร คณะกรรมการที่เจ็บป่วยระหว่างการประชุม
- จัดเตรียมห้องสำรองในโรงพยาบาลสำหรับผู้เข้าร่วมประชุม วิทยากร คณะกรรมการที่เจ็บป่วยระหว่างการประชุม

๑๓. คณะกรรมการด้านการเงินและบัญชีและจัดหารายได้

๑. นางพิมพ์พันธ์ เจริญศรี	ประธานกรรมการ
๒. นางนวลน้อย โหตระไวศยะ	รองประธานกรรมการ
๓. นางมะลิวรรณ โกละสุด	กรรมการ
๔. น.ส.กฤติกา วงศาวาล	กรรมการ
๕. นางดุขฎิ อารยะวงศ์ชัย	กรรมการ
๖. นางวิไล คำพรหม	กรรมการ
๗. นางชูศรี ทองกลม	กรรมการและเลขานุการ
๘. นางทศพร วัฒนราษฎร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. ประชาสัมพันธ์ติดต่อประสานงานเชิญชวนบริษัท/เอกชนมาจัดแสดงสินค้า
๒. กับตัวแทนบริษัท ที่จะมาแสดงสินค้า
๓. ติดต่อประสานงานกับคณะทำงานด้านสถานที่ เพื่อกำหนดพื้นที่การตั้งร้านแสดงสินค้า
๔. สรุปจำนวนร้านแสดงสินค้า และสรุปจำนวนรายได้
๕. จัดหากระเป๋าสารการประชุม และอุปกรณ์(ปากกา ดินสอ สมุด)
๖. จัดหาของที่ระลึกสำหรับวิทยากร
๗. จัดทำใบตอบขอบคุณ / ใบเสร็จรับเงินแก่ร้านแสดงสินค้า
๘. ดำเนินการเบิก – จ่ายงบดำเนินการทั้งหมด และสรุปรายงานทางการเงินตามระเบียบการใช้จ่ายเงินของทางราชการ
๙. รวบรวมใบสำคัญรับเงิน เอกสารเกี่ยวกับการ รับ – จ่ายเงิน
๑๐. ออกใบเสร็จรับเงิน

๑๔. คณะกรรมการที่พัก และสถานที่

๑. น.ส.ยุวดี เทียมสุวรรณ	ประธานกรรมการ
๒. นางนิภา ทองทับ	รองประธานกรรมการ
๓. นางบังอร ปรีสพันธ์	กรรมการ
๔. น.ส.สุภรณ์ โรจนครินทร์	กรรมการ
๕. นางสุรวิภา ศรีเพ็ชร	กรรมการ
๖. นางเกียรติกุล เพ็ญจันทร์	กรรมการ
๗. นางวิภาพรรณ คงชนะ	กรรมการและเลขานุการ
๘. นางวงเดือน สุรินทร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๙.นางสุปรียา สืบศรี	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. ประสานจัดเตรียมห้องประชุม ห้องจัดนิทรรศการ ห้องจัดเลี้ยงงานกลางคืน ห้องเตรียมนำเสนอผลงาน
๒. ประสานงานฝ่ายโสตฯ เตรียมความพร้อมของห้องประชุม การใช้สื่อต่าง ๆ ในการนำเสนอผลงาน
๓. ประสานเรื่องที่พักรับสำหรับผู้บริหาร กรรมการจากส่วนกลาง วิทยากร
๔. กำหนดรูปแบบการจองที่พัก
๕. ประสานการจัดทำป้ายชื่องาน ชื่อวิทยากร ป้ายต้อนรับ ฯลฯ กับสถานที่จัดงาน
๖. ประสานกับกรรมการคณะต่าง ๆ ในการจัดเตรียมสถานที่

๑๕. คณะกรรมการฝ่ายปฐมภูมิ

๑. นางนารถฤดี มาพิทักษ์	ประธานกรรมการ
๒.น.ส.อรุณี รัตนนิเทศก์	รองประธานกรรมการ
๓. นางบังอร ปรีสพันธ์	กรรมการ
๔. นางศศิณพร อยู่สุข	กรรมการ
๕. นางอมรรัตน์ ถิ่นขาม	กรรมการ
๖. นางอัญชลี ชีระกุล	กรรมการ



การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๗. นางสาวสินธ์ กอมณี	กรรมการ
๘. นางหทัยรัตน์ จิงสุวดี	กรรมการ
๙. นางปาริชาติ ศรีหนา	กรรมการ
๑๐. นางณัชฎาพร จันทรา	กรรมการ
๑๑. นางสุนันทา ทรัพย์านนท์	กรรมการ
๑๒. นางไพจิตร ประเสริฐศรี	กรรมการ
๑๓. นางสุภาพร พรหมสุวรรณ	กรรมการ
๑๔. น.ส.ทัศนียา ไกรสรสวัสดิ์	กรรมการ
๑๕. นางนิตยา กรายทอง	กรรมการ
๑๖. นางจรรยา ไชยประณีธาน	กรรมการ
๑๗. นางเกศรา ศรีสำออง	กรรมการ
๑๘. นางจินตนารักษ์ สมสกุลชัย	กรรมการ
๑๙. นางภาวนา เชิดสูงเนิน	กรรมการ
๒๐. นางสาวกัญญา พลวิสุทธิ	กรรมการ
๒๑. น.ส.ศิริเอมอร วิชาชาติ	กรรมการ
๒๒. นางพรทิภา อึ้งศ์	กรรมการ
๒๓. นางสาวสมสมัย บุญส่อง	กรรมการ
๒๔. นางปานบงกช มูลสิน	กรรมการและเลขานุการ
๒๕. นางนิตยา เลิศวัฒนกิตติ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๖. นางจิรัฐกา เยนา	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

๑. ให้การต้อนรับ – ส่ง และอำนวยความสะดวกแก่ผู้บริหาร คณะกรรมการและแขกผู้มีเกียรติ
๒. ให้การต้อนรับและอำนวยความสะดวกแก่ผู้สื่อข่าว
๓. ให้การต้อนรับและอำนวยความสะดวกแก่ผู้เข้าร่วมประชุม
๔. ประสานฝ่ายอาหารเพื่อดูแลอาหารว่าง เครื่องดื่ม อาหารกลางวันวิทยากร
๕. ประสานฝ่ายพิธีการเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มีเกียรติ วิทยากร
๖. ประสานงานการเดินทาง และ Check in ตัวเครื่องบินวิทยากร
๗. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และอำนวยความสะดวก การจัด City tour แก่ผู้เข้าร่วมประชุม

ขอให้ผู้ได้รับการแต่งตั้งปฏิบัติหน้าที่ ตามได้รับมอบหมายให้ดำเนินการบรรลุล่วงวัตถุประสงค์ หากเกิดปัญหา อุปสรรคประการใด ให้รายงานให้คณะกรรมการอำนวยความสะดวกทราบ เพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

(รศ.ดร. สมจิต แดนสีแก้ว)

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ