



## การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพกับ ความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว ตำบลพังಡง อำเภอ董หลวง จังหวัดมุกดาหาร **Relationship between Family Health Problems and Needs, and Family Well-being at Pangdang Sub-district, Dong Luang District, Mukadhan Province**

สุนทรี แจ่มแสง พย.ม.\* ดารุณี จงอุดมการณ์ PhD\*\*

### **บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวกับความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว ตำบลพังಡง อำเภอ董หลวง จังหวัดมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้มาจากการดำเนินการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling) จำนวน 432 ครอบครัว ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้นำครอบครัวหรือตัวแทนคนในครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและครอบครัว ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยความอยู่ดีมีสุขของประชาชน ส่วนที่ 4 แบบวัดความสุขส่วนบุคคล ส่วนครอบครัว และส่วนชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pearson product moment correlation ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวกับความอยู่ดีมีสุข พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.3

**คำสำคัญ:** ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว ความอยู่ดีมีสุข

### **Abstract**

The purpose of this research was to study the relationship between health problems and needs of families, and their well-being. Using systematic random sampling, 432 families residing in Pang Dang sub-district, Dong Luang District, Mukdahan Province were selected. The household heads or family representatives were the ones who completed the survey. The survey consisted of four parts; 1) Demographic data, 2) Problems and needs of family health, 3) Assessment on the factors related to people's well-being, and 4) Assessment on individual, family and community happiness. Data was analyzed using SPSS for Windows to obtain frequency, percentage, mean and standard deviation. Pearson's Product Moment correlation calculated to assess the relationships among study variables. Results showed that the relationship between health problems and needs of families, and their well-being, it was found no statistically significant relationship, at a level of 0.3.

**Keywords:** health problems and needs of families, well-being

\*นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้มีการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยเริ่มใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 ปี เมื่อปี พ.ศ.2504 จนถึงปัจจุบันแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้แสดงให้เห็นจุดปรับเปลี่ยนของแนวคิดการวางแผนพัฒนาประเทศที่สำคัญ คือ การเน้น “คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา” และแนวคิดในเรื่องความอยู่ดีมีสุขได้รับการบรรจุเข้าในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ ฉบับที่ 9 สืบเนื่องมาถึงฉบับที่ 10<sup>1</sup> ในปัจจุบันประเทศไทยยังคงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในหลายบริบท ทั้งที่เป็นโอกาสและข้อจำกัดต่อการพัฒนาประเทศ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของคนและระบบให้สามารถปรับตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต<sup>2</sup>

กรอบแนวคิด “ความอยู่ดีมีสุข” พัฒนามาจากแนวคิดของศาสตราจารย์ อมาตยา เชน ซึ่งระบุได้ว่า “ผลกระเทศขั้นสุดท้ายของการพัฒนาคือ การทำให้ปัจเจกบุคคลสามารถบรรลุผลสำเร็จในลิ่งที่ต้องการ และปัจเจกบุคคลที่มีสิทธิเสรีภาพในการเลือกวิธีการไปสู่ความสำเร็จด้วยตัวของเขารอง ส่วนการมีรายได้จะเป็นเพียงเครื่องมือหรือทางผ่านไปสู่ความสำเร็จเท่านั้น”<sup>2</sup> สองคล้องกับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 และ 9 ได้ปรับเปลี่ยนแนวคิด โดยหันมาให้ความสำคัญกับการพัฒนาคน และกำหนดให้การพัฒนาในทุกด้านสร้างความอยู่ดีมีสุขของคน<sup>3</sup>

สมชาย ศักดาเวดีอิสระ<sup>4</sup> กล่าวว่า ภายใต้กรอบแนวคิด “ความอยู่ดีมีสุข” หรือ “Well-Being” ของประชาชน ความอยู่ดีมีสุขในที่นี้หมายรวมถึงความสำเร็จ (Functioning) ซึ่งเชื่อมโยงกับโอกาสทางเลือกในการดำรงชีวิตและความสามารถหรือขีดความสามารถ (Capabilities) ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จซึ่งเชื่อมโยงกับอิสระภาพในการเลือกดำรงชีวิต ฉะนั้น “ความสุข” หรือ “Happiness” จึงเป็นส่วนหนึ่งของความอยู่ดีมีสุข นั่นก็คือเครื่องชี้วัดทางสังคม (Social indicator) จะเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องชี้วัดความอยู่ดีมีสุข “ความอยู่ดีมีสุข” มีความหมายครอบคลุมทั้งที่เป็นความอยู่ดีมีสุขทางภาวะวิสัย (Objective) คือ สภาพเงื่อนไขทางเศรษฐกิจสังคม เช่น ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัย การมีลิ่งแวดล้อมใน การดำรงชีวิตที่ดี และความอยู่ดีมีสุขทางอัตติสัย (Sub-

jective) เช่น ความพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิต มีการศึกษาอย่างกว้างขวางในแง่ของ “คุณภาพชีวิต” มักเน้นเรื่องสุขภาพเป็นหลัก ในทางนโยบายก็มีคำห�权คำที่ใช้ และมีความหมายใกล้เคียงกัน อย่างเช่นคำว่า อยู่ดีมีสุข ให้มีความหมายครอบคลุมเรื่องเศรษฐกิจ ในขณะที่ อยู่เย็นเป็นสุข เป็นเรื่องของสุขภาพและสังคม เป็นต้น ความอยู่ดีมีสุข ได้ยึดกรอบในทางวิชาการ คือ พิจารณาทั้งด้านที่เป็นวัตถุและจิตใจ<sup>1</sup>

ในปัจจุบันนี้ ยังไม่มีตัวชี้วัดความอยู่ดีมีสุขของประชากร ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางแบบเดียว กับตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจ ซึ่งใช้ GDP เป็นตัวชี้วัดมาตรฐาน ส่วนโรงพยาบาลได้เริ่มดำเนินการในเรื่องคุณภาพชีวิต ของประชาชนชาวไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2528 โดยใช้เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานเป็นเครื่องมือในการกำหนดแนวทางการพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ให้มีชีวิตที่ดีตามความจำเป็นพื้นฐานที่ควรจะเป็น<sup>5</sup>

ครอบครัว เป็นหน่วยงานขนาดเล็กที่สุดของสังคม เป็นสถาบันแห่งแรกในการถ่ายทอดวัฒนธรรม และพัฒนา<sup>6</sup> ครอบครัวเป็นแหล่งที่สำคัญในการดูแลส่งเสริม และรักษาสุขภาพของบุคคลและครอบครัว ทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัวจะกระทบต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่น กระทบต่อครอบครัวทั้งระบบและระบบครอบครัวก็มีผลกระทบการเจ็บป่วยของบุคคลด้วย<sup>7</sup> และจากการเปลี่ยนแปลงของประเทศทั้งในเรื่องการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม<sup>8</sup> ทำให้แนวโน้มวิถีชีวิตครอบครัวไทย ในอนาคตมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลง คือ ครอบครัวเดียวเพิ่มขึ้นและมีความหลากหลายของโครงสร้าง หญิงและชายอยู่ร่วมกันโดยมิได้จดทะเบียน คนโสดโดยเฉพาะสตรีมีจำนวนเพิ่มขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันน้อยลง สตรีมีการศึกษามากขึ้นและมีอาชีพนอกบ้าน จากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพ<sup>9</sup> การขาดความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความล้มละลายของชุมชนทำให้มนุษย์ขาดความอบอุ่นและขาดภูมิคุ้มกัน นำไปสู่ปัญหาทางจิตและสังคมอย่างรุนแรง ในความซับซ้อน และเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมสมัยใหม่<sup>10</sup> การเปลี่ยนแปลงนี้ส่ง



ผลกระทบโดยตรงต่อบทบาทของครอบครัวในการดูแลส่งเสริมและรักษาสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวองค์กรอนามัยโลกได้ให้คำนิยามคำว่า “สุขภาพ” ในความหมายที่กว้างขึ้นว่า หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม สอดคล้องกับผลการวิจัยของปีนี้ปักษ์ ดีห้อม<sup>11</sup> กล่าวว่า คนในครอบครัวส่วนใหญ่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพคนของสมาชิกในสภาวะปกติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อบทบาทของครอบครัวบนที่ในการดูแลสุขภาพคนของสมาชิกในภาวะปกติ คือ การสนับสนุนจากเครือญาติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วัฒนธรรมความเชื่อของแต่ละกลุ่มสุขภาพ ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมด้านต่างๆ ของมนุษย์ รวมถึงพฤติกรรมด้านสุขภาพ พฤติกรรม สุขภาพของคนภาคอีสานมีการเปลี่ยนแปลงตามกระแสแห่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคม แต่พฤติกรรมสุขภาพยังมีบางส่วนที่ผูกพันหนึ่งแน่นกับภูมิปัญญาดั้งเดิม ที่ได้รับการถ่ายทอด จากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง<sup>12</sup>

จากการศึกษาข้อมูลรายงานภาวะสุขภาพของประชาชนตำบลพังแดง อำเภอคงหลาง จังหวัดมุกดาหารพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ มีอาชีพเกษตรกรรมประมาณร้อยละ 90 ยังคงมีปัญหาทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม คือ จากการสำรวจในปี พ.ศ.2549 และปี พ.ศ. 2550 ยังคงพบโรคที่ระบาดในชุมชน เช่น โรคห้องร่วง 69 ราย โรคตาแดง 132 ราย วัณโรคปอด 2 ราย สดป่าไฟฟัส 1 ราย โรคไข้เลือดออก โรคมาลาเรีย และโรคคลีทูน 1 ราย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของคนในชุมชน รวมถึงปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสังคม ความยากจนของประชาชนในพื้นที่ การขาดแคลนด้านทรัพยากรสิ่งแวดล้อม ขาดที่ทำกิน ขาดโอกาสทางการศึกษา และปัญหาด้านการติดสารเสพติด มีจำนวน 22 ราย<sup>13</sup> ประมาณช่วงปี พ.ศ.2547-2548 ชาวบ้านในเขตพื้นที่ตำบลพังแดงออกไปทำงานต่างถิ่นมากที่สุด<sup>14</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของปราโมทย์ โสภา<sup>15</sup> พบว่า การจัดกลุ่มจังหวัดตามคุณภาพชีวิตของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยใช้ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานปี พ.ศ.2545 จังหวัดมุกดาหารเป็นจังหวัดที่ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ต้องพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเร่งด่วน ในฐานะที่ผู้จัดทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน

ในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลพังแดง อำเภอคงหลาง จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งรับผิดชอบดูแลประชาชนในเรื่อง การดูแลส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน ในเขตรับผิดชอบ 8 หมู่บ้าน ได้รับรู้ถึงปัญหาในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบที่ส่งผลต่อประชาชน แต่ยังไม่มีการทำการสำรวจ ความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในเขต รับผิดชอบ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา ความอยู่ดีมีสุขของประชาชน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายนี้ (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวในตำบลพังแดง อำเภอคงหลาง จังหวัดมุกดาหาร

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นครอบครัวที่ตั้งอยู่ในเขตตำบลพังแดง อำเภอคงหลาง จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 1,105 ครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำครอบครัวหรือตัวแทนคนในครอบครัว ประกอบไปด้วย กลุ่มนบุคคลที่มีความผูกพันกับทางจิตใจ ดำเนินชีวิตร่วมกัน มีการพึ่งพา กันทางสังคม เศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับทางกฎหมาย หรือสายโลหิต อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันหรือไม่ก็ได้ มีความสัมพันธ์กับทางไดทางหนึ่ง มีบทบาทเป็นผู้ดูแล เป็นผู้ป่วย หรือสมาชิกในครอบครัว และมีอำนาจในการตัดสินใจในบ้าน ซึ่งได้มาจากการลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้มาจากการดำเนินการลุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling) จำนวน 432 ครอบครัว

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวนทั้งหมด 12 หน้า แบ่งรายละเอียดออกเป็น 4 ส่วน คือ

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องสอบแบบสอบถามและครอบครัว จำนวน 29 ข้อ

2) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวจำนวน 20 ข้อ พัฒนามาจากแบบประเมินสุขภาพครอบครัวซึ่งเป็นแบบประเมินเชิงคุณภาพ โดยใช้ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ในการประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว<sup>16</sup>



3) แบบประเมินความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว จำนวน 45 ข้อ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการทำวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบบประเมินความอยู่ดีมีสุขสร้างโดยบัวพันธ์ พรมพักพิง และคณะ<sup>1</sup> นำมาปรับปรุงแบบประเมินความอยู่ดีสุขของครอบครัวโดย ตาราง จงอุดมการณ์<sup>14</sup> ลักษณะของแบบสอบถามเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยบางส่วน เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นจริงเลย

4) แบบวัดความสุขส่วนบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน จำนวน 3 ข้อ

#### การหาคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามทั้งชุดของ โครงการสังเคราะห์ทั้วชีวัติความอยู่ดีมีสุข: การถอดบทเรียนกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดความสุขจังหวัดเลย ซึ่งดำเนินการโดย มูลนิธิเลิยเพื่อการอนุรักษ์และพัฒนา อย่างยั่งยืน ร่วมกับนักวิจัยไทยบ้าน จำนวน 35 คน แบบสอบถามมีทั้งหมด 47 ข้อ นำแบบสอบถามไป ทดลองใช้ (Try Out) เพื่อวัดความเชื่อถือได้ของเครื่อง มือ (Reliability) กับชาวบ้านจำนวน 100 คน ใน 3 หมู่บ้าน พบว่า การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของ แบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) ได้ผลสรุป คือข้อคำถามทั้ง 47 ข้อ ได้ค่า อำนาจจำแนก มากกว่า 0.20 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และไฟของครอนบาก (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.95<sup>5</sup>

ตาราง จงอุดมการณ์<sup>14</sup> ได้นำแบบสอบถามทั้ง ชุดของโครงการสังเคราะห์ทั้วชีวัติความอยู่ดีมีสุข: การถอดบทเรียนกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดความสุขจังหวัดเลย<sup>1</sup> ซึ่งมี 47 ข้อไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ ทำงานในองค์กรบริหารส่วนตำบลและเจ้าหน้าที่ประจำ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 54 คนทั้งในรูปแบบ การสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อแบบสอบถามรายข้อ และการสนทนากลุ่ม เพื่อหาค่าความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ (Index of Item Objective Congruence-IOC) นำผล วิเคราะห์ถึงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ที่ทำงานใน

พื้นที่แล้วนำไปปรับปรุงคำนารายข้อแล้วนำไปทดลอง ใช้ในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายกับพื้นที่ในงานวิจัย ได้แก่ ตำบลส่องดาว อำเภอส่องดาว จังหวัดสกลนคร ทดลองใช้ 67 ราย การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ใช้การหาความคงที่ภายใน (Internal consistency) ด้วย วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และไฟครอนบาก (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งสรุปผลการวิเคราะห์ ข้อมูลค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 และค่า ความเชื่อมั่นรายข้อในแต่ละข้ออยู่ที่ระดับ 0.95 ขึ้นไป

แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการ ด้านสุขภาพของครอบครัว<sup>16</sup> พัฒนามาจากแบบ ประเมินสุขภาพครอบครัวซึ่งเป็นแบบประเมินเชิง คุณภาพ โดยกำหนดข้อคำถาม 20 ข้อ โดยใช้ทฤษฎี โครงสร้างหน้าที่ในการประเมินปัญหาและความต้องการ ด้านสุขภาพของครอบครัว และได้มีการตรวจสอบคุณภาพ ของเครื่องมือดังนี้ 1) มีความตรงของเนื้อหา 2) มีความ เที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใต้ผ่านการทดสอบด้วย สัมประสิทธิ์และไฟของครอนบาก 3) มีอำนาจจำแนก คือ สามารถแยกครอบครัว ที่มีระดับปัญหาและความ ต้องการด้านสุขภาพสูงออกจากต่ำได้ โดยใช้สถิติ t-test ในกรณีเคราะห์แบบประเมิน 4) มีความเป็นปรนัย คือ มีความถูกต้องทางวิชาการ มีเกณฑ์การให้คะแนนที่ แน่นอน 5) เมื่อวัดแล้วมีความสอดคล้องกับความเป็น จริงมากที่สุด 6) มีความสามารถในการนำไปใช้ ในการ ประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของ ครอบครัวได้ โดยประเมินจากความพึงพอใจของผู้ใช้ แบบประเมินทั้งเจ้าหน้าที่และครอบครัว

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งฉบับไปตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยง (Reliability) แนวคำถาม การใช้ภาษาโดยผู้ทรง คุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทดลองใช้เครื่องมือวัดความอยู่ดี มีสุขที่ได้มีการปรับให้เหมาะสมกับพื้นที่ จำนวน 30 ราย ในพื้นที่ใกล้เคียง ความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยรวม เท่ากับ 0.91

#### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

จากการศึกษาความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวใน ตำบลพังแดง อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ความอยู่ดีมีสุขทางด้านสิ่งแวดล้อม โดยภาพรวมอยู่ใน



ระดับมาก ได้แก่ ชุมชนมีความอุดมสมบูรณ์ของป่าไม้ ชุมชนมีแหล่งน้ำตามธรรมชาติ ชุมชนมีส่วนร่วมในการเข้าไปใช้ประโยชน์ทรัพยากรทางธรรมชาติ สภาพอากาศครัวเรือนและชุมชนดี และชุมชนมีแหล่งอาหารธรรมชาติ เนื่องจากพื้นที่ในเขตตำบลพังแดง อำเภอ ดงหลวงจังหวัดมุกดาหารเป็นพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์ ของทรัพยากรธรรมชาติ ส่วนหนึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ของ อุทยานแห่งชาติภูผาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเทือกเขาภูพาน มีความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรป่าไม้ สัตว์ป่า<sup>17</sup>

ความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวในตำบลพังแดง อำเภอ ดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร แบ่งความอยู่ดีมีสุขออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ความอยู่ดีมีสุขด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 7.1$ , S.D. = 0.078) ช่วงความเชื่อมั่น (95%CI) มีค่าอยู่ระหว่าง 6.9-7.2 2) ความอยู่ดีมีสุขด้านเศรษฐกิจ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 6.6$ , S.D. = 0.08) ช่วงความเชื่อมั่น (95%CI) มีค่าอยู่ระหว่าง 6.42-6.74 3) ความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 6.7$ , S.D. = 0.71) ช่วงความเชื่อมั่น (95%CI) ของความอยู่ดีมีสุขทางด้านสุขภาพและความมั่นคงในชีวิต มีค่าอยู่ระหว่าง 6.53-6.81 4) ความอยู่ดีมีสุขด้านสังคม วัฒนธรรม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 6.9$ , S.D. = 0.79) ช่วงความเชื่อมั่น (95%CI) ของความอยู่ดีมีสุขทางด้านสังคม มีค่าอยู่ระหว่าง 6.76-7.07 และ ความอยู่ดีมีสุขภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 6.9$ , S.D. = 0.062) ช่วงความเชื่อมั่น (95%CI) ของความอยู่ดีมีสุขทางด้านสังคม มีค่าอยู่ระหว่าง 6.79-7.04 และ ในภาพรวมปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว กับความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กัน ค่า ( $r$ ) -0.024 ที่  $p$ -value 0.31

ความอยู่ดีมีสุขทางด้านเศรษฐกิจ พบร้า ระดับปานกลาง คือ ความอยู่ดีมีสุขด้านเศรษฐกิจที่อยู่ในระดับน้อย คือ การมีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย และมีเงินพอใช้เหลือเก็บ เนื่องจากพื้นที่ทำการเกษตรของชาวบ้านคบ/geijkaw กับเขตอุทยานแห่งชาติภูผาล ส่วนใหญ่จึงยังไม่มีเอกสารสิทธิ์ในที่ทำการของตนเอง<sup>17</sup> และสอดคล้องกับงานวิจัยของลูกิทัย ธีราศรัตน์ และณรงค์ อุปถัมภ์<sup>18</sup> ที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงวิถีชุมชนและครอบครัวอีสาน: กรณีกาเลิง จังหวัดมุกดาหาร พบร้า ในอดีตชาวบ้านใช้

ชีวิตเรียบง่าย “ทำอยู่หากิน” คือ ทำมาหากินให้มีชีวิตอยู่รอดแต่ในปัจจุบันปลูกพืชผลเพื่อการพาณิชย์ และมีแรงงานต้องไปทำงานต่างถิ่นมากถึงร้อยละ 29.6 ของแรงงานทั้งหมด เนื่องด้วยสภาพสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ประชาชนมีการอพยพย้ายถิ่นเพื่อความอยู่รอด และมีการกู้หนี้มีสินทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน สอดคล้องกับการศึกษาของสุธิดา สองสีดา<sup>19</sup> ในเรื่อง การจัดการหนี้ของครัวเรือนชนบท จังหวัดขอนแก่น พบร้า การจัดการหนี้สินของครัวเรือน จำแนกหนี้สินได้สามลักษณะ คือ การชำระหนี้โดยใช้รายได้ของครัวเรือน ชำระหนี้โดยการกู้ยืมแหล่งกู้ยืมอื่น และชำระหนี้ไม่ได้ ครัวเรือนมีการใช้หนี้โดยการกู้ยืมเงินจากแหล่งกู้เงินอื่น ๆ มาใช้หนี้ “การหมุนหนี้”

ความอยู่ดีมีสุขทางด้านสุขภาพและความมั่นคงในชีวิต พบร้า อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ คนในครอบครัวไม่มีการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคประจำตัว มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ เข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ ไว้ซึ่งความกังวล ได้ทำบุญทำทาน มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน เป็นที่นับหน้าถือตาในชุมชน และได้รับการดูแล เยี่ยมจากลูกหลาน เนื่องจากปัจจุบันนี้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างทั่วถึง โดยดูจากประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลพังแดงได้รับสิทธิ์บัตรประกันสุขภาพ ทั่วทุกครัวเรือน และทางองค์กรบริหารส่วนตำบลมีการสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องการเดินทางไปโรงพยาบาล เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น การจัดให้มีรถรับส่งผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง และสังคมชนบท<sup>20,21</sup>

ความอยู่ดีมีสุขทางด้านสังคม พบร้า ความอยู่ดีมีสุขทางด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ความอยู่ดีมีสุขทางด้านสังคมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ มีความสัมพันธ์ในครัวเรือนที่ดี มีความสัมพันธ์ในชุมชนหรือกลุ่มเครือญาติที่ดี มีการดำเนินและสืบเนื่องประเพณีท่องถิ่น ยึดมั่นในหลักคำสอนทางศาสนาและมีจริยธรรม คุณธรรม และยึดมั่นและรักความยุติธรรมในสังคม ความอยู่ดีมีสุขทางด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สินในชุมชน ชุมชนไม่มีอย่างมุขยาเสพติด ผู้นำอาเจิลสืบสานและรักษาความร่วมมือ ต่อกิจกรรมส่วนรวม เข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานของหน่วยงานของรัฐ และมีผู้บริหารที่ทำงานด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต ประชาชนในเขตตำบลพังแดงมีการสืบทอด



วัฒนธรรมที่ดีงาม เช่น ประเพณีสงน้ำไม้เท้าหลวงพ่อผู้ดำ ชาวบ้านให้ความร่วมมือในการจัดพิธีเป็นประจำทุกปี ทั้งนี้องค์กรบริหารส่วนตำบลพังแดง ได้จัดสรรงบประมาณ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมทุกปี

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวกับความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวในตำบลพังแดง พบว่า ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว และอยู่ดีมีสุขของครอบครัวภารมวไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับ 0.31 แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพกับความอยู่ดีมีสุขด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทิศทางตรงกันข้ามซึ่งมีระดับความสัมพันธ์น้อย กล่าวคือ เมื่อปัญหาความต้องการทางด้านสุขภาพของครอบครัวมีมากขึ้นจะทำให้ระดับความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวด้านเศรษฐกิจลดน้อยลง จากการสำรวจพบว่า ปัญหาที่ตัวแทนครอบครัวประสบบัญหาอันดับแรก คือ ปัญหาความยากจน คิดเป็นร้อยละ 39.6 รองลงมา คือ ปัญหาน้ำเสียง ร้อยละ 38.8 สอดคล้องกับผลการศึกษาของดารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ<sup>12</sup> ศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวผู้มีรายได้น้อยชุมชนเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบร้า ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยในเมืองได้ให้ความหมายภาวะสุขภาพดีหรือไม่ดีขึ้นกับความสามารถในการทำงาน การใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติสุขได้หรือไม่ ยิ่งถ้าความไม่สุขขยายตัวรุนแรงการดำเนินชีวิตมากเพียงใดยิ่งเป็นข้อบ่งชี้ถึงการแสวงหาการรักษาอาการมากเท่านั้น นอกจากนี้ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยให้ความสำคัญในเรื่องการ “หาอยู่หากิน” เพื่อปักท้องมากกว่าการคำนึงถึงภาวะสุขภาพที่ดี

จากบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชนและองค์กรบริหารส่วนชุมชน ตำบลพังแดง ได้ข้อสรุปถึง ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพมีผลต่อความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลพังแดง ในฐานะพยาบาลและผู้รับผิดชอบในเรื่องการดูแลสุขภาพประชาชน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ เมื่อทราบถึงปัญหาความต้องการด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อความอยู่ดีมีสุขของประชาชนใน

เขตพื้นที่ตำบลพังแดง ต้องนำเสนอผลการวิจัยต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด

### ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้ควรใช้ผลการวิจัยในเรื่องปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว มาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาความต้องการทางด้านสุขภาพตามลำดับความสำคัญและความต้องการของประชาชนในเขตตัวผิดชอบ เช่น ปัญหาความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่โรคเรื้อรัง ผู้พิการ ควรจัดให้มีหน่วยบริการเคลื่อนที่ในการให้บริการตามหมู่บ้านอย่างทั่วถึง เนื่องจากสภาพพื้นที่ที่ห่างไกลสถานพยาบาล และมีความยากลำบากในการเดินทาง

2. ควรมีการศึกษาในประเด็นอื่น ๆ ของปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว เช่น ปัญหาสุขภาพสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม การดำเนินชีวิตฯลฯ ที่ส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุข เพื่อใช้เป็นพื้นฐานข้อมูลในการพัฒนางาน และการดูแลประชาชนต่อไป

3. ควรนำเสนอถึงผลการวิจัยที่ พบว่า ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพมีผลต่อความอยู่ดีมีสุขด้านเศรษฐกิจและสังคม เพื่อร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการจัดการวางแผนนโยบายในการพัฒนาความเป็นอยู่ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม อย่างเป็นรูปแบบและนำไปใช้ต่อไป เช่น การส่งเสริมอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.วรรณชนก จันทชุม และพญ.ชลดา บุญยรัตน์ ที่ให้คำแนะนำการทำการทrieveียนินพันธ์ ให้มีความสมบูรณ์ ขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และองค์กรบริหารส่วนตำบลพังแดง ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

### เอกสารอ้างอิง

- บัวพันธ์ พรหมพักพิง และคณะ. ทรัพยากรความจำเป็น และความพากเพียรโดยรวมของครัวเรือนอีสาน. ความอยู่ดีมีสุขและการพัฒนา 2549; (23)2: 112-37.



2. สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ความอยู่ดีมีสุขของคนไทย 5 ปี หลังวิกฤตเศรษฐกิจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เพชรรุ่งการพิมพ์ จำกัด; 2546.
3. พรพิมล วรดิลก (บรรณาธิการ). ระบบบริหารจัดการที่ดีกับความอยู่ดีมีสุขของสังคมไทย. วารสารเศรษฐกิจและสังคม 2545; 39(1): 67-76.
4. สมชาย ศักดิ์ดาวีอิสระ. การพัฒนาเครื่องชี้วัดความอยู่ดีมีสุข. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2544.
5. คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนกรมการพัฒนาชุมชนกระทรวงมหาดไทย. คู่มือการจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545-2549. กรุงเทพฯ: บริษัทบีทีเอสเพรส จำกัด; 2544.
6. เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. สนเทศน่ารู้: วันครอบครัว [ออนไลน์] 2550 [อ้างเมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2551]. จาก <http://www.lib.ru.ac.th/journal/apr/apr14-FamilyDay>.
7. Wright LM, Leahey M. Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention. 3rd ed. Philadelphia: F.A. David; 2005.
8. ชลลดา ศรีประลักษณ์. คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
9. อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ. การสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวไทย. สงขลา: ลิมบาราเดอร์การพิมพ์; 2548.
10. ประเวศ วงศ์สุ. สุขภาพสังคมสู่สังคมสันติภาพ. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: นนทบุรี; 2543.
11. ปั้นปักช์ ดีหอม. บทบาทของครอบครัวชนบทในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในภาวะปกติ (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
12. ดารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวผู้มีรายได้น้อย ชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารคณะกรรมการค่าสาร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2546; 26(1): 52-61.
13. รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2551. ศูนย์สุขภาพ ชุมชนพังಡง; 2551. [อัดล้ำเนา].
14. ดารุณี จงอุดมการณ์. สุขภาพองค์รวม: วิธีวิทยาสู่ความอยู่ดีมีสุขของประชาชน. ใน: บัวพันธ์ พรหมพักพิง, บรรณาธิการ. ความอยู่ดีมีสุขและการพัฒนา. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
15. ปราโมทย์ โสภา. การจัดกลุ่มจังหวัดตามคุณภาพชีวิตของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยใช้ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน ปี พ.ศ. 2545 (รายงานการศึกษาอิสระ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
16. วไลวรรณ แก้วพร. การพัฒนาแบบประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลลังสะพุง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550
17. บัวพันธ์ พรหมพักพิง และคณะ. การสังเคราะห์ตัวชี้วัดความอยู่ดีมีสุข: การถอดบทเรียนกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดความสุขจังหวัดเลย. ขอนแก่น: มูลนิธิเลี้ยงเพื่อการอนุรักษ์และพัฒนาอย่างยั่งยืน; 2550.
18. สุวิทย์ จีรศรัต, ณรงค์ อุปัณฑ์. การเปลี่ยนแปลงวิถีครอบครัวและชุมชนอีสาน: กรณีศึกษา จังหวัดมุกดาหาร. (รายงานวิจัย). ขอนแก่น: ภาควิชาประวัติศาสตร์และโบราณคดี คณะมนุษย์ศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2540.
19. สุวิชา ส่องสีดา. การจัดการหนี้สินของครอบครัวเรือนชนบท จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
20. กุญณา คัชรินทร์, ดารุณี จงอุดมการณ์, สมพร วัฒนนุกูลเกียรติ. การจัดการในครอบครัวเมื่อมีสมาชิกป่วยด้วยโรคสติトイร็อก: กรณีศึกษาในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 6-16.
21. สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, วรรณภา ศรีอัญรัตน์. การจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายขณะอยู่โรงพยาบาล. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 21-32.



## การจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง Continuing Care Management for Diabetic Patients

วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ ปร.ด.\* นิตย์ พันธ์นิยม PhD\*\*

### บทคัดย่อ

แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) มีความสำคัญกับการให้บริการในระดับปฐมภูมิ แต่การตีความแนวคิดยังหลากหลาย การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจการสะท้อนความหมายการดูแลต่อเนื่องจากมุมมองของคนใน ทั้งกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ดูแลและผู้ให้บริการสุขภาพ รวมถึงการจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ผู้ที่เป็นเบาหวาน 40 คน ผู้ดูแล 2 คน และผู้ให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 6 คน ถูกเลือกมาโดยการเลือกแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน 2549 ถึง พฤษภาคม 2550 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยเทคนิคสามเล้า ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานและผู้ดูแลได้สะท้อนการดูแลต่อเนื่องในลักษณะของกิจกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลที่จะต้องรับผิดชอบในการจัดการดูแลตนเองแต่อยู่ภายใต้การกำหนดของผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การกินยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นยังสะท้อนกิจกรรมอิสระที่ไม่อยู่ภายใต้การกำหนดของผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองสม่ำเสมอ การจัดการดูแลตนเอง การดูแลของสมาชิกครอบครัว รวมถึงกิจกรรมที่ต้องพึ่งพาผู้ให้บริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การที่ผู้ให้บริการสุขภาพพิจารณาตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยผู้ที่เป็นเบาหวานและผู้ดูแลได้มีการจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลต่อเนื่องตามความเข้าใจดังกล่าว เช่น การพยาบาลไปรับบริการตามที่ได้รับนัดหมายทุกครั้ง แต่ถ้าไม่สามารถไปรับบริการได้ก็จะซื้อยา\_return\_rับประทานเอง หรือยืมยาจากกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวาน ด้วยกันมารับประทาน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับประทานบริการที่สถานบริการสุขภาพได้เองเนื่องจากมีภาวะเคลื่อนไหวลำบาก (disability) ญาติจะเป็นคนมารับยาให้กับผู้ป่วย นอกจากนั้นบางครัวมีการติดต่อขอให้ผู้ให้บริการสุขภาพที่มีความคุ้นเคยมาตรวจเลือดให้ผู้ป่วยที่บ้าน การแสวงหาข้อมูลและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันเพื่อให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น

ในส่วนของผู้ให้บริการสุขภาพได้สะท้อนการดูแลต่อเนื่องในลักษณะกิจกรรมที่ผู้ให้บริการสุขภาพจะให้การดูแลแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพพิจารณาตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเมื่อผู้ป่วยขาดนัด ขาดยา นอกจากนั้นยังสะท้อนกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบจัดการดูแลตนเอง ภายใต้การกำหนดของทีมผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ต้องกินยาต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามมีผู้ให้บริการสุขภาพ 1 คนที่จะต้องดูแลทั้งหมด ที่เป็นอิสระของผู้ป่วย และครอบครัว ในเรื่องการจัดการดูแลตนของผู้ป่วยและครอบครัว ในส่วนการจัดการของทีมผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องตามการสะท้อนความหมายดังกล่าว ได้แก่ การใช้ระบบนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด การให้ข้อมูลความรู้เพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนของผู้ป่วย นอกจากนั้นทีมผู้ให้บริการสุขภาพได้สะท้อนว่าระบบข้อมูลของผู้ป่วยที่มีความครอบคลุม รวมถึงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและผลที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

**คำสำคัญ:** เบาหวาน การดูแลต่อเนื่อง

\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



## Abstract

Concept of continuity of care is crucial in primary healthcare system. However, definition of the concept is inconclusive. The objective of this study was to understand the meaning of “continuing of care” from the emic views of the patients, their caregivers, and healthcare providers as well as to understand management process in providing a continuing care for diabetic patients. Qualitative approach used to collect information included in-depth interview and focus group discussion. Key informants were purposively selected and consisted of 40 people who had diabetes, 2 family caregivers, and 6 healthcare providers worked in a primary care unit (PCU). Data were analyzed using content analysis. Data were collected from September 2006 to May 2007. Triangulation technique was used to validate truthfulness of the data.

Findings showed that patients and caregivers defined continuing care as activities performed by patients and caregivers including both independent and dependent self-management activities. Independent activities under recommendations of healthcare provider included regular follow-up visit and continuing medication regimen. Independent continuing care activities consisted of performing regular self health check-up and self-care and family-care support activities. Lastly, activity solely dependent on healthcare provider and healthcare system was getting a home visit. Patients and caregivers tried to manage for continuity of care according to their understanding such as attempting to keep up with every scheduled follow-up visit. However, when they missed follow-up visit, patients and caregivers would either buy the prescribed medication from the drugstore or borrow same drugs from other patients in order to continue their medication regimen. For patients with mobility difficulty, their caregivers would go to the hospital for medication refill. Moreover, some of them asked their healthcare providers for a home visit in order to check for blood sugar level. Healthcare information was shared among the group of patients in order to seek for appropriate management strategies.

In healthcare providers' perspective, continuity of care was defined as activities provided for diabetic patients such as providing a home visit when the patient missed follow-up or discontinued medication refill. Furthermore, self-management activities under recommendation of healthcare provider were included such as keeping up with scheduled follow-up visit and continuing prescribed medication. However, only one healthcare provider suggested an independent role of patients and caregivers in managing for continuing care. In terms of continuing care management process given by healthcare providers included using scheduling system to encourage patients' follow-up visit and giving healthcare information to promote self-management. Additionally, healthcare providers stated that a well-plan database system as well as a regular home visit would support continuity of care for diabetic patients. As a result, patients would be able to control blood sugar level within the appropriate range, thus limit a chance of complications.

**Keywords:** diabetic, continuity of care



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจุบัน

จากสถานการณ์อัตราชุกและอัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยอัตราชุกของผู้ที่เป็นเบาหวานทั่วโลกประมาณร้อยละ 4.5 และคาดการณ์จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 6.2 ในปี ค.ศ.2030<sup>1</sup> ในส่วนของประเทศไทยจากการคาดการณ์อัตราชุกระดับชาติพบว่าประชาชนในวัยผู้ใหญ่มีอัตราชุกของการเกิดโรคเบาหวานร้อยละ 9.6 โดยเป็นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วร้อยละ 4.8 ส่วนอีกร้อยละ 4.8 เป็นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่<sup>2</sup>

ด้วยลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพไปตามระยะการดำเนินของโรค ตั้งแต่ระยะที่เริ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานไปจนถึงระยะที่เริ่มมีอาการแทรกซ้อน ด้วยสภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถมีชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานได้ตามปกติ<sup>3,4</sup>

ผลของการประยุกต์แนวคิดการดูแลต่อเนื่องมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระบบบริการสุขภาพนั้น ส่งผลที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย<sup>5</sup> พบรความสัมพันธ์ด้านบวกกับการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดแล้ว ( $HbA1c$ )<sup>6</sup> ค่าตราชนีมวลกาย<sup>7</sup> รวมถึงจำนวนครั้งของการมารับการตรวจตา ตรวจเท้า ตรวจระดับไขมันในเลือดและตรวจด้วยความดันโลหิต<sup>8</sup> นอกจากนั้น การดูแลต่อเนื่องยังมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับความพึงพอใจของผู้ที่เป็นเบาหวานต่อบริการที่ได้รับ<sup>9</sup> แต่เนื่องจากแนวคิดการดูแลต่อเนื่องมีการตีความแตกต่างกันหลากหลายขึ้นอยู่กับผู้ที่ศึกษา และบริบทที่นำแนวคิดไปใช้ศึกษา<sup>10</sup> เช่น ในบริบทของบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ความหมายของความต่อเนื่องจะเป็นความต่อเนื่องของการติดต่อ ทีมผู้ให้บริการสุขภาพจะต้องคงไว้ซึ่งการติดต่อกับผู้รับบริการ ติดตามดูแลและการอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต้องการได้

ดังนั้นการเข้าถึงบริการจึงถูก認為เข้าไปในมิติของการดูแลต่อเนื่อง ประเด็นของความต่อเนื่องและการเข้าถึงบริการมีความใกล้เคียงกันมาก<sup>11</sup>

ในบริบทด้านการรักษาโรคมักให้ความหมายของการดูแลต่อเนื่องว่าเป็นบริการที่มีความสอดคล้องความต่อเนื่องจากผู้ให้บริการในแหล่งบริการที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่เนื้อหาจะเป็นแนวทางการให้การรักษาโรคต่างๆ (care protocols or management strategies)<sup>11,12</sup>

ในบริบทของการพยาบาล การดูแลต่อเนื่องมักจะให้ความสำคัญกับความต่อเนื่องในการสื่อสารข้อมูลระหว่างพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลในระดับบุคคลมีความต่อเนื่อง และสอดคล้องกับปัจจุบันและความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องของพยาบาลมักจะศึกษาในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ แนวคิดนี้จึงมักจะถูกตีความเป็นการวางแผนก่อนกลับบ้าน (discharge plan) เพื่อให้มีความต่อเนื่องของการรักษาแบบฉุกเฉินจากสถานบริการกับการดูแลต่อในระดับชุมชน หรือดูแลตนเอง<sup>11,13</sup>

สำหรับในบริการระดับปฐมภูมิ การดูแลต่อเนื่องมักจะถูกตีความว่าเป็นการให้บริการโดยบุคลากรวิชาชีพ หรือผู้ให้บริการคนเดียวอย่างต่อเนื่อง<sup>14-18</sup> และความหมายในเชิงความรู้สึกของการเป็นเจ้าของระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ (คนไข้ของฉันหรือหมอของฉัน) ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้รับบริการได้พบกับผู้ให้บริการคนเดิมตลอด นำมาซึ่งความรู้สึกไว้วางใจ ความเข้าใจซึ้งกันและกัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงความรับผิดชอบที่เกิดขึ้นตลอดเวลา<sup>19</sup>

จากความหมายที่หลากหลายของการดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำความเข้าใจถึงการสะท้อนความหมายการดูแลต่อเนื่องของคนใน ซึ่งได้แก่ กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เลือกศึกษา รวมถึงศึกษาถึงการจัดการของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยผลจากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องซึ่งเป็นการศึกษาในระยะต่อไปของงานวิจัยนี้



## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการให้ความหมายการดูแลต่อเนื่องจากมุมมองของกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพ

2. เพื่อศึกษาการจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งการจัดการของผู้ป่วยครอบครัว รวมถึงผู้ให้บริการสุขภาพ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้ทำการศึกษาที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐม (Primary Care Unit = PCU) แห่งหนึ่งซึ่งตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น (ต่อไปจะใช้ชื่อสมมติว่า PCU รักถิน) รวมถึงหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 9 หมู่บ้าน โดยผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย ผู้ที่เป็นเบาหวาน 40 คน ผู้ดูแล 2 คน และผู้ให้บริการสุขภาพของ PCU รักถิน 6 คน

ด้วยสมมติฐานว่าการดูแลที่ต่อเนื่องจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเชื่อว่าการจะไปเข้าใจเรื่องได้เรื่องหนึ่งอาจจะเริ่มต้นด้วยการระบุคุณลักษณะในทางตรงขัมั่นนั่นคือ อะไรที่ไม่ใช่การดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นจุดเริ่มต้นการเข้าถึงกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานจึงเริ่มจากการศึกษาข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ PCU รักถิน รวมถึงข้อมูลจากแฟ้มครอบครัว (Family Folder) แล้วสอบถามความเจ้าหน้าที่ถึงผู้ที่เป็นเบาหวานที่เจ้าหน้าที่เห็นว่ามีปัญหา เช่น ขาดนัดบ่อยๆ ขาดยา หรือมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ยากลำบาก

หลังจากร่วมข้อมูลไปได้ระยะหนึ่งก่อนที่ในการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักก็ขยายขอบเขตมากขึ้นจากการบอกเล่าของกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวาน รวมถึงสมาชิกอื่นๆ ของชุมชน เช่น กลุ่ม อสม. แม่ค้าในชุมชน ผู้นำชุมชน รวมถึงประชาชนทั่วไป ซึ่งเกณฑ์ที่ขยายขอบเขตออกไปได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สนใจดูแลตนเอง ดีมสุราเป็นประจำแล้วไม่สนใจดูแลตนเอง นักวิจัยได้เข้าเยี่ยมกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักที่บ้าน ขออนุญาตสัมภาษณ์ถ้าผู้ให้ข้อมูลยินดีจะขอให้เขียนหนังสือยินยอมแต่ถ้าผู้ให้ข้อมูลไม่สบายใจที่จะเขียนหนังสือยินยอมนักวิจัยก็ให้ออนุญาตโดยวาจาและบันทึกเทป

กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 40 คนนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 82.5) อายุใน

วัยสูงอายุ โดยผู้ที่มีอายุน้อยที่สุดคือ 42 ปี และมากที่สุด 80 ปี อายุเฉลี่ย 63.9 ปี อาศัยอยู่กับคู่สมรส และ/หรือบุตร หลาน ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน 1-5 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 27.5) 6-10 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 30.0) และมากกว่า 10 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 42.5) ส่วนใหญ่มาปรับปรุงการที่สถานีอนามัย (ร้อยละ 62.5) บางส่วนรับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 27.5) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 5.0) และมีผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาจากสถานบริการสุขภาพจำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.0) ส่วนภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานมีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องตามองเห็นไม่ชัดเจน จำนวน 2 คน ตาบอดสนิททั้งสองข้าง 1 คน มีภาวะเคลื่อนไหวลำบาก ต้องใช้ไม้เท้าช่วยพยุงในการเดิน 3 คน ปัญหากลืนปัสสาวะไม่ได้ 1 คน ปัญหาเป็นแผลเรื้อรังที่เท้า 3 คน และจาก 3 คน ที่มีแผลเรื้อรังนี้มีอยู่ 2 คน ที่มีประวัติต้องตัดนิ้วเท้า (Amputation) ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ที่มีแผลเรื้อรังทั้งหมดจะเป็นเพศชาย และมีประวัติต้มสุราทั้ง 3 คน

**กลุ่มผู้ดูแล:** การศึกษาร่วมนี้มีผู้ดูแลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเพียง 2 คน เนื่องจากกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี และสะท้อนว่าได้ดูแลตัวเองในการปฏิบัติภาระประจำวันแม้ว่าบางคนที่มีปัญหาเดินค่อนข้างลำบาก บางคนมองเห็นไม่ชัดเจน แต่บอกว่าสามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติภาระประจำวันได้ บางคนยังสะท้อนว่าจากดูแลตนเองแล้วยังต้องดูแลบุตรหลาน ดังนั้นผู้ดูแลที่ให้ข้อมูลครั้งนี้เป็นภารกิจของผู้ป่วยที่มีภาวะเคลื่อนไหวลำบาก (disability) ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เกณฑ์ที่ใช้คัดเลือกกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ที่เป็นเบาหวานระบุว่าเป็นผู้ที่ดูแลหลักเพื่อให้ผู้ที่เป็นเบาหวานสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เช่น ดูแลในเรื่องอาหาร การพาไปตรวจตามนัด ดูแลเรื่องการรับประทานยา เป็นต้น

**กลุ่มผู้ให้บริการของ PCU รักถิน:** ผู้ให้บริการของ PCU รักถินที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 6 คน เป็นเพศหญิง 5 คน ชาย 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 2 คน เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท 4 คน และปริญญาตรี 2 คน

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่มและการสังเกต ในส่วนการสัมภาษณ์เชิงลึก



สันทนาการลุ่มเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบาย ประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นของตนเอง ผู้วิจัย ได้ขออนุญาตอัดเทป โดยการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง เทปที่ได้นำมาถอดเทปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูล เชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้วิธีการ เก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง หลายวิธีการ หลายช่วงเวลา ตรวจสอบและสะท้อนข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษาอย่าง สม่ำเสมอทั้งในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการ วิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการยืนยันความถูกต้องของ ข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลหลัก การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการ พิจารณาของคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหा�วิทยาลัย ขอนแก่น และมีการพิทักษ์ลิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ชื่อของ ผู้ให้ข้อมูลและชื่อขององค์กรผู้วิจัยได้ใช้นามสมมติในการนำเสนอผลการวิจัย

## ผลการวิจัย

**1. การสะท้อนความหมายการดูแลต่อเนื่อง ของผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ดูแล และการจัดการให้ผู้ที่ เป็นเบาหวานได้รับการดูแลต่อเนื่อง พบร่วม ผู้ที่เป็น เบาหวานและผู้ดูแลได้สะท้อนการดูแลต่อเนื่องในลักษณะ ของกิจกรรมของผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ดูแลทั้งที่เป็นพนักงาน ที่จะต้องรับผิดชอบในการจัดการด้วยตนเองภายใต้ การกำหนดของผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การไป ตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การกินยาต่อเนื่อง นอกจากนั้นยังสะท้อนกิจกรรมที่เป็นอิสระไม่อุปสรรค ภายใต้ การกำหนดของผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การประเมิน สภาวะสุขภาพของตนเองสม่ำเสมอ การจัดการดูแล ตนเองรวมถึงการดูแลของสมาชิกครอบครัว รวมถึง ได้สะท้อนกิจกรรมที่ต้องพึ่งพาผู้ให้บริการสุขภาพและ ระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การที่ผู้ให้บริการสุขภาพและ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้**

**1.1 การไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ** การรับรู้ดังกล่าวเนื่องจากระบบนัดหมายของผู้ให้ บริการสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ และ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ผู้ให้บริการสุขภาพจะ มีระบบนัดหมายให้ผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัดนอกจากนั้น ผู้ป่วยเบาหวานยังมีประสบการณ์ตรงที่เกิดภาวะแทรกซ้อน กับตนเองเมื่อไม่ไปรับการรักษาตามนัด รวมถึงการเห็น

ผู้ป่วยเบาหวานในหมู่บ้านที่ไม่ไปตรวจตามนัด แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต จาก ระบบนัดหมายรวมถึงประสบการณ์ตรงดังกล่าวทำให้ ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดูแลต่อเนื่องนั้นหมายถึงการมาตรวจ ตามนัดทุกครั้ง ซึ่งจะทำให้ได้กินยาต่อเนื่อง ได้ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะสม่ำเสมอ ได้รู้ว่าตนเองสามารถควบคุม เบาหวานได้มากน้อยเพียงใด

“ดูแลเจ้าของติด....ดูแลเจ้าของนี่ก็ต่อเนื่องอยู่เดี๋ยวเป็นหยังค่อยต่อเนื่องติด ต่อเนื่อง เพราะบ้าได้ປະทางหมอน ถึงวันเพื่นนัดกะไป แม่นยาบ่หมดกะต้องไป แต่ยานี่ก็เหลือทุกครั้งและไปได้ขาด ถ้าขาดบางครั้งขาด 1 วัน เพื่นกะสามว่า “แล้ววันนั้นทำไม่ได้” ลูกจะบอกว่าติดธุระบ่มีคนพาแม่มา” (สัมภาษณ์ PW1002, ธันวาคม 2549)

“ทุกเดือนเนาะยะเนาะ ว่าแต่เพื่นนัดเนาะ เพื่น นัดมือได้จะไปมีนั้น” (สัมภาษณ์ PW602, พฤษภาคม 2549) “ต่อเนื่องอยู่ บ่เคยขาดเพื่นนัดตอนไหนก็ไป ตลอด ไปตรวจเลือดตรวจเยี่ยวทุก 3 เดือน ตอนเช้า เสาบกินหยัง” (สัมภาษณ์ PW603, พฤษภาคม 2549)

**1.2 การกินยาต่อเนื่อง** การรับรู้ดังกล่าวเป็น ไปตามข้อมูลที่ได้รับรู้จากผู้ให้บริการสุขภาพ รวมถึง ประสบการณ์ของกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานด้วยกันว่า เบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ต้องกินยาตลอดชีวิต นอกจากนั้นการให้ความหมายดังกล่าวเป็นผลจากการมี ประสบการณ์จากเห็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่กินยาต่อเนื่อง แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

“เดี่ยวนี่บ่ขาดยา ต่อเลย ต่อเลยกินยาให้ขาด หมอยาเข้าว่าอย่าให้ขาดยา ขาดบ่ได้ แม่ยังมีหลายโรค อนาคตแม่ไปเจอกับยาเบาหวาน โรคอื่น ๆ แม่ไปเจอกับ คลินิก” (สัมภาษณ์ PW501, พฤษภาคม 2549)

“จะมีบักเตี้ยเด้อกคน น้ำตาลขึ้น 300 กว่า กะ อุญได้บีถึง 3 เดือนจะตาย เห็นคนบอกว่าแกบค่อยไป เอายามากินดออก”

**1.3 การประเมินสภาวะสุขภาพของตนเอง สม่ำเสมอ** ประโยชน์ที่ผู้ป่วยใช้เพื่อสะท้อนการประเมิน สภาวะสุขภาพคือ “การซ้อม (สังเกต) เจ้าของ” โดย การซ้อมนี้จะเป็นการซ้อมว่าจะดับน้ำตาลสูงหรือต่ำ ซึ่ง การรับรู้ดังกล่าวเนื่องจากภัยหลังที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นเบาหวาน ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากผู้ให้บริการสุขภาพ



กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานด้วยกัน รวมถึงประสบการณ์ที่เคยเกิดกับตัวเอง จึงทำให้เกิดกระบวนการชอมตัวเอง เพราะผลกระทบจากการประเมินระดับน้ำตาลต่ำของคนนี้จะนำไปสู่กระบวนการจัดการดูแลตนเองให้สอดคล้อง เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของตนเองต่อไป

“พี่นี่ชอมเจ้าของเนาะว่าสิมีอาการเหนี่อยในตอนเช้า มันมีอาการบ่อยๆ เป็นเดือนละประมาณ 2 ครั้ง มันมักลืมเป็นตอนเช้า พอเขามีอาการเสากะกินข้าวเหนี่ยังลักษันมันกะลิดขึ้นโลด เขายอมเจ้าของนี่มันลิขีเด่วันน้ำตาลเสาขึ้นหรือน้ำตาลเสาง” (สัมภาษณ์ PW602, พฤศจิกายน 2549)

“ร่างกายเสานี่เสาลิขีเด๊ เสาเป็นเบาหวานนานนาน เสาจะซอมเจ้าของ ยามมันขึ้น (ระดับน้ำตาล) ยามมันลงเสากะลี้” (สัมภาษณ์ PW901, ตุลาคม 2549)

**1.4 การจัดการดูแลตนเองรวมถึงการดูแลของสมาชิกครอบครัว การรับรู้ถึงกล่าวเป็นผลจากการได้รับทราบข้อมูล ความรู้จากผู้ให้บริการสุขภาพ จากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันรวมถึงประสบการณ์ตรงในการจัดการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาดแต่จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ตามปกติถ้าสามารถดูแลตัวเองในเรื่องต่างๆ ได้ดี เช่น เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวจึงได้สะท้อน ความหมายการดูแลต่อเนื่องดังกล่าว ซึ่งเป็นความหมายที่สะท้อนการจัดการที่เป็นอิสระของผู้รับบริการ ส่วนผู้ให้บริการสุขภาพจะมีบทบาทในการให้ข้อมูล การสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวสามารถจัดการดูแลตนเองและดูแลสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ และบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน**

“พ่อได้ดูแลต่อเนื่องอยู่เด๊ คือได้ออกกำลังกายอยู่ตลอด เดินทุกเช้านี่ได้ขาด” (สัมภาษณ์ PM601, พฤศจิกายน 2549)

“ต่อเนื่องจะต้องทำไปตลอด ผมดูแลเมียผมไปตลอด ผมเป็นคนทำให้แก แกเดินบ้าได้ผมจะต้องทำให้แก ผมจะทำไปเรื่อยๆ จนโน่นแหลก.. จนตายจากกัน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมาเยี่ยมบางครั้ง มากอกนั่นบอกนี่ผมจะมีกำลังใจ ผมนี่มันบัญชีหยอดคือหมอบ หมอมานะ กอกนั่นบอกนี่ผมจะสู้ว่าลิขีแลเมียอย่างไร ผมจะมีกำลังใจดูแลเมียขึ้นไปเรื่อยๆ... ผมเชื่อหมอบรับ ผมเป็น

คนดูแลส่วนหมอบ เป็นคนมาแนะนำนั่นแนะนำนี้”  
(สัมภาษณ์เชิงลึก, CM901, ธันวาคม 2549)

ส่วนกิจกรรมที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องพึ่งพาผู้ให้บริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ได้แก่

**1.5 ผู้ให้บริการสุขภาพติดตามเยี่ยมที่บ้าน** การให้ความหมายดังกล่าวเนื่องจากผู้ป่วยบางคนที่มีปัญหาสุขภาพที่ลับซับซ้อน ลำพังผู้ป่วยและญาติไม่สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยตามลำพังได้ จึงต้องการให้ผู้ให้บริการสุขภาพมาเยี่ยมที่บ้าน เพื่อมาให้คำแนะนำ รวมถึงให้การดูแลเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

“...เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะมาเยี่ยมบางครั้งนำอกนั่นบอกนี่ผมจะมีกำลังใจ ผมนี่มันบัญชีหยอดคือหมอบ หมอมานะ กอกนั่นบอกนี่ผมจะสู้ว่าลิขีแลเมียอย่างไร ผมจะมีกำลังใจดูแลเมียขึ้นไปเรื่อยๆ... ผมเชื่อหมอบรับ ผมเป็นคนดูแลส่วนหมอบ เป็นคนมาแนะนำนั่นแนะนำนี้”  
(สัมภาษณ์เชิงลึก, CM901, ธันวาคม 2549)

การที่ผู้ป่วยเบาหวานให้ความหมายการดูแลต่อเนื่องดังกล่าวเมื่อไม่ได้รับการเยี่ยมจากผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ป่วยก็จะสะท้อนว่าตนเองไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

“แม่บ้าได้ดูแลต่อเนื่องเท่าไหร่เพื่อบำดูแลบอยๆ สมัยหมอก.. อยู่เพื่่นมดูแลต่อ ดีมากอกนั่นบอกนี่ แต่คิดว่าตัวเองอยู่ดีมีแข็งกระมีอีหยอดแล้ว อยู่ดีส่ายอยู่ เพื่่นมกำบบว่าอีหยอดอก” (สัมภาษณ์, PW1805, ธันวาคม 2549)

ในส่วนของผู้ดูแลรับรู้ว่า การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยนั้นเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของญาติที่จะดูแลผู้ป่วย ส่วนการมาเยี่ยมของผู้ให้บริการสุขภาพจะช่วยให้ญาติได้รับรู้ข้อมูลต่างๆ ที่ช่วยล่วงเสริมให้สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้นรวมถึงเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจของผู้ดูแลด้วย

จากการสะท้อนความหมายการดูแลต่อเนื่องดังกล่าว เมื่อศึกษาถึงการจัดการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง พบว่า โดยธรรมชาติแล้วผู้ป่วยและครอบครัวมีการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง เช่น การพยาบาลไปรับบริการตามที่ได้รับนัดหมายทุกครั้ง แต่ถ้าไม่สามารถไปรับบริการได้เพื่อให้ได้รับประทานยาต่อเนื่องจะซื้อยามารับประทานเอง หรือยืมยาจากกลุ่ม



## ผู้ที่เป็นเบาหวานด้วยกันมารับประทานดังการสะท้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

“ยาเบาหวานกับความดันฉันหาย ฉันแขวนไว้ที่เสานห้าบ้าน บู่สูงมากไม่ยอมไปพลายวันแล้ว ฉันกะยืมยาแม่จิต(นามสมมติ)กิน ตอนนี้ยาที่ยืมมาจะหมดแล้วฉันเลยบได้กินยา สิไปขอหนอเพื่ินให้ม่กงยังบึงวันนัดย่าんเพิ่นว่าເວັບກໍລາໄປ” (สัมภาษณ์เชิงลึก, PW0301, ธันวาคม 2549 )

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับบริการที่สถานบริการสุขภาพได้เงินเนื่องจากมีภาวะเคลื่อนไหวลำบาก(disability) ภูติจะเป็นคนมาช่วยให้แก่ผู้ป่วย บางครอบครัวจะติดต่อขอให้ผู้ให้บริการสุขภาพที่มีความคุ้นเคยมาตรวจเลือดให้ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งในส่วนนี้ผู้ป่วยเบาหวานได้สังท้อนว่ามีความต้องการให้ผู้ให้บริการสุขภาพมาเยี่ยมดูแลที่บ้านเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมาก ๆ

“หมออนามัยติด...เวลาเจ็บป่วยหลายจะอยากให้เพิ่นมาดูแล นานอกนั้นบอกนี่ แต่เวลาตี 7 บ. เป็นหยังพ้ออยู่กะอยู่ไปห้อมเพื่นกะยาก งานเพื่นกะหลาย” (สัมภาษณ์เชิงลึก, PW1301, พฤศจิกายน 2549)

**2. การสะท้อนความหมายการดูแลต่อเนื่องของผู้ให้บริการสุขภาพ และการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลต่อเนื่อง ในส่วนผู้ให้บริการสุขภาพได้สังท้อนการดูแลต่อเนื่องในลักษณะกิจกรรมที่ผู้ให้บริการสุขภาพให้การดูแลแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน นอกจากนั้นยังสะท้อนกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบจัดการดูแลตนเองภายใต้การกำหนดของทีมผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจสอบด้วยส่วนร่างกาย กินยาต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามมีผู้ให้บริการสุขภาพ 1 คน ที่จะต้องให้เห็นบทบาทการจัดการที่เป็นอิสระของผู้ป่วย และครอบครัว โดยสังท้อนในเรื่องการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้**

**2.1 ผู้ให้บริการสุขภาพติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน** ทั้งนี้ผู้ให้บริการสุขภาพจะสังท้อนว่าการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะทำให้รู้เหตุผลของผู้ป่วยที่ไม่มีมาตรฐานนัด ได้รู้ว่าผู้ป่วยได้กินยาสม่ำเสมอหรือไม่ ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคในการจัดการดูแลตนเองอย่างไร การติดตามเยี่ยมบ้านจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เชื่อมโยงกันระหว่างสถาน

## บริการสุขภาพกับบ้านของผู้ป่วย

“หนูคิดว่า การดูแลต่อเนื่องหมายถึงการติดตามดูแลผู้ป่วย มีการติดตามดูแลที่บ้าน มีการออกใบติดตามผู้ป่วยว่ากินยาไหม ขาดยาไหม ไปหามอดตามนัดทุกครั้งไหม การกินยาของเขาใครดูแลบ้าง กินอยู่ต้องใหม อย่างนี้เราต้องดูแลเขาทุกอย่าง ดูทุกอย่าง แม้แต่วิธีชีวิตของเขา เป็นการดูแลต่อเนื่องติดตามทุกขั้นตอน คิดว่าทุกอย่างเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เมื่อเขามาที่สถานีอนามัย เขายังต้องได้รับการดูแลมันต้องหึ้งที่อนาคตและที่บ้านสองส่วนต้องเชื่อมกัน” (สัมภาษณ์ HP01, ธันวาคม 2549)

“น่าจะได้ดูแลต่อเนื่อง มีการเข้าไปเยี่ยมในหมู่บ้านอย่างนี้ จริงๆ และใน Folder ผู้ป่วยเรื่องรังเร้าต้องตามเยี่ยม แต่ระยะหลังมา ผู้ป่วยเยอะมาก ไม่มีเวลาออกใบ” (สัมภาษณ์ HP02, ธันวาคม 2549)

**2.2 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ด้วยระบบันด้วยหมายผู้ป่วยที่ถูกกำหนดขึ้นโดยทีมผู้ให้บริการของ PCU รักถิ่นโดยผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทาง PCU รักถิ่นจะนัดมาตรวจนักเรียนทุก 2 เดือน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และ/หรือมีภาวะแทรกซ้อนจะได้รับการนัดกลับมาตรวจทุก 1 เดือน ซึ่งผู้ให้บริการของ PCU รักถิ่นเชื่อว่าการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) ได้กินยาสม่ำเสมอ ได้รับการส่งต่อพับแพที่เมื่อไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้ และ/หรือมีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้ให้บริการของ PCU รักถิ่นจึงได้สังท้อนความหมายการดูแลต่อเนื่องดังกล่าว**

“ต่อเนื่อง..น่าจะเป็นลักษณะการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องการกินยา ก็ควรได้รับการดูแลคือไม่ให้ขาดยา มาตามนัดทุกครั้งหรือถ้าเขามาไม่มาก ก็ควรได้รับการติดตามเยี่ยมว่าเขามีปัญหาอะไรไหม” (สัมภาษณ์ HP05, ธันวาคม 2549)

“หนูคิดว่าคนไข้เบาหวานประมาณ 60% ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งคนไข้ของเรามีปัญหาอยู่ไม่กี่คน เช่น เป็นผู้สูงอายุไม่ได้ ไม่มีผู้ดูแล ไม่มีพัฒนาอย่างนี้ ซึ่งตรงนี้ก็เป็นปัญหาอยู่ว่าเราจะแก้ไขอย่างไร ...ก็มีบางคนเท่านั้นที่หายไปบางช่วง ขาดไปบ้าง ไปต่างจังหวัดบ้าง ลืมบ้าง” (สัมภาษณ์ HP04, ธันวาคม 2549)



**2.3 ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ให้บริการสุขภาพของ PCU รักถินรับรู้ว่าการรักษาด้วยยาเป็นวิธีการควบคุมเบาหวานที่สำคัญอีกวิธีหนึ่งที่ได้ผลดีในข้างต้นของการให้ยา การจัดการดูแลและติดตามในเรื่องการควบคุมเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เป็นต้น และรับรู้ว่าการรักษาจะได้ผลดีผู้ป่วยจำเป็นจะต้องกินยาต่อเนื่อง การขาดยาจะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเบาหวานได้**

**“น่าจะเป็นลักษณะการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องการกินยา ก็ควรได้รับการดูแลดีไม่ให้ขาดยา” (สัมภาษณ์ HP05, ธันวาคม 2549)**

**2.4 การจัดการดูแลและติดตามของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนอย่างสมดุลนั้นได้ถูกกำหนดเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่เป็นหัวใจสำคัญของคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ<sup>20</sup> ซึ่งผู้ให้บริการของ PCU รักถินบางคนรับรู้ถึงความสำคัญของการจัดการดูแลและติดตามของผู้ป่วย**

**“...คนในครอบครัวก็ควรจะมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย ถ้าคิดว่าผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาครอบครัวก็ควรจะต้องเข้าใจว่าจะให้การดูแลต่ออย่างไร โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เพื่อให้การรักษาได้ผลและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ อีกอย่างก็คือตัวผู้ป่วยเองสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และสอดคล้องกับชีวิตของเขามิ่ยจากเกินไป” (สัมภาษณ์ HP05, ธันวาคม 2549)**

จากการสะท้อนความหมายดังกล่าวที่มีผู้ให้บริการสุขภาพของ PCU รักถิน มีการจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ได้แก่ การใช้ระบบบันทุมายให้ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด การให้ข้อมูลความรู้เพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลและติดตามของผู้ป่วย การพยายามติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยขาดนัด นอกจากนั้นผู้ให้บริการของ PCU รักถินจะต้องรับรู้ระบบข้อมูลผู้ป่วยที่มีความครอบคลุม ระบบติดตามผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง แต่สถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน PCU รักถินยังไม่สามารถจัดการระบบบันทุมายให้ข้อมูลผู้ป่วยให้มีความ

ครอบคลุม มีการนำข้อมูลมาใช้เพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานค่อนข้างน้อย รวมถึงยังไม่สามารถติดตามกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดนัด ขาดยาได้อย่างครอบคลุม ซึ่งข้อมูลเหล่านี้นับว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบบริการของ PCU รักถินเพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องต่อไป

### การอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลที่ต่อเนื่องจากมุมมองของคนในทั้งผู้ให้บริการสุขภาพของ PCU รักถิน รวมถึงผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ดูแลยังได้รับอิทธิพลจากแนวคิดด้วยการแพทย์อยู่มาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ ที่ยังเน้นเรื่องโรคและการรักษาโรค การสะท้อนความหมายที่ให้จังหวัดให้ความสำคัญกับโรคเป็นสำคัญ ส่วนผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลได้สั่งท้อนแนวคิดการยอมตาม (compliance) กับระบบการรักษา

เมื่อเทียบกับความหมายการดูแลต่อเนื่องจาก การศึกษาครั้งนี้กับกรอบแนวคิดดั้งเดิม (Traditional framework) จะพบว่ามีความแตกต่างกัน โดยแนวคิดการดูแลต่อเนื่องในบริบทการระดับปฐมภูมิที่เป็นกรอบแนวคิดดั้งเดิมซึ่งส่วนใหญ่ที่นำมาใช้ในการศึกษา และการปฏิบัติโดยเฉพาะการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะหมายถึงการที่ผู้รับบริการได้พับกับผู้ให้บริการคนเดิมตลอด (Longitudinal continuity หรือ Provider continuity)<sup>21-23</sup> นอกจากนี้ยังมีมิติอื่นๆ ที่มีการนำมาศึกษาและปฏิบัติค่อนข้างบ่อยในบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ ความต่อเนื่องของระบบข้อมูล (Information Continuity) ซึ่งหมายถึงการใช้ข้อมูลที่ผ่านมาร่วมถึงบริบทต่างๆ ของผู้รับบริการเพื่อนำมาใช้วางแผนในการดูแลผู้รับบริการให้มีความสอดคล้องและเหมาะสม กับผู้รับบริการแต่ละคน<sup>11,23</sup> ความต่อเนื่องของการจัดการ (Management continuity) เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า เมื่อเปลี่ยนผู้ให้บริการ ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลที่มีความสอดคล้อง ซึ่งความต่อเนื่องของการจัดการ จะเน้นที่การให้บริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง<sup>11,23</sup> จะพบว่า กรอบแนวคิดดั้งเดิมนั้นมีแนวคิดที่ยึดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง จะเน้นที่ความต่อเนื่องที่การจัดการโดยทีมผู้ให้บริการสุขภาพเป็นหลัก ในขณะที่ผลการศึกษาครั้งนี้ ความหมายได้ขยายขอบเขตไปสู่การจัดการที่เป็นอิสระของผู้รับบริการ



นอกจากนั้นผลการศึกษาครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นว่าโดยปกติแล้วผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ดูแลมีการจัดการเพื่อให้ผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องอยู่แล้ว ซึ่งส่วนใหญ่คือการดูแลที่ต่อเนื่องอยู่แล้ว ซึ่งส่วนใหญ่คือการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่พยายามจะจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง ตั้งแต่การตัดสินใจเลือกทำกิจกรรม การปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างสมดุลแม้จะมีภาวะโรคเรื้อรัง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ได้สนับสนุนรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ที่การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-management support) เป็นองค์ประกอบหนึ่ง<sup>24-26</sup> เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังเป็นเวลานานหลายปี การจัดการดูแลตนเอง เช่น การจัดการเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง การใช้ยา เป็นต้น เป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้การควบคุมโดยตัวผู้ป่วยเองเป็นสำคัญ โดยผู้ให้บริการสุขภาพมีบทบาทเป็นเพียงผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ ข้อดีนับด้วยกันว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการแก่กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานที่จะต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดของทีมผู้ให้บริการสุขภาพให้เชื่อในศักยภาพของผู้รับบริการ การพัฒนาจะต้องเน้นบทบาทที่เป็นอิสระของผู้รับบริการ ไม่ใช่เน้นให้ผู้รับบริการต้องยอมตาม (compliance) ระบบการรักษาที่ผู้ให้บริการเป็นผู้กำหนดอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน แนวคิดการดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อการให้บริการในบริการสุขภาพพระดับปฐมภูมิสำหรับการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน การศึกษานี้ได้ศึกษาเพื่อทำความเข้าใจแนวคิดการดูแลต่อเนื่องในมุมมองของคนในทั้งกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ดูแลและทีมผู้ให้บริการสุขภาพในระดับ PCU ผลการศึกษาพบว่า แนวคิดที่พูดจาก การศึกษาครั้งนี้ได้สะท้อนกิจกรรมที่แท้จริงกลุ่มทั้งกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้ให้บริการสุขภาพจะต้องปฏิบัติ ในขณะที่ครอบแนวคิดดังเดิมจะสะท้อนแนวคิดที่เน้นการจัดการระบบบริการของผู้ให้บริการสุขภาพเป็นหลัก ผลที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย และครอบครัวที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญและควรจะเน้นให้ผู้ให้บริการสุขภาพได้เห็นความสำคัญในประเด็นดังกล่าว

## เอกสารอ้างอิง

- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H, Wild S. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27(5):1047-1053.
- Aekplakorn W, Stolk RP, Neal B, Suriyawongpaisal P, Chongsuvivatwong V, Cheepudomwit S, et al. The prevalence and management of diabetes in Thai adults: the international collaborative study of cardiovascular disease in Asia. *Diabetes Care* 2003; 26(1): 2758-2763.
- ชนิษฐา นันทนบุตร และคณะ. การศึกษาและพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานบนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์. กระบวนการดูแลตนเองของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวาน: a grounded theory study. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล*. 2540; 1(1): 71-91.
- Hanninen J, Takala J, Keinanen-Kiukaanniemi S. Good continuity of care may improve quality of life in type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2001; 51(2): 21-27.
- Mainous AG, Koopman RJ, Gill JM. Relationship Between Continuity of Care and Diabetes Control: Evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Public Health* 2004; 94(1): (January), 66-70.
- Gulliford M, Naithani S, Morgan M. Continuity of Care in Type 2 Diabetes: Patients', Professionals' and carers' experiences and health outcomes. Division of Health and Social Care Research, King's College London [online] 2006 [cited 2006 April 13]. Available from:[http://www.sdo.lshtm.ac.uk/pdf/continuity\\_gulliford\\_finalreport\\_13/06/2006](http://www.sdo.lshtm.ac.uk/pdf/continuity_gulliford_finalreport_13/06/2006)
- Parchman ML, Burge SK. Continuity and quality of care in type 2 diabetes: A residency Research Network of South Texas Study. *The Journal of Family Practice* 2002; 51(7): 619-624.



9. Gulliford M, Naithani S, Morgan M. Continuity of Care in Type2 Diabetes: Patients', Professionals' and carers' experiences and health outcomes. Division of Health and Social Care Research, King's College London [online] 2006 [cited 2006 April 13]. Available from: [http://www.sdo.lshtm.ac.uk/pdf/continuity\\_gulliford\\_finalreport\\_13/06/2006](http://www.sdo.lshtm.ac.uk/pdf/continuity_gulliford_finalreport_13/06/2006); 2006.
10. Biem HJ, et al. Breaks in continuity of care and the rural senior transferred for medical care under regionalization. International Journal of Integrated Care. 2003; 3(29): (September), 1–13.
11. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, et al. Continuity of Care: a multidisciplinary review. BMJ 2003; 327(22): (November), 1219–1221. [online] 2006 [cited 2005 April 24]. Available from: <http://www.bmjjournals.com/cgi/content/full/327/7425/1219>.
12. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, and Porteous M. Integrated care pathways. BMJ. 1998; 316(2): 133–137.
13. Sparbel KJ, Anderson MA. Integrated literature review of continuity of care. Part1: conceptual issues. Journal Nursing Scholar. 2000; 32(5): 17–24.
14. Rogers J, Curtis P. The Concept and Measurement of Continuity in Primary Care. American Journal Public Health. 1980; 70(2): (February), 122–127.
15. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. BMJ 1992; 304(16): 1287–1290.
16. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice?. [online] 1997 [cited 2006 June 17]. Available from:<http://bmjjournals.com/cgi/content/full/314/7098/1870?ijkey=80eb64f16>.
17. Streubert HS, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 2nded. Philadelphia: Lippincott;1999.
18. Guthrie B, Wyke S. Controversy in primary care: Does continuity in general practice really matter?. British Medical Journal 2000; 6(23): 734–735.
19. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the Confusion: concepts and measures of continuity of health care. Canadian Health Services Research Foundation [online] 2002 [cited 2004 February 7]. Available from: <http://www.chsrf.ca>
20. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือพัฒนาระบบงานคุณย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้ได้มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
21. Overland J, Yue DK, Mira M. Continuity of care in diabetes: to whom does it matter?. Diabetes Research and clinical Practice 2001; 52(5): 55–61.
22. Parchman ML, Pugh JA, Noel PH, Larmer AC. Continuity of Care, Self-Management Behaviors, and Glucose Control in Patients with Type 2 Diabetes. Medical Care 2002; 40(2): 137–144.
23. Gill JM, Mainous AG, Diamond JJ, Lenhard MJ. Impact of Provider Continuity on Quality of Care for Persons with Diabetes Mellitus. Annals of Family Medicine 2003; 1(1):162–170.
24. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. JAMA 2002; October 9, 288(14): 1775–1779.
25. พนา พรพัฒนกุล. การศึกษาผลการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดครุยักษ์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 21–28.
26. กอบกุล พันธุรัตนอิสระ, น้ำผึ้ง ดุ๊กโคงกรวดคุณ, รณรุทธิ์ บุตรแสน. การปรับรูปแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินสูลินโรงพยาบาลประจำจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 33–40.



## การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลมหาสารคาม

### The Development of a Holistic Nursing Service System for Diabetic Patients Receiving Diabetes Care at Mahasarakham Hospital

ศิริพร รองหานาม ศศ.บ.\*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาสารคามและหน่วยปฐมภูมิเครือข่าย และประเมินประสิทธิผลของระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและคุณภาพบริการพยาบาล ทำการตีกราชระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนกรกฎาคม 2552 ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัว และผู้จัด การวิจัยมี 4 วงจร คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการปฏิบัติและการสะท้อนการปฏิบัติ ระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานพัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมร่วมกับประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของบุคลากรสุขภาพ ความคิดเห็นของผู้ป่วย และวัฒนธรรม และสภาวะแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมที่พัฒนาขึ้นได้ถูกนำมาใช้จริงเป็นระยะเวลา 3 เดือน (เดือนเมษายน-มิถุนายน 2552) ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมหาสารคามและหน่วยปฐมภูมิเครือข่าย จำนวน 10 แห่ง การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์ /questionnaire การสังเกต การตอบแบบสอบถามและการประชุมบริการทางวิธี

ผลการศึกษา พบว่า การประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยเบาหวานและบุคลากรสุขภาพมีความพึงพอใจต่อระบบบริการใหม่ในระดับมาก คือ ร้อยละ 85.3 ผลลัพธ์ต้านสุขภาพผู้ป่วยดีขึ้นหลังจากใช้ระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมนาน 3 เดือน ได้แก่ ผลการควบคุมระดับน้ำตาล FBS HbA1C ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน การกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายดีขึ้นจากเดิมหลังจากที่มีการใช้วิธีแบบระบบบริการที่พัฒนาแล้วกับผู้ป่วย สรุปได้ว่า ระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมที่พัฒนาแล้วมีผลต่อการมีของภาวะสุขภาพผู้ป่วยและคุณภาพบริการพยาบาลที่ดี

**คำสำคัญ :** การพยาบาลแบบองค์รวม ระบบบริการพยาบาล ผู้ป่วยเบาหวาน

\* หัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาสารคาม



## Abstract

The purposes of this research were to develop a holistic nursing service system for diabetic patients receiving diabetes care at Mahasarakham Hospital and primary care units in the network and to evaluate the efficiency of a holistic nursing service system on patients' health outcomes and quality improvement in nursing service. Action research was used as the research framework. The research was conducted from October 2008 to July 2009. Participants were health care providers, patients and families, and the researchers. The research processes consisted of four phases including planning, taking action, observation, and reflection. A holistic nursing service system for diabetes patients was developed using a holistic nursing framework, health care providers' experiences and expertise, patients' thoughts and perspectives, and relevant cultural and environmental contexts. The nursing service system was then implemented for three months (from April to June 2009) at Mahasarakham Hospital Diabetes Clinic and ten primary care units. Data were primarily obtained through focus group, observations, questionnaires, and meeting conference.

Major findings were that diabetes patients' and health care providers' satisfaction with a new system were high (85.3%) Patients' health outcomes including FBS (Fasting Blood Sugar), HbA1c, complications, readmission rates, and diabetes care cost were improved from baseline to 3 months post-implementation. In summary, these findings demonstrated that a holistic nursing service system could be efficacious in improving of diabetes patients' health outcomes and qualities of nursing care.

**Keywords:** Holistic nursing, Nursing service system, Diabetic patients

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผลการสำรวจผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดมหาสารคาม ข้อมูล 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548-2550 พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นจากจำนวน 24,489 ราย เป็นจำนวน 27,319 ราย และ 28,524 ราย ตามลำดับ และจากข้อมูลผู้ป่วยทั่วไปที่มารับบริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงปี พ.ศ. 2549-2551 ที่คลินิกโรคเบาหวานในวันพุธ จะมีผู้มารับบริการมากที่สุด เฉลี่ย 350 คนต่อวัน นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานด้วยภาวะแทรกซ้อนจากน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2551 มีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.1, 2 และร้อยละ 2.3 ตามลำดับ เมื่อศึกษาถึงด้านทุนของการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2549-2551 มูลค่ารวม 6,788,246 บาท 13,406,310 บาท และ 22,132,175 บาท ตามลำดับ<sup>1</sup> กล่าวโดยสรุปปัญหาที่พบในการให้

บริการผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลมหาสารคาม คือ 1) ด้านบุคลากร ได้แก่ ภาระงานไม่เหมาะสม 2) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนความไม่พึงพอใจในระบบบริการและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น 3) ด้านระบบบริการพยาบาล ได้แก่ ขั้นตอนบริการก่อนพับแพทช์ กิจกรรมการให้ข้อมูลและสื่อการให้ความรู้เป็นลักษณะการให้สุขศึกษา ระบบการนัด และระบบการส่งต่อ 4) ด้านลิ้งแวดล้อม ได้แก่ โรงพยาบาลที่ให้บริการ และปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ สื่อประชาลัมพันธ์ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมการบริโภคของคนในสังคม เป็นต้น

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรังจนเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาอย่างมากมายทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยทุกช่วงอายุมีปัญหาที่เป็นอยู่



และก่อให้เกิดความสูญเสีย ความพิการ และตกเป็นภาระ ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ภาวะแทรกซ้อน ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือด ที่ตาที่ไต นอกเหนือนี้ยังพบร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและทำให้ เกิดการติดเชื้อย่างชั้น<sup>2</sup> ทั้งยังมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่า คนที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน<sup>3</sup>

การรักษาโรคเบาหวานให้ได้ผลดีจึงต้องการ ความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นสำคัญ และถ้าผู้ป่วยได้รับ การบริการด้วยความใส่ใจอ่อนโยนจากผู้ให้บริการและ ได้รับการประเมินอาการตั้งแต่แรกรับ ไปจนถึงการดูแลและ ที่สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยได้มากขึ้น นอกเหนือนี้การร่วมมือในการดูแลของครอบครัว รวมถึง ทีมบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญ ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และเนื่องจากเป็นการยาก ที่จะดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยแพทย์ผู้รักษาเพียงลำพัง ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการดูแล ทั้งจาก ทีมดูแลสุขภาพ ได้แก่ 医師 พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบ องค์รวมทุกมิติสอดประสานกัน จึงจะทำให้ตอบสนอง ต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีศักยภาพในการเป็น ผู้จัดการดูแลระบบบริการผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมายได้เป็น อย่างดี ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเป็นผู้นำในการพัฒนา ระบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ รวดเร็วทันท่วงที จากการบทบาทนั้นจะต้องมี ทักษะ ที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้สนใจที่จะพัฒนาระบบบริการ พยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยนำเสนอวิธีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมาบูรณาการ และใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มาเป็นกรอบวิจัยในการพัฒนารูป แบบบริการพยาบาล เนื่องจากวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็น กระบวนการร่วมมือของผู้วิจัยกับกลุ่มผู้ปฏิบัติและผู้ป่วย เพื่อการเรียนรู้ พัฒนา ปรับปรุงและแก้ไขปัญหาร่วมกัน กระบวนการวิจัยนี้ ประกอบด้วย กระบวนการเก็บ รวบรวมปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การ สังเกตและการสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุง แผนการปฏิบัติ<sup>4</sup> เพื่อให้ได้รูปแบบการพัฒนาแบบใหม่ ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ดูแล ทำให้รูปแบบระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานแบบ

องค์รวมที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของ บริการพยาบาลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานให้ ดีขึ้นได้อย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบบริการพยาบาล แบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม
- ทดสอบประสิทธิผลของระบบบริการพยาบาล แบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้น

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาล แบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน กระบวนการวิจัยมี 4 วงจร คือ การวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ การวางแผน การพัฒนาระบบและการประเมินผล

การดำเนินงานวงจรที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ และความต้องการ การวิเคราะห์สถานการณ์ทำโดย การสนทนากลุ่ม การสอบถามกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ แบบสอบถาม การสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม และนำข้อมูล มาตีความจัดหมวดหมู่ความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินงานวงจรที่ 2 การวางแผน ประชุม เชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนพัฒนาระบบการพยาบาล แบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานลงสู่การปฏิบัติ

การดำเนินงานวงจรที่ 3 การพัฒนาระบบ โดย ผู้วิจัยได้ทดลองระบบในคลินิกเบาหวาน หอผู้ป่วยในที่ รับผู้ป่วยไว้รักษา และหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย โรงพยาบาล มหาสารคาม

การดำเนินงานวงจรที่ 4 การประเมินผล ใช้การ สำรวจ การสัมภาษณ์ ทบทวนอุบัติการณ์ และมีการ ประเมินผลตามตัวชี้วัดภายหลังการปฏิบัติตามระบบ เป็นเวลา 3 เดือน

ในแต่ละกิจกรรมจะมีวงการพัฒนา 4 ขั้นตอน จนได้ระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมที่เหมาะสม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย บุคลากรในโรงพยาบาลมหาสารคามและในหน่วย บริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล ดังนี้



บุคลากรในโรงพยาบาลมหาสารคาม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหาร พยาบาลในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยเบ้าหวานไว้รักษา พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกเบ้าหวานและอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 37 คน

บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิเครื่อข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ได้แก่ พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 8 คน

ผู้ป่วยเบ้าหวานและผู้ดูแลที่รับบริการในโรงพยาบาลมหาสารคาม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยหรือญาติ คัดเลือกจากผู้ป่วยเบ้าหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาสารคาม และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อีก 2 ครั้งใน 1 ปี รวมผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถาม การสันทนาກลุ่ม แบบลังเกตพฤติกรรม แบบสอบถามความรู้และทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบประเมินความพึงพอใจให้และผู้รับบริการ

วิเคราะห์ข้อมูล โดยประเด็นที่ได้จากการวิจัย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื้อหาที่ได้จากการสันทนาກลุ่ม ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และลังเคราะห์ข้อมูลโดยแยกแยกหมวดหมู่รายละเอียดจากความเป็นเหตุเป็นผล

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย ทุกคน โดยญี่เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดโครงการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย และขออนุญาตให้ลงนามแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมวิจัย สำหรับผู้ป่วยจะได้รับค่าพาหนะในการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการทุกราย

## ผลการวิจัย

### ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า

- กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแล 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อายุระหว่าง 55-64 ปี ร้อยละ 56.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 56.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 73.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 3,000-6,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.7 และส่วนใหญ่เป็นเบ้าหวานมากกว่า 2 ปี ร้อยละ 93.3

กลุ่มตัวอย่างบุคลากร จำนวน 45 คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 53.3 รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยและแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 35.6 และ ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ

2. ระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบ้าหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

2.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการ มีดังนี้

1) ด้านร่างกาย พบร่วมผู้ป่วยเบ้าหวาน ส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 รองลงมาอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี 36.7 ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารรับประทานยาไม่ถูกต้อง ร่วมกับการไม่ได้ออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลในเลือดต่ำจนไม่สามารถจัดการกับอาการผิดปกติเหล่านี้ได้ ส่งผลให้เกิดการ Re-admit ในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วย บางรายยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลเท่าที่ไม่ได้ส่องเท้าเวลาเดินทำให้เกิดแผลเรื้อรัง ต้องรักษาโดยการตัดขาหรือตัดนิวบริเวณที่เป็นแผล นอกจากนี้ยังพบ บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบ้าหวาน และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบ้าหวานยังไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและดูแลรักษาล่าช้า ความต้องการในการพัฒนา คือ บุคลากรควรให้ความรู้หรือคำแนะนำด้วยสื่อและภาษาท้องถิ่นที่เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติได้ และต้องการให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ป่วยเบ้าหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี เพื่อจะได้นำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง และบุคลากรควรมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความมีมาตรฐานการดูแล ระบบส่งต่อและระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงตั้งแต่หน่วยบริการปฐมภูมิมายังโรงพยาบาลที่ชัดเจน

2) ด้านจิตใจ พบร่วม มีระดับความเครียด ร้อยละ 10 และผู้ป่วยเบ้าหวานส่วนใหญ่มีปัญหากังวล จิตใจหลายประการจนพัฒนา不出来เป็นความเครียด และขาดทักษะการจัดการความเครียด จึงส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ความเครียด ความกังวลมาจากการหลâyสาเหตุหลâyประการ เช่น ความกังวลใจเกี่ยวกับตนเอง ครอบครัว ตลอดจนการมารับบริการ เนื่องจาก



ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีความกังวลใจเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง เพราะต้องมารับบริการในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สภาพครอบครัวส่วนใหญ่มาศัยตามลำพัง ขาดผู้ดูแลที่เหมาะสม และบ้างคนมีภาระในการเลี้ยงหลาน เพราะลูกจะต้องเดินทางไปทำงานเพื่อหารายได้ ทำให้มีความกังวลใจต่อบุคคลครอบครัว เช่น การเจ็บป่วยส่งผลให้คนในครอบครัวเสียเงิน เสียเวลาที่ต้องมาดูแล ดังนั้น ในการมารับบริการรักษาพยาบาลจำเป็นต้องมารับบริการโดยลำพัง ทำให้มีปัญหากังวลใจเกี่ยวกับผู้ให้บริการ เช่น ภาษาที่แพทย์ใช้สื่อสารซึ่งส่วนใหญ่ใช้ศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ และการสื่อสารไม่ใช่ภาษาพื้นบ้าน เป็นต้น พฤติกรรมการบริการของพยาบาลที่ไม่กระตือรือร้นใส่ใจผู้ป่วย เช่น ไม่มีการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างละเอียด และการแสดงออกด้วยสีหน้าเฉยเมย น้ำเสียงไม่มีชีวิตชีวา เป็นต้น รวมทั้งขั้นตอนการรับบริการที่หลายขั้นตอนและสถานที่ การรับบริการหลายแห่ง เช่น การยืนบัตร การเจาะเลือด การรับยา เป็นต้น ความต้องการในการพัฒนา คือ ควรพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคคลากร จัดทำแนวทางการให้บริการที่ชัดเจนขึ้น และควรจัดระบบการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

3) ด้านสังคม พบว่า ผู้ป่วยมีสภาพปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เนื่องจากผู้ป่วยเป็นคนงานรายบ้านอยู่ไกลโรงพยาบาล ไม่มีรถประจำทาง หรือไม่มีเงินค่ารถโดยสาร หรือบางครั้งไม่มีญาติพามาทำให้ไม่สามารถมาตรวจตามนัดหรือขาดนัดได้ ผู้ป่วยบางรายมีภาระการดูแลบุตรหลานที่มีอายุน้อยที่บ้าน ทำให้ไม่สามารถจัดการภาระหน้าที่ในครอบครัวให้เหมาะสมกับการดูแลตนเองได้ เช่น ไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง เป็นต้น และผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ไปร่วมงานสังสรรค์หรืองานประเพณีต่างๆ มีการจัดเลี้ยงอาหารหรือเครื่องดื่ม ผู้ป่วยจะไม่กล้าปฎิเสธเนื่องจากความเกรงใจ หรือกลัวว่าเพื่อนบ้านจะเข้าใจผิดว่าเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ความต้องการในการพัฒนา คือ ชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้บริการจัดทายานพาหนะรับส่ง และโรงพยาบาลควรจัดทายานพาหนะมาให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีอนามัยให้ครบตามมาตรฐานการรักษา

4) ด้านจิตวิญญาณ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ ต้องเข้าร่วมและประกอบพิธีกรรมทางศาสนาโดยเฉพาะในวันพระ ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการไปทำบุญที่วัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น และผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการไปทำบุญที่วัดมากกว่าการไปพับแพที่กรณีที่นัดตรงกับวันพระ จึงทำให้ผู้ป่วยขาดนัด ซึ่งการจ่ายยาให้ผู้ป่วยจะนับจำนวนยาให้ถึงวันนัด หรือจ่ายเกิน 3 วัน ทำให้ผู้ป่วยขาดยา การรักษาไม่ต่อเนื่อง ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ความต้องการในการพัฒนา คือ พยาบาลควรสอบถามผู้ป่วยว่าสามารถมาตามนัดได้ หรือไม่ และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือวางแผนในการกำหนดวันนัด

2.2 พัฒนาบริการพยาบาลแบบองค์รวม สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลมหาสารคาม มีดังนี้

ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล 1) จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้มีความรู้และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และลดภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายได้ 2) การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล และมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดเครือข่ายในการดูแลระหว่างกันของผู้ป่วยและผู้ดูแล 3) จัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนของผู้ป่วยเบาหวาน และแบบบันทึกข้อมูลอาการ การรักษา และการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติในการดูแลตนเอง 4) กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีปัญหาซับซ้อนได้เข้าร่วมในการค้นหาปัญหา วางแผน กำหนดเป้าหมายและเลือกวิธีการในการดูแลตนเอง เช่น วิธีการออกกำลังกาย การกำหนดอาหาร การสำรวจทางเลือกในการรักษา การเลือกแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม เป็นต้น ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ สังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม

ด้านบุคคลากร 1) พัฒนาองค์ความรู้ของบุคคลากร ได้แก่ จัดประชุมอบรมทักษะบุคคลากรในการ



ให้สุขคึกคักแบบใหม่ ทักษะการเป็นผู้ให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทักษะการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน และอบรมพฤติกรรมบริการที่ดีเลิศ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และทักษะเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 2) จัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงาน และมีเจ้าหน้าที่ช่วยในกิจกรรมที่ไม่ใช่กิจกรรมทางการพยาบาลโดยตรง เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐาน

### 2.3 การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวม

ด้านระบบบริการ 1) จัดระบบบริการแบบ One Stop Service เพื่อลดขั้นตอนและระยะเวลาอันบีบริการลง ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) ระบบันดับ ปรับเปลี่ยนระบบให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อไม่ให้กระทบต่อวิธีชีวิตปกติของผู้ป่วย 3) จัดทำมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลของสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ 3.1) หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยในกลุ่มที่มีน้ำตาลในเลือดระดับปกติได้จัดกิจกรรมกลุ่ม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาบำบัด ออกกำลังกาย ฯลฯ สำหรับกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง แนะนำการปฏิบัติตัว การให้คำปรึกษา การตรวจระดับน้ำตาลทุก 1 เดือน กิจกรรมการพยาบาลและกิจกรรมกลุ่ม ส่วนกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาล 3.2) การให้บริการที่คลินิกโรคเบาหวานโดยจัดกิจกรรมกลุ่มให้คำปรึกษาจากพื้นที่สหสาขาวิชาชีพสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาสารคาม มีการให้บริการตรวจรักษากายและการพยาบาลทั่วๆ ไป การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและให้นอนโรงพยาบาล 3.3) การบริการที่หอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาสารคามการให้การพยาบาลตามแผน การจัดกิจกรรมคุ้นเคยจากสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนการจานวนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีมาตรฐาน ส่วนกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนลับซับซ้อนให้ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ (แผนภูมิที่ 1) 4) พัฒนาสื่อที่ทันสมัยและเหมาะสม จัดทำเว็บไซต์ทัศน์ประกอบการสอนตัวอย่างการกำหนดรายการอาหารที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น จัดทำโน้มเดลอหารตัวอย่าง เพื่อ

ส่งเสริมบรรยายศาสและกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล 5) ระบบส่งต่อและส่งกลับ ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการพาหนะรับส่ง เพื่อสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนรวมทั้งช่องทางบริการเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะวิกฤตได้รับบริการรวดเร็ว 6) พัฒนาระบบทекโนโลยีสารสนเทศ พัฒนาโปรแกรมและระบบเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ เพื่อให้บุคลากรมีข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมและสามารถส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้องทันเวลา

ด้านโครงสร้าง ลิ้งแวดล้อม และวัฒนธรรม 1) พัฒนาอาคารสถานที่ ได้แก่ คลินิกพิเศษ จัดทำเก้าอี้รอตรวจเพิ่ม ปรับปรุงภูมิทัศน์ จัดทำมุมเรียนรู้ ต่อเติมสถานที่บริการให้กว้างขวางขึ้น เพื่อลดความแออัดและมีสถานที่เพียงพอในการจัดกิจกรรมกลุ่ม 2) จัดรณรงค์ให้ความรู้เรื่องการรับประทานที่ถูกต้อง ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ผ่านห้องจ่ายข่าวในหมู่บ้าน การประชาสัมพันธ์ในวัดช่วงเทศกาล เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง 3) พัฒนามู่บ้านเบาหวานต้นแบบ โดยการจัดตั้งชุมชนเบาหวาน และมีแกนนำผู้ป่วยเบาหวานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน เช่น พามาตรวจตามนัดการเยี่ยมเยียนที่บ้านเพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย

2.4 ประสิทธิผลของระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน พบร้า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ในการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้น ร้อยละ 92.8 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ร้อยละ 84.5 ส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำสามารถลดการกลับมารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนเบาหวานได้ 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.1 โดยแบ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจาก hypoglycemia ลดลงร้อยละ 7.1 hyperglycemia and Diabetic Ketoacidosis ลดลง ร้อยละ 8.2 มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องตัดอวัยวะ (Amputation) ลดลงเหลือ 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.1 ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้ FBS < 126 mg /dl ได้ 726 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของผู้ป่วย และควบคุมระดับ HbA1c < 7 mg /dl เพิ่มจาก



เดิม 12 รายเป็น จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.4 และมีค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอกรดลง 1,679,458.95 บาท เฉลี่ย 80 บาทต่อครั้ง และผู้ป่วยในลดลง 1,536,290 บาท เฉลี่ย 2547.7 บาทต่อครั้ง รวมเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในลดลง รวมทั้งสิ้น 3,215,748.95 บาท ผู้ป่วยเบาหวานและบุคลากรสุขภาพมีความพึงพอใจต่อระบบบริการใหม่ในระดับมาก คือ ร้อยละ 85.3

## การอภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมโรงพยาบาลมหาสารคาม พบร่วมกันที่อาจส่งผลต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้อัตราการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนระยะลั้นของผู้ป่วยเบาหวาน มีอัตรามากขึ้น มี 4 ด้าน คือ ด้านผู้ป่วย/ผู้ดูแล ด้านบุคลากรด้านระบบบริการและด้านสิ่งแวดล้อม โครงสร้าง วัฒนธรรม โดยด้านผู้ป่วย/ผู้ดูแลและด้านสิ่งแวดล้อม โครงสร้างวัฒนธรรมจะพบปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ได้แก่ การบริโภคอาหารตามความเชื่อและความเคยชิน การออกกำลังกาย ไม่แม่ตามจังหวะ ทำให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกิจกรรมวันพระ สำหรับด้านบุคลากร มีปัญหาภาระงานที่มาก ทำให้บุคลากรส่วนใหญ่มุ่งงานจนไม่มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการเท่าที่ควร ประกอบกับขาดความรู้และประสบการณ์ที่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการอธิบายและการได้รับคำแนะนำน้อย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ<sup>5</sup> สุจิตรา อุทา<sup>6</sup> และพูนทรัพย์ สมกล<sup>7</sup>

ด้านระบบการบริการพยาบาล พบร่วมกับ บริการมีความชัดเจน ไม่มีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นแนวเดียวกัน ทำให้เกิดความสับสนในการวางแผนการพยาบาล และระบบการนัดหมายผู้ป่วยยังไม่มีการขยายวันนัดให้บริการเพิ่ม ทำให้เกิดความแออัดของผู้รับบริการ ไม่เอื้อต่อการจัดบริการอาทิเช่น การให้ความรู้ สุขศึกษา รายกลุ่ม รายบุคคล ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขอย่างรีบด่วนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุพัฒน์ สมจิตรสกุล<sup>8</sup>

ศรีสุดา เสริมกล้า<sup>9</sup> และสายสม ยศรุ่งเรือง<sup>10</sup> นอกจากนี้ การเสริมสร้างพลังงานจะเป็นกิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ด้วยตนเอง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถในการเรียนรู้และทำความเข้าใจปัญหา เกิดความมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจและทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยจะพิจารณาค้นหาปัญหาที่ทำให้พุฒนาระบบการดูแลตนเองไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องตระหนักรู้ถึงความสำคัญของกิจกรรมการดูแลตนเองนั่นว่าก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง เช่น จัดเวลาล้อมของตนทั้งภายในและภายนอก และมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้<sup>11-14</sup>

รูปแบบการบริการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนา จึงเป็นรูปแบบการบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการตามบริบทของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาล รวมทั้งตอบสนองต่อปัญหาอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร เพราะมีกิจกรรมที่หลากหลายร่วมกันหลายวิชาชีพภายใต้การบริหารจัดการบุคลากรให้เพียงพอและมีองค์ความรู้ที่ถูกต้อง เช่น การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มพร้อมกับสื่อการให้ความรู้ที่ทันสมัย การปรับระบบบริการ เป็นต้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ดีขึ้น เพิ่มระดับความพึงพอใจและลดค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ผู้ป่วยและบุคลากรได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ดังนั้นผู้บริหารควรส่งเสริมสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้ความสนใจเข้ามา มีส่วนร่วมในการพัฒนางาน รวมทั้งส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรู้จักวิธีการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนและนำแผนไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีการประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องซึ่งจะช่วยให้งานมีคุณภาพมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาประเมินผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในมิติคุณภาพชีวิตในระยะยาวต่อไป

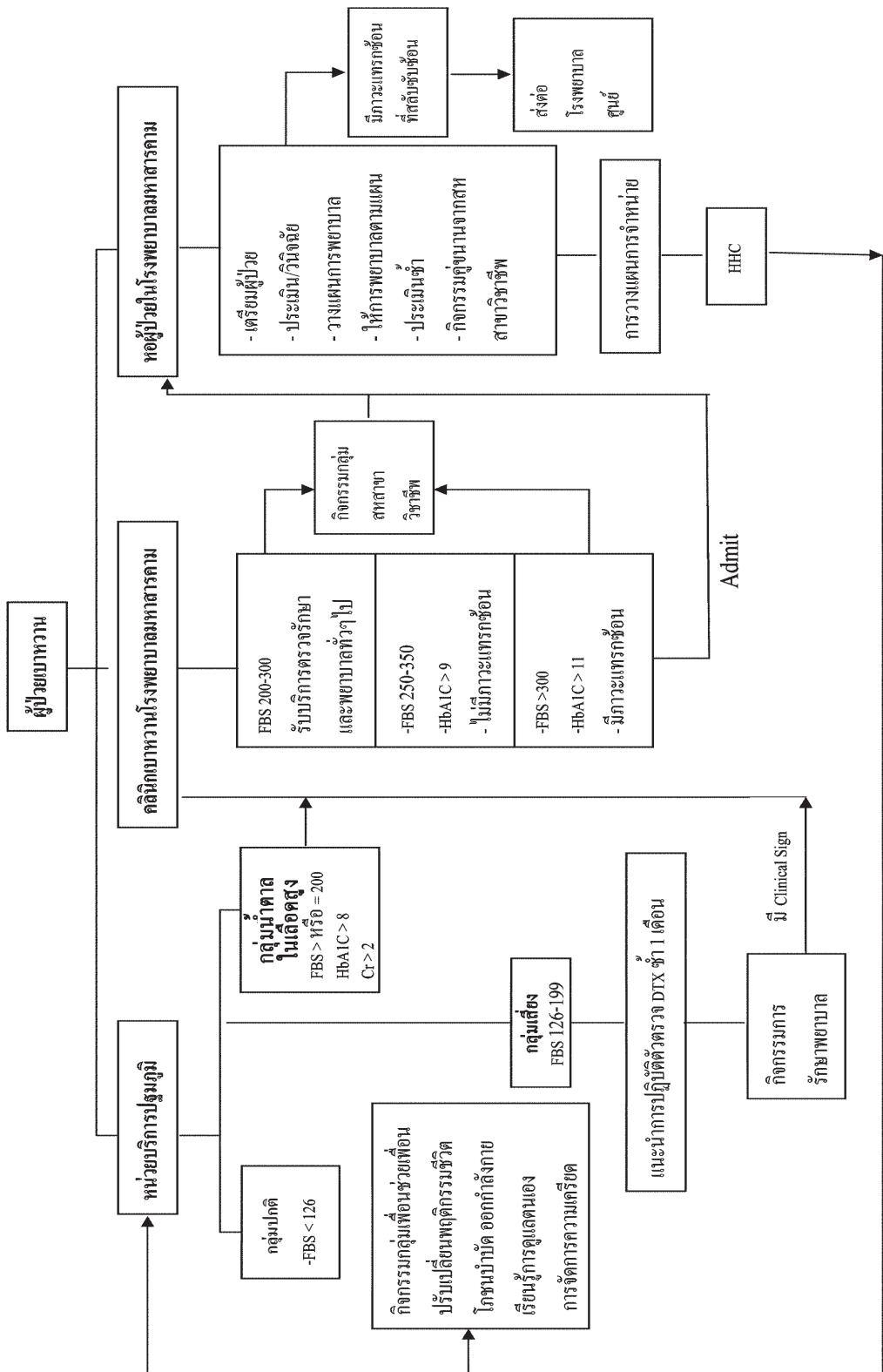


## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ป่วยเบาหวานทุกท่านที่อนุญาตและเอื้ออำนวยข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าในการเก็บข้อมูลนี้ รวมทั้ง ดร.นฤมล อเนกवิทย์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และ ดร.จิราพร วงศ์วิทยาจารย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และแพทย์หญิงเสาวลักษณ์ นาคะพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม และทีมวิจัยที่ร่วมสนับสนุนในงานวิจัยนี้ ประสบผลสำเร็จทุกท่าน

## เอกสารอ้างอิง

1. งาน çevreะเบียนโรงพยาบาลมหาสารคาม. สติ๊กิการบริการ ปี 2552. เอกสารอัดสำเนา. มหาสารคาม; 2552.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; 2543.
3. วรรณ วงศ์คำราวัณ. เบาหวานและการออกกำลังกาย. ในอภิชัต วิชาญานรัตน์ (บรรณาธิการ). ตำราโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2546.
4. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planners. Victoria: Deakin University Press; 1988.
5. วีโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. ค่าวรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภายใต้สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ. [ ม.ป.ท.:ม.ป.พ.]; 2536.
6. สุจitra อุทา. การพัฒนาระบบให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีอนามัยตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น (รายงานการศึกษาอิสระ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
7. พุนทรพย์ สมกล้า. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการใช้ยางยืดต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลมหาสารคาม (รายงานการศึกษาอิสระ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
8. สุพัฒน์ สมจิตรสกุล. การพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม. (รายงานการวิจัย). [ม.ป.ท.:ม.ป.พ.]; 2544.
9. ศรีสุดา เสริมกล้า. การพัฒนาการให้บริการของคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลำดวน (รายงานการศึกษาอิสระ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
10. รายสม ยศรุ่งเรือง. การจัดรูปแบบให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอหนองบัวแดง จังหวัด(รายงานการศึกษาอิสระ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
11. กอบกุล พันธุรัตนอิสระ, นำสื้ง ดุจโคงกรุดคุ, รณรุทธิ์ บุตรแส่น. การปรับรูปแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลินโรงพยาบาลประจำจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 33-40.
12. พนา พรพัฒนกุล. การศึกษาผลการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดครนายก. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 21-28.
13. ณัฐธีราวรรณ เหมือนชู, นันทินีร ป่อเพ็ชร, สังด ชวนขัน, ศุภวดี ลิมพานนท์. ผลการจัดบริการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลและต้นเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลิน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 17-22.
14. อนิชา ศรีญญาวัจนะ, สุจitra ลิมอำนวย. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลต้นเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 41-46.



1 այսնուածական առաջարկությունը կազմակերպությունը կատարում է առաջարկությունը՝ առաջարկությունը կատարում է առաջարկությունը՝



## กระบวนการ และผลลัพธ์ของการส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างโรงพยาบาลชุมชน

## และโรงพยาบาลจังหวัดสู่โรงพยาบาลตertiaryภูมิในจังหวัดขอนแก่น \*

### Process and Outcomes of Neonatal Transport between Community Hospital and Provincial Hospital to Tertiary Care Hospital in Khon Kaen Province

รักมี งามเจริญ พย.ม.\*\* สุทธิลักษณ์ ตั้งกีรติชัย PhD\*\*\*  
ผู้ภาครณ เกียรติชูสกุล พบ.วว.\*\*\*\* (กุการเวชศาสตร์)

#### บทคดีย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ กระบวนการและผลลัพธ์ของการส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดมายังโรงพยาบาลตertiaryภูมิในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกแรกเกิดจำนวน 52 คน ซึ่งส่งมาจากโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่งและโรงพยาบาลจังหวัด 11 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลด้านลักษณะทางการและการส่งต่อ แบบประเมินดัชนีการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด (MINT Scale) แบบประเมินการจัดการส่งต่อและแบบประเมินการดูแลทารกแรกเกิดขณะน้ำส่ง ซึ่งมีค่าความเที่ยงเป็น 0.56, 0.70 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง และวิเคราะห์ความแตกต่างของการจัดการส่งต่อและการดูแลขณะส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U

#### ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนการจัดการส่งต่อทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลทั้งสองระดับอยู่ในระดับปานกลาง โดยโรงพยาบาลจังหวัดมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนเป็น 7.93 ( $SD = 1.31$ ) และ 6.95 ( $SD = 1.13$ ) ตามลำดับ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. คะแนนการดูแลทารกในขณะน้ำส่งของโรงพยาบาลทั้งสองระดับอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 100.14 ( $SD=16.35$ ) โดยโรงพยาบาลจังหวัดมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนเป็น 104.74 ( $SD=16.89$ ) และ 93.86 ( $SD=13.54$ ) ตามลำดับ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. การรอดูชีวิตของทารกแรกเกิดที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนในระยะ 1 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับไว้รักษา มีอัตราสูงคิดเป็นร้อยละ 100 และ 96.2 ตามลำดับ การเสียชีวิตของทารกปรากฏให้เห็นเมื่อครบ 7 วัน โดยการจากโรงพยาบาลจังหวัดมีอัตราการรอดูชีวิตต่ำกว่าการจากโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 83.3 และ 95.5 ตามลำดับ)

กระบวนการส่งต่อทารกแรกเกิดมีคุณภาพในระดับปานกลาง ส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตของทารกตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกไปจนถึง 7 วัน หลังรับไว้รักษา โดยการจัดการส่งต่อและการดูแลขณะส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพต่ำกว่าการจัดการของโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งความมีการจัดการเพื่อพัฒนาทั้งระบบเครือข่ายการส่งต่อ และความรู้ความสามารถของบุคลากรที่อยู่ในระบบต่อไป

**คำสำคัญ:** การส่งต่อทารกแรกเกิด ระบบส่งต่อ การดูแลทารกแรกเกิด

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปีที่ 27 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2552



## Abstract

This descriptive research aimed to compare the processes and outcomes of neonatal transport between community hospitals and provincial hospitals to tertiary care hospitals in Khon Kaen Province. Sample were fifty-two newborns transferred from 14 community hospitals and 11 provincial hospitals. Data was collected using four questionnaires including the Neonatal transport record, Modified mortality Index for neonatal transport scale (MINT Scale), Transportation management scale, and caring during transport scale. The reliabilities of the scales were 0.56, 0.70 and 0.84 respectively. Data was analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, median, and mode. The Mann-Whitney U statistics was performed in testing the differences of the scores.

The results of the study are as following:

- Transportation management scale was in the moderate - high level with mean score of 7.52 ( $SD=1.34$ ) (the potential score=9).The transportation management score of provincial hospitals was significantly higher than those of the community hospitals ( $p=0.01$ ).
- Caring during transport scale was in the moderate level with the mean score of 100.14 ( $SD=16.35$ ) (the potential score=150) The caring during transportation score of the provincial hospitals was significantly higher than those of the community hospitals ( $p= 0.01$ ).
- Survival rate of the newborns at the 1 hr and 24 hr after admission were 100% and 96.19% respectively. The mortality were evident during 1-7 days of admission. The cumulative survival rate from provincial hospitals were lower than community hospitals.

The neonatal transports were in the moderate-high level. The mortality were evident during 1-7 days of admission. Transportation management and caring during the transportation of community hospitals had poorer quality than provincial hospitals. To improve the neonatal transportation, development of transport system and efficiencies networks and knowledge should be established.

**Keywords:** neonatal transport, referral system, neonatal care

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจุบัน

การกราฟเกิดจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญโดยเฉพาะแต่ในโรงพยาบาลบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปยังไม่สามารถให้การดูแลการเหล่านี้ได้เนื่องจากไม่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ<sup>1</sup> และหอผู้ป่วยการกราฟเกิดวิกฤตมีเฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง เช่น ศัลยแพทย์เด็กมีจำนวนจำกัด ดังนั้นเมื่อการกราฟเกิดมีปัญหาทางสุขภาพ จึงมีความจำเป็นต้องมีการส่งต่อการกราฟเกิด (neonatal transport) ไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า<sup>2,3</sup> สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีระบบส่งต่อที่ดี ทำให้สถาน

พยาบาลระดับต้นที่ต้องการส่งต่อการกราฟเกิดมีปัญหามากมาย ไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลที่พร้อมจะรับ การติดต่อประสานงาน การขาดบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญที่เหมาะสมในการเคลื่อนย้ายทารก รวมทั้งการขาดยาณพานะ ตลอดจนอุปกรณ์ที่เหมาะสม ในขณะที่สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิประสบปัญหามากมายในการเตรียมรับทารก การติดต่อประสานงานเวลาที่ทารกมาถึง ข้อมูลของผู้ป่วย ปัญหาค่าใช้จ่าย เป็นต้น<sup>4</sup>

การส่งต่อการกราฟที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมทำให้ทารกมีอันตรายได้ เช่น อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจน หรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หยดหายใจและเสียชีวิตระหว่างเดินทาง หรือเมื่อมาถึงที่หมายแล้วแพทย์ต้อง



ช่วยกู้ชีพ เนื่องจากภาวะหัวใจเต้นช้าหรือหัวใจหยุดเต้น และอาจทำให้ห้ามถ่ายเทรักษ์ช้อนทางสมองห้ามรอต่อชีวิต<sup>5,6</sup> จากการศึกษาพบว่าการส่งต่อที่ไม่ได้เตรียมการ ที่ดีจะทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนย้ายระหว่างโรงพยาบาลได้<sup>7,8</sup>

กระบวนการส่งต่อทารกแรกเกิดประเด็นหนึ่งคือ การจัดการส่งต่อ ซึ่งประกอบด้วย การลือสาร บุคลากร ที่นำส่ง อุปกรณ์ ยานพาหนะ และการบันทึก โดยจะต้องมีการลือสารระหว่างโรงพยาบาลที่ส่งต่อและโรงพยาบาลที่รับทราบบุคลากรที่นำส่งการจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลและการส่งต่อ ทารกแรกเกิด อีกทั้งต้องได้รับการอบรมทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดูแลทารกแรกเกิด เช่น ต้องได้รับการอบรมการช่วยกู้ชีพในทารกในด้านการเตรียมอุปกรณ์ และยานพาหนะในการเตรียมการรับ-ส่งต่อจะต้องมี ปริมาณที่เพียงพอและเหมาะสมกับทารก อุปกรณ์ต้องสะอาดและปราศจากเชื้อ ปัญหาในการส่งต่อพบว่า อุปกรณ์ไม่พร้อมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30.3<sup>9</sup> ในด้าน การบันทึกมีการศึกษาของ Smith et al.<sup>10</sup> พบว่า การดูแลและการรักษาพยาบาลมีการบันทึกร้อยละ 16.2 ทำให้โรงพยาบาลที่รับทราบไม่ทราบปัญหาหรืออาการต่าง ๆ ในระหว่างการส่งต่อ นอกเหนือนี้ยังพบว่าการบันทึกข้อมูลในใบส่งต่อไม่ละเอียดชัดเจน<sup>11</sup>

ในขณะนำส่งการจะต้องได้รับการดูแลเช่นเดียวกับทารกที่อยู่ในโรงพยาบาล ทารกที่มีการเจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตแพทย์ต้องให้การรักษาเฉพาะโรค จนกว่าทารกมีอาการคงที่แล้วจึงเคลื่อนย้าย และให้การรักษาันอย่างต่อเนื่องในระหว่างการเดินทาง<sup>6</sup> มีการศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบส่งต่อทารกแรกเกิดจังหวัดปราจีนบุรี<sup>3</sup> ผลการศึกษาพบว่ามาตรฐานที่ไม่ปฏิบัติตามมากที่สุดคือ การควบคุมอุณหภูมิภายในพับถึงร้อยละ 43.2 และการศึกษาของสุรชัย สราญฤทธิชัย<sup>12</sup> พบว่าในทารกที่มีปัญหาอย่างอ่อนน้อมถ่วงในระหว่างการเดินทาง 3% มีการเปิดเครื่องทำงานเย็นในโรงพยาบาล อุตุธานี ผ้าห่อตัวเด็กไม่แห้งไม่หนาเพียงพอ ห่อไม่มิดชิด และมีการเปิดเครื่องทำงานเย็นในโรงพยาบาล และการให้ยาตีเป็นผู้นำส่งทารก

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยผู้วิจัยยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงกระบวนการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการส่งต่อ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะทีมสุขภาพที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดได้เล็งเห็นความสำคัญของการส่งต่อทารกแรกเกิด จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการและผลลัพธ์ของการส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดขอนแก่นขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบวนการในการส่งต่อซึ่งประกอบด้วยการจัดการส่งต่อทารกแรกเกิดและการดูแลขณะนำส่ง และผลลัพธ์ของการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด

2. เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการในการส่งต่อซึ่งประกอบด้วย การจัดการส่งต่อทารกแรกเกิดและการดูแลขณะนำส่ง และผลลัพธ์ของการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาเปรียบเทียบนี้ (Comparative descriptive research) มีกลุ่มตัวอย่างเป็นทารกอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 28 วันได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงโดยมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนดไว้คือตั้งแต่วันที่ 1 มกราคมถึง 30 มิถุนายน 2551 รวมเป็นเวลา 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลการส่งต่อทารกแรกเกิด เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อ และตอนที่ 2 เป็นแบบประเมินดัชนีการเสี่ยงชีวิตของทารกแรกเกิดแบ่งเป็น 6 ด้าน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-34 คะแนน 2) แบบประเมินการจัดการส่งต่อ เป็นการประเมินกิจกรรมที่ทีมบุคลากรได้กระทำในการเตรียมทารกก่อนการส่งต่อ มี 9 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-9 3) แบบประเมินการดูแลทารกขณะนำส่ง เป็นการประเมินการดูแลของพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ขณะนำส่งทารกแรกเกิดมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-150 คะแนน



**การหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับทารกแรกเกิดและผู้นำส่งที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลfa ของครอนบากด้วยความเที่ยงของแบบสอบถามดังนี้ การเลี้ยงชีวิตของทารกแรกเกิด การจัดการทารกแรกเกิด การดูแลขณะนำส่งเท่ากับ 0.56, 0.70 และ 0.84 ตามลำดับ**

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเจងวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการทำวิจัย แจ้งสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้โปรแกรม SPSS / PC วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนการจัดการส่งต่อทารกแรกเกิด การดูแลทารกขณะนำส่ง และดัชนีการเลี้ยงชีวิตของทารกที่ได้รับการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test)

## ผลการวิจัย

- ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการจัดการส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด พบว่า การจัดการทารกขณะส่งต่อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 1)

- ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการดูแลทารกขณะส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด พบว่า มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 1)

- การรอดชีวิตของทารกแรกเกิดที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนในระยะ 1 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับไวรักษา มีอัตราสูงคิดเป็นร้อยละ 100 และ 96.19 ตามลำดับ การเลี้ยงชีวิตของทารกปรากฏให้เห็นเมื่อครบ 7 วัน โดยทารกจากโรงพยาบาลจังหวัดมีอัตราการรอดชีวิตต่ำกว่าทารกจากโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 83.3 และ 95.5 ตามลำดับ)

## การอภิปรายผล

ผลการวิจัยนำมาอภิปรายได้ดังนี้

การจัดการส่งต่อทารกแรกเกิด การจัดการด้านผู้นำส่ง และการบันทึกการส่งต่อโดยแพทย์เป็นด้านที่มีคุณภาพสูงสุด โดยมีคะแนนเต็มทั้ง 2 ด้าน สำหรับด้านการติดต่อประสานงานกันระหว่างโรงพยาบาล การมีบิดามารดาหรือญาติสายตรง อาการของทารกคงที่ก่อนการเคลื่อนย้ายก็มีคะแนนค่อนข้างสูง แต่ด้านที่มีคุณภาพต่ำสุด คือ ด้านการบันทึกครบถ้วนและชัดเจน ในหัวข้อที่สำคัญ และด้านบุคลากรมีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิด ในกรณีศึกษารังน้ำพบว่า ประสบการณ์ ในการดูแลทารกแรกเกิดของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดมีค่าเฉลี่ย เป็น 2.27 และ 5.80 ปีตามลำดับ ซึ่งบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิด ทำให้สามารถจัดการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการส่งต่อได้ กว่าบุคลากรที่มีประสบการณ์น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanter & Hannan<sup>7</sup> พบร่วมมืออัตราการเจ็บป่วยเกิดขึ้นร้อยละ 20.9 ของการส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมด 177 ราย และพบสาเหตุต่าง ๆ ที่เกิดจากบุคลากรที่ไม่มีความชำนาญ เช่น ไม่ได้ให้สารน้ำ 27 ราย ท้อหายใจเลื่อนหลุด 5 ราย ท้อหายใจอุดตัน 5 ราย ออกซิเจนหมด 2 ราย มีภาวะหัวใจหยุดเต้น 4 ราย และสอดคล้องกับการศึกษาของวัลย์พร เตียวพิพิธพร และคณะ<sup>14</sup> พบร่วมในทีมที่มีบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะในการเคลื่อนย้ายมีอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นน้อยกว่าทีมที่ไม่มีบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะ

การดูแลทารกขณะนำส่ง ใน การดูแลทารกขณะนำส่ง ด้านที่มีคุณภาพสูงสุดคือการดูแลด้านจิตใจ ส่วนด้านที่มีคุณภาพต่ำสุดคือด้านการดูแลอุณหภูมิกาย รองลงมาคือด้านการให้สารน้ำและพลังงาน ส่วนด้านการป้องกันการติดเชื้อและการดูแลตามระบบมีคะแนนการดูแลใกล้เคียงกัน อภิปรายได้ว่าประเด็นด้านการดูแลด้านจิตใจ ทารกส่วนใหญ่มีญาติร่วมเดินทางมาด้วยในรถพยาบาล และญาติได้รับคำแนะนำก่อนการส่งต่อ ทารกมายังโรงพยาบาลติดภูมิ ในประเด็นการดูแลอุณหภูมิกายพบว่าคุณภาพการดูแลต่ำสุดอาจมีสาเหตุจากการดูแลด้านอุณหภูมิกายระหว่างการส่งต่ออย่างทำได้ไม่ดี เช่น มีการเปิดเครื่องทำความเย็นในรถพยาบาล



ไม่มีอุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น ตู้อบเคลื่อนที่ (transport incubator) หรือส่งต่อโดยใช้ผ้าห่อตัวเพียง 1 ผืน เท่านั้นและไม่หนาเพียงพอและไม่ได้สัมหมวยให้กับทารก ส่วนใหญ่การส่งต่อจะนำทารกวางอยู่บนเตียง หรือบังร่ายใส่ในรถใส่เด็ก (crib) ห่อตัวด้วยผ้าห่มซึ่งไม่หนาเพียงพอและเปิดเครื่องทำความเย็นในโรงพยาบาลทำให้การมีการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายในระหว่างเดินทางได้มาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทองสawy สีทานนท์<sup>15</sup> พบรากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการอื่นมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำถึงร้อยละ 91.7 ซึ่งภาวะอุณหภูมิกายต่ำทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ภาวะกรดในกระแสเลือดจากการแพผลิตภัณฑ์ไม่ใช้ออกซิเจน ภาวะบิลรูบินสูงในกระแสเลือดจนอาจเป็นอันตรายต่อม้องได้ การเจริญเติบโตลำช้าภาวะหายใจลำบากอย่างรุนแรง และภาวะเลือดออกในปอดและสมอง<sup>12</sup> และสิ่งที่พบมากที่สุดคือการไม่บันทึกอุณหภูมิระหว่างการส่งต่อสิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลด้านอุณหภูมิกายยังไม่เหมาะสม ทำให้การมีภาวะอุณหภูมิกายต่ำได้ ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการป้องกันการสูญเสียความร้อนโดยการนำส่งทารกโดยวิธีการห่อตัวทารกด้วยผ้าแห้งและอุ่นจำนวน 2 ชิ้น และห่อตัวแบบมัมมี่ (mummy restraint)<sup>2</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี ชาญชิต<sup>16</sup> ศึกษาผลของการเช็คตัวด้วยผ้าแห้งและอุ่นและการห่อตัวด้วยผ้าแห้งและอุ่นขณะส่งต่อ ต่อการปรับตัวทางด้านสรีรวิทยาของทารก คลอดก่อนกำหนด พบรากคอลอดก่อนกำหนดกลุ่มทดลองมีการปรับตัวด้านอุณหภูมิที่ประเมินที่ห้องคลอดและที่ NICU ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Kanter & Hannan<sup>7</sup> ศึกษาถึงอัตราการเจ็บป่วยในระหว่างการส่งต่อซึ่งส่งต่อโดยบุคลากรที่ไม่มีความชำนาญจากโรงพยาบาลที่ส่งต่อ ผลการศึกษาพบว่ามีอัตราการเจ็บป่วยเกิดขึ้นร้อยละ 20.9 ของการส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมด 177 ราย และพบว่าไม่ได้ให้สารน้ำร้อยละ 15.3 ท้อหายใจเลื่อนหลุด 5 ราย ท้อหายใจอุดตัน 5 ราย ออกซิเจนหมัด 2 ราย มีภาวะหัวใจหยุดเต้น 4 ราย ซึ่งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการส่งต่อ

หากแรกเกิด ควรดูแลทารกให้มีอาการคงที่ก่อนการส่งต่อโดยอาศัยหลักการท้าวไปของการรักษาพยาบาล ทารกแรกเกิด<sup>6</sup> ประกอบด้วย การประสานงานก่อน การส่งต่อ การควบคุมอุณหภูมิกายให้เป็นปกติ การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง การให้สารน้ำ การป้องกันการติดเชื้อ และการรักษาเฉพาะโรคหรือภาวะที่ثارกป่วย นอกจากนี้ยังต้องมีระบบส่งต่อที่ดีและมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทารกได้รับอันตรายและเสียชีวิตขณะเคลื่อนย้าย สอดคล้องกับการศึกษาของเอนก พึงผล และคณะ<sup>3</sup> ได้ศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบการส่งต่อ พบราก่อนพัฒนาระบบส่งต่อ กิจกรรมที่ไม่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การควบคุมอุณหภูมิกายให้ปกติอย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 50.0 หลังการพัฒนาระบบการส่งต่อพบว่า การควบคุมอุณหภูมิกายให้ปกติอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ปฏิบัติร้อยละ 43.2 และการให้สารน้ำ ไม่ปฏิบัติร้อยละ 19.4 และพบว่าหลังการพัฒนาระบบการส่งต่อ อัตราตายของทารกลดลงจากร้อยละ 21.1 เหลือร้อยละ 13.6

ผลลัพธ์ของการส่งต่อทารกแรกเกิด ประเมินได้จากการอุดชีวิตของทารกแรกเกิดในระยะต่าง ๆ กัน โดยพบว่าในระยะ 1 ชั่วโมงแรกทารกรอดชีวิตทั้งหมดในชั่วโมงที่ 2- 24 ทารกที่ส่งมาจากโรงพยาบาลจังหวัด มีอัตราอุดชีวิตสูงกว่าทารกที่ส่งมาจากโรงพยาบาลชุมชน โดยมีอัตราอุดชีวิตเป็นร้อยละ 96.7 และ 95.5 แต่ในระยะวันที่ 2 - 7 ภายหลังการส่งต่อทารกที่ส่งมาจากโรงพยาบาลชุมชนมีอัตราอุดชีวิตสูงกว่าทารกที่ส่งมาจากโรงพยาบาลจังหวัดโดยมีอัตราอุดชีวิตเป็นร้อยละ 95.5 และ 83.3 ตามลำดับ ใน การศึกษา พบร้า อัตราอุดชีวิตของทารกที่ส่งมาจากโรงพยาบาลจังหวัด ยกไปรายได้ว่า ทารกที่ส่งมาจากโรงพยาบาลจังหวัดได้รับการรักษาพยาบาลในระดับหนึ่งก่อนส่งต่อมายังโรงพยาบาลระดับติดภูมิ เนื่องจากมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ เช่น แพทย์เฉพาะทางสาขาเด็ก พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมด้านต่าง ๆ เช่น การช่วยคุ้มชีพในทารกและมีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิด ตลอดจนมีอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่สามารถให้การรักษาทารกที่เจ็บป่วยได้ในระดับหนึ่ง เช่น มีตู้อบ (incubator) เครื่องช่วยหายใจ เมื่อให้การรักษาทารกไประยะหนึ่ง



หากมีอาการไม่ดีขึ้นหรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น เช่น หากต้องได้รับการผ่าตัด หรือต้องการใช้เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีที่สูงขึ้น เช่น ต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีความถี่สูง (high frequency of ventilator :HFOV) ในหากที่มีภาวะความดันในปอดสูงในแรก (persistent pulmonary hypertension of newborn :PPHN) หรือใช้ในตริกอออกไซด์ (nitric oxide) ในการรักษาภาวะดังกล่าว ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งต่อหากไปยังโรงพยาบาลระดับติดภูมิ ต่อไป ซึ่งจะเห็นได้จากอายุของหากที่ล่วงต่อมาจากการโรงพยาบาลจังหวัดเฉลี่ย 141.60 นาที ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนส่งต่อเมื่อหากมีอายุเฉลี่ยเป็น 88.14 นาที สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>17</sup> เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงชีวิตของหากแรกเกิดที่เจ็บป่วยในหอผู้ป่วยหากแรกเกิด โดยศึกษาในการที่ป่วย 1,083 คน และพบว่า ร้อยละ 60 เป็นหากเกิดก่อนกำหนด และร้อยละ 58 เป็นหากเพศชาย และการส่งต่อหากแรกเกิดร้อยละ 36.2 เป็นหากน้ำหนักน้อยมากร้อยละ 59 และร้อยละ 66 เป็นหากน้ำหนักน้อยมาก สาเหตุของ การเจ็บป่วยส่วนใหญ่ ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนและภาวะหายใจลำบาก ร้อยละ 40 จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ สาเหตุของการเสียชีวิตคือการติดเชื้อร้อยละ 22.9 และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิต คือ อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ ความพิการแต่กำเนิด ติดเชื้อต้องช่วยภูมิคุ้มกันในห้องคลอด และเป็นหากที่ได้รับการส่งต่อสอดคล้องกับการพัฒนาระบบการวางแผนจานวนัย และดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชุมชน<sup>18</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของอเนก พึงผล และคณะ<sup>3</sup> พบร่างอุ่มน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม เป็นกลุ่มที่มีอัตราตายสูงร้อยละ 50.0 สาเหตุการตายที่สำคัญเกิดจากกลุ่มอาการหายใจลำบากจากการขาดสารแรงดึงผิวในปอด และอัตราตายของหากแรกเกิดที่ล่วงต่อลดลงจากร้อยละ 21.1 ในปี พ.ศ.2542 ก่อนพัฒนาระบบการส่งต่อ เหลือร้อยละ 13.6 ในปี พ.ศ.2543

### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล คือ 1) บุคลากรทางการพยาบาลควรตระหนักรถึงความสำคัญของการทำให้หากมีอาการคงที่มากที่สุดก่อนการส่งต่อ เพื่อลด

อัตราตายและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น 2) ควรมีการจัดขอบเขตความรับผิดชอบ เพื่อให้ระบบการดูแลหากแรกเกิดมีความครอบคลุมและดำเนินการให้มีระบบเครือข่าย (Referral system) เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ได้ตระหนักรถึงความสำคัญของการส่งต่อหากแรกเกิด การจัดการส่งต่อ และการดูแลขณะส่งต่อเพื่อลดอัตราการตาย ภาวะแทรกซ้อน และความสูญเสียที่เกิดขึ้น โดยมุ่งให้นักศึกษาพยาบาลได้คำนึงถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับหากแรกเกิด

3. ด้านการวิจัย สามารถพัฒนาเป็นมาตรฐานการพยาบาลการส่งต่อหากแรกเกิด และนำมาใช้ในหน่วยงานและโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายการส่งต่อ หากความมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อหากร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาล จังหวัด โดยสร้างเป็นเครือข่าย และทีมการส่งต่อหากแรกเกิดที่มีประสิทธิภาพ

### เอกสารอ้างอิง

- สันติ ปุณณะพิitanan. Very Low-Birth-Weight Infants: Appropriate Care in Thailand. ใน นวัฒน์ ปราบพาล, ศิริวรรณ วนานุกูล, สุทธิพงศ์ วัชรลินธุ, วนุช จงศรีสวัสดิ์ (บรรณาธิการ). Overlooked Problems in Pediatrics ปัญหาที่ถูกมองข้ามในกุณารเวชปฏิบัติ. (หน้า 256-278). กรุงเทพฯ: ภาควิชาภูมิเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
- พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์. การส่งต่อหาก อาการหนักเพื่อรับการรักษาต่อ ใน การดูแลหากแรกเกิด. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ; 2545.
- อเนก พึงผล, นลินี คุ้มเมือง, อภิรดี คุปตจิต. การพัฒนาระบบส่งต่อหากแรกเกิด จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544; 10(4): 709-716.
- วรารณ์ แสงเทวสิน. Neonatal Transport. กุณารเวชสาร 2548; 12(2): 133-138.
- วิศิษฐ์ สงวนวงศ์วาน. และ ศิริพิพิร์ สงวนวงศ์วาน. การศึกษาการส่งต่อผู้ป่วยทางศัลยกรรมที่ไม่เหมาะสมไปโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสังค์ อุบลราชธานี. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสังค์ อุบลราชธานี; 2537.



6. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. แนวทางการพัฒนาระบบเพื่อลดอัตราตายของทารกแรกเกิด ใน นั้นท่า อ่าวมกุฎ (บรรณอธิการ). วันอนามัยโลก พ.ศ. 2541. (หน้า 69-78). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
7. Kanter and Hannan. Excess morbidity associated with interhospital transport. Pediatrics 1992; 84(1): 893-98.
8. Meberg A, and Hansen TW. Quality evaluation of transports. Tidsskrift for den Norske L?geforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny r?kke, 2005; 125(18): 2474-6
9. พิสมัย อุดาภรณ์, บุษบา หน่ายค่อน .ปัจจัยที่มีผลกระทำต่อการพัฒนาระบบส่งต่อของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออก, 2541; 20(2): 37-41.
10. Smith SC, Clarke TA, Matthews TG, O'Hanrahan D, Gorman F, Hogan M. Transportation of newborn infants. Irish Medical Journal 1990; 83(4): 152-53.
11. นงพันธ์ เพพดลไชย. การบันทึกแบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2539.
12. สุรชัย สรายุทธิชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา Gastroschisis. ขอนแก่นเวชสาร 2543; 24(1): 10-27.
13. เกษมพร ไชยเอี้ย. อัตราการตายและความรุนแรงของการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดอุณหภูมิกายต่ำ กับการกลุ่มภูมิภาคที่ถูกส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารกรรมการแพทย์เครือข่าย 6/2 2545; 6(3): 261-269.
14. วัลยพร เตียวพิพิธพร, สุพร ผดุงศุภไไล, จินตนา เปี้ยสวุน, ชุตินาด พัคจันทร์. การดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลภัยใต้โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพด้านหน้า [ออนไลน์] 2548 [อ้างเมื่อ วันที่ 1 ธันวาคม 2550]. จาก <http://phdb.moph.go.th/ebook/show.asp?DpId=118 EbId= 112>.
15. ทองสวย สีท่านนท์. ภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
16. ปราณี ชาญชิตร. ผลของการเชิดตัวด้วยผ้าแห้ง และอุ่นและการห่อตัวด้วยผ้าแห้งและอุ่นขณะส่งต่อต่อการปรับตัวด้านสุริวิทยาของทารกคลอดก่อนกำหนด (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
17. Yau KI, Hsu CH. Factors affecting the mortality of sick newborns admitted to intensive care units. Acta Paediatr Taiwan 1999; 40(2):75-82.
18. นวลจันทร์ พูลสมบัติ, ประนอม วรรณกุล. การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(3): 58-67.

**ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการจัดการส่งต่อและการดูแลขณะนำส่งทารกแรกเกิดระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด**

รายการ	ค่าเฉลี่ยของค่าลำดับ	ผลรวมของค่าลำดับชั้น	U	P-Value (2-tailed)
<b>1. การจัดการส่งต่อ</b>				
คะแนนการจัดการส่งต่อทารกแรกเกิดของ ร.พ. ชุมชน (n= 22)	18.48	406.50	153.00	.001
คะแนนการจัดการส่งต่อทารกแรกเกิดของ ร.พ. จังหวัด (n=30)	32.38	971.50		
<b>2. การดูแลทารกขณะนำส่ง</b>				
คะแนนการดูแลขณะนำส่งของโรงพยาบาลชุมชน (n= 22)	19.61	431.50	178.50	.005
คะแนนการดูแลขณะนำส่งของโรงพยาบาลจังหวัด (n=30)	31.55	946.50		



**ผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและ  
การกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2  
และพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว**

**Effect of Continuing Care Model on Self-Care Behaviors,  
Re-admission Rate of Aging Diabetic Type 2 Patients and  
the Caring Behaviors of their Families**

สริญญา ปั่นเพชร พย.ม\* จิตภินันท์ ศรีจักษ์โคตร ปร.ด.\*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว ดำเนินการศึกษาแบบ 2 กลุ่มวัด 2 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวที่มารับการรักษาที่ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหนองหงส์ จำนวนทั้งหมด 16 ครอบครัว ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับฉลาก แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 8 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติของหอผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test, Paired t-test และ Chi-Square test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวสูงขึ้น และมีพฤติกรรมการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยผลการทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired t-test มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การทดสอบ Chi-Square test พบว่า การกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรล่วงเลริมให้พยาบาลนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องมาใช้ในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอีก ฯ สู่การปฏิบัติให้มากขึ้น

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง พฤติกรรมการดูแล การกลับมารักษาซ้ำ

\*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



## Abstract

This quasi experimental research with two groups, pre-post test design, aimed to explore the effect of This quasi experimental research with a two group, pre-post test design aimed to explore the effect of continuing care model on self-care behaviors, re-admission rate of elderly patients with type 2 diabetes, and caring behaviors of their families. The study sample included elderly patients with type 2 diabetes who attended the inpatient service at Nonghong Hospital, and their families. A simple random sampling without replacement was used to select the study subjects. Then, eight subjects and families were randomly assigned to either the experimental or control groups. Only the experimental group received nursing care according to the continuing care model. Data were collected with the Questionnaire to assess Behaviors of Elderly Patients with Type 2 Diabetes, and Families' Caring Behaviors. Data analysis was done with Independent t-tests, paired t-tests and Chi-Square test.

Results showed that the experimental group showed significantly higher mean total scores in patients' self-care behaviors and families' caring behaviors than before the intervention and higher than those of the control group at the p-value of 0.05. The control group had an incident of hospital readmission at p-value at 0.05. It could be recommended from the study results that nurses should be encouraged to utilize this model of continuing care in their practice to help increase the family's potential in caring for their sick love-ones.

**Keywords:** elderly patients with Type 2 diabetes the continuing care model behaviors readmission

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสำคัญที่บ่นกันว่าสุขภาพประชาชน ของหลายประเทศทั่วโลกในปัจจุบัน ได้แก่ โรคเรื้อรัง ต่างๆ โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาอุ่นๆ ในอันดับต้น ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน เนื่องจากมีแนวโน้มของอัตราการเกิด โรคเพิ่มมากขึ้น มีการคาดการณ์ว่าจาก 177 ล้านคนใน ปีค.ศ. 2000 จะเพิ่มเป็น 366 ล้านคนในปี 2030<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทย อัตราความชุกของโรคเบาหวาน เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่ามีอัตราการเกิดเบาหวานร้อยละ 4.8 ของประชาชน 60 ล้านคน หรือมีผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณเกือบ 3 ล้านคน<sup>2</sup>

โรคเบาหวานพบมากในผู้สูงอายุ อัตราความชุก โรคเบาหวานจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ โดยในกลุ่มผู้ที่ มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จะป่วยด้วยโรคเบาหวานมาก กว่าประชากรในกลุ่ม 20-44 ปี ประมาณ 16 เท่า<sup>3</sup> แนวโน้มของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานก็จะเพิ่มมาก ขึ้นด้วย โดยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 13- 15.3<sup>4</sup> โดยส่วนใหญ่ต้องการเสียชีวิตจาก โรคหลอดเลือดของหัวใจและสมองมากกว่าคนปกติ ถึงร้อยละ 4 มีโอกาสถูกตัดขาดหรือเท้า พบร้อยละ 10.3 -13.8 และมีโอกาสเกิดได้มากยิ่งขึ้นในผู้สูงอายุ<sup>5</sup> เนื่องจาก

ผู้ป่วยสูงอายุเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิด ผลลัพธ์ไม่ดีภายหลังจำนวนจากการโรงพยาบาล มีข้อ จำกัดจากการเสื่อมทางสรีระความสามารถในการปรับตัวและมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมด้วย<sup>6</sup>

ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน คือการไม่ สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง จนเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาอย่างมากมาย<sup>7</sup> ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก และ การติดเชื้อ ส่วนภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ โรคแทรกซ้อนในหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular) เช่น โรคไต (Diabetic nephropathy) โรคจอประสาทตาผิดปกติ (Diabetic retinopathy) โรคเส้นประสาทผิดปกติ (Diabetic neuropathy) ภาวะแทรกซ้อนในหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อุดตัน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดล่วน ปลายขา<sup>8</sup> นอกจากจะเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว เบาหวานยังมีโอกาสเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตสูงกว่าคนปกติ

จากรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนอง恒ส พบร่วม มีผู้ป่วย มากับบริการเพิ่มมากขึ้น โดยมีอัตราการครองเตียงที่



เพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2549 ร้อยละ 99.7 และในปี 2550 ร้อยละ 75.7 และจากรูปผลงานในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาตามดัชนีชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาลและการประกันคุณภาพการพยาบาลงานบริการผู้ป่วยใน พบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน เฉลี่ยเดือนละ 35 ราย ร้อยละ 12.5 ของผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งเกณฑ์ที่ตั้งไว้ของโรงพยาบาล ของอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ไม่เกิน ร้อยละ 3 สาเหตุอันดับแรกของการกลับมารักษาซ้ำ ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ คือ การที่มีภาวะน้ำตาลต่ำ หรือมีภาวะน้ำตาลสูง นอกเหนือนั้นยังมีสาเหตุอื่นๆ จากภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น มีแพลเรื้อรัง หรือมีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจะมีภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมานอนรักษาซ้ำที่โรงพยาบาล

ผลการศึกษานำร่อง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ต่อโรค เนื่องจากผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน มีข้อจำกัดในการรับรู้ และความเข้าใจที่จะปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ผู้สูงอายุโรคเบาหวานบาง คนขาดผู้ดูแลและเอาใจใส่ช่วยเหลือ ทำให้ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง จึงเป็นผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ 2) ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า บทบาทของผู้ดูแลมีน้อย เนื่องจากคิดว่าเป็นเรื่องของผู้ป่วย ผู้ดูแลไม่ได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่ได้ใส่ใจและมีส่วนร่วมในการดูแลน้อย 3) ด้านระบบการดูแลจากการสังเกตการณ์ปฏิบัติงาน และจากการสอบถามผู้รับบริการพบว่า ระบบบริการเกี่ยวกับการดูแลต่อ

เนื่องยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติจากการดูแลต่อเนื่องของหน่วยงานยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ทำให้มีพร้อมในการวางแผนจ้างหน่ายของผู้ป่วยและครอบครัว จากประสบการณ์ของผู้วัยใน การติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ยังไม่มีการส่งข้อมูลของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปยังหน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ขาดการประเมินผลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยเมื่อออยู่ที่บ้าน

ดังนั้นการนำแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเน้นการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนจ้างหน่าย ขณะอยู่ในโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวและมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการสุขภาพที่บ้าน ลิงเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการดูแลตนเองและครอบครัว มีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการกลับมารักษาซ้ำ ผู้วัยเจ็บสนใจศึกษาถึงผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ต่อพุทธิกรรมการดูแลตนเอง และการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพุทธิกรรมในการดูแลของครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันหรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอายุยืนนาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ต่อพุทธิกรรมการดูแลตนเอง และการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพุทธิกรรมการดูแลของครอบครัว



## กรอบแนวคิดการวิจัย





## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง และกลุ่มควบคุม (Control group) ได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมผู้ดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (Pretest- Posttest Control Group Design)<sup>9</sup>

กลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 16 ครอบครัว ตามคุณสมบัติที่กำหนดเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 8 ครอบครัว กลุ่มทดลอง 8 ครอบครัว กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบง่าย โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ผู้ป่วยที่มีอันดับเลขคี่ให้อยู่ในกลุ่มทดลอง และอันดับเลขคู่ให้อยู่ในกลุ่มควบคุม ได้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยได้นำแบบสอบถาม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน หลังจากปรับปรุงแก้ไขแล้ว ได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีค่าเท่ากับ 0.90 และค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเท่ากับ 0.83

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกิจกรรมที่กำหนดและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้วิจัยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้จัดกิจกรรมสำหรับการดูแลต่อเนื่อง สรุปได้ดังนี้

ครั้งที่ 1 การประเมิน (Assessment) โดยเริ่มในวันที่ 1 ที่ผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลผู้สูงอายุโรค

เบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว และสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแล (Pre-test) โดยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวเล่าปัญหาในการดูแลสุขภาพและช่วยกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาผู้ป่วย

ครั้งที่ 2 การวางแผนดูแล (Planning) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมิน (Assessment) ส่งต่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ในหอผู้ป่วย นักโภชนาการ ซึ่ง ได้แก่ การวางแผนดูแล และจัดลำดับความสำคัญการดูแลในเรื่องต่าง ๆ เช่น การจัดอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และการตรวจเท้า การใช้ยา โดยมีการประชุมร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ

ครั้งที่ 3 การปฏิบัติตามแผน (Implementation) โดยผู้วิจัยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งได้แก่ พยาบาล ในหอผู้ป่วย นักโภชนาการ เภสัชกร ดำเนินการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว รวมถึงการจัดอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพที่บ้าน การให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานการส่งต่อข้อมูลให้ทีม Community Care เพื่อดูแลต่อที่ชุมชน

ครั้งที่ 4 การประเมินผลการดูแล (Evaluation) การประเมินผลในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ประเมินโดยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว เล่าถึงความรู้ที่ได้รับและการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่บ้านรวมทั้งการใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชนในการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยได้กล่าวชมเชยให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว พร้อมกับนัดหมายเยี่ยมบ้านแก่กลุ่มทดลอง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ ด้วยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการดูแลของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ



พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test การเปรียบเทียบความแตกต่างของความถี่การกลับมารักษาช้ำภัยใน 28 วันของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Chi-Square test

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบร้า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 และอยู่ในวัยผู้สูงอายุต่อนั่นคืออายุ 60-64 ปี ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว มากกว่า 5 คน ร้อยละ 62.5 กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาระดับประณีตศึกษามากที่สุด ร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 75.0 รายได้ของครอบครัว มีรายได้ 2,000 - 5,000 ต่อเดือน ร้อยละ 75 มีระยะเวลาของการเป็นโรค 6-10 ปี ร้อยละ 50 ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีผู้ดูแลทุกคน และส่วนใหญ่จะรับการรักษาที่โรงพยาบาล และสถานอนามัย มีภาวะแทรกซ้อนด้วย Hyperglycemia ร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย โดยพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวน ใกล้เคียงกัน ผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 31-40 ปี ส่วนใหญ่จะเป็นบุตร และมีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่จะประณีตศึกษา ร้อยละ 75 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 87.5 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้เดือนละ 2,000-5,000 บาท ร้อยละ 75 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ 1-5 ปี ร้อยละ 50 และส่วนใหญ่คิดว่าการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นภาระในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 100

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคะแนนเฉลี่ยการดูแลของ

ครอบครัว ก่อนการทดลอง พบร้า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคะแนนเฉลี่ยในการดูแลของครอบครัว หลังการทดลอง พบร้า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว หลังได้รับการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคะแนนเฉลี่ยการดูแลของครอบครัวของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบร้า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว ก่อนและหลังไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

5. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคะแนนเฉลี่ยการดูแลของครอบครัวของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบร้า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

6. เปรียบเทียบการกลับมารักษาช้ำภัยใน 28 วันของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การกลับมารักษาช้ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

## การอภิปรายผล

1. การทำงานเป็นทีมของสาขาวิชาชีพผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองและพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัวดีขึ้น เนื่องจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลจังหวัด



โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รับการเตรียมความพร้อม ก่อนการจำหน่ายโดยการสอน สาอิต ติดตามเยี่ยมบ้าน และประเมินผล

จากแนวคิดการดูแลต่อเนื่องนั้น เป็นแนวคิด ของการทำงานเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งใน โรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล<sup>9</sup> ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลในห้องผู้ป่วย นักโภชนาการ และ พยาบาลเยี่ยมบ้าน โดยมีบทบาทสำคัญในการดูแล ผู้ป่วย ได้แก่ การประเมิน (Assessment) โดยใช้แบบ ฟอร์ม D-M-E-T-H-O-D เพื่อรวมข้อมูล สุขภาพของผู้ป่วย นำข้อมูลที่เป็นปัญหาเรียนลำดับ ความสำคัญ เพื่อที่จะได้วางแผนการดูแล (Planning) ทีม สหสาขาวิชาชีพมีการปฏิบัติกรรม (Implementation) ในตอนบ่ายทุกวัน ได้แก่ การสอนให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน การสาธิตการจัดอาหาร การดูแลสุขภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้ยา การออก กำลังกาย การจัดการความเครียด ผลจากการทำงาน ของแต่ละสาขาวิชพนั้นจะมีการประเมินผล (Evaluation) หลังปฏิบัติกรรมทุกรကรั้ง

ผลจากการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพนี้ ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เนื่องจากมีการพูดคุยร่วม กันระหว่างทีมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ ครอบครัว เกิดบรรยายกาศที่เป็นมิตร และอบอุ่น ผู้ป่วย และครอบครัวเกิดความไว้วางและให้ความร่วมมือใน การบอกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและปัญหาของผู้ดูแลเมื่อ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำ การสอน การสาธิต ในเรื่องของการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยแต่ละด้านแล้ว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ ในการ ดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และนอกจาก นั้นครอบครัวมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญในการ ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วย ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ได้ความรัก และ ความอบอุ่นจากครอบครัวมากขึ้น มีผลให้ผู้สูงอายุโรค เบาหวานเกิดการรับรู้คุณค่าในตัวเอง และทำให้เกิด กำลังใจในการดูแลตนเองมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยและพฤติกรรมในการดูแล ของครอบครัวในทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลของการ ใช้กระบวนการการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนจากการครอบครัว

ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พนว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความเชื่อ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานดีขึ้นมากกว่าก่อนการ ทดลองและกลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ดี<sup>10</sup> และผลของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการทดลองพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำด้านการปฏิบัติตัว ในการดูแลตนเองระดับมาก จากการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น<sup>11</sup>

2. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล การที่ผู้ดูแล ในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้เกิดความ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลจากครอบครัวและสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ อธิบายได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัย ที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัว ดังนั้นครอบครัวจึงมี บทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วย เกิดความมั่นใจในการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะโรคและ ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากผู้ดูแล สอดคล้องกับการ ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพุติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและ พฤติกรรมการดูแลบุคคลที่พึ่งพา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพุติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและการดูแลบุคคลที่พึ่งพา ของครอบครัว สูงกว่าก่อนการทดลอง<sup>12</sup>

3. การวางแผนจำหน่าย เป็นขั้นตอนหนึ่งที่ สำคัญของการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นการเตรียม ความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งการ สนับสนุนให้คำปรึกษาและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อ การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาล แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของแมคคีhan และคูลตัน เป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีแบบแผน และมีกระบวนการวางแผนจำหน่ายและผลลัพธ์การ วางแผนจำหน่าย<sup>13</sup> ผลของการเตรียมวางแผนจำหน่าย



ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว ทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวรับรู้คุณค่าของการปฏิบัติตัว สามารถดูแลตนเองได้ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานมีระดับผลเลือด HbA1C และจำนวนกลับมารักษาซ้ำลดลง ผู้ดูแลมีระดับความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจลดลงนอกจากนี้ยังพบว่าสัมพันธภาพ ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล<sup>14</sup>

4. การส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารักษาในโรงพยาบาล หลังจากจำหน่ายแล้วจะได้รับการส่งต่อไปหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องทุกราย ผลของการส่งต่อข้อมูลให้หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน นั้นจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพจะได้รับการช่วยเหลือได้ทันที ในการส่งต่อข้อมูลนั้นจะต้องมีรายละเอียดเกี่ยวกับที่อยู่ ที่ชัดเจนของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และประวัติการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับ สภาพปัญหาและบ้าน ได้รับรู้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การส่งต่อเป็นพื้นฐานของการบริการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งจัดโดยทีมสุขภาพ เป็นแนวคิดที่เป็นพลวัตรเกี่ยวกับการลือสาร การประสานงาน ความร่วมมือของทีมสุขภาพและหน่วยงาน บ้านได้รับรู้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การส่งต่อเป็นกิจกรรมหนึ่งซึ่งดำเนินการต่อจากการวางแผนจำหน่าย<sup>15</sup>

5. การเยี่ยมบ้าน เป็นการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาลหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และส่งเสริมศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ผลของการเยี่ยมบ้านทำให้เห็นผู้ป่วยในภาพรวม สามารถวางแผนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายใต้ลักษณะด้วยตัวของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนและได้รับการติดตามดูแลที่บ้าน จากพยาบาลชุมชน พบว่าการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อน และผู้ดูแลให้ความเอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้น<sup>16,17,18,19</sup>

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ແຜนผู้ป่วยนอกเพื่อลดอัตราการกลับมาซ้ำซ้ำที่ແຜนผู้ป่วยนอกและสำหรับແຜนผู้ป่วยใน ควรศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวรายใหม่ เพื่อหาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษา รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อให้มีรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ได้เรียนรู้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในโรคเรื้อรังอื่น ๆ และที่สำคัญคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

3. การดูแลต่อเนื่องที่ชุมชน Community Team ควรมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว สามารถดูแลตนเองได้โดยใช้วิธีการใช้กระบวนการการกลุ่มเพื่อให้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Groups) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มและมีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization[WHO]. Diabetes [Online] 2008 [cited 2008 Jan 4]. Available From: <http://www.who.int>
2. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2547.
3. Funnell MM, Merritt JH. The challenges of diabetes and older adults. Nursing Clinics of North America 1993; 28(1): 45-60.
4. กาญจนा เกษกานย์. การศึกษาพฤติกรรมล่วงเริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
5. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ภูมิปัญญาที่บ้าน : แนวคิดปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2539; 1(1): 5-6.
6. วิทยา ศรีดามา. การดูแลรักษาผู้ป่วย เบาหวาน. กรุงเทพฯ: ยุนิตี้ พับลิเคชั่น; 2545.1.



7. Quinn L. Type 2 diabetes epidemiology, pathophysiology, and diagnosis. *Nursing Clinics of North America* 2001; 36(2): 175-192.
8. เทพ ทิมังทองคำ. ความรู้เรื่องเบาหวานฉับบ สมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วิทยาพัฒน์; 2550.
9. วิลารัตน พันธุ์พุกษ. การวิจัยทางการพยาบาล. ขอนแก่น:ภาควิชาการศึกษาวิจัย และบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2545.
10. Dash K, Vince-Whitman C, Bottrell M, Fulmer T, Mezey M, Abraham I. Discharge planning for the elderly: A Guide for Nurses. New York: Springer Publishing; 1996.
11. ธีระ ภักดีจุ่ง. การใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนจากการครอบครัวในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนช่องสานหมอ อำเภอคอนสารรค จังหวัดชัยภูมิ (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
12. ทองสมัย ยุรชัย. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่วยและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวาน [ออนไลน์] 2550 [อ้าง เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2552] จาก <http://nu.kku.ac.th>.
13. ช่อฤกา จิราภรณ์. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการดูแลบุคคลที่พึ่งพาในผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
14. McKeehan KM, Coulton CJ. A system approach to program development for continuity of care in hospitals. In McClelland,E.,Kelly,K, &Buckwatter,K.C., eds, Continuity of care: Advancing the concept of Discharge Planning (pp.79-92).Olando:Grune Stratton; 1985.
15. ภัศราพร เจริญคักดีชจร. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการครอบครัวต่อระดับ HbA1c การเข้ารักษาช้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 การสูญเสียพลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
16. สุภานี อ่อนชื่นจิตร, ฤทธิพร ตรีตร. การบริการสุขภาพที่บ้าน. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2549.
17. จากรุณัท สมณะ. การสอนอย่างมีแบบแผน และการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดและความคุ้ม ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลแห่งอ่อน (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
18. โอนชา ศรีญาณี, สุจitra ลิ่มอำนาจลาก. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 41-46.
19. กอบกุล พันธุ์รัตนอิสระ, น้ำผึ้ง ดุโโคกรวด, รณรงค์ บุตรแสนคอม. การปรับรูปแบบการบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลประจำ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 33-40.



**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคะแนนเฉลี่ยการดูแลของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังทดลอง โดยใช้ Independent t-test

คะแนนเฉลี่ย	พฤติกรรมการดูแล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	P-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนทดลอง							
- พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2	53.25	4.56	57.75	5.58	1.77	0.1	
- พฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว	35.25	3.77	37.50	6.59	0.84	0.42	
หลังทดลอง							
- พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2	51.88	7.51	92.88	1.73	15.05	0.00*	
- พฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว	34.0	3.93	66.63	0.52	23.29	0.00*	

\*p< 0.05

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคะแนนเฉลี่ย การดูแลของครอบครัวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Paired t-test

คะแนนเฉลี่ย	พฤติกรรมการดูแล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มควบคุม							
- พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2	53.25	4.56	51.88	7.51	-0.15	0.89	
- พฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว	35.25	3.77	34.0	3.93	0.52	0.62	
กลุ่มทดลอง							
- พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2	57.75	5.58	92.88	1.73	-16.76	0.00*	
- พฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว	37.5	6.59	66.63	0.52	-12.4	0.00*	

\*p< 0.05

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้ Chi-Square test

ตัวแปร	จำนวน	การกลับมารักษาซ้ำ	X <sup>2</sup>	P-value
กลุ่มทดลอง	8	0	12.25*	0.00
กลุ่มควบคุม	8	1		

\*p<0.05



**การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน  
ในชุมชนบ้านดงอุดม ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี\***  
**Community Health Promotion for Older Adults with  
Diabetes Mellitus at Dongudom Village of Nongbua Sub-district,  
Muang District, Udonthani Province\***

นิตยากร ลุนพรหม พย.ม.\*\* วันเพ็ญ ปั้นราช สค.ม.\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน โดยใช้กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรอุดตดาวา ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน สมาชิกเทศบาลตำบล 1 คน อสม. 10 คน ผู้ดูแล 11 คน และผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน 11 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสั้นเกตและแบบบันทึกข้อมูล วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ขั้นตอนที่ 2 ประชุมระดมสมองวางแผน และตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการปฏิบัติ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ นำมวิเคราะห์ทางสถิติเป็นความถี่ และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2550 – เดือนมีนาคม พ.ศ. 2552

ผลการวิจัยพบว่า การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ได้พบประเด็นปัญหาดังนี้  
 1) นโยบายในการส่งเสริมสุขภาพผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน เน้นการให้บริการแบบตั้งรับที่สถานีอนามัยมากกว่าการให้บริการเชิงรุกในชุมชน 2) ถึงแม้จะล้มภายในครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่ເือต่อการส่งเสริมสุขภาพ 3) ไม่มีกิจกรรมในชุมชนที่ก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน 4) ไม่มีการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน มีปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการจัดการกับความเครียด 5) การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชนไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน ผลของการพัฒนา พบว่า 1) มีข้อตกลงของชุมชนในการที่จะให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามาร่วมบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น 2) มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่า มีการจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ สะอาดและปลอดภัยกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และการส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ซึ่งได้พบว่า ผู้ดูแลมีความเข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุและมีการเอาใจใส่ดูแลมากขึ้น 3) มีการสร้างกิจกรรมในชุมชนให้เข้มแข็ง โดยพบว่ามีกลุ่มออกกำลังกาย ด้วยยางยืดในชุมชน และมีชุมชนผู้สูงอายุ จากการประเมินผลพบว่าทำให้ชุมชนเกิดกระแสการตื่นตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมากขึ้น 4) มีการพัฒนาทักษะของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยการเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ และใช้แรงสนับสนุนจากผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของชุมชนและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

\*วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



## Abstract

This action research aimed to analyze the situation and development of community health promotion for older adults with diabetes mellitus. The Ottawa Charter for Health Promotion was used as a study frame work. The research participants included three health center staffs, the village chief, one member of the municipal sub-district, ten health volunteers, eleven caregivers, and eleven older adults with diabetes. Research instruments included In-Depth Interview Form, Focus Group Discussion Guide, Observation Form and Record Form. The following stages were carried out: 1) analyzing the situation of community health promotion for older adults with diabetes mellitus, 2) conducting a brainstorming meeting to plan and decide on problem solving methods, 3) implementing, reflecting on and improving practices, and 4) practice evaluation. Quantitative data were analyzed to obtain frequency and percentage while qualitative data were analyzed using content analysis. The study was undertaken during November 2007– March 2009.

Results showed that: 1) health promotion policy was emphasized on reactive services in the health center rather than proactive services in the community, 2) family environment was not suitable for health promotion, 3) no community activities that promoted the health of older adults with diabetes, 4) no skills development for caregivers and older diabetic adults. Doing exercise, eating, taking medication, and stress management were also found as problems and obstacles, and 5) community health promotion work for older adults with diabetes was not consistent with the community problems and needs. Results of health promotion development showed that: 1) there was an agreement that family and community should take a role in the care of older adults with diabetes. 2) Family environment had improved, for example, the house was tidier, cleaner and safer for older adults. Good relationship between caregivers and older diabetic adults were promoted, resulting in caregivers' understanding of the aging nature and more attention being paid to the elderly. 3) Activities were strongly embedded into the community. A rubber exercise group and the Elderly Club were established. The community was more alert in caring for older diabetic adults. 4) Home visits, education, and caregiver's support were used in changing older adults' behaviors.

The findings suggest that changing health promotion behaviors of older adults with diabetes mellitus requires time. Family and community are key components in assisting the elderly to change their behaviors. Family and community involvement should therefore be continuously promoted in the care of older diabetic adults.

**Keywords:** community health promotion, older adults with diabetes mellitus.



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจุบัน

โรคเบาหวาน เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก ซึ่งจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ในประเทศไทยคาดว่าในปีพ.ศ. 2573 จะมีประชากรที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นถึง 2,739,000 คน พbab อัตราความชุกของเบาหวานในผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 13-15.3<sup>1</sup> และคาดว่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้นอีกตามโครงสร้างประชากรและเป็นสาเหตุการตายสูงในผู้สูงอายุ โดยมีอัตราตายเพิ่มขึ้นจาก 66.7 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2546 เป็น 71.3 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2549<sup>2</sup> ในเขตจังหวัดอุดรธานี มีอัตราความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2549 มีความชุก 1,877.77 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 2,483.01 ต่อประชากรแสนคน<sup>3</sup> เช่นเดียวกับพื้นที่ที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยหนองบัวมีความชุกของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 3.30 ต่อประชากรพันคน ในปีพ.ศ. 2549 เป็น 3.67 ต่อประชากรพันคนในปีพ.ศ. 2550 และหมู่บ้านที่ศึกษามีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปีและข้อมูลล่าสุดในปีพ.ศ. 2550 มีความชุก 8.8 ต่อประชากรพันคน<sup>4</sup>

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุทำให้บั้นทอนต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และครอบครัว เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ร่วมกับ ความต้านทานโรคลดลง ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้เร็ว รุนแรง และมีอัตราการตายสูงกว่าวัยอื่น ๆ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นพบว่ามีความผิดปกติที่จะประสาทตาร้อยละ 20-40<sup>5</sup> เน้นประสาทส่วนปลายเลือดร้อยละ 48 เกิดโรคกล้ามเนื้อห้าใจขาดเลือดร้อยละ 34 และเกิดโรคในหลอดเลือดส่วนปลายร้อยละ 32<sup>6</sup> ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีการรักษาโรคเบาหวานแต่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ร้อยละ 29.0<sup>7</sup> ผลจากภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้สูงอายุมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าคนปกติ 2.4 เท่า และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า<sup>8</sup> และส่งผลให้ผู้ป่วย และ

ครอบครัวต้องเผชิญกับการเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากโรค ต้องรับการรักษาตลอดชีวิต เป็นภาระต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม จากผลกระทบที่มีต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและครอบครัวนั้น มีวิธีการที่จะช่วยในการแก้ปัญหาดังนี้ การส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ตามแนวคิดภูมิปัญญา กระบวนการด้วย การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การพัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข<sup>9</sup> เนื่องจาก การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น เป็นการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และการส่งเสริม สุขภาพจะสามารถทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน สามารถควบคุมโรคลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเสื่อมอย่างกว่าเดิม ลดอัตราการตายจากโรคเบาหวาน สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้ลดภาระและการพึ่งพาจากครอบครัวและชุมชน และเป็นผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีอายุยืนยาว อยู่อย่างมีคุณค่า สามารถทำประโยชน์ ให้แก่สังคมและมีความสุข ในบั้นปลายของชีวิต ดังนั้นผู้วัยจังหงษ์มีความสนใจในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน โดยใช้การส่งเสริม สุขภาพแนวใหม่ตามภูมิปัญญา โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อแก้ปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน และพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชนบ้านดงอุดม ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

## กรอบแนวคิดการวิจัย

เป็นกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ในด้านการกำหนดนโยบายสาธารณะสุขเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรม



ชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยได้มีส่วนร่วม เริ่มต้นด้วยการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน การวางแผนในการจัดกิจกรรม การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด สะท้อน ปรับปรุง การปฏิบัติ จนกว่าจะเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมสมอุดล่อง กับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ครอบครัว และชุมชน และการประเมินผล

### วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูล เลือกตามวัตถุประสงค์ ของการวิจัย คือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 3 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน สมาชิกเทศบาลตำบล 1 คน อสม. 10 คน ผู้ดูแล 11 คน และผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน 11 คน เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ เชิงลึก แนวทางการสันทนาญาลุ่ม แบบสังเกตและแบบบันทึกข้อมูล

วิธีการดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน**

1) เตรียมข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการสัมภาษณ์ และสันทนาญาลุ่ม และข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการรวบรวมเอกสาร ทะเบียนรายงาน สถิติ นำมวิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหา เพื่อเตรียมข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเสนอผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยและวิเคราะห์ปัญหาในการดำเนินงาน

2) สังเกตและจดบันทึก เพื่อประเมินผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยในระหว่างการให้สัมภาษณ์และสันทนาญาลุ่ม

**ขั้นตอนที่ 2 วางแผน ตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา**

1) จัดทำทีมและจัดทำแผนการแก้ไขปัญหา ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จัดทำแผนการแก้ไขปัญหา ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และสามารถนำไปใช้ได้จริง

2) สรุปการวางแผนการดำเนินงานที่ร่วมกัน พัฒนาขึ้น

3) สังเกตและจดบันทึกการร่วมแก้เปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัย

**ขั้นตอนที่ 3 นำแผนการดำเนินงานปฏิบัติ สะท้อน การปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ**

1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยนำแผนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ไปปฏิบัติ

2) ร่วมสะท้อนการปฏิบัติ โดยการพูดคุยและจัดเวทีสะท้อนการปฏิบัติระหว่างผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องในการแก้ไขปัญหาและนำไปปฏิบัติใหม่

3) สังเกตและจดบันทึก การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน และการสะท้อนผลการปฏิบัติของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย

**ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล**

จัดทำทีมประเมินผล โดยประเมินร่วมกันในทุกขั้นตอนระหว่างดำเนินการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย โดยประเมินจากผลลัพธ์ คือได้แนวทางการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตามกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎหมาย ออกตัวว่า ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ การเสริมสร้างกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และการปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าวนในรูปของร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

### ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จากการสัมภาษณ์และสันทนาญาลุ่ม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน สรุปได้ดังนี้



**1.1 นโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เป็นนโยบายที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และนโยบายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการกำหนดนโยบาย เป็นการกำหนดจากบุคลากร ชุมชน ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย**

**1.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า ในชุมชนมีสิ่งแวดล้อมและสถานที่ที่เป็นแหล่งสาธารณะ ที่คนในชุมชนสามารถใช้พักผ่อนหย่อนใจ ออกร้าวกาย และทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันได้ มีการจำกัดขยายโดยรอบ เก็บขยะของเทศบาล มีพนักงานดูแลความสะอาดตามถนนและแหล่งสาธารณะในชุมชน แต่พบว่าสิ่งแวดล้อมภายในครัวเรือนมีการจัดวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบสกปรก และมีกลิ่นเหม็นอับ ซึ่งจะเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อ และเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายกับผู้สูงอายุและพบว่าสิ่งแวดล้อมทางสังคม คือ ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุน้อย จึงทำให้เกิดความไม่เข้าใจในพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน**

**1.3 การเตรียมสร้างกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน พบว่า ชุมชนมีเพียงกิจกรรมเดียวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ กิจกรรมวันผู้สูงอายุซึ่งทำประจำปีในช่วงวันสงกรานต์ โดยมีการรณรงค์ดำเนินการ และแจกของใช้ที่จำเป็นให้กับผู้สูงอายุซึ่งชุมชนจะร่วมมือกับเทศบาลในการจัดงาน ไม่มีชุมชนผู้สูงอายุ ไม่มีชุมชนออกกำลังกาย**

**1.4 การพัฒนาทักษะของ อสม. ผู้ดูแล เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า อสม.ได้รับการอบรมให้ความรู้สำคัญ ไม่มีการพัฒนาทักษะการดูแลของผู้ดูแล จึงทำให้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการที่ควรจะเฝ้าระวัง โรคแทรกซ้อน ที่จะเกิดขึ้น และวิธีการควบคุมโรคเบาหวาน สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า มีปัญหานี้เรื่อง พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การไม่ออกกำลังกายเนื่องจากเห็นอยู่ และปวดขา ยืนนานไม่ได้ การลืมรับประทานยา**

และปรับยากินเอง ไม่มีการจัดการกับความเครียด ซึ่งส่งผลให้เกิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ต่อเนื่อง

**1.5 การปรับเปลี่ยนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เน้นการตั้งรับในสถานีอนามัย การให้บริการในชุมชนมีเพียงการเยี่ยมบ้านอย่างเดียว เป็นการกำหนดโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาในชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ซึ่งการเยี่ยมบ้าน ส่วนใหญ่ได้เยี่ยมเฉพาะผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถจัดทำคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้ไม่หมด จึงทำให้การดำเนินการแก้ปัญหาไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน**

**2. การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน จากการจัดเวทีระดมสมอง โดยให้ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกเทศบาลตำบล อสม. ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมาร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา ที่เหมาะสมกับบุบทุกชุมชน นำแนวทางไปปฏิบัติ สะท้อนและปรับปรุงการปฏิบัติ ซึ่งสรุปดำเนินการดังนี้**

**2.1 การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย มีข้อตกลงของชุมชนในการที่จะให้ครอบครัวและชุมชน เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเริ่ยกว่า ชุมชนและครอบครัวส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งดำเนินการโดยชุมชนได้จัดตั้งกิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชน และจัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุ สำหรับครอบครัวให้การดูแลและไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ จากการประเมินผลพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น**

**2.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชุมชนมีการกำหนดข้อตกลงในการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในที่พักอาศัยของตนเองให้สะอาด การวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ และมีการให้ความรู้กับผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ การประเมินผล พบว่า มีการจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ สะอาดและปลอดภัยกับผู้สูงอายุ**



ที่เป็นโรคเบาหวานและการส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานเกิดล้มพ้นอภาพที่ดีในครอบครัว ซึ่งได้พบว่า ผู้ดูแลมีความเข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุ และมีการเอาใจใส่ดูแลมากขึ้น

**2.3 การเสริมสร้างกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน ชุมชน มีการสร้างกิจกรรมในชุมชน โดยมีกลุ่มออกแบบกิจกรรม ด้วยยางยืด ในชุมชน และมีชั้นรมผู้สูงอายุ จากการประเมินผลพบว่าทำให้ชุมชนเกิดกระบวนการและการตื่นตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมากขึ้น**

**2.4 การพัฒนาทักษะของ อสม. ผู้ดูแล เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน การพัฒนาทักษะของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยการเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ และใช้แรงสนับสนุนจากผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ( $70-140 \text{ mg/dl}$ ) ได้ร้อยละ 81.8 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น การพัฒนาทักษะของผู้ดูแลโดยการเยี่ยมบ้าน ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้ การพัฒนาทักษะของ อสม. โดยการให้ความรู้และการเยี่ยมครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้พบว่า กิจกรรมสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน**

**2.5 การปรับเปลี่ยนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน โดยการให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหา ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกเทศบาลตำบล อสม. ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เข้ามาร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันคิดวางแผนแก้ไขปัญหา ร่วมกันปฏิบัติ และประเมินผลร่วมกัน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการแก้ไขปัญหาตามปัญหาและความต้องการของชุมชน การเป็นผู้นำในการปฏิบัติกิจกรรม ในชุมชน ในส่วนที่ชุมชนยังพึงต้นเองไม่ได้ จนกว่า ชุมชนจะสามารถพึ่งต้นเองได้ คือการเป็นผู้นำในการออกแบบกิจกรรมด้วยยางยืดของชุมชน และการปรับเปลี่ยนการเยี่ยมบ้านโดยเยี่ยมทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เป็นโรค**

เบาหวาน และพัฒนาทักษะของ อสม.โดยออกแบบ บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานในครั้งนี้ ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรม และมีความพึงพอใจต่อการให้บริการในชุมชนของสถานีอนามัย ทำให้การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน และทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จด้วยดี

### การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในชุมชน ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยได้ร่วมกันพัฒนาให้มี ความเหมาะสมกับความต้องการของชุมชนอภิปรายผล ได้ดังนี้

**1. การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน การกำหนดนโยบายเกิดขึ้นได้เนื่องจากชุมชนตระหนักถึง ปัญหาของโรคเบาหวานในชุมชนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมองเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพเป็นการแสดงให้เห็นว่า ผู้กำหนดนโยบายได้ตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพ ดังนั้นการกำหนดนโยบายจะต้องให้ชุมชนมีส่วนร่วม ใน การจัดการกับปัญหาและสุขภาพของตนเอง มีเทคนิคที่ หลากหลายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน มีความเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างยั่งยืน<sup>10</sup>**

**2. การสร้างสิ่งแวดล้อมให้อื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษา สถานการณ์ พบร่วม ลิ่งแวดล้อมภายในครัวเรือนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีการจัดวางลิ่งของไม้เป็นระเบียบเรียบร้อย ยกประ ราก และมีกลิ่นเหม็นอับ และผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและมี ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ น้อย จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร**

จากการวางแผนร่วมกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการวิจัย ได้แนวทางในการแก้ไข คือ ชุมชนมีความต้องการให้ทุกครัวเรือนดูแลความสะอาดภายในที่พักอาศัยของตนเอง และผู้ดูแลมีความต้องการที่จะได้รับ



ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งผลจาก การปฏิบัติพบว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน มีการจัดเก็บสิ่งของ ทำความสะอาดบ้านเรือนของตนเอง ซึ่งการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัวนั้นเกิดจาก การที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้ระหันกถึง ความสำคัญในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม เมื่อจากได้รับรู้ข้อมูล เกี่ยวกับอันตรายและประโยชน์ที่เกิดจาก สิ่งแวดล้อม ดังกล่าวอีกในการส่งเสริมสุขภาพของภูบัตร ออกตามากล่าวไว้ว่า สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ จะต้องเป็นสิ่งแวดล้อมที่สะอาดปราศจากมลภาวะ ปราศจาก เชื้อโรค และมีความปลอดภัย การมีสัมพันธภาพและ มิตรไมตรีต่อกัน มีความเอื้ออาทรต่อกันทั้งที่บ้าน กับ เพื่อนบ้านและในชุมชน

**3. การเสริมสร้างกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน การดำเนิน การวิจัยในครั้งนี้ทำให้เห็นการพัฒนาศักยภาพ และการ เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน เป็นการสร้างความ เชื่อมแข็งในการจัดตั้งกิจกรรมของชุมชน ซึ่งการสร้าง พลังอำนาจเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ในการ พัฒนาคน ให้คนเกิดความตระหนักรู้ถึงปัญหาและ สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพและ ข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไข ปัญหานั้น ๆ กระบวนการนี้เกิดจากการวิเคราะห์ สถานการณ์ การได้ลงมือปฏิบัติและร่วมมือกันแก้ไข ปัญหา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมของตนเอง<sup>11</sup>**

**4. การพัฒนาทักษะของ อสม. ผู้ดูแลเพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวาน จากกระบวนการพัฒนาทักษะนี้ ทำให้มองเห็นวิธีการแก้ไขปัญหาที่เป็นการพัฒนาวิธี การทำงาน โดยมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการทำงาน ในบริบทสุขภาพแన่ใหม่ มีการแก้ไขปัญหาตามปัญหา และความต้องการของชุมชน และเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ใช้ศักยภาพของเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพใน ชุมชน โดยมีการพัฒนาทักษะของ อสม. ซึ่งพบว่า อสม. มีความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรค เบาหวานมากขึ้นเนื่องจากการเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ ทำให้ได้เรียนรู้หลักการและวิธีการให้คำแนะนำปรึกษา ฝึกการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์จริง<sup>12</sup> ผู้ดูแลมีความรู้**

เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรค เบาหวานมากขึ้น เนื่องจากเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ในการ เยี่ยมบ้านตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลให้การ สนับสนุนเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้าน สร้างเครือข่ายในการดูแล ให้คำแนะนำ ปรึกษาและให้กำลังใจกับผู้ดูแล จนผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุได้<sup>13</sup>

สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม เนื่องจากการที่มีค่านิยมค่า การได้รับ ความสนใจ เอาจริงจากผู้ดูแล ชุมชน และเจ้าหน้าที่ ร่วม กับการได้เรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวจากผู้สูงอายุที่เป็นโรค เบาหวานคนอื่น ๆ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่ เป็นโรคเบาหวานไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น และ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 ซึ่งการใช้แรงสนับสนุนจาก ครอบครัว ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน การ ให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ส่งเสริม ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ประสานการดูแล และความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ สนับสนุน ด้านจิตใจและอารมณ์ สอนทักษะการปฏิบัติ พัฒนา ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยเบาหวานและ ครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองและมี ความรู้สึกผิดพลาดเพิ่มมากขึ้น<sup>14,15</sup>

**5. การปรับเปลี่ยนการดำเนินงานการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน การดำเนินงาน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า เป็นการดำเนินงานโดยใช้แนวปฏิบัติเดียวกับการส่งเสริม สุขภาพผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วไป และเป็นการดำเนิน งานตามนโยบายของโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งการให้ บริการในชุมชนมีเฉพาะการเยี่ยมบ้าน เป็นการดำเนิน การโดยเจ้าหน้าที่ ยังไม่ได้ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการ ดูแลผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เนื่องจากขาด การบูรณาการในการทำงานของเจ้าหน้าที่ และขาด การบูรณาการร่วมกับชุมชน**

ในกระบวนการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ เห็นการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการทำงานของเจ้าหน้าที่



แบบใหม่ที่สอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการทำงานที่แตกต่างจากแนวปฏิบัติเดิมคือการทำงานที่เน้นปัญหาและความต้องการของชุมชนเป็นหลัก และรับฟังเสียงของประชาชนมากขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ได้เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหา เริ่มจากร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา การปฏิบัติ และการประเมินผลร่วมกัน และเจ้าหน้าที่ลงปฏิบัติงานในชุมชนอย่างแท้จริงโดยการเป็นผู้นำในการปฏิบัติกรรม ได้มีโควตาสวิเคราะห์ตนเอง ได้รู้จักตนเองนำไปสู่การยอมรับพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นผู้สามารถควบคุมสถานการณ์ที่ตนเองเกี่ยวข้องได้ช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงวิถีของความคิดของตนเอง เพิ่มความมั่นใจในตนเองอันเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคคลในที่สุด<sup>16</sup> และการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน จะช่วยกระตุ้นให้ชุมชนมีความตื่นตัว เป็นการช่วยเพิ่มอำนาจให้คนในชุมชน โดยชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน แสดงความคิดเห็นร่วมกัน ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนมากยิ่งขึ้น มีการวางแผน การปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยใช้การจัดการและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม<sup>17,18,19,20</sup>

### ข้อเสนอแนะ

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานนั้น ต้องใช้ระยะเวลานาน ซึ่งชุมชนและครอบครัวจะเป็นผู้ที่มีส่วนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างมาก ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของชุมชนและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง
2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้นั้น ต้องพิจารณาบริบทของพื้นที่นั้น ๆ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาต้องเห็นความสำคัญ และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ ตลอดจนจะต้องมีการปรับปรุงอยู่เสมอ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมสมสอดคล้อง กับความต้องการและการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ในชุมชน

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์; 2547.
2. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2548-2550 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข [ออนไลน์] ม.ป.ป. [อ้างเมื่อ 2 เมษายน 2551]. จาก [http://www.moph.go.th/ops/health\\_50](http://www.moph.go.th/ops/health_50)
3. สำนักงานสาธารณสุจังหวัดอุดรธานี. สถิติโรคเบาหวาน จังหวัดอุดรธานี. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.; ม.ป.ป.]
4. สถานีอนามัยหนองบัว จังหวัดอุดรธานี. ทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2550. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.; ม.ป.ป.]
5. Asisan-Pacific Type 2 Diabetes Policy Group. Type 2 Diabetes Practical Targets and Treatment. Fourth edition. Singapore: Communications limited; 2005.
6. Chittleborough C, Grant J, Taylor A. The State of Play of Diabetes Indicators. South Australian Department of Human Service: [n.p.]; 2003.
7. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ชาม, จิรายา ภัทรอาชาชัย. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 1(2): 98-113.
8. จันทร์เพ็ญ ชูประภารณ. สถานะสุขภาพคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
9. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545.
10. รุจินาถ อรรถลีชชู และคณะ. เส้นทางสร้างสุขภาพชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานสนับสนุนการสร้างสุขภาพ; 2548.
11. Gibson GH. A concept analysis of empowerment. Journal Of Advanced Nursing 1991; 16: 354-361.



12. ไฟจิตรา ศรีอานุวัฒน์, พรทิพย์ ไวยุติ, จีรสุดา โอลารัมย์ และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการกระบวนการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้าน(อสม.) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้าน สุขภาพของชุมชน หมู่บ้านหนองบัว ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]; 2551.
13. ศศิริณัฐ์ ไพรเขียว. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง พลังอำนาจที่บ้านต่อการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเองและความสามารถในการจัดการกับ สถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบ้าหวาน ชนิดที่ 2 และครอบครัว (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
14. วัลลา ตันติโยทัย. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพใน การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึง อินซูลิน (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
15. อรุณรัตน์ ภักดีจรุ่ง. การใช้กระบวนการกรุ่นร่วมกับแรง สันบสนุนจากครอบครัว ในการควบคุมโรคของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนช่อง สามเหลี่ยม อ่าเภอคอนสารรค จังหวัดชัยภูมิ (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
16. นิตย์ ทัศนนิยม. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการ พัฒนาสุขภาพ: แนวคิดและกลวิธี. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
17. ณิชาเรียร์ ใจคำวงศ์. การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไป ใช้ในการปฏิบัติงานของพยาบาลฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
18. ทรงสุดา ไตรปกรณ์กุศล. กระบวนการนำแนวคิด การมีส่วนร่วมไปประยุกต์ในการแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
19. อัมพรพรรณ ฉีรานุตระ, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, นางลักษณ์ เมฆาภรณ์ จันศักดิ์, วาสนา รายสูงเนิน. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์ รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง : กรณีศึกษา ในโรงพยาบาลศูนย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 65-77.
20. วัลยพร นันทศุภวัฒน์, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, พร้อมจิตรา ห่อนบุญเพิ่ม. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออก เฉียงเหนือ 2552; 27(1): 27-32.



## ปัญหาและความต้องการในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

### Problems and Requirements of Nursing Preceptors in Practicum Placements of Boromarajonani College of Nursing Udonthani

กาญจนา ปัญญาธร MA. (community nursing)\*

#### **บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงพรรณนาที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามบทบาท ปัญหาและความต้องการของพยาบาลพี่เลี้ยงในการปฏิบัติตามบทบาท กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในแหล่งฝึกงานโรงพยาบาลอุดรธานีและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 28 คน และพยาบาลพี่เลี้ยงของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ในแหล่งฝึกสถานีอนามัย จำนวน 12 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลพี่เลี้ยงต่อการปฏิบัติบทบาทในแต่ละด้าน คือ การเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่นักศึกษาอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.66) และมีการปฏิบัติในระดับมาก ด้านปฏิบัติการพยาบาลให้คำปรึกษา อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ เป็นผู้สอนและนิเทศ (ค่าเฉลี่ย 4.49 4.48, 3.94 และ 3.92) ปัญหาในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ได้แก่ ร้อยละ 15 ไม่ทราบบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ร้อยละ 42.5 ขาดความมั่นใจในการสอน ร้อยละ 72 ขาดทักษะด้านการสอน ร้อยละ 27.5 ขาดทักษะด้านการประเมินผล ร้อยละ 50 ขาดสื่อ อุปกรณ์การเรียนการสอนและการสาธิต ร้อยละ 85 ขาดสถานที่ที่นักศึกษาจะใช้ประโยชน์ในโรงพยาบาล ร้อยละ 32.5 ไม่มีบ้านพัก ร้อยละ 17.5 มีปัญหารื่องyanพานะ ร้อยละ 72.5 มีภาระงานมาก ร้อยละ 90.9 มีความภาคภูมิใจที่ได้รับความไว้วางใจให้ดูแลนักศึกษา มีร้อยละ 9.1 เห็นว่าการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง เป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น และไม่มีค่าตอบแทนในการปฏิบัติ

ความต้องการในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ร้อยละ 15 ต้องการความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ร้อยละ 42.5 ต้องการทักษะด้านการพยาบาล ร้อยละ 81.8 ต้องการทักษะด้านการประเมินผลและร้อยละ 72.5 ต้องการเสริมทักษะด้านการสอน ทั้งนี้พยาบาลพี่เลี้ยงต้องการให้วิทยาลัยพยาบาลประสานการฝึกปฏิบัติงาน สนับสนุนด้านวิชาการ นานิเทศอย่างสม่ำเสมอ ขึ้นฝึกปฏิบัติงานกับนักศึกษาทุกรุ่น และมีค่าตอบแทนในการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง ต้องการให้นำเสนอ ให้เกียรติและแต่งตั้งให้เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงเต็มตัว และต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน ให้การสนับสนุน และอำนวยความสะดวกด้านต่างๆ ซึ่งพยาบาลพี่เลี้ยงจะสามารถปฏิบัติตามบทบาทได้ดี หากปัญหาได้รับการแก้ไขและตอบสนองความต้องการ

**คำสำคัญ :** พยาบาลพี่เลี้ยง บทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง แหล่งฝึกปฏิบัติงาน นักศึกษาพยาบาล

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี



## Abstract

The objectives of this descriptive research were to described the opinions of nursing preceptors regarding the performance of the preceptor's role, problems and requirements of nursing preceptors. The sample was 28 preceptors in hospitals and 12 preceptors at health centers. Data were collected with the structured questionaire. Data analysis was done with descriptive statistic and content analysis.

The results were mean scores of 4.66 for role model quality, 4.49 for knowledge of nursing practice; 4.48 for supportiveness, 3.94 for helpfulness and 3.92 for teaching effectiveness. Problems that the nurse preceptors reported were lack of knowledge of preceptor's role 15%, low self- confidence to teach 42.5%, lack of teaching skill 72%, lack of evaluation skill 27.5%, lack of demonstrate equipment 50%, lack of area to use in hospital 85%, lack of residential accommodations while practicing at health centers 32.5%, transportation 17.5%, job burden 72.5%, reported being proud to be nurse preceptors 90.9%, but high work load and not pay 9.09%.

The requirements for being a nursing preceptor were knowledge of nursing role 15%, nursing skill 42.5%, evaluation skill 81.8% and teaching skill 72.5%. Based on this results, it appears that the things needed to enable nursing preceptors to perform their roles most effectively were: co-operation with the college, receiving adequate instrumentation, help and motivation from nursing team. College support in the form of continuing education, regular visits. More financial and other support from the work place, college and community are needed in order for nursing preceptors to train nurses effectively.

**Keywords:** nursing preceptor, preceptor' role, practicum placement, nursing student

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจุบัน

วิชาชีพพยาบาล มุ่งเน้นการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ จึงถือเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนการสอน ทำให้ผู้เรียนมีโอกาสฝึกปฏิบัติงานตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง เกิดการเรียนรู้ ลักษณะและวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติกันอยู่เป็นประจำ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาล ได้พัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะด้านการปฏิบัติการพยาบาล การปรับตัวเข้ากับผู้อื่น รู้จักอุดหนุน เสียสละ มีความเมตตากรุณา มีความรับผิดชอบและรู้จักแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น อันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาล<sup>1</sup>

ในแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลทั้งในคลินิกและในชุมชน ผู้ที่มีความสำคัญและมีบทบาทในการสอนนักศึกษาพยาบาลร่วมกับอาจารย์นิเทศของสถาบันการศึกษา คือ พยาบาลที่เลี้ยง ซึ่งก่อให้เกิดผลดีทั้งในส่วนของพยาบาลที่เลี้ยงและนักศึกษาพยาบาล<sup>2</sup>

โดยในด้านพยาบาลที่เลี้ยง เป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ทั้งในด้านความรู้ และความชำนาญ ก่อให้เกิดบุคลากรที่มีคุณภาพอันนำไปสู่คุณภาพการบริการที่ดี มีความภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่สอนนักศึกษาพยาบาล ได้รับการยอมรับ มีความพึงพอใจในงาน และสามารถพัฒนาตนเองสู่ความก้าวหน้าในวิชาชีพ และด้านนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนงานจากพยาบาลที่มีความรู้ มีความเชี่ยวชาญสูง มีความชำนาญเฉพาะด้านและมีประสบการณ์ในการทำงาน โดยพยาบาลที่เลี้ยงมีบทบาทหน้าที่ในการสอนงาน ให้คำปรึกษาและเป็นแบบอย่างที่ดี อธิบายแนวโน้ม ส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอน และจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการเรียนรู้ พร้อมที่จะช่วยเหลือพัฒนาทักษะด้านวิชาชีพ และสร้างเสริมประสบการณ์ให้แก่นักศึกษาพยาบาล<sup>3</sup> ใน การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลที่เลี้ยง พยาบาลที่เลี้ยงจึงควรมีคุณสมบัติ ในด้านการเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการถ่ายทอดความรู้ มีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สอนนักศึกษา สนใจ



หากความรู้ใหม่ๆ มีความตั้งใจ ทราบถึงบทบาทของตนเอง ในการถ่ายทอดความรู้และเป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติงานให้แก่นักศึกษาพยาบาล ซึ่งการมีพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีคุณสมบัติดังกล่าว จะมีส่วนทำให้นักศึกษาพยาบาลได้รับความรู้และประสบการณ์ที่ดี เกิดการเรียนรู้ได้เร็วขึ้น มีความมั่นใจและกล้าชักถามข้อข้องใจ ใน การปฏิบัติการพยาบาล และสามารถติดตามประเมินผลนักศึกษาได้อย่างใกล้ชิด<sup>4</sup>

ในปี 2551 วิทยาลัยพยาบาลรามราชนนี อุดรธานี มีแหล่งฝึกประสบการณ์ด้านการพยาบาลของนักศึกษา โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ฝึกปฏิบัติวิชาการบริหารทางการพยาบาล ในโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 10 แห่งปัจจุบัน วิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลกุ่มภาปี โรงพยาบาลหนองหาน โรงพยาบาลหนองวัวซอ โรงพยาบาลเพญ มีพยาบาลพี่เลี้ยงที่ทำหน้าที่ดูแลการฝึกประสบการณ์ของนักศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 28 คน และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย ในสถานีอนามัย จำนวน 6 แห่ง คือ สถานีอนามัยเชียงพิม หนองไส หนองหมื่นท้าว บ้านขาว สามพร้าว และหนองตะไก มีพยาบาลพี่เลี้ยงที่ทำหน้าที่ดูแลการฝึกประสบการณ์ของนักศึกษา จำนวน 12 คน จากการประเมินผลการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา พยาบาลและพยาบาลพี่เลี้ยงภายหลังการฝึกปฏิบัติงานเบื้องต้น พบว่า พยาบาลพี่เลี้ยงในแหล่งฝึก มีปัญหาในการปฏิบัติตามบทบาท โดยไม่ทราบบทบาทของตนเอง ไม่มั่นใจความรู้ด้านวิชาการ ขาดทักษะการสอน ถ่ายทอดความรู้ มีภาระงานมากและขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์สิ่งจำเป็นต่างๆ ทำให้ปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ ส่งผลต่อคุณภาพการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาปัญหาและความต้องการในการปฏิบัติบทบาทพยาบาล พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา การเรียนการสอนให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ ซึ่งจะทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ พยาบาลพี่เลี้ยงได้รับการพัฒนาศักยภาพ และเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ต่อกันระหว่างสถานศึกษา แหล่งฝึกปฏิบัติงานและชุมชนต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามบทบาทปัญหาและความต้องการของพยาบาลพี่เลี้ยงในแหล่งฝึกโรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ในบทบาท 6 ด้าน ได้แก่ การเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล การเป็นแบบอย่างที่ดี การเป็นผู้สอนและนิเทศ การเป็นผู้ให้คำปรึกษา การประเมินผลและการเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ซึ่งนักการศึกษาด้านการพยาบาล ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ศึกษาไว้ มาพัฒนาเป็นกรอบในการวิจัย<sup>5</sup> และปัญหาความต้องการในการปฏิบัติบทบาทจากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังกรอบแนวคิด

### ปัญหาในการปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง

- การรับรู้บทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง
- ความรู้ ทักษะด้านการปฏิบัติการพยาบาล
- ความรู้ ทักษะการสอนและการประเมินผล
- สถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้

### บทบาทครุพี่เลี้ยง

- การปฏิบัติการพยาบาล
- การเป็นแบบอย่างที่ดี
- เป็นผู้สอนและนิเทศ
- การให้คำแนะนำเรื่องรา
- การประเมินผล
- การอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้

### ความต้องการในการปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง

- ความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง
- การพัฒนาด้านความรู้ และทักษะการพยาบาล
- พัฒนาทักษะด้านการสอนและการประเมินผล
- วัสดุ อุปกรณ์ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้
- ขัญกำลังใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติ



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยวิจัยเชิงพรรณนา คือศึกษาปัญหาและความต้องการในการปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลที่เลี้ยงในแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรรมราชนนี อุดรธานี

ประชากร เป็นพยาบาลที่เลี้ยงของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในแหล่งฝึกโรงพยาบาลอุดรธานี วิชาการบริหารทางการพยาบาล และโรงพยาบาลชุมชนวิชาการรักษาพยาบาลเป็นองค์ต้น 28 คน และพยาบาลที่เลี้ยงของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ในแหล่งฝึกสถานีอนามัย วิชาปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย 12 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างแนวคิดของแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และครอบแนวคิดในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม คือ 1) ลักษณะประชากรของพยาบาลที่เลี้ยง ได้แก่ อายุ เพศ ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน การเข้าร่วมอบรมเตรียมความพร้อมของพยาบาลที่เลี้ยง และการอบรมความรู้เพิ่มเติม 7 ข้อ 2) ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลที่เลี้ยง ประกอบด้วย ความคิดเห็นในด้าน การเป็นแบบอย่างที่ดี การปฏิบัติการพยาบาล การเป็นผู้สอนและนิเทศ การให้คำแนะนำปรึกษา การประเมินผลและการอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ แบ่งเป็นสเกลให้เลือกตอบตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับ 3) ปัญหาในการปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลที่เลี้ยง เป็นคำถามให้เลือกตอบเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติตามบทบาท 8 ข้อ 4) ความต้องการในการปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลที่เลี้ยง เป็นคำถามให้ตอบเกี่ยวกับความต้องการในการปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลที่เลี้ยง 6 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับแหล่งฝึกและพยาบาลที่เลี้ยง ชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายแนวทางในการตอบคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง พร้อมกับแจกและขอรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม นำมารีเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เนื้อหา

## ผลการวิจัย

### 1. ลักษณะประชากรของพยาบาลที่เลี้ยง

พยาบาลที่เลี้ยงครึ่งหนึ่งมีอายุในช่วงระหว่าง 41-45 ปี รองลงมาคือ อายุระหว่าง 36 - 40 ปี และ 46-50 ปี ร้อยละ 67.5 มีสถานภาพ สมรสคู่นักนั่น เป็นโสด ร้อยละ 95 มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 15 ปีขึ้นไป และร้อยละ 5 มีประสบการณ์ในการทำงานนานา 11-15 ปี ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่เลี้ยง ร้อยละ 50 มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี รองลงมา คือ 1-5 ปี และต่ำกว่า 1 ปี (ร้อยละ 40 และ 10) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 82.5) นอกนั้นมีการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 17.5) สถานที่ปฏิบัติงานครึ่งหนึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุดรธานี รองลงมา คือ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 30 และ 20) การอบรมเตรียมความพร้อมการเป็นพยาบาลที่เลี้ยง ร้อยละ 72.5 เข้าอบรม มีถึงร้อยละ 27.5 ที่ไม่ได้เข้าอบรม ส่วนการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติ มีร้อยละ 15 ที่ไม่ได้อบรมเพิ่มเติม

### 2. ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยง

1) การเป็นแบบอย่างที่ดี ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการปฏิบัติบทบาท เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ เป็นแบบอย่างที่ดีด้านบุคลิกภาพ การแต่งกายเรียบร้อย เหมาะสม เป็นแบบอย่างด้านปฏิบัติการพยาบาลและความรับผิดชอบต่องานที่ปฏิบัติ (ค่าเฉลี่ยรวม 4.72) การวางแผนและส่งเสริมกิจกรรมทางอาชีวศึกษาและการสนับสนุน ใช้คำพูดสุภาพในการสื่อสาร (ค่าเฉลี่ยรวม 4.63) และเป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิต (ค่าเฉลี่ย 4.54) ในภาพรวมความคิดเห็นต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยง ด้านการเป็นแบบอย่างที่ดีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.66 อุปนัยในระดับมากที่สุด

2) การเป็นผู้สอนและนิเทศ ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการปฏิบัติบทบาท เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ส่งเสริมให้นักศึกษาตระหนักรู้ในคุณค่าและมีความรับผิดชอบในวิชาชีพ (ค่าเฉลี่ย 4.27) สอนนักศึกษาโดยการนำความรู้ทางทฤษฎีเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติ เปิดโอกาสให้นักศึกษาคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง (ค่าเฉลี่ย 4.09 และ 4.00 ตามลำดับ) การจัดเตรียมสื่อและ



อุปกรณ์ประกอบในการเรียนการสอน (ค่าเฉลี่ย 3.54) ในภาพรวมความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงด้านการเป็นผู้สอนและนิเทศมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 อุปนัยในระดับมาก

3) การปฏิบัติการพยาบาล ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามบทบาท เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเต็มใจ เต็มกำลังความสามารถและปฏิบัติการพยาบาลด้วยความมั่นใจเมื่อยู่ต่อหน้านักศึกษาพยาบาล (ค่าเฉลี่ยรวม 4.72) ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรู้สึก รอบรู้ เชื่อมั่น มีวิจารณญาณ และปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความต้องการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ค่าเฉลี่ยรวม 4.63) วางแผนปฏิบัติงานพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 3.90) ในภาพรวมความคิดเห็นต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงด้านปฏิบัติการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 อุปนัยในระดับมาก

4) การเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการปฏิบัติบทบาท ในแต่ละด้าน คือ ด้านการจัดเตรียมสื่อการสอนให้นักศึกษาพยาบาล โดยประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกเมื่อนักศึกษาต้องยืม วัสดุ อุปกรณ์ (ค่าเฉลี่ย 3.72) จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ สื่อการเรียนการสอนเมื่อทำการสอนนักศึกษา (ค่าเฉลี่ย 3.63) ด้านสถานที่และบุคลากร จัดเตรียมสถานที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา (ค่าเฉลี่ย 4.27) การแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว กฎระเบียบของแหล่งฝึก และประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อขอความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา (ค่าเฉลี่ย 4.09) และจัดหาที่พัก เครื่องอำนวยความสะดวกที่จำเป็นให้แก่นักศึกษา (ค่าเฉลี่ย 3.72) ซึ่งอยู่ในระดับมาก ด้านการให้ข้อมูลมีการปฏิบัติระดับมากในทุกรายช้อทั้งในด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งฝึก (ค่าเฉลี่ย 4.00) การค้นหาปัญหาและความต้องการในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา (ค่าเฉลี่ย 4.00) การแนะนำแหล่งค้นคว้าหาความรู้ (ค่าเฉลี่ย 3.81) และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการปรับตัวขณะฝึกปฏิบัติงาน (ค่าเฉลี่ย 4.00) ในภาพรวมค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงด้านการเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.94)

5) การเป็นผู้ให้คำปรึกษา ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการปฏิบัติบทบาทบทบาท เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ การเปิดโอกาสให้นักศึกษาซักถามเรื่องที่ไม่เข้าใจ (ค่าเฉลี่ย 4.72) รับฟังปัญหาของนักศึกษา (ค่าเฉลี่ย 4.63) ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือเมื่อนักศึกษามีปัญหา (ค่าเฉลี่ย 4.54) และเข้าร่วมกิจกรรมการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาเพื่อเป็นช่วยกำลังใจ (ค่าเฉลี่ย 4.18) ในภาพรวมความคิดเห็นต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงด้านการเป็นผู้ให้คำปรึกษา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.48 อุปนัยในระดับมาก

6) การประเมินผล ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการปฏิบัติบทบาท เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ประเมินผลการปฏิบัติงานของนักศึกษาด้วยความยุติธรรม (ค่าเฉลี่ย 4.27) ประเมินผลการฝึกปฏิบัติงานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ค่าเฉลี่ย 4.27) รับฟังและนำข้อเสนอแนะของนักศึกษามาปรับปรุงการเรียนการสอน (ค่าเฉลี่ย 4.09) และเปิดโอกาสให้นักศึกษามีส่วนร่วมประเมินผลการฝึกปฏิบัติงานของตนเอง (ค่าเฉลี่ย 3.72) ในภาพรวมความคิดเห็นต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยง ในด้านการประเมินผล ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 อุปนัยในระดับมาก

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความคิดเห็นต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงของนักศึกษาพยาบาลในภาพรวมรายด้าน พบว่า ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติบทบาทด้านการเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่นักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.66) รองลงมา คือ การปฏิบัติบทบาทด้านปฏิบัติการพยาบาลและการให้คำปรึกษา (ค่าเฉลี่ย 4.49 และ 4.48 ตามลำดับ) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยโดยรวมน้อยที่สุด คือ การเป็นผู้สอนและนิเทศ (ค่าเฉลี่ย 3.92)

จะเห็นได้ว่าพยาบาลที่เลี้ยง มีความคิดเห็นว่าตนเองสามารถปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงในด้านการเป็นแบบอย่างที่ดีมากที่สุด รองลงมา คือ การปฏิบัติด้านการพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับบทบาทด้านอื่น ๆ คือ การเป็นผู้สอนและนิเทศ การให้คำปรึกษา การประเมินผลและการอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ ซึ่งบทบาทการเป็นแบบอย่างที่ดี และการปฏิบัติต้านการพยาบาล เป็นสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ในขณะที่บทบาทด้านอื่น ๆ พยาบาลที่เลี้ยงจำเป็นต้องได้



รับการอบรมความรู้เพิ่มเติม จนเกิดทักษะและมีความชำนาญ และได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทจากหัวหน่วยงานและสถานศึกษา

### 3. ปัญหาในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง

1) การไม่ทราบบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลพี่เลี้ยง ร้อยละ 15 ไม่ทราบบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล การเป็นแบบอย่างที่ดี การเป็นผู้สอนและนิเทศ การให้คำปรึกษา การประเมินผล และการอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้

2) ความรู้และทักษะด้านการพยาบาลไม่เพียงพอ พยาบาลพี่เลี้ยงร้อยละ 42.5 คิดว่า ตนเองมีความรู้และทักษะด้านการพยาบาลไม่เพียงพอที่จะถ่ายทอดให้แก่นักศึกษา และความรู้ที่มีอยู่ไม่ทันสมัย ไม่ทันเหตุการณ์ เนื่องจากการปฏิบัติงานประจำที่มีภาระงานมาก จึงไม่ค่อยมีเวลาศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม และสอนตามที่ตนเคยเรียนมา การอบรมความรู้และทักษะเพิ่มเติมมีน้อย ทำให้ขาดความมั่นใจในการสอน

พยาบาลพี่เลี้ยงของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในแหล่งฝึกโรงพยาบาล ซึ่งนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานวิชาการ รักษาพยาบาลเบื้องต้นและการบริหารการพยาบาล คิดว่าตนเองมีความรู้ไม่เพียงพอ และคิดว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่มาฝึกปฏิบัติงาน ได้เรียนจบภาคทฤษฎีจากวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งเป็นแหล่งด้านวิชาการและมีความรู้ใหม่ๆ ทำให้ไม่มั่นใจที่จะถ่ายทอดให้แก่นักศึกษา

ส่วนพยาบาลพี่เลี้ยงของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ในแหล่งฝึกสถานีอนามัย ในวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย ทุกคนคิดว่าตนเองมีความรู้ ความสามารถด้านการปฏิบัติงานเพียงพอที่จะถ่ายทอดให้นักศึกษา เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นงานหลักของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ทำเป็นประจำอยู่แล้ว แต่ยังขาดทักษะในการสอน อธิบายและถ่ายทอดความรู้ให้แก่นักศึกษาให้เข้าใจ

3) ขาดทักษะด้านการสอนและการถ่ายทอดความรู้ พยาบาลพี่เลี้ยงร้อยละ 72.5 คิดว่าตนเองยังขาดทักษะด้านการสอนและการถ่ายทอดความรู้ที่จะทำให้นักศึกษาเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 36.5 คิดว่าตนเองมีทักษะ ด้านการสอนและการถ่ายทอด

ความรู้อยู่บ้าง แต่บางครั้งยังขาดความมั่นใจในการสอน โดยคิดว่าตนเองมีความรู้ด้านการพยาบาลแต่ไม่รู้ว่าจะถ่ายทอดอย่างไรให้คนอื่นเข้าใจได้ดี และขาดทักษะในการผลิตสื่อการสอนที่ดี ให้น่าสนใจและตรงตามที่ต้องการจะสื่อ

### 4. ขาดทักษะด้านการประเมินผล พยาบาล

พี่เลี้ยง ร้อยละ 27.5 คิดว่า ตนเองขาดทักษะ ด้านการประเมินผล เกี่ยวกับหลักและวิธีการประเมินผล ทำให้ขาดความมั่นใจ รู้สึกไม่สบายใจที่จะประเมินผลโดยการให้คะแนนแก่นักศึกษา และมีปัญหาในการประเมินผล การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา เนื่องจากตนเองไม่ได้ดูแลนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง จากการประจำที่ทำและการเข้าร่วมประชุม ซึ่งมืออยู่เป็นประจำและบ่อยครั้ง

### 5. ขาดการสนับสนุนในการปฏิบัติตามบทบาท

เครื่องมือเครื่องใช้ในการปฏิบัติงาน พยาบาลพี่เลี้ยง ร้อยละ 15 เห็นว่าหน่วยงานที่ตนปฏิบัติ ให้การสนับสนุน ด้านเครื่องมือเครื่องใช้ในการปฏิบัติ ตามที่หน่วยงานมี ไม่ได้หมายความเพิ่มเติม ทำให้การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาขาดความคล่องตัวบางครั้งทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ในทางที่ไม่ถูกต้อง เช่น การไม่ใช้เทคนิคปลอดเชื้อในการปฏิบัติงาน

1) สื่อ อุปกรณ์การสอนสาธิ พยาบาลพี่เลี้ยง ร้อยละ 50 เห็นว่าหน่วยงานที่ตนปฏิบัติ ยังขาดสื่อ อุปกรณ์ด้านการสอนสาธิ โดยเฉพาะแหล่งฝึกที่เป็นสถานีอนามัย ไม่มีกระดาษสำหรับเขียน ไม่มีหุ่นจำลองเต้านมไว้สอนสาธิการตรวจเต้านม ไม่มีห้องสมุดหรือมีห้องสมุดแต่มีหนังสือน้อยมาก ไม่มี Internet ไว้สำหรับนักศึกษาค้นคว้า ทำรายงานและทำโครงการ บางแห่งมีอุปกรณ์ด้านการเรียนการสอนแต่มีน้อยไม่เพียงพอ ทำให้พยาบาลพี่เลี้ยงขาดสื่อที่จะช่วยให้การสอนง่ายขึ้น และนักศึกษาขาดสื่อในการเรียนรู้

2) การใช้เวลาปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลพี่เลี้ยงร้อยละ 85 เห็นว่าการทำงานประจำและการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงส่งผลต่อภาระด้านการใช้เวลาและทำได้ไม่เต็มที่ ถ้าหัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรในหน่วยงานไม่เข้าใจ ไม่ให้ความร่วมมือหรือสนับสนุน จะทำให้เกิดปัญหา ทั้งในด้านการทำงานและสัมพันธภาพระหว่างกัน รวมทั้งส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาล



พี่เลี้ยงด้วย ซึ่งงานพยาบาล เป็นงานที่ใช้เวลาในการปฏิบัติมากและต่อเนื่อง ถ้าพยาบาลพี่เลี้ยงไม่สามารถจัดสรรเวลาในการปฏิบัติงานประจำที่ตนรับผิดชอบจะส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงได้

3) สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกและความสะอาดและyan พาหนะ พยาบาลพี่เลี้ยงในโรงพยาบาล ร้อยละ 85 เห็นว่า แหล่งฝึกขาดสถานที่ที่นักศึกษาจะใช้ประโยชน์ขณะฝึกปฏิบัติงาน โดยไม่มีบ้านพัก ไม่มีห้องเรียน ไม่มีห้องพักหรือที่เก็บของขณะนักศึกษาเข้าขั้นปฏิบัติงาน ทำให้มีสิ่งของสูญหายและมีการวางแผนและเก็บของ ไม่เป็นระเบียบ ขาดสิ่งอำนวยความสะดวก ไม่มีพัดลม พยาบาลพี่เลี้ยง ในสถานีอนามัย ร้อยละ 32.5 เห็นว่าไม่มีบ้านพักให้นักศึกษา ต้องเช่าบ้านพักที่อยู่ใกล้สถานีอนามัย บางครั้งมีปัญหาเรื่องน้ำไม่ไหลและความปลอดภัยเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้หญิงและเป็นคนต่างดิน ร้อยละ 17.5 มีปัญหาเรื่องyanพาหนะ เนื่องจากสถานีอนามัยอยู่ห่างจากหมู่บ้านที่ศึกษา นักศึกษาไม่มีyanพาหนะ และyan พาหนะของสถานีอนามัยจำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงาน และการประชุมของเจ้าหน้าที่ ทำให้มีปัญหาในเรื่องการเดินทาง

6. ภาระงานที่รับผิดชอบ พยาบาลพี่เลี้ยง ร้อยละ 72.5 มีปัญหาในการปฏิบัติบทบาทเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานน้อย ผู้รับบริการมาก ปริมาณงานที่รับผิดชอบมากและลักษณะงานที่พยาบาลปฏิบัติ เป็นงานที่ทำต่อเนื่อง รวมทั้งมีการประชุมบ่อย ทำให้ดูแลนักศึกษาไม่ต่อเนื่องและมีเวลาให้แก่นักศึกษาน้อย

ทั้งนี้ในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ของนักศึกษาพยาบาล พยาบาลพี่เลี้ยงร้อยละ 90.9 เห็นว่าตนเองได้รับประโยชน์จากการปฏิบัติ โดยมีความภาคภูมิใจในตนเองจากการเป็นผู้สอนนักศึกษา ได้รับความไว้วางใจให้ดูแลนักศึกษา ได้รับคำชâmเชย มีโอกาสได้ใช้ความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ โดยการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในการทำงานให้แก่นักศึกษา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้เจริญก้าวหน้า มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลและนักศึกษา และตนเองมีโอกาสพัฒนาความรู้และพัฒนาวิชาการ มีพยาบาลพี่เลี้ยง ร้อยละ 9.09 ที่เห็นว่าการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง เป็น

ภาระงานที่เพิ่มขึ้นนอกเหนือภาระประจำที่ตนเองทำ และไม่มีค่าตอบแทนในการปฏิบัติ

## 7. ความต้องการในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง

1) ความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลพี่เลี้ยง ร้อยละ 15 ต้องการให้วิทยาลัยพยาบาลจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ปัจจุบัน และคนที่จะเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงควรเข้ารับการอบรมก่อนปฏิบัติหน้าที่ เพื่อจะได้ปฏิบัติอย่างถูกต้อง มีร้อยละ 85 ที่ไม่ต้องการเนื่องจากทราบบทบาทของพยาบาลพี่เลี้ยงอยู่แล้วและไม่มีเวลาอบรมเพิ่ม แต่ต้องการให้อาจารย์นิเทศเป็นผู้ประสานและแจ้งให้ทราบถึงบทบาทที่ต้องปฏิบัติในการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง

2) การเสริมความรู้และทักษะในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลพี่เลี้ยง ร้อยละ 42.5 ต้องการความรู้ และทักษะด้านการพยาบาล โดยการอบรมความรู้เพิ่มเติม เพื่อที่จะได้ปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงด้วยความมั่นใจ ร้อยละ 72.5 ต้องการเสริมทักษะการสอนและถ่ายทอดความรู้ ร้อยละ 27.5 ต้องการทักษะในการประเมินผล มีร้อยละ 18.9 ที่ไม่ต้องการเสริมทักษะในการปฏิบัติ แต่ต้องการการประสานงานจากสถานศึกษาว่า ต้องการให้พยาบาลพี่เลี้ยงสอนอะไรแก่นักศึกษา นอกจากการสอนตามสภาพการทำงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

3) การสนับสนุนการปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงทั้งหมด ต้องการให้หน่วยงานที่ดูแลปฏิบัติสนับสนุน เครื่องมือเครื่องใช้และสื่ออุปกรณ์การสอน สาธิต สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก ภาระงานที่ด้านการปฏิบัติงานในหน้าที่และการช่วยเหลือสนับสนุนจากหัวหน้าและเพื่อนร่วมงาน ในด้านการปฏิบัติงานในหน้าที่และการช่วยเหลือดูแลนักศึกษาเมื่อตนติดภารกิจ ต้องการข้อมูลกำลังใจ โดยให้หน่วยงานที่ดูแลปฏิบัติ ยกย่อง ให้เกียรติและแต่งตั้งให้เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงเต็มตัว ต้องการให้สถานศึกษาสนับสนุน เอกสาร วิชาการ สื่อการสอน หนังสือเกี่ยวกับวิชาที่ฝึกปฏิบัติ การมานิเทศนักศึกษาอย่างสม่ำเสมอ ขึ้นฝึกปฏิบัติงาน กับนักศึกษาทุกครั้ง มีค่าตอบแทนในการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง และต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กับการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาและชุมชน เข้าใจการ



ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกด้านต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยทำให้การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาเป็นไปได้ด้วยดี เกิดประโยชน์ ทั้งต่อตัวนักศึกษา หน่วยงานและประชาชน

### การอภิปรายผล

จากการวิจัยจะเห็นได้ว่าพยาบาลพี่เลี้ยงของนักศึกษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีอายุมาก มีประสบการณ์ในการทำงานและประสบการณ์การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงมานานหลายปี จึงมีการสั่งสมประสบการณ์มากมายที่จะถ่ายทอดให้แก่นักศึกษา รวมทั้งมีการอบรมความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานอยู่เสมอ ซึ่งความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลพี่เลี้ยง มีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งต่อพยาบาลพี่เลี้ยง ในด้านความมั่นใจที่จะสอนหรือถ่ายทอดความรู้ให้แก่นักศึกษาพยาบาลและด้านนักศึกษา ซึ่งจะได้รับความรู้จากผู้ที่มีความรู้ ความสามารถและเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่เป็นประจำ จึงมีความเชี่ยวชาญ เป็นการสอนและเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ตนมีและนำมายถ่ายทอดให้นักศึกษา

การปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง พบร่มการปฏิบัติต้านการเป็นแบบอย่างที่ดีมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านปฏิบัติการพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับบทบาทด้านอื่น ๆ คือ การเป็นผู้สอนและนิเทศ การให้คำปรึกษา การประเมินผลและการอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ ซึ่งบทบาทการเป็นแบบอย่างที่ดี และการปฏิบัติต้านการพยาบาล เป็นสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ในขณะที่บทบาทด้านอื่น ๆ พยาบาลพี่เลี้ยงจำเป็นต้องได้รับการอบรมความรู้เพิ่มเติมจนเกิดทักษะและมีความชำนาญ และได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทจากทั้งหน่วยงานและสถานศึกษา<sup>5</sup>

ปัญหาในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงของนักศึกษาพยาบาล มีในด้านการไม่ทราบบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ความรู้และทักษะด้านการพยาบาลมิใหม่เพียงพอ ขาดทักษะด้านการสอนและการถ่ายทอดความรู้ ขาดทักษะด้านการประเมินผล ขาดการสนับสนุน เครื่องมือ เครื่องใช้ในการปฏิบัติ สื่อ อุปกรณ์ด้านการเรียน การสอนและสาขาวิชา การใช้เวลาปฏิบัติงานประจำในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง ขาดการสนับสนุนสถานที่สิ่งอำนวยความสะดวกและยานพาหนะ ภาระงานที่รับผิดชอบมาก<sup>6</sup>

ความต้องการในการปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง การเสริมความรู้และทักษะในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงการสนับสนุนการปฏิบัติตามบทบาท ซึ่งพยาบาลพี่เลี้ยงทั้งหมด ต้องการสนับสนุน เครื่องมือเครื่องใช้ในการปฏิบัติงานและสื่ออุปกรณ์การสอนสาขาวิชา สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก รวมทั้งการสนับสนุนเวลาในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงและการช่วยเหลือสนับสนุนจากหัวหน้าและเพื่อนร่วมงาน ในด้านการปฏิบัติงานในหน้าที่และการช่วยเหลือดูแลนักศึกษาเมื่อตนติดภารกิจ เพื่อให้สามารถปฏิบัติบทบาทพี่เลี้ยงได้ตามที่กำหนด โดยพยาบาลพี่เลี้ยงต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่ตนปฏิบัติ ในด้านข้อมูลและกำลังใจโดยการยกย่อง ให้เกียรติและแต่งตั้งให้เป็นพยาบาลพี่เลี้ยง เติมตัว ต้องการให้ทีมพยาบาลสนับสนุน ช่วยเหลือและให้ความร่วมมือเมื่อมีนักศึกษามาฝึกปฏิบัติงานรวมทั้งการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ และต้องการให้วิทยาลัยพยาบาล สนับสนุนเกี่ยวกับเอกสารวิชาการ แผนการสอนสุขศึกษา สื่อการสอน หนังสือเกี่ยวกับวิชาที่ฝึกปฏิบัติ การมานิเทศนักศึกษาอย่างสม่ำเสมอ ขึ้นฝึกปฏิบัติงานกับนักศึกษาทุกรุ่น และค่าตอบแทนในการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง รวมทั้งต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชนเข้าใจการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกด้านต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยทำให้การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาเป็นไปได้ด้วยดี เกิดประโยชน์ ทั้งต่อตัวนักศึกษา หน่วยงานและประชาชน ซึ่งพยาบาลพี่เลี้ยงจะสามารถปฏิบัติตามบทบาทได้ดี หากปัจจัยได้รับการแก้ไขและตอบสนองความต้องการของพยาบาลพี่เลี้ยงตามความเหมาะสม จะช่วยทำให้การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาเป็นไปได้ด้วยดี เกิดประโยชน์ ทั้งต่อตัวพยาบาลพี่เลี้ยง นักศึกษา หน่วยงานและประชาชน

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1.1 การจูงใจให้พยาบาลพี่เลี้ยง ได้ปฏิบัติบทบาทของตนอย่างเต็มที่ โดยหน่วยงานที่พยาบาลพี่เลี้ยงปฏิบัติและสถานศึกษาพยาบาล ให้เกียรติและยกย่องพยาบาลพี่เลี้ยง ในฐานะเป็นอาจารย์พยาบาลใน



การฝึกภาคปฏิบัติให้แก่นักศึกษา ส่งเสริมให้พยาบาล พี่เลี้ยงมีการพัฒนาตนเอง โดยการจัดอบรมให้ความรู้ และการฝึกด้านวิชาการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ปฏิบัติบทบาทอย่างมีความมั่นใจ

1.2 จัดทำคู่มือพยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อเป็น แนวทางในการปฏิบัติ โดยมีวัตถุประสงค์ แผนจัดการเรียนการสอน รายละเอียดการฝึกปฏิบัติงานและการประเมินผลการฝึกปฏิบัติงาน

1.3 สนับสนุนการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ในด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติ ลิ่งอำนวย ความสะดวกต่าง ๆ เอกสารตำรา ตลอดจนการเสริมสร้าง บรรยายศาสตร์ของการเรียนรู้และเสริมสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างทีมงานพยาบาล เพื่อเอื้ออำนวยให้พยาบาล พี่เลี้ยงได้สามารถปฏิบัติบทบาทได้อย่างเต็มที่

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ บทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงของนักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัย พยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2 ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท พยาบาลพี่เลี้ยงของนักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.3 ศึกษาบทบาทของแหล่งฝึกและสถาน ศึกษาในการส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ของนักศึกษาพยาบาล

2.4 พัฒนาเครื่องมือในการวิจัยใหม่ประสิทธิภาพมากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- พจนา ปิยะปกรณ์ชัย. การจัดการเรียนการสอนใน คลินิกของวิชาชีพการพยาบาล. วารสารการศึกษา พยาบาล 2538; 1(6): (มกราคม).
- ยุ่พิน พิริโพธิ์เจริญ. ระบบพยาบาลพี่เลี้ยง : สะพาน เชื่อมจากนักศึกษาสู่พยาบาลวิชาชีพ. รามาธิบดีสาร 2538; 1(2): 85-91.
- ธนา กล่อมใจ และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ แสดงบทบาทครูพี่เลี้ยงของพยาบาลประจำการ ใน โรงพยาบาลแหล่งฝึกหลักของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออก เฉียงเหนือ. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง สาธารณสุข; 2542.
- ทศนีย์ นันทะสร. PRECEPTOR: การจัดการเรียน การสอนภาคคลินิก. วารสารการศึกษาพยาบาล 2538; 1(6): (มกราคม).
- จุฬาภรณ์ โสตะ, พรทิพย์ คำพอ, ภาณี อุทธิมา, ณัชชานนท์ เข้าลาด. แนวทางการพัฒนาการสอน แทรกการเสริมสร้างสุขภาพในการเรียนการสอน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 68-75.
- หน้ายชนก บัวเจริญ, ดวงใจ ลิมติสกุล. การ พัฒนาการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และ ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น. วารสารสมาคม พยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 57-64.



## The AACN Synergy Model for Patient Care: กรณีตัวอย่างในการใช้ดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็ง

คลินิกน์ แสนโซน MSN\*

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของบริบทการให้บริการสุขภาพ ทั้งในด้านความซับซ้อนของผู้รับบริการ ระบบการให้บริการ และการประกันคุณภาพของการให้บริการ เป็นโอกาสที่จะท่อนถึงความสำคัญและบทบาทอันเป็นเอกลักษณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์แก่ผู้รับบริการในขณะที่ตอบสนองต่อความต้องการของระบบให้บริการสุขภาพที่พยาบาลต้องสามารถให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย สมาคมพยาบาลวิกฤตแห่งอเมริกา (The American Association of Critical-Care Nurses: AACN)<sup>1</sup> ได้สร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสำหรับวิชาชีพพยาบาลขึ้น โดยใช้ชื่อว่า “The Synergy Model for Patient Care” ในปี ค.ศ. 1992 รูปแบบการดูแลนี้ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายทั้งในด้านการให้บริการสุขภาพและด้านการศึกษาวิจัย ได้มีการปรับปรุงและพัฒนาจนสามารถนำไปใช้ได้ในบริบทการพยาบาลที่หลากหลาย ทั้งในผู้ป่วยวิกฤตและเรื้อรังทุกช่วงวัย

### 1. ลักษณะของ Synergy Model

Synergy หมายถึงการประสานอย่างสอดคล้องอันเป็นผลรวมของปฏิกริยาหรือการกระทำร่วมกันของสองลิ่นที่เป็นโดยผลที่เกิดขึ้นจากการประสานกลมกันนี้ นี่จึงใหญ่ และมีมากกว่าการบวกรวมผลของการกระทำแต่ละอย่างเมื่อปฏิบัติแยกกัน เช่น ผลรวมของการทำงานของระบบย่อยอาหารที่อยู่ระหว่างต่างๆทำงานพร้อมๆกันและประสานกันอย่างกลมกลืน ในบริบทของการดูแลผู้ป่วย AACN เสนอว่าลักษณะหรือความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัวจะเป็นตัว

กำหนดสมรรถนะด้านต่างๆ ที่พยาบาลจำเป็นต้องมี เมื่อลักษณะ/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวสอดคล้องและประสานกลมกันกับสมรรถนะของพยาบาลและลิงแวดล้อมในการดูแล ก็จะเกิด synergy ขึ้น และจะบรรลุผลลัพธ์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วย<sup>2</sup> (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ลักษณะ/ความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัวกำหนดสมรรถนะพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การดูแลสูงสุด (ดัดแปลงจาก Molter, 2006)<sup>2</sup>

นอกจากนี้ การพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลสูงสุดทั้งต่อผู้ป่วย/ครอบครัวและตัวพยาบาลเองนั้นจะต้องคำนึงถึงบริบทของการเจ็บป่วยและสภาพแวดล้อมในการให้การดูแลด้วย

### 2. ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ของการใช้ Synergy Model<sup>1</sup>

2.1 ผู้ป่วยทุกคนคือองค์รวมขององค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีความต้องการและประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันในแต่ละระยะของพัฒนาการระดับของความต้องการและประสบการณ์นี้มีความต่อเนื่องเชื่อมต่อกัน (continuum) จากระยะการเจ็บป่วย (illness) ไปจนถึงสุขภาวะ (health)

\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ในการดูแลเจ็บต้องคำนึงถึงผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมเสมอ ผู้ป่วยที่มีระดับการเจ็บป่วยที่รุนแรงกว่าจะมีความต้องการในการดูแลที่ซับซ้อนมากกว่า

**2.2 ลักษณะของผู้ป่วย (characteristics)** สามารถอธิบายได้หลายด้านแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กัน เช่น การประมีนและให้การดูแลเจ็บป่วยไม่ควรพิจารณาลักษณะของผู้ป่วยเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น

**2.3 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว** เป็นปัจจัยที่กำหนดมิติด้านต่าง ๆ ของการปฏิบัติการพยาบาล แต่ละมิติของพยาบาลก็สามารถจัดเป็นระดับต่าง ๆ ที่มีความต่อเนื่องได้ เช่น กันและจะสะท้อนภาพรวมของพยาบาล

**2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล** เกิดขึ้นในบริบทที่ประกอบด้วยผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน

**2.5 ผลลัพธ์สูงสุดในการดูแลรักษาเกิดขึ้นเมื่อมีการประสานสอดคล้อง ระหว่างสมรรถนะที่มีอยู่ของพยาบาลกับความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย และครอบครัว เป้าหมายของการพยาบาลจึงเน้นที่การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ฟื้นกลับสู่สุขภาวะในระดับที่สูงสุด เท่าที่จะเป็นไปได้ตามที่ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเอง เมื่อมองในลักษณะนี้ แม้ว่าภาวะเจ็บป่วยจะมีผลให้ต้องเสียชีวิต ก็อาจเป็นผลลัพธ์ที่ยอมรับได้ โดยพยาบาลมีหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตโดยสงบ**

### 3. องค์ประกอบหลักของ Synergy Model

จากภาพที่ 1 จึงอาจสรุปได้ว่าองค์ประกอบหลักในการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบของ Synergy model จะต้องประกอบด้วย 1) ลักษณะ/ความต้องการของผู้ป่วย (patients' characteristics), 2) สมรรถนะของพยาบาล (nurses' competencies), 3) สิ่งแวดล้อม/ระบบของการให้บริการสุขภาพ (healthcare environment or system)

#### 3.1 ลักษณะ/ความต้องการของผู้ป่วย

Synergy Model เชื่อว่าผู้ป่วยแต่ละคนและครอบครัวมีพื้นฐานมาจากบริบทที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีศักยภาพที่จะบรรลุสุขภาวะ หรือความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยที่แตกต่างกันและมีความจำเพาะของแต่ละบุคคล ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จึงมีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวผู้ป่วย (Intrinsic and Extrinsic characteristics) สำหรับปัจจัยภายในนั้น นอกจากบุคคลจะประกอบขึ้นจาก

ลักษณะทางพันธุกรรมและชีววิทยาที่จำเพาะ อันมีผลโดยตรงต่อศักยภาพในการมีสุขภาวะแล้ว แต่ละบุคคลยังมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่แตกต่างกันด้วย เช่น การเลือกและรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เป็นต้น นอกจากนี้ การที่บุคคลอยู่อาศัยในชุมชนที่มีความแตกต่างกันในด้านต่าง ๆ อันเป็นปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน โครงสร้างทางเศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง การจัดระบบทางสังคม ลักษณะความเชื่อและวัฒนธรรม และการรับรู้ด้านต่าง ๆ ของทั้งประชากรและชุมชน ล้วนมีผลต่อบุคคลผู้อยู่อาศัยทั้งสิ้น จึงสรุปได้ว่าปัจจัยทั้งภายในและภายนอกเหล่านี้ส่งผลให้แต่ละบุคคลมีความเป็นปัจเจก พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย จึงต้องคำนึงถึงตัวผู้ป่วยและครอบครัวในบริบทของความจำเพาะทั้งด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อม

The Synergy Model จำแนกลักษณะของผู้ป่วย เป็น 8 ลักษณะ แต่ละลักษณะมีระดับที่แตกต่าง ต่อเนื่องจากสูงสุดเมื่อมีสุขภาวะไปถึงต่ำสุดเมื่อมีการเจ็บป่วย ลักษณะเหล่านี้มีความจำเพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน และครอบครัว ความหมายของลักษณะทั้ง 8 ประการ อธิบายได้เป็นระดับต่าง ๆ ดังนี้<sup>1,2,3</sup>

1) Resiliency (การฟื้นกลับ / ความทนทาน) คือ ความสามารถในการฟื้นกลับมาสู่ภาวะสุขภาพดี / การทำหน้าที่ดังเดิม โดยใช้กลไกดเชยหรือการจัดการ / แข็งยืดหยุ่นทางสุขภาพ หรือ ความสามารถในการฟื้นกลับ (กระเด้ง) อย่างรวดเร็วหลังจากที่เกิดการเจ็บป่วย โดยที่ระดับ 1 จะมีการฟื้นกลับต่ำและระดับ 5 มีความสามารถฟื้นกลับหรือมีความทนทานสูง

2) Vulnerability (ความไม่คงกระพัน / ความเปราะบาง) คือ ความไวต่อ stressors ต่าง ๆ (ทั้ง potential และ actual) ที่อาจทำให้เกิดผลทางลบต่อสุขภาพ โดยที่ระดับ 1 คือผู้ที่มีความเปราะบางสูง / ไม่คงกระพัน และระดับ 5 จะ มีความเปราะบางต่ำ / มีความคงกระพันสูง

3) Stability (เสถียรภาพ / ความคงที่) คือ ความสามารถในการคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของร่างกายอย่างต่อเนื่องและคงที่ผู้ที่มีเสถียรภาพระดับ 1 จะขาดความคงตัวของภาวะสุขภาพ มีความเสี่ยงสูง ในขณะที่ระดับ 5 จะมีความคงตัวของภาวะสุขภาพในระดับสูง อาการคงที่ มีตอบสนองต่อการดูแลรักษาดี ความเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตต่ำ



4) Complexity (ความซับซ้อนของการเจ็บป่วย) หมายถึงการมีความซับซ้อนยุ่งยากของการเจ็บป่วย เสมือนติดอยู่ในบ่วง อันเป็นผลมาจากการเกี่ยวพันหรือ ขัดขวางกันของระบบต่าง ๆ ตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (เช่น ระบบของร่างกาย ครอบครัว หรือแผนการรักษา) ระดับ 1 หมายถึงมีความซับซ้อนสูงภาวะเจ็บป่วยมี ความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษาแก้ไข ภาวะเจ็บป่วย มีความคลุมเครือ ในชั้ดเจน ระดับ 5 คือไม่ซับซ้อน สามารถวางแผนการดูแลรักษาได้อย่างอาการแสดง เป็นไปตามความคาดหมาย / ปกติ

5) Predictability (การพยากรณ์/การเจ็บป่วย) คือ ลักษณะต่าง ๆ ที่สามารถนำไปใช้ในการคาดหมาย หรือพยากรณ์ เหตุการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย/ระยะ ของการเจ็บป่วย โดยที่ ระดับ 1 คือการพยากรณ์ไม่แน่นอนอาจมีภาวะเจ็บป่วยที่ไม่แน่นอนหรือเป็นผู้ป่วย จำพวกที่พบไม่บ่อย การเจ็บป่วยไม่ดำเนินไปตาม clinical pathway หรือยังไม่มีการสร้าง clinical pathway สำหรับ การเจ็บป่วยนั้น ๆ และ ระดับ 5 คือสามารถพยากรณ์ การเจ็บป่วยได้สูง ภาวะเจ็บป่วยมีการดำเนินไปตามที่ คาดหมาย มีแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาชัดเจน

6) Resource availability (ทรัพยากรที่เอื้อต่อ การดูแลรักษา) คือ ขอบเขต/ปริมาณและคุณภาพของ ทรัพยากร (ด้านเทคโนโลยี, การเงิน, ปัจจัยทางด้าน ร่างกายและจิตใจ, ปัจจัยทางสังคม) ที่ผู้ป่วย / ครอบครัว / ชุมชน สามารถนำมาใช้ประกอบในการดูแลรักษา โดยที่ ระดับ 1 คือมีทรัพยากรจำกัด ขาดความรู้และทักษะที่ จำเป็นต้องใช้ในการดูแลรักษา ขาดการสนับสนุนด้าน ต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลรักษา และระดับ 5 มีความรู้ และทักษะที่จำเป็นอย่างกว้างขวางมีทรัพยากรหลากหลาย และเพียงพอและสามารถนำมาใช้ได้

7) Participation in care (การมีส่วนร่วมในการ ดูแลรักษา) คือ ขอบเขต / ระดับ ที่ผู้ป่วยและ / หรือ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยที่ ระดับ 1 จะไม่มีส่วนร่วม ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวไม่สามารถ หรือไม่ยินดีที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและระดับ 5 มีส่วนร่วมเต็มที่ ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวมีความ สามารถเต็มที่และยินดีที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา

8) Participation in decision making (การมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจ) คือ ขอบเขต/ระดับ ที่ผู้ป่วย

และ / หรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ โดยที่ระดับ 1 คือ ไม่มีส่วนร่วม ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวไม่มีความ สามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาและต้อง มีตัวแทนผู้ใดรับมอบหมายในการตัดสินใจ และระดับ 5 คือ มีส่วนร่วมเต็มที่ ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวมีความ สามารถและศักยภาพในการตัดสินใจด้วยตนเอง

การประเมินลักษณะ / ความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้ระดับที่มีความต่อเนื่องที่สามารถใช้ได้สำหรับผู้ป่วย ทุกช่วงวัย และทุกสถานที่ที่ให้บริการสุขภาพยกตัวอย่าง เช่น

ในการตรวจสุขภาพก่อนเข้าปฏิบัติงานของสตรี อายุ 40 ปีรายหนึ่งผู้มีสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับที่ดี แต่ ไม่มีประกันสุขภาพ อาจใช้ช่องค์ประกอบของ synergy model ใน การอธิบายสตรีผู้นี้ได้ดังนี้ เป็นบุคคลที่ 1) มี เสถียรภาพ 2) ไม่ซับซ้อน 3) สามารถพยากรณ์แนว โน้มได้สูง 4) มีความทนทาน-สามารถฟื้นกลับได้ถ้า เจ็บป่วย 5) ไม่เลี่ยงต่อการเจ็บป่วย/แนวโน้มที่จะเจ็บป่วย ต่อ 6) สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลได้ แต่ 7) มีข้อจำกัดเกี่ยวกับทรัพยากรในการดูแลสุขภาพ

สำหรับผู้ป่วยหารือกิจกรรม ที่มีภาวะล้มเหลวของ อวัยวะหลายระบบ ในบางลักษณะของทรัพยานี้ สามารถอธิบายโดยใช้คำอธิบายในทางตรงกันข้ามของ ระดับความต่อเนื่องเมื่อเทียบกับสตรีอายุ 40 ปีข้างต้น แต่บางลักษณะก็อาจมีระดับของความต้องการคล้ายคลึง กัน เช่น เป็นบุคคลที่ 1) ขาดเสถียรภาพ 2) มีความซับ ซ้อนสูงมาก 3) ไม่แน่นอน ไม่สามารถพยากรณ์การ ดำเนินการเจ็บป่วยได้ 4) มีความทนทานและความ สามารถฟื้นกลับสูง 5) มีความประาะบางสูง ถูกกระแทก กระเทือนได้ง่าย 6) ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสิน ใจและการดูแลได้ แต่ 7) มีทรัพยากรสนับสนุนที่เพียง พอดีต่อการดูแลรักษา

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ต้องระหังอยู่เสมอคือผู้ป่วย แต่ละคนอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับลักษณะ/ ความต้องการได้ตลอดเวลา ซึ่งในบางกรณีอาจเกิดขึ้น ภายในไม่กี่นาที ดังนั้น ในแต่ละช่วงเวลาถ้าเกิดการ เปลี่ยนแปลงของลักษณะแต่ละด้านก็จะทำให้ภาพของ การเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไป และสะท้อนว่า Synergy Model มองบุคคลว่าเป็นระบบเปิดที่มีการเปลี่ยนแปลง และเปลี่ยนกับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลาอย่าง



**3.2 สมรรถนะของพยาบาล (Nurses' competencies)** กรอบแนวคิดของ Synergy Model ให้ความสำคัญกับศักยภาพและสมรรถนะของพยาบาล โดยเสนอว่าพยาบาลแต่ละคนมีความรู้และทักษะที่พัฒนาเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคล และเน้นให้เห็นจุดเด่นของพยาบาล โดยการใช้ความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย/ครอบครัวเป็นปัจจัยกำหนดลักษณะหรือสมรรถนะของพยาบาลที่ให้การดูแล เมื่อพยาบาลประสบความสำเร็จในการพัฒนาให้มีสมรรถนะต่าง ๆ และใช้ในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทุกๆ ด้านแล้วก็จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่สูงสุด หรือเกิด synergy ขึ้น นั่นเอง สมรรถนะของพยาบาลที่ต้องพัฒนาขึ้นมาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมีทั้งหมด 8 สมรรถนะ และสามารถอธิบายลักษณะของแต่ละสมรรถนะตามระดับที่ต่อเนื่องของความชำนาญได้เป็น 5 ระดับ จากน้อยไปมากคือจาก competent (ระดับ 1), proficient (ระดับ 3), และ expert (5) สมรรถนะของพยาบาลตาม Synergy Model<sup>1, 2, 3</sup> ได้แก่

1) Clinical judgment (การตัดสินใจทางคลินิก) คือการใช้เหตุผลเป็นหลักในการปฏิบัติงาน ซึ่งรวมถึง การตัดสินใจ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การพิจารณาสถานการณ์อย่างเป็นองค์รวม และรวมถึงการเพิ่มพูนทักษะการพยาบาลผ่านกระบวนการศึกษาแบบบูรณาการ การเรียนรู้จากประสบการณ์และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

2) Advocacy/moral agency (การกระทำการแทนตามหลักศีลธรรม) คือ ปฏิบัติงานเป็นตัวแทนในการพิทักษ์ป้องผู้ป่วย / ครอบครัว และบุคลากรทางการพยาบาล ทำหน้าที่สนับสนุนทางจิตใจและศีลธรรมในการค้นหาและช่วยเหลือผู้รับบริการทั้งในประเด็นทางคลินิกและทางจริยธรรมทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพ

3) Caring practices (ให้การดูแลด้วยความเอื้ออาทร) คือ กิจกรรมการพยาบาลที่เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เปี่ยมด้วยความเมตตา ส่งเสริมสนับสนุนและเอื้อประโยชน์ต่อแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ, โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความสุขสบาย การฟื้นหาย และป้องกันความทุกข์ทรมาน (ที่ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้น) เช่น การเฝ้าระวัง การปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวังตามแผน และการมีความไวต่อ

ความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ผู้ให้การดูแลครอบครัวและผู้ให้บริการสุขภาพ

4) Collaboration (การทำงานร่วมกับผู้อื่น) คือ ปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น ( เช่น ผู้ป่วย/ครอบครัว/บุคลากรสุขภาพ ) ในทางที่จะส่งเสริมให้แต่ละบุคคลได้มีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวให้บรรลุเป้าหมายที่สูงที่สุดที่เป็นไปได้ การทำงานร่วมกับผู้อื่นรวมถึงผู้อุปนิสัยในวิชาชีพพยาบาลและผู้ร่วมงานสาขาวิชาชีพในหน่วยงานและในชุมชน

5) Systems thinking (การคิดเชิงระบบ) คือ องค์ความรู้และเครื่องมือ/วิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถ จัดการทรัพยากรต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมและในระบบการดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วย/ครอบครัว และทีมสุขภาพ ทั้งในบริบทสถานบริการและนอกระบบบริการสุขภาพ

6) Response to diversity (ตระหนักและตอบสนองอย่างเหมาะสมกับความแตกต่างหลากหลายของผู้ป่วย) คือ ความไวในการตระหนักรู้ รู้คุณค่าและคำนึงถึงการรวมແடกต่าง/หลากหลายเข้าไปในการให้การดูแล ความแตกต่างหลากหลายเหล่านี้รวมถึง (แต่ไม่จำกัดเพียงเท่านี้) แตกต่างทางวัฒนธรรม จิตวิญญาณ เพศภาวะ เพศ ชาติพันธุ์ เชื้อชาติ สัญชาติ วิถีชีวิต ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม อายุและค่านิยม

7) Clinical inquiry (ศึกษาค้นคว้าเพื่อพัฒนาทางคลินิก) คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในการตั้งคำถามและประเมินผลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน และการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีหลักการและเหตุผลที่เหมาะสม ริเริ่มการเปลี่ยนแปลงโดยใช้การปฏิบัติงานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย และความรู้ที่ได้จากการประสบการณ์

8) Facilitator of learning (ส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้) คือความสามารถในการอธิบาย/ส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ทั้งที่มีและไม่มีแบบแผนให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรทางการพยาบาล สมาชิกของทีมสหสาขาวิชาชีพ และชุมชน

สมรรถนะเหล่านี้จะช่วยให้เห็นถึงความต่อเนื่องในการบูรณาการระหว่างความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาความเชี่ยวชาญของตนในแต่ละด้านเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและ



สามารถที่จะบรรลุผลการดูแลที่สูงสุด โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงหรือซับซ้อนก็จะต้องการ การดูแลจากพยาบาลที่มีระดับความรู้และทักษะที่สูง กว่าในสมรรถนะนั้น ๆ ยกตัวอย่างเช่น

ถ้าผู้ป่วยรายหนึ่ง มีภาวะเจ็บป่วยที่คงที่ (stable) แต่มีการพยากรณ์การเจ็บป่วยที่ไม่แน่นอน (unpredictable) มีความสามารถในการฟื้นกลับตัว (minimally resilient) และมีความประจำทางสูง ถูกกระทำโดยเหตุการณ์ที่ไม่คาดเดาได้ (vulnerable) สมรรถนะเบื้องต้นที่พยาบาลจำเป็นต้องใช้คือความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกและการให้การดูแลอย่างเอื้ออาทร (รวมถึงการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด)

ผู้ป่วยอีกรายหนึ่ง มีความประจำทางสูง ถูกกระทำโดยเหตุการณ์ที่ไม่คาดเดาได้ (vulnerable) ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลได้ และขาดทรัพยากรในการดูแลรักษา สมรรถนะที่จำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างเหมาะสมคือ advocacy and moral agency, collaboration, และ systems thinking เป็นต้น

### 3.3 ผลลัพธ์ที่เกิดจากการมี synergy ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล

Synergy model อธิบายผลลัพธ์ที่เกิดจากการประสานอย่างสอดคล้อง (synergy) ระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและสมรรถนะของพยาบาล เป็น 3 ระดับคือ ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินของผู้ป่วย ของพยาบาล และของระบบบริการสุขภาพ (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ผลลัพธ์ 3 ระดับจาก AACN Synergy Model for Patient Care (ดัดแปลงจาก Curley, 1998)<sup>4</sup>

1) ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินของผู้ป่วย (Patient-derived outcomes) ประเมินได้จาก 1.1) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ขั้นเป็นผลจาก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 1.2) การมีความเชื่อถือ ไว้ใจ ผู้ให้การดูแล 1.3) การที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ทางสุขภาพมากขึ้นและเริ่มมีบทบาทรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง 1.4) การเปลี่ยนแปลงในการทำงานที่ / กิจวัตรของผู้ป่วย (Functional changes) 1.5) การเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต และระดับความพึงพอใจในการดูแลด้านต่าง 1.6) การเปลี่ยนแปลงของระดับความสุขสบาย

2) ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินของพยาบาล (Nurse-derived outcomes) 2.1) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วย (physiologic changes) 2.2) การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ 2.3) ระดับ / จำนวน ของเป้าหมายของการดูแลและรักษาที่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามแผน

3) ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินของระบบบริการสุขภาพ (System-derived outcomes) 3.1) อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในสถานบริการ (โรคเดิม / มีโรคแทรกซ้อน) 3.2) งบประมาณ / ทรัพยากรอื่น ๆ ที่ใช้ในการดูแลรักษา 3.3) อัตราต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงาน เช่น การลาออก การเปลี่ยนงาน

### กรณีตัวอย่างในการประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วยโดยคิดแบบแยก

Synergy model ได้รับการยอมรับและนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการสุขภาพที่หลากหลาย ทั้งในสถานบริการผู้ป่วยวิกฤต<sup>3,5</sup> บริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล<sup>6</sup> และการให้บริการผู้ป่วยโดยพยาบาลขั้นสูง (clinical nurse specialists และ nurse practitioners)<sup>7</sup> ซึ่งล้วนเกิดขึ้นในต่างประเทศ ส่วนต่อไปนี้จะนำเสนอการปรับใช้ synergy model ในบริบทการดูแลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยเพื่อเป็นตัวอย่างการนำไปใช้

ผู้ป่วยชาย อายุ 35 ปี เชื้อชาติไทย อาชีพ ว่างงาน (เคยรับจ้างใช้แรงงานและทำเกษตรกรรม-ทำงาน) การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพโสด มีประวัติ 3 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล (prior to admission: PTA) รู้สึกเบื่ออาหาร น้ำหนักลด เนื่องจากต้องบวมโต อาการ



อาเจียนเป็นเลือดและถ่ายดำ และเริ่มมีอาการตัวเหลือง และตาเหลือง まるับการรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์ วินิจฉัยว่าเป็น Alcoholic cirrhosis with Hepatitis C Virus infection แพทย์ทำ Gastroscopy พบว่ามี Esophageal varices จึงนอนรักษาที่โรงพยาบาล 1 สัปดาห์ และรักษาโดยการทำ Esophageal varice ligation แพทย์ จำหน่ายพร้อมยารับประทานที่บ้านและแนะนำให้หยุด ดื่มสุรา 3 วัน PTA มีอาการลิ้นแข็ง พุดลำบาก อ่อนเพลีย เมื่อสามีจะตอบคำถามได้ช้า เดินได้แต่รู้สึกว่าไม่มีแรง เริ่มมีท้องบวม 1 วัน PTA เริ่มซึมลง มีไข้ พูดน้อยลง สับสน บางครั้งจะงงงวย ไม่ยอมรับประทานอาหาร 6 ชั่วโมง PTA ซึมมากขึ้น เรียกลิ่มตา แต่ไม่ค่อยพูด ยืน ไม่ได้ ต้องนอน การตอบสนองลดลง มีท้องบวม แขนขาบวมเล็กน้อย ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

#### **การวินิจฉัยโรค Cirrhosis with hepatic encephalopathy**

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 7 ปี PTA รู้ว่าเป็นเบาหวาน ขณะนี้ได้รับยา Mixtard มีประวัติดื่มสุราด้วย 20 ปี ดื่มสุรา กับเพื่อน ๆ 2-3 คน วันละ 1 ขวด กลม เป็นเวลา 7 ปี ติดต่อ กับสุบุหรี่ ปกติกินอาหารพื้นบ้าน 3 มื้อ กินข้าวมาก เพราะต้องทำงาน ปัจจุบันยังไม่หยุดดื่มสุรา ไม่ได้จำกัดชนิดอาหาร

#### **ประวัติและผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ**

ส่วนสูง : ไม่ได้วัด ประมาณ 160 ซม. น้ำหนักกัด ไม่ได้ ประมาณ 55 กก. มีลักษณะทุพโภชนาการ : T 39 °C P 99 ครั้ง/นาที RR 25 ครั้ง/นาที BP 110/60 มม.ปรอท ปัจจุบันมีระดับการรู้สึกตัวคือหลับปลุกตื่น แต่ลับสน ตามคำบอกได้บ้าง ไม่รับรู้บุคคล วัน-เวลา และสถานที่ สื่อสารด้วยคำพูดไม่ได้ แขนขาบว็อต่อง กดและความเจ็บปวดลดลง กำลังกล้ามเนื้อ (motor power) ระดับ 3 ที่แขนและขาทั้งสองข้าง กล้ามเนื้อ ลีบเล็กน้อย ทรงตัวไม่ได้เนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลง และทำกิจกรรมเองไม่ได้ Deep Tendon Reflex ทั้งหมด 1+ มี icteric sclera ผิวหนังมี moderate jaundice และมีรอยแผลจากการเกา มี pitting edema เกรด 2+ ที่ขาทั้ง 2 ข้าง พบ spider nevi ที่หน้าอกและมี superficial vein dilatation ที่ abdomen, normal S1 S2 no murmur ตรวจท้องพบ decreased bowel sound มีท้องนาน และมี shifting dullness, คลำพับตับโตประมาณ 2 นิ้ว

ได้ชัยโครงขวาและมีม้ามโต Abdominal tapping ได้ของเหลวสีน้ำล้างเนื้อจากฯ ประมาณ 500 ml. นอนราบ หายใจลำบาก ขณะนี้ใช้กล้ามเนื้อไหล่และคอช่วยในการหายใจเป็นบางครั้ง หายใจจังหวะสม่ำเสมอ การขยายตัวของthroatลดลงแต่เท่ากันทั้ง 2 ข้าง หลอดลมอยู่ตรงกลาง tactile fremitus เพิ่มขึ้นทั้ง 2 ข้าง เคาะปอดได้เสียง resonance ทั่วปอดและทึบที่ชายปอด ฟังได้ยินเสียง coarse crackles ที่ชายปอดทั้ง 2 ข้าง

#### **ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ**

Hb = 9.6, Hct = 26.4, Platelet = 39,000, PT = 16.1 (norm. 10.1–13.3, control 11.9), PTT = 31.1 (norm. 29.1–36.6, control 30.4), Blood Sugar = 475, Na = 128, K = 4.2, HCO<sub>3</sub> = 18, Cl = 98, Ca = 7.7, Cholesterol = 104, Total protein = 8.3, Albumin = 2.3, Globulin = 6.0, Total Bilirubin = 5.6, Direct bilirubin = 4.0, ALT = 120, AST = 102, Alkaline phosphatase = 172. Hemoculture พบ E. Coli, Urinalysis: sp.gr.= 1.015, pH = 6, RBC = 1-2 /HP, WBC = 2-3 /HP, Glucose = 4 Sonography of abdomen: Cirrhotic liver with splenomegaly and evidence of portal hypertension. Marked ascites. Chest X-ray: Infiltration LLL and RLL.

#### **สรุปอาการและการรักษาเบื้องต้น**

แรกรับที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยนอนหลับอยู่บนเตียงในห้องรักษา ปลุกตื่นแต่ลับสน ไม่สามารถคำนอง การรับรู้บุคคล วัน-เวลา และสถานที่ลับสน ถูกผูกตรึงแขนทั้งสองข้าง on O<sub>2</sub> cannula 5 l/m, retained NG tube, retained Foley's catheter มีปัสสาวะลีเหลือง ใส่ติดกันถุง และ on 5%DN/2 80 cc/hr. หลังจากรับเข้าดูแลแพทย์สั่งให้ lactulose 30 cc oral stat, Diabetic low salt diet, Restrict fluid < 1 l/d, Hct OD, BW OD, วัด abdominal circumference ทุกวัน, Record V/S, I/O, Propanolol (10) 1 x 2 oral pc, Aldactone (25) 2 x 2 oral pc, Omeprazole (20) 1 x 2 oral pc, Lasix (40) 1/2 tab oral pc เช้า, Deoxycycline (100) 1x 2 oral pc, Bactrim 2 x 3 oral pc. และ RI ตาม protocol หลังรับเข้าดูแล 1 วัน ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ 2 ครั้ง ตื่นมากขึ้น หายใจเร็วตื้น มีไข้ต่ำ ๆ ยังคงลับสนแต่ไม่ต้องผูกรัดข้อมือ ให้อาหารทางสายยางรับได้หมด น้ำตาล



ในเลือดยังคงสูง ( $170\text{--}305 \text{ mg/dL}$ ) Intake-Output สมดุล มาตราผู้ป่วยมาเฝ้าดูแลเป็นระยะ เมื่อกระตุ้นให้ มาตราร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้ป่วยหรือขอความ คิดเห็นเพื่อเลือกแผนการดูแลรักษา มาตราไม่กล้าทำ และบอกว่า “แล้วแต่คุณหมอด่า...ถ้าเห็นว่าดีก็ทำได้เลย”

## การประยุกต์ใช้ Synergy Model

### 1. Patient Characteristics

**1.1 Complexity = 1 มีความซับซ้อนของการเจ็บป่วยสูง** ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยหลายระบบของร่างกาย เช่น ตับเสียหน้าที่จนมีสารพิษต่างๆ ในร่างกาย และระบบการทำงานของระบบประสาท เสียสมดุลของน้ำและ electrolytes มีการแลกเปลี่ยนกําชองปอดลดลง มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด มีการติดเชื้อในกระแสเลือด มีน้ำตาลในเลือดสูงและขาดพลังงาน การดูดแลแก่ไขต้องคำนึงถึงประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้ไปพร้อม ๆ กันทำให้มีความซับซ้อนสูง

**1.2 Vulnerability = 3 มีความเปราะบางปานกลาง** มีหลายสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรายนี้มีระดับความเปราะบางสูงขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ มีระดับการรู้สึกติดลง มีการแลกเปลี่ยนกําชลดลงจากปอดอักเสบและปอดขยายตัวลดลง เพราะมีมาน้ำ มี portal hypertension มีการติดเชื้อในกระแสเลือด และตับเสียหน้าที่หลายด้านโดยเฉพาะในการกำจัดของเสีย ดังนั้นผู้ป่วยค่อนข้างจะมีความไวต่อการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แต่เนื่องจากอยู่ในการดูแลอย่างใกล้ชิดและผู้ป่วยก็แสดงออกถึงการตอบสนองที่พึงประสงค์ต่อการรักษาจึงลงทะเบียนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเปราะบางปานกลาง

**1.3 Stability = 3 มีเสถียรภาพปานกลาง** ถึงแม้จะมีความซับซ้อนของการเจ็บป่วยและมีความเปราะบางสูงแต่หลังรับเข้าดูแลผู้ป่วยตอบสนองต่อแผนการรักษาในทิศทางที่พึงประสงค์และไม่มีสัญญาณแสดงว่าอาการทรุดหนักลง จึงสามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยมีอาการค่อนข้างคงที่

**1.4 Resiliency = 3 มีความทนทานปานกลาง** การที่ผู้ป่วยอายุยังไม่มากนัก ประกอบกับมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยโดยมีการปรับชดเชยของร่างกายบางระบบแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีทุนสำรอง

หรือความสามารถในการฟื้นกลับของร่างกายในการต่อต้านการเจ็บป่วย

**1.5 Predictability = 3 มีการพยากรณ์ความเจ็บป่วยได้บางส่วน** ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการฟื้นกลับในทิศทางที่คาดหมายจึงทำให้สามารถพยากรณ์การเจ็บป่วยได้บาง แต่เนื่องจากมีความซับซ้อนของการเจ็บป่วยสูงประกอบกับผู้ป่วยเองมีความเปราะบางสูงจึงทำให้ยังมีความไม่แน่นอนของการดำเนินการเจ็บป่วยอยู่บ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เป็นผลลัพธ์เนื่องมาจากจักษณะการที่ตับเสียหน้าที่ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือดที่อาจนำไปสู่การเกิดภาวะ septic shock เป็นต้น

**1.6 Resource availability = 3 มีทรัพยากรปานกลาง** ผู้ป่วยมีลิทธิ์ต้องการลำหบกการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตลอดจนยาต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดูแลรักษาได้ขณะอยู่ที่โรงพยาบาลมีมาตรการมาเฝ้าแต่ก็มีส่วนรวมในการดูดแลผู้ป่วยน้อยเนื่องจากการเจ็บป่วยยังอยู่ในระยะรุนแรง ผู้ป่วยเองมีข้อจำกัดในด้านความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่งจะได้รับการรักษาและร่างกายผู้ป่วยอยู่ในระยะการเจ็บป่วยที่อาจคุกคามชีวิต

**1.7 Participation in care = 1 - 2 มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาในระดับต่ำ** ผู้ป่วยไม่สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาเพราะระดับการรู้สึกติดลง และอยู่ในระยะการเจ็บป่วยวิกฤต ญาติซึ่งก็คือมาตราที่มาเฝ้าดูแลมีส่วนร่วมน้อยในการดูแลรักษาเพราะในระยะนี้ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่อาศัยทักษะทางวิชาชีพของบุคลากรสุขภาพ จะมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยบ้างเท่านั้น

**1.8 Participation in decision making = 1-2 มีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่ำ** ผู้ป่วยไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพราะระดับการรู้สึกติดลงและอยู่ในระยะการเจ็บป่วยวิกฤต มาตราผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาน้อย ดังที่มาตราผู้ป่วยกล่าวว่า “แล้วแต่คุณหมอด่า...ถ้าเห็นว่าดีก็ทำได้เลย”

### 2. Nurse Competencies

**2.1 Clinical judgment ≥ 3 พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกระดับชำนาญ (ระดับ 3) ขึ้นไป เพราะแม้ว่าผู้ป่วย**



จะมีเสถียรภาพ ความทันทัน และการพยากรณ์ความเจ็บป่วยในระดับปานกลางและมีการตอบสนองที่พึงประสงค์ต่อการดูแลรักษา แต่ว่าอาการเจ็บป่วยยังคงมีความซับซ้อนสูง และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยและญาติที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลรักษาอย่างมาก พยาบาลจึงควรมีความสามารถในการรวมรวมและแปลความหมายข้อมูลผู้ป่วยโดยให้ความสนใจในประเด็นที่สำคัญ ต้องปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติต่างๆ อายุ ภาวะสม แล้วต้องสามารถตัดสินใจและปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมสมกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องมองหาแบบแผนและแนวโน้มที่อาจใช้พยากรณ์การทิศทางของการเจ็บป่วย ตระหนักถึงข้อจำกัดของตนและขอความช่วยเหลือตามความเหมาะสม สามารถตอบสนองต่อผลลัพธ์ที่ไม่คาดหมาย ในกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น septic shock, diabetic emergency การที่มี pneumonia ซึ่งอาจนำไปสู่ respiratory failure และต้องพึ่งเครื่องช่วยหายใจ หรือ hypovolemic shock จาก severe hemorrhage พยาบาลต้องสามารถตัดสินใจได้รวดโดยมองสถานการณ์แบบองค์รวม และใช้ประสบการณ์เพื่อคาดเดาทำนายการเกิดปัญหาได้

**2.2 Advocacy/moral agency = 5** เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมอย่างมากในการตัดสินใจและการดูแลรักษาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและญาติจึงต้องการพยาบาลที่สามารถกระทำการแทนตามหลักคีลธรรมในระดับสูงสุด (ระดับ 5) คือต้องสามารถปฏิบัติงานเป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัว ในการพิทักษ์สิทธิในการได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมในขณะที่ต้องคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและญาติ ถึงแม้ว่าอาการเจ็บป่วยจะเกิดจากภัยธรรมชาติ แต่ก็ต้องมีการดูแลโดยยึดมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ไม่ว่าจะเนื่องหรือแตกต่างจากมุมมองของตนหรือไม่ก็ตาม และใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจในประเด็นต่างๆ อายุ ภาวะสม กับหลักคีลธรรม เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อให้สามารถกระทำการได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องปฏิบัติงานและสร้าง

ความสัมพันธ์กับทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ทรัพยากรทั้งจากภายในและภายนอกสถานบริการในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและวิชาชีพพยาบาล

**2.3 Caring practices = 5 ผู้ป่วยนี้และญาติต้องการพยาบาลที่สามารถให้การดูแลด้วยความเอื้ออาทรในระดับสูง เพราฯอาการเจ็บป่วยยังอยู่ในระยะวิกฤต มีการเปลี่ยนแปลงและเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนได้ด้วย รวมทั้งผู้ป่วยและญาติมีความสามารถในการร่วมตัดสินใจและดูแลรักษาในระดับต่ำ ดังนั้นจึงต้องการพยาบาลที่มีความสามารถในการตระหนักรู้และหยั่งการความเปลี่ยนแปลงของอาการและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา และจัดการลิ้นแวดล้อมในการดูแลให้เป็นไปด้วยความเอื้ออาทรเกิดความปลอดภัยและความสุขสบายตลอดช่วงของการเจ็บป่วย นอกจากนี้พยาบาลยังต้องสอนและจัดให้มีการเรียนรู้ทักษะต่างๆ ที่จำเป็นแก่ญาติเพื่อใช้ในการร่วมดูแลผู้ป่วย เช่น การล้างเกตการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการให้กำลังใจ**

**2.4 Collaboration = 3-5 ความซับซ้อนความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย และความเปราะบางของผู้ป่วยทำให้ต้องการพยาบาลที่มีระดับความสามารถที่สูงกว่าระดับเริ่มต้นปฏิบัติงาน นอกเหนือจากการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งหน้าที่การทำงานของอวัยวะและระบบสำคัญของร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และ พยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยรายนี้จะต้องเป็นผู้จัดการรายกรณีเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและวางแผนการจ้าน่าย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยบรรลุผลลัพธ์สูงสุด ซึ่งรวมถึงการรับผิดชอบในการค้นหาริเริ่มและติดต่อประสานความช่วยเหลือต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลโดยใช้ความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นตัวกำหนด ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพในการประชุมและอภิปรายเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และการดูแลผู้ป่วย แสงทางทรัพยากรการดูแลรักษาจากแหล่งต่างๆ ของสหสาขาวิชาชีพและองค์กรที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องเป็นแบบอย่าง สอน และ/หรือให้การฝึกฝนผู้ร่วมงานที่ประสบการณ์น้อยกว่าเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ภาวะผู้นำทางวิชาชีพและความรับผิดชอบต่อบทบาททางการพยาบาลภายใต้ทีมสุขภาพอีกด้วย**



**2.5 System thinking = 3-5 ผู้ป่วยรายนี้อยู่ในระยะวิกฤต มีอาการเปลี่ยนแปลงได้่ายและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิต พยาบาลต้องมองการเจ็บป่วยและบริบทการให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม เมื่อประเมินความต้องการในการดูแลและประเมินความเสี่ยงต่างๆแล้ว พยาบาลต้องสามารถใช้องค์ความรู้และเครื่องมือหรือวิธีการต่างๆที่ได้มาตราฐานในการให้การดูแลโดยยึดความต้องการและจุดแข็งของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก และต้องเชื่อมโยงองค์ประกอบต่างของระบบบริการสุขภาพเพื่อใช้ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้หลักการของ practice-based decisions ต้องรู้ว่าจะต้องเรื่องการดูแลรักษาเมื่อไหร่และอย่างไรในนามของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้พยาบาลต้องพัฒนาแผนการดูแลหลักล่วงหน้า เช่น สร้างแผนการจัดหน่ายผู้ป่วยตับเสียหน้าที่ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน กำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์โดยพิจารณาจากความต้องการของผู้ป่วยและญาติร่วมกับความเป็นไปได้ทางการแพทย์และระบบบริการสุขภาพ กำหนดทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ในการดูแลรักษา และวิธีการเสาะหาและใช้ทรัพยากรดังกล่าว**

**2.6 Response to diversity = 3-5 ถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยอาจจะมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยงจนทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยจากการที่ตับเสียหน้าที่ พยาบาลต้องสามารถให้การดูแลแม้ว่าจะขัดต่อความเชื่อและความรู้สึกของตน พยาบาลต้องทำความเข้าใจบวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความสำคัญกับความต้องการการดูแลด้านต่างๆอย่างเป็นองค์รวมตามมุ่งมองของผู้ป่วยและญาติ ผสมผสานค่านิยมความเชื่อของผู้ป่วย/ครอบครัวเข้ากับการปฏิบัติงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การดูแลสูงสุด เช่น ในเรื่องความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณเมื่อมารดาผู้ป่วยวางแผนไว้ได้ที่นอนผู้ป่วยเพื่อ “ซื้อชีวิต” ผู้ป่วย พยาบาลอาจจะถือเป็นโอกาสที่จะนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยการขอให้มารดาผู้ป่วยเฝ้าและพอดุคุยกับผู้ป่วยแม้ว่าจะอยู่ในระยะการเจ็บป่วยที่วิกฤต (เป็นการเพิ่มพลังอำนาจแก่ญาติและสนับสนุนแนวคิด “being there”) เป็นต้น ในขณะ**

เดียวกันพยาบาลต้องแนะนำครอบครัว (และผู้ป่วยเมื่อระดับการรู้สึกติดขึ้น) ให้เข้าใจวัฒนธรรมของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม

**2.7 Clinical inquiry = 3-5 เพราะว่าผู้ป่วยยังอยู่ในระยะที่มีอาการเปลี่ยนแปลงได้่ายและอาจจะคุกคามชีวิต พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยรายนี้นอกจากจะต้องสามารถตรวจพบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (แม้จะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย) ปฏิบัติงานตามนโยบาย มาตรฐาน และแนวปฏิบัติต่างๆอย่างเคร่งครัดแล้ว ยังต้องมีความสามารถในการปรับนโยบาย มาตรฐาน และแนวปฏิบัติต่างๆ ตลอดจนประยุกต์ผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย (evidence-based practice) และต้องรู้ว่าเมื่อไหร่ต้องมองหาความช่วยเหลือในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและวิธีแก้ไข**

**2.8 Facilitator of learning = 3-5 ในระยะนี้พยาบาลต้องประเมินความต้องการในการเรียนรู้ของญาติเป็นหลักและส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ด้านต่างๆที่จำเป็น เช่น การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลผู้หนัง และให้คำปรึกษาด้านต่างๆแก่ญาติผู้ป่วย พยาบาลต้องปรับแผนการสอนหรือโปรแกรมการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความต้องการด้านข้อมูลของญาติโดยต้องสร้างแผนการสอนที่เฉพาะเจาะจง ให้ความรู้ที่ครอบคลุมและมีความจำเพาะต่อตัวผู้ป่วย/ครอบครัว ประเมินความเข้าใจและการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม หรือผลลัพธ์อื่นๆที่เป็นผลมาจากการเรียนรู้ และปรับปรุงแผนการให้ความรู้ต่อไป นอกจากนี้ยังต้องประสานงานและรวมความคิดเห็นของผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆเข้าไว้ในแผนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง**

### 3. Outcomes

พยาบาลสามารถกำหนดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

**3.1 ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินของผู้ป่วยและญาติ** เช่น ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและลงมือร่วมดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ญาติมีความไว้วางใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย ญาติ (และผู้ป่วยเมื่อการรู้สึกติดขึ้น) ได้รับการแนะนำและสอนด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการ ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วนตามแผนการพยาบาลและแผนการจ้างหน่าย มีความสุขสบายมากขึ้น ลดความเจ็บปวดต่างๆ จนมีระดับการรู้สึกติดขึ้น และ



สามารถกลับมาทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ และกิจวัตรประจำวันได้ มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นและมีความพึงพอใจต่อ บริการสุขภาพ

**3.2 ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินของ พยาบาล เช่น ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ใน ทิศทางที่พึงประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใหม่ ภาวะแทรกซ้อนเดิมได้รับการดูแลจนบรรเทาลงหรือหายขาด และพยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลบรรลุเป้าหมาย ของการดูแลที่ตั้งไว้**

**3.3 ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินของระบบ บริการสุขภาพ ผู้ป่วยไม่กลับเข้ารักษาด้วยอาการ / ภาวะแทรกซ้อนเดิม ภายใน 28 วัน (หรือมากกว่า) ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นไปตามที่มาตรฐานการดูแล ควรจะใช้จ่าย (ไม่ลิ้นเปลี่ยงเกินความจำเป็น เช่น ในกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น หรืออาการผู้ป่วย ทรุดหนักลงหลังจากรับเข้ารักษา) พยาบาลและบุคลากร ในทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและ ผลลัพธ์ของการดูแล**

## สรุป

The Synergy Model สามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ ลักษณะของผู้ป่วย 8 ประการ และสมรรถนะของพยาบาล 8 ประการ ช่วยเอื้อให้บุคลากรสุขภาพสามารถกำหนดแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้สามารถประเมินระดับสมรรถนะด้านต่าง ๆ ของพยาบาล และระบุระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ ผลที่ตามมาคือช่วยให้สถานบริการสุขภาพสามารถจัดอัตรากำลังบุคลากรได้อย่างเหมาะสม และผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้รับการดูแลจนสามารถบรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพในระดับสูงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ จุดเด่นของ Synergy Model คือความเรียบง่ายโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแลอธิบาย การปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดความต้องการของผู้ป่วย เป็นหลัก และกำหนดระดับทักษะด้านต่าง ๆ ที่พยาบาล ต้องใช้เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านต่าง ๆ ให้ได้มากที่สุด นอกจากนี้ Synergy Model ยังให้ความสำคัญ กับความคาดหวังของระบบสุขภาพในเรื่องผลลัพธ์ของผู้ป่วยและยังคงกึ่งความสำคัญของสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย

## เอกสารอ้างอิง

1. AACN Certification Corporation. The AACN Synergy Model for patient care [online] 2008 [cite 2008 October 10]. Available from: <http://www.certcorp.org/certcorp/certcorp.nsf/vwdoc/SynModel>.
2. Molter NC. Professional caring and ethical practice. In Chulay, M. & Burns, S.M. (Eds.). AACN essentials of critical care nursing. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division; 2006.
3. Reed KD, Cline M, Kerfoot K. Implementation of the Synergy Model in critical care. In Kaplow, R. & Hardin, S.R. Critical care nursing: Synergy for optimal outcomes. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett; 2007.
4. Curley MAQ. Patient-nurse synergy: Optimizing patients' outcomes. American journal of critical care 1998; 7(1):64-72.
5. Hardin S, Hussey L. AACN Synergy Model for Patient Care: Case study of a CHF patient. Critical Care Nurse 2003; 32(1): 73-76.
6. Markey DW. Applying the Synergy Model: Clinical Strategies. Critical care nurse 2001; 21(3).
7. Becker D. Activities performed by acute and critical care advanced practice nurses: American Association of Critical Care Nurses Study of Practice. American journal of critical care 2006; 15(2): 130-148.
8. Edwards DF. The Synergy Model: Linking patient needs to nurse competencies. Critical Care Nurse 1999; 19(1).

## คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออก-เฉียงเหนือ ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากการวิจัย บทความวิชาการและการส่งข่าวสาร และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่จะอื้อประโภชน์ต่อผู้รับบริการพยาบาล รวมทั้งเสริมสร้างความเชื่อใจอันดี เพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงได้ขอเชิญชวนให้ทุกท่านที่เป็นอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งเรื่องมาเผยแพร่ในวารสารนี้ กองบรรณาธิการยินดีรับเรื่องที่ท่านส่งมาและยินดีสรุหาผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ท่านเขียนมาให้ข้อเสนอแนะ ใน การปรับปรุงต้นฉบับให้ได้คุณภาพอย่างสมบูรณ์แบบ โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

### ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

- รายงานผลการวิจัย หรือรายงานการค้นคว้าและการสำรวจในด้านการพยาบาลหรือวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- บทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสาขาต่างๆ หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาล
- บทความปริทัศน์ โดยการศึกษาวิเคราะห์วิจารณ์บทความทางการพยาบาลที่ตีพิมพ์แล้วในวารสารอื่น เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็น ซึ่งก่อให้เกิดความกระจั่งและสมบูรณ์ยิ่งขึ้นในเรื่องนั้นๆ
- เรื่องอื่นๆ ที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร เช่น ข่าวสารที่น่าสนใจที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ และบุคคลในวิชาชีพ เป็นต้น

### การเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับที่จะส่งมาลงพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่ควรเป็นเรื่องที่เคยพิมพ์ หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในวารสารอื่น
- ต้นฉบับ พิมพ์สี 3 ชุด ด้วยกระดาษขาว A4 พิมพ์หน้าเดียว ที่ผ่านการตรวจสอบเรียบร้อยทั้งนี้ไม่ควรเกิน 10 หน้า พร้อมกับแนบ diskette ที่บันทึกข้อมูลต้นฉบับครบถ้วน

### รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

- บทความ ควรเรียงลำดับดังนี้
  - ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความ และสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้หน้าแรก และควรมีชื่อภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย
  - ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วมงาน (Author and co-worker) ชื่อผู้เขียนพร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุดและผู้ร่วมงานอยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเขียนไปทางขวาเมื่อ ส่วนตำแหน่งและสถาบันหรือสถานที่ทำงานของผู้เขียน ควรพิมพ์ไว้เป็นเชิงบรรยาย
- รายงานผลการวิจัย ควรเรียงลำดับดังนี้
  - ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย สถานที่ทำงาน วุฒิการศึกษาสูงสุด เช่นเดียวกับรูปแบบการเขียนบทความข้างต้น
  - บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ เขียนสั้นๆ ให้ครอบคลุมสาระสำคัญของเรื่อง
  - คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้นๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้ว ไม่ควรเกิน 5 คำ อยู่ในหน้าเดียวกันกับบทคัดย่อหรือ เชิงบรรยาย (Foot note)
  - ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา กล่าวถึงการพิจารณาถึงปัญหาอย่างสั้นๆ ความสำคัญของปัญหา การสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำอย่างย่อๆ และวัตถุประสงค์การวิจัย ขอบเขตการวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย
  - วิธีดำเนินการวิจัย (Research design) ให้กล่าวถึงชนิดของการวิจัย กลุ่มประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Materials and Methods) วิธีวิเคราะห์ข้อมูลและวิธีธรรมการวิจัย
  - ผลการวิจัย (Results) รายงานผลการวิจัยเป็นคำบรรยาย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย อาจมีตารางซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวนอนตั้งบรรจุข้อมูล ที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอดีเหมาะสมกับหน้ากระดาษในแนวตั้ง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตาราง และควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ กรณีรูปภาพ ใช้ภาพถ่ายที่มีความชัดเจน ขนาดไปสากร์ด คำอธิบายรูปให้ใส่ไว้ใต้รูป

2.7 การอภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายถึงแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย การเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัยอื่นและสรุปอย่างย่อฯ

2.8 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นการกล่าวถึงข้อเสนอแนะจากการวิจัยและข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัยนั้นๆ แต่ไม่ได้เป็นผู้ร่วมงาน

2.10 เอกสารอ้างอิง (References) เอกสารอ้างอิงจำเป็นต้องปรากฏทั้งการเขียนบทความและรายงานผลการวิจัย

#### การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงต่างๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver's style) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในวารสารทั่วไป ดังนี้

การอ้างเอกสารในเนื้อเรื่อง ถ้าอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนหนึ่งคนใดโดยเฉพาะ การอ้างอิงให้ใส่หมายเลขอ กำกับไว้ข้างท้ายข้อความที่คัดลอกมาโดยตัวเลขพิมพ์ด้วยตัวยก หมายถึงลำดับที่ของการเรียงเอกสารอ้างอิงที่อ้างไว้ในท้ายบทความซึ่งต้องเขียนให้ตรงกัน การเรียงหมายเลขอ ให้เริ่มต้นด้วย เลข 1 และเรียงลำดับไปเรื่อยๆ หากมีการอ้างอิงหรือคัดลอกข้อความนั้นข้าให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

ตัวอย่าง .....การเกิดภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพของคนในชุมชนนั้น<sup>1</sup> .....<sup>2</sup> .....<sup>3</sup>

เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร ประกอบด้วย หมายเลขอ ลำดับการอ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ฉบับที่ : หน้า. หากมีผู้เขียนจำนวน 1 – 6 คนให้เขียนชื่อทุกคน ถ้ามากกว่านั้นให้เขียนชื่อคนที่ 1 ถึง 6 และคณะ. แทน

ตัวอย่าง

1. องค์ นันทสมบูรณ์ และคณะ. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยการจัดการเชิงกลยุทธ์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(2): 60-69.
2. สุจิตรา ชัยกิตติศิลป์. การศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวเฉียว.

วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออก-เฉียงเหนือ 2550; 25(1): 52-59.

3. ณัฐร์รุษารณ เมืองชู, นันทิร์ บ่อเพ็ชร, สงค์ชวนชัย, ศุภวดี ลิมปพานนท์. ผลการจัดบริการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลิน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 17-23.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือหรือตำรา การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือหรือตำรา ประกอบด้วย หมายเลขอ ลำดับการอ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อตำรา. เมื่อที่พิมพ์: โรงพิมพ์; ปีที่พิมพ์. ตัวอย่าง

4. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. (2nd ed.). Stamford Connecticut: Appleton & Lange; 1996.

#### ข้อตกลง

1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกเรื่องเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ ควรได้รับการรับรองจากกรรมการจริยธรรม ควรอ้างอิงผลงานที่เคยเผยแพร่ในวารสารนี้

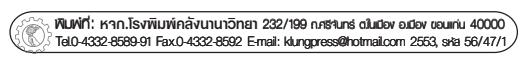
2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้ส่วนลิขสิทธิ์ทุกประการ

3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน

4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน แต่กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์ทุกความนั้นให้ผู้เขียนจำนวน 1 ฉบับ

#### สถานที่ติดต่อปรึกษาและส่งต้นฉบับ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว กองบรรณาธิการ วารสารสมาคมพยาบาลสาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. (043) 362012, 202407 โทรสาร (043) 362012, 081-4710980, 084-0344940 E-mail: somdae@kku.ac.th.
2. ดร.วารีวรรณ ศิริวราณิชย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทร. (044) 242397 โทรสาร (044) 270222
3. อาจารย์พรพรรณทิพา แก้วมาตย์ วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสพ ถนนพลแพน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โทร. (045) 243803 โทรสาร (045) 243803



ເປົ້າໃຫຍ່: ອາກ.ໄວທພິບພົດລັບນາວົກອາ 232/199 ດັວຍເນືອງ ດັວຍ ພະຍານ 40000  
Tel: 0-4332-8689-91 Fax: 0-4332-8692 Email: kungpress@hotmail.com 2563, ສັກ 56/47/1



## ใบแจ้งความลงโทษณา

ถึง ประธานฝ่ายวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....  
บริษัท ห้างร้าน.....  
ที่อยู่.....  
มีความประสงค์จะลงโทษณาแจ้งความใน “วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย  
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ขนาดเนื้อที่..... หน้าตามอัตราโทษณา  
เป็นเงิน..... บาท พร้อมนี้โปรดระบุข้อความที่ใช้โทษณา

หมายเหตุ เริ่มลงโทษณาตั้งแต่ฉบับที่.....ปีที่..... (ลงนาม).....  
ถึงฉบับที่.....ปีที่.....เป็นเวลา.....ปี วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
รวม.....ฉบับ บริษัท, ห้างร้าน.....

● อัตราค่าโฆษณาภารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ●  
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปกหลังด้านในเต็มหน้า	4,000.- บาท /	3	ฉบับ
ใบแทรกรถเต็มหน้า	2,000.- บาท /	3	ฉบับ
ใบแทรกรถร่องหน้า	1,000.- บาท /	3	ฉบับ

หมายเหตุ

- ถ้าบล็อกเกินกว่า 1 สีเที่ยงไป ต้องตกลงราคาเป็นกรณีพิเศษ
- ถ้าข้อความ โฆษณา มีภาพประกอบ โปรดส่งบล็อกพร้อมกับข้อความที่จะลงโฆษณาด้วย
- ขนาดกรอบโฆษณาเต็มหน้า ประมาณ 16 x 24 ซม.
- จำนวนพิมพ์วารสาร 500 เล่ม ต่อครั้ง



## ใบสมัครเป็นสมาชิกการลารสماคอมพญาลาฯ

สาขาวัสดุและวัสดุอุตสาหกรรม

ชื่อ-นามสกุล (หรือสถาบัน).....

ที่อยู่ (ที่ส่งได้ทางไปรษณีย์).....

โทรศัพท์.....

ขอสมัครเป็นสมาชิก วารสาร “สมาคมพยาบาลฯ สาขาวัสดุและวัสดุอุตสาหกรรม”

ตั้งแต่ฉบับที่.....ปีที่.....จนถึงฉบับที่.....ปีที่.....รวม.....ฉบับ

พร้อมนี้ได้ส่งเงินจำนวน.....บาท (.....)

โดยสั่งจ่าย รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แคนสีแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

สั่งจ่าย ณ ที่ทำการไปรษณีย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

หมายเหตุ ค่าบำรุงสมาชิก : 1 ปี 160 บาท ลงชื่อ.....

2 ปี 300 บาท (.....)

กำหนดออก ปีละ 4 ฉบับ ราคาเล่มละ 45 บาท วันที่.....