



**การประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว:
ทางเลือกใหม่สำหรับพยาบาลชุมชน**
**Rapid Assessment, Respond and Evaluation:
New Methods for Community Nurses**

ลลวี ปิยะบัณฑิตกุล PhD*

บทนำ

บทความนี้นำเสนอกระบวนการประเมินการตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็วซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับจากหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทยที่ได้มีการนำไปใช้ในหลายๆ พื้นที่ทั่วประเทศ สำหรับแก้ไขปัญหาทางสุขภาพในชุมชนและประสบความสำเร็จอย่างสูง โดยมุ่งหวังให้เป็นทางเลือกใหม่สำหรับพยาบาลชุมชนและบุคลากรสาธารณสุข ในการเลือกใช้เครื่องมือ เพื่อทำความเข้าใจกับปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเองอย่างลึกซึ้ง นำไปสู่การแก้ไขปัญหาทางสุขภาพที่ตรงประเด็น มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืนในการสร้างสุขภาพของชุมชนตามบทบาทของพยาบาลชุมชน รวมถึงนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหาของชุมชนโดยชุมชนอย่างไม่หยุดนิ่ง

การประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว คืออะไร

การประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว (Rapid Assessment, Respond and Evaluation: RARE) มิได้หมายถึงการดำเนินงานอย่าง “เร่งรีบ” แต่เป็นกระบวนการที่พัฒนาขึ้นโดยเริ่มจากการประเมินอย่างรวดเร็วต่อสถานการณ์ปัญหาทางสุขภาพและสังคมที่เกิดขึ้น โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจเลือกแนวทางหรือวิธีการแก้ไขปัญหาของชุมชนโดยชุมชน¹ รวมถึงการดำเนินกิจกรรมตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นและการประเมินผลการดำเนินงานโดยชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งหากมีการวางแผนการดำเนินงานล่วงหน้าเป็นอย่างดี จะสามารถดำเนินงานตลอดกระบวนการให้แล้วเสร็จภายในเวลา 6-8 เดือน ซึ่งเร็วกว่าการดำเนินงานในแบบอื่นๆ

พัฒนาการของการประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว

การประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว (RARE) มีจุดกำเนิดจากกระบวนการประเมินอย่างรวดเร็ว (Rapid Assessment) ที่ได้พัฒนาขึ้นใช้ในสาขามนุษยวิทยาและสาขาอื่นๆ ในการแก้ไขปัญหาที่รุนแรงต่างๆ เช่น ปัญหาผู้อพยพ ปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น จากกระบวนการนี้ได้พัฒนาเป็นการประเมินและการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (Rapid Assessment and Respond: RAR) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขวิกฤตการณ์ต่างๆ ด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก เช่น ปัญหาสุขภาพสิ่งแวดล้อม ปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหาโรคมะเร็ง โรคอ้วน โรคเอดส์ และปัญหาการตีตรา และใช้สารเสพติดต่างๆ^{2,3} ซึ่งรูปแบบนี้สามารถใช้ในการประเมินปัญหาสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็ว สามารถระบุกิจกรรมในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นจะมีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชนจึงทำให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานระดับท้องถิ่น อีกทั้งยังช่วยประหยัดงบประมาณในการดำเนินงาน³

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



การประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว (RARE) ได้ประยุกต์และปรับวิธีการประเมินและการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (RAR) ที่มีอยู่เดิมให้เหมาะสมมากขึ้น โดยยังคงใช้ลักษณะเด่นของรูปแบบ RAR ได้แก่ ระบาดวิทยาชาติพันธุ์วรรณนา (Ethnography) และเพิ่มองค์ประกอบด้านการประเมินผลโดยท้องถิ่น จึงทำให้รูปแบบนี้ไม่เพียงแต่เป็นรูปแบบที่ใช้ชุมชนเป็นฐานเท่านั้น แต่ยังทำให้ชุมชนสามารถประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมการดำเนินงานที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหาของชุมชนโดยชุมชนอย่างต่อเนื่อง และไม่หยุดนิ่ง สำนักนโยบายโรคเอดส์ (The Office of HIV/AIDS Policy: OHDP) และสำนักงานวิทยาศาสตร์และสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกา (The Office of Public Health and Science: OPHS) ได้ประกาศนำ RARE ไปใช้ในการลดผลกระทบจากวิกฤตการณ์โรคเอดส์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มอัฟริกันอเมริกัน (African-American) กลุ่มฮิสพานิก (Hispanic) และชนกลุ่มน้อยอื่นๆ ในชุมชนต่างๆ³ และ RARE ยังได้ถูกนำไปใช้ในอีกหลายๆ โครงการทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่นๆ เช่น การแก้ไขปัญหาโรคเอดส์^{4,5,6} และปัญหาการใช้สารเสพติดต่างๆ ในชุมชน⁷

สำหรับประเทศไทยได้เริ่มนำ RARE มาใช้ในโครงการ The Thai/US Alliance for HIV/AIDS Leveraging the Role of Nursing to Expand Access to HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in Thailand โดยความร่วมมือระหว่าง Oregon Health and Science University ประเทศสหรัฐอเมริกา กระทรวงสาธารณสุข และคณะพยาบาลศาสตร์ในประเทศไทย ซึ่งโครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออบรมความรู้เกี่ยวกับการใช้ RARE ให้กับกลุ่มผู้นำและอาจารย์ทางการพยาบาล โดยมุ่งหวังให้บุคคลกลุ่มนี้นำกระบวนการของ RARE ไปใช้ในการวิจัยและเผยแพร่ให้กับพยาบาลในพื้นที่ทั่วประเทศไทย จากการดำเนินงานตามโครงการนี้ได้กำหนดให้มีการศึกษานำร่อง 7 เรื่อง ซึ่งทุกเรื่องเน้นการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในทุกมิติตามบทบาทของพยาบาลชุมชน บทสรุปจากการใช้ RARE เป็นเครื่องมือในการศึกษา พบว่า วิธีการนี้เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทำให้พยาบาลชุมชนสามารถเข้าใจถึงปัญหาที่แท้จริงของชุมชนภายในเวลาอันรวดเร็ว และจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไข

ปัญหาทำให้แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่กำหนดขึ้นมีความเป็นไปได้สูง และเกิดความยั่งยืนในชุมชน นอกจากนี้ RARE ยังสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามขนาดและลักษณะของชุมชน ตัวแปรทางด้านสังคม วัฒนธรรม และภูมิศาสตร์ที่มีความแตกต่างกันตามสถานที่ เวลา และประเด็นปัญหา จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับบริบททางสาธารณสุขที่มีความหลากหลายได้ โดยดัดแปลงขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การผสมผสานวิธีการต่างๆ เข้าด้วยกัน การมุ่งเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของคนในท้องถิ่น และเหมาะสมกับเงื่อนไขของชุมชน⁸

ปัจจุบัน RARE ได้ถูกนำไปใช้แพร่หลายมากขึ้นในประเทศไทยโดยอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาระดับปริญญาโทในหลายสถาบันในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้านสุขภาพ เช่น โรคเอดส์^{9,10} โรคเบาหวาน¹¹ และโรคมะเร็งปากมดลูก¹² เป็นต้น

หลักการของ RARE

การประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว (RARE) พัฒนาขึ้นมา โดยคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา การเมือง และเศรษฐกิจของประชาชนในชุมชนที่เชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสำคัญ โดยเน้นการประเมินอย่างรวดเร็วเพื่อให้ได้ข้อมูลของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชุมชนและเชื่อมโยงสู่การวางแผนกิจกรรมการดำเนินงานที่ตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหา และสามารถปฏิบัติได้จริงสำหรับชุมชนนั้นๆ ซึ่งกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นต้องใช้ความต้องการของชุมชนและข้อมูลที่ได้จากการประเมินเป็นตัวตั้ง รวมถึงการมีส่วนร่วมตัดสินใจของชุมชนว่ากิจกรรมหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาควรเป็นอย่างไร มีแหล่งประโยชน์ และทุนทางสังคมอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ไม่ใช่มาจากทฤษฎีหรือข้อคิดเห็นของบุคคลภายนอกชุมชน นอกจากนี้ RARE ยังรวมกระบวนการประเมินผลมาใช้ในการวัดผลการดำเนินงานของกิจกรรม และยังช่วยให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนได้อย่างเป็นระบบ กล่าวโดยสรุปหลักการของ RARE ประกอบด้วย³

1. เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) RARE ใช้หลักการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงาน ซึ่งกลุ่มบุคคลในชุมชนที่เข้ามามี



ส่วนร่วมเป็นบุคคลสำคัญของชุมชน (Stakeholder) ที่ตระหนักและเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาหนึ่ง ๆ ในชุมชน ซึ่งอาจเรียกว่า คณะทำงานในชุมชน (Community Working Group: CWG) หรือคณะกรรมการให้คำปรึกษาในชุมชน (Community Advisory Board) ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้สามารถช่วยในการระบุและเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ช่วยให้ข้อมูลด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา ตรวจสอบข้อมูล และเสนอแนะหรือตัดสินใจเลือกวิธีการและกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ทีมวิจัยภาคสนามยังประกอบด้วย บุคคลในชุมชน หรือบุคลากรของหน่วยงานในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหานั้น ๆ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจด้านสังคม วัฒนธรรม พฤติกรรม วิถีชีวิตของคนในชุมชนอย่างลึกซึ้ง รวมทั้งสามารถเข้าถึงทุนทางสังคมของชุมชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้ถือได้ว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญทางวัฒนธรรมของชุมชน (Community Cultural Expert)

2. มีความรวดเร็ว (Speed) ในการแก้ไขปัญหา ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น RARE สามารถลดระยะเวลาในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาทางสุขภาพของชุมชนจากปีเป็นเดือน โดยไม่ลดความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล แต่กลับสามารถนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหาของชุมชนโดยชุมชน

3. ดำเนินการประเมินแบบรวดเร็วอย่างต่อเนื่อง (Ongoing Rapid Assessment) RARE ใช้กระบวนการประเมินอย่างรวดเร็วที่เชื่อมโยงกับกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา และการประเมินผลเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการนี้ การประเมินอย่างรวดเร็วจะเริ่มดำเนินการใหม่อีกครั้ง เพื่อพัฒนากิจกรรมที่ต่อยอดและอยู่บนฐานของกิจกรรมที่ดำเนินการไปแล้ว นอกจากนี้การประเมินยังให้ความสำคัญกับบริบท สถานการณ์ และตัวบุคคล รวมทั้งมีตัวชี้วัดหลายตัว เช่น พฤติกรรมของบุคคล วิธีการดำเนินชีวิตของชุมชน ระบบบริการสุขภาพ บริบทของชุมชน สภาพแวดล้อมทางสังคม และนโยบายสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาทางสุขภาพส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งต้องพิจารณาภายใต้บริบทของสังคม วัฒนธรรม ศาสนา การเมือง และประวัติศาสตร์ของชุมชน

4. ออกแบบการแก้ไขปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้จริง (Practically) จากข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหา และจากความคิดเห็นของชุมชนที่ร่วมกำหนดกิจกรรมหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้ได้ผ่าน

การวิเคราะห์พื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากสถานการณ์จริงที่เป็นปัจจุบัน และใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี จากหลายแหล่งข้อมูลในเวลาที่แตกต่างกัน

5. มีกระบวนการประเมินผล (Evaluation) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ดำเนินการตลอดระยะเวลาของการทำงาน ซึ่งต้องประเมินทั้งในส่วนของกระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน

6. มีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) การเก็บข้อมูลตามรูปแบบของ RARE ต้องเก็บรวบรวมจากหลายแหล่งข้อมูลในเวลาที่แตกต่างกัน โดยใช้วิธีการหลายวิธี นอกจากนี้ข้อมูลยังได้รับการพิจารณาถึงความถูกต้องและความครอบคลุมจากบุคคล ในชุมชน จึงทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือสูง

องค์ประกอบของ RARE

ประกอบด้วย 3 ส่วนหลักคือ¹³

1. การประเมินอย่างรวดเร็ว (Rapid Assessment) ซึ่งจะช่วยอธิบายและติดตามพลวัตรของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นครอบคลุมทั้งในด้านบุคคล เวลา และสถานที่ใน 3 ประเด็นหลักดังนี้

1.1 บริบทข้อมูลที่ได้จะช่วยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของสภาพแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและสังคมของชุมชนที่ส่งผลต่อสุขภาพและความต้องการบริการต่างๆ ของประชาชนในชุมชน ซึ่งมีผลต่อการกำหนดกิจกรรมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน คำถามที่ใช้ในการประเมินบริบทจะบ่งชี้ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อธรรมชาติและขอบเขตของปัญหา รวมทั้งผลที่จะตามมาและความสามารถของชุมชนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นของตนเอง

1.2 ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยการป้องกัน การประเมินในประเด็นนี้มุ่งเน้นในเรื่องของความเชื่อและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อต่อการเกิดปัญหานั้นๆ ซึ่งสามารถประเมินได้ 3 ระดับคือ

1) ระดับบุคคล: ประเมินความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ และวิธีการดำเนินชีวิตที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงหรือพฤติกรรมของบุคคล

2) ระดับชุมชน: ประเมินปัจจัยด้านค่านิยม บรรทัดฐานของชุมชน รวมถึงกระบวนการดำเนินงานขององค์กรต่างๆ ในชุมชนที่ส่งผลต่อบุคคลที่มีความเสี่ยงหรือประสบกับปัญหา



3) ระดับนโยบายและการเมือง: นโยบายกฎหมาย และโครงสร้างความสัมพันธ์ของสังคมรวมทั้งความยากจนหรือความไม่เท่าเทียมกันในสังคม ล้วนส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งสิ้น

1.3 กิจกรรมหรือวิธีการในการแก้ไขปัญหา เป็นการประเมินกิจกรรมที่เคยดำเนินการแก้ไขปัญหา นั้น ๆ ในชุมชน การประเมินจะต้องประเมินทั้งในด้านบวกและด้านลบ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะช่วยค้นหากิจกรรมที่มีความเป็นไปได้ในการป้องกันและลดความรุนแรงของปัญหา หรือเสริมกิจกรรมที่มีอยู่ให้สมบูรณ์ ตลอดจนบ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมใหม่ๆ มาแก้ไขปัญหาในชุมชน

2. การตอบสนองอย่างรวดเร็ว (Rapid Response) ประกอบด้วยกิจกรรมหรือวิธีการแก้ไขปัญหาที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นจริงในชุมชนที่ได้จากการประเมินอย่างรวดเร็วเป็นฐาน และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน ซึ่งอาจเป็นการพัฒนาต่อยอดจากกิจกรรมเดิมที่มีอยู่หรือเป็นวิธีการใหม่ เช่น การพัฒนากลยุทธ์ใหม่ ๆ ในการแก้ไขวิกฤตการณ์ของเอชไอวี/เอดส์ในชุมชน การเปลี่ยนแปลงหรือกำหนดนโยบายของชุมชน เป็นต้น ผลที่ได้จากการประเมินและพัฒนากิจกรรมดังกล่าว คือ ชุดกิจกรรม ที่มีฐานความคิดมาจากชุมชน และพัฒนาโดยชุมชน ดังนั้นชุดกิจกรรมนี้จึงมีความเป็นไปได้สูงในทางปฏิบัติและประสบความสำเร็จ

3. การประเมินผลอย่างรวดเร็ว (Rapid Evaluation) เพื่อติดตามประสิทธิผลของการดำเนินกิจกรรมหรือวิธีการแก้ไขปัญหาในชุมชน ในแง่ของการเปลี่ยนแปลงการวางแผนงานสาธารณสุข การปฏิบัติ และผลที่เกิดขึ้น

วิธีการดำเนินงานของ RARE

1. วิธีการพื้นฐานที่นำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 วิธี^{3,14} ดังนี้

1.1 การสำรวจอย่างรวดเร็ว หรือการสำรวจความคิดเห็นของคนทั่วไป (Street intercept survey) เป็นการใช้อย่างรวดเร็วขนาดสั้นที่ใช้คำถามเฉพาะเจาะจงกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข ลักษณะคำถามสามารถใช้ทั้งคำถามปลายเปิดและปลายปิด คำถามปลายเปิดจะเป็นคำถามที่ถามประเด็นหลัก ๆ ส่วนคำถามปลายปิดใช้ในการอธิบายลักษณะของปัญหาโดยใช้คำสถิติ คำถามที่ใช้มีความหลากหลายขึ้นอยู่กับ

คำถามหลักของการวิจัยที่ต้องการคำตอบเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาสำหรับพื้นที่นั้น ๆ

1.2 การสนทนากลุ่ม ใช้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญทางวัฒนธรรม ซึ่งวิธีการนี้จะทำให้ได้ข้อมูลในด้านปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดปัญหานั้น ๆ กับคนในชุมชน ข้อมูลด้านระบบบริการทางสุขภาพและความต้องการในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ข้อมูลที่ได้จะช่วยให้เข้าใจอย่างลึกซึ้งมากขึ้นเกี่ยวกับความเชื่อของชุมชนที่เชื่อมโยงกับสุขภาพและพฤติกรรมทางสังคม และยังสามารถใช้เป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากวิธีการอื่น ๆ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

1.3 การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญทางวัฒนธรรม ข้อมูลที่ได้จะทำให้ทราบรายละเอียดและบริบทที่เกี่ยวข้องกับปัญหาหรือความต้องการของชุมชนอย่างละเอียด และยังทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่เคยถูกเปิดเผยมาก่อน

1.4 การสังเกตโดยตรง เป็นวิธีการที่ใช้ในการสำรวจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งทำโดยทีมวิจัยที่เป็นคนในชุมชน จึงทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง

1.5 การทำแผนที่ เป็นวิธีการที่แสดงให้เห็นถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมในแง่มุมต่าง ๆ ทำให้เห็นเป้าหมาย ตำแหน่งของสถานที่ที่จะทำการสังเกตและเป็นตำแหน่งของตัวชี้วัด และขอบเขตของสถานที่ที่มีผลต่อการประเมิน เช่น สถานที่ที่คนมาอยู่รวมกัน สถานที่ที่ให้บริการทางสุขภาพ ที่อยู่ของชุมชนของเชื้อชาติใดเชื้อชาติหนึ่งหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นต้น

การใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาในแต่ละเรื่อง อาจไม่จำเป็นต้องใช้ทุกวิธีดังกล่าวข้างต้น ซึ่งผู้วิจัยสามารถเลือกใช้ได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเด็นปัญหาที่ศึกษา อย่างไรก็ตามการใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย จะทำให้ข้อมูลที่ได้นั้นมีความน่าเชื่อถือและตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น

2. กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของ RARE ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณตามความเหมาะสมของเรื่องที่ทำการศึกษา วิธีการหลักคือการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนทางวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งในมุมกว้างและ



เชิงลึกเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ซึ่งอาจแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก คือ ผู้นำชุมชน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญทางวัฒนธรรม (ตารางที่ 1) การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างนี้สามารถทำได้ 2 วิธี คือ 1) การเสนอชื่อซึ่งดำเนินการโดยการถามจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือจากคณะทำงานในชุมชน เพื่อให้ได้รายชื่อบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในเรื่องที่ศึกษา สามารถให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะได้ บุคคลที่ได้รับการเสนอชื่อจากหลายๆ คน ถือเป็นบุคคลที่เหมาะสมเป็นกลุ่มตัวอย่าง และ 2) การเลือกแบบมีเป้าหมาย วิธีนี้ใช้ในกรณีที่มีวิธีการแบบเสนอชื่อไม่สามารถใช้ได้ หรือในกรณีที่ต้องการกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายทางด้านประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ ดำเนินการโดยการแบ่งกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องออกเป็นกลุ่มตามความรู้และประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษาหรือแบ่งกลุ่มบุคคลตามพื้นที่ที่ทำการศึกษา¹⁵ และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามกลุ่มที่กำหนด

การประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว (RARE) ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 วิธีเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างจากการเสนอชื่อ ส่วนใหญ่ใช้กับกลุ่มผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องที่ศึกษา เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนการเลือกแบบมีเป้าหมายใช้เลือกกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตโดยตรง การสัมภาษณ์ และการสอบถามอย่างรวดเร็ว การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการทั้งสองแบบนี้ จะทำให้ผู้ศึกษาได้เข้าใจเรื่องที่ทำการศึกษาอย่างครอบคลุมในทุกมิติอย่างลึกซึ้งและใช้เวลาน้อยกว่าวิธีการอื่น ๆ^{15,16,17}

3. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว (RARE) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังตารางที่ 2¹³ ซึ่งขนาดตัวอย่างตามที่เสนอนี้กำหนดขึ้นสำหรับการศึกษาในแต่ละเรื่อง อย่างไรก็ตามสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมขึ้นอยู่กับขนาดของชุมชนลักษณะของชุมชน ประเด็นปัญหาที่ศึกษา และความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้

การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการของ RARE จะเลือกโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถเข้าใจ ความเชื่อ

พฤติกรรม สิ่งแวดล้อมและเงื่อนไขของชุมชนอย่างครอบคลุม ถูกต้องและลึกซึ้ง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญของชุมชนนั้นๆ และขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่จำเป็นต้องมีขนาดใหญ่ และบุคคลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนสามารถเป็นผู้ให้ข้อมูลตามวิธีการเก็บข้อมูลได้มากกว่าหนึ่งวิธี เช่น สมาชิกการสนทนา กลุ่มอาจประกอบด้วยบุคคลที่เคยให้สัมภาษณ์และบุคคลที่ไม่เคยให้สัมภาษณ์ ซึ่งการเก็บข้อมูลแบบนี้ถือได้ว่าเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และทำให้ได้ข้อมูลสำคัญของชุมชนในมุมมองที่หลากหลาย

ตัวอย่างการทำวิจัยตามรูปแบบ RARE

การประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว (RARE) มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการประเมินอย่างรวดเร็ว การตอบสนองภายใต้บริบทและสถานการณ์ปัญหาต่างๆ ซึ่งกิจกรรมหลัก (Key activities) และกิจกรรมนำร่อง (Initiatives) ต่างๆ มีดังนี้

ลำดับกิจกรรม (Activities) การดำเนินงาน ได้แก่

- 1) หัวหน้าโครงการวิจัยและทีมวิจัยประชุมปรึกษา
- 2) ทีมวิจัยประชุมร่วมกับตัวแทนของชุมชนเพื่อชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานวิจัย
- 3) ทีมวิจัยและหัวหน้าหน่วยงานสุขภาพ ประชุมคัดเลือกคณะทำงานในชุมชนและทีมวิจัยภาคสนาม
- 4) ทีมวิจัยประชุมปรึกษาร่วมกับคณะทำงานในชุมชน
- 5) ทีมวิจัยภาคสนาม เข้ารับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ
- 6) ทีมวิจัยและทีมวิจัยภาคสนามประชุมจัดทำแผนการประเมิน การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล
- 7) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 8) ทีมวิจัยและทีมวิจัยภาคสนามประชุมทบทวนการดำเนินงานในช่วงครั้งแรกของการประเมินและนำเสนอต่อคณะทำงานในชุมชน
- 9) ทีมวิจัยและทีมวิจัยภาคสนามนำเสนอผลการศึกษาข้อมูล ข้อเสนอแนะ และแผนปฏิบัติการต่อคณะทำงานในชุมชน
- 10) คณะทำงานในชุมชน ทบทวน แก้ไขและให้ความเห็นชอบต่อข้อเสนอแนะและแผนปฏิบัติการที่ทีมวิจัยนำเสนอ
- 11) ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ
- 12) ประเมินผลกระบวนการปฏิบัติงาน และประเมินผลการดำเนินงานหลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
- 13) ทีมวิจัยภาคสนาม ติดตามประเมินผลกระทบทของโครงการวิจัยเป็นระยะๆ



บทสรุป

การประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว (RARE) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ 1) การประเมินอย่างรวดเร็ว ที่ช่วยอธิบายพลวัตของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหานั้นๆ 2) การตอบสนองอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นการออกแบบวิธีการแก้ไขปัญหา โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์จากการประเมินอย่างรวดเร็วเป็นฐานในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ และ 3) การประเมินผลอย่างรวดเร็ว เพื่อติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยชุมชนมีส่วนร่วม การดำเนินงานของ RARE มีลักษณะเด่นที่ต่างจากเครื่องมืออื่นๆ ที่ใช้ในการทำงานในชุมชน คือ ใช้เวลาสั้นในการดำเนินงานแก้ปัญหาทางสุขภาพ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนกระบวนการดำเนินงาน รวมทั้งมีกระบวนการประเมินปัญหาที่ต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลากหลายวิธี เพื่อสามารถนำไปสู่การออกแบบวิธีการแก้ไขปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้จริงและมีกระบวนการประเมินผลที่ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นองค์ประกอบสำคัญ

ดังนั้น RARE จึงน่าจะเป็นทางเลือกใหม่สำหรับพยาบาลชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อใช้เป็เครื่องมือในการทำงานแก้ไขปัญหาของชุมชนที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบันและวิถีชีวิตของคนในชุมชน ทั้งนี้ถึงแม้ว่าในต่างประเทศจะนำ RARE ไปประยุกต์ใช้แก้ไขสถานการณ์การระบาดของเชื้อเอชไอวี และการใช้สารเสพติดเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์ตรงของผู้เขียน RARE สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการปัญหาทางสุขภาพอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดการโรคเบาหวาน การจัดการภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน และการส่งเสริมการรับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Rapid Assessment, Response and Evaluation Project RARE. Community-Based Research [online] 2009 [cited 2009 June 6]. Available from: <http://cbr.cbrc.net/index/php>
2. Needle RH, Troller RT, Goosby E, Bates CH, Von ZD. Methodologically sound repaid assessment and response: Providing timely data for policy development on drug use intervention and HIV prevention. International Journal of Drug Policy 2000; 11: 19-23.
3. Rapid Assessment, Response and Evaluation Project RARE. RARE Field Assessment Methods Training Workbook. Washington D.C.: Office of HIV/AIDS Policy; 2001.
4. Dean HD, Bates CH. Conducting HIV counseling, testing and referral within the context of rapid assessment, response and evaluation in crisis response team cities. [online] n.d. [cited 2009 June 6]. Available from: <http://www.iasociety.org>.
5. Telles PR, Lima H, Westman S, Needle RH. Improving interventions to vulnerable populations using RARE methodologies in six Brazilian cities. [online] n.d. [cited 2009 June 6]. Available from: <http://www.iasociety.org>.
6. Marcelin LH. Rapid assessment' (RA) methods as a core tool in South Florida epidemiological surveillance. [online] n.d. [cited 2009 May 9]. Available from: <http://www.iasociety.org>.
7. Linda P. [n.d.]. Rapid Assessment, Response and Evaluation Project: The context of injection drug use in Victoria, BC. [online] n.d. [cited 2009 May 6]. Available from: www.pulsus.com/cahr/abs/abs303.htm
8. Needle RH, et al. Rapid assessment of the HIV/AIDS crisis in racial and ethnic minority communities: An approach for timely community intervention. American Journal of Public Health 2003; 93(6): 970-979.
9. สมพงษ์ โปธิบัติ, พนิษฐา พานิชานิชกุล, ลัทธิปิยะบัณฑิตกุล. การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในวัยรุ่น: โดยใช้รูปแบบการประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว: กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 29-36.
10. สุพิชญา พลเคน. การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในวัยรุ่น: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
11. วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์, นิตย์ ทศนิยม. การจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 12-21.



12. นิตยา ภาโนมัย. การส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
13. คณะทำงานโครงการ The Thai/US Nursing Alliance: Leveraging the Role of Nursing to Expand Access to HIV/AIDS Prevention, Treatment, and Care in Thailand. คู่มืออบรมการประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สหธรรมิก; 2549.
14. Watts G, Livingood W, Woodhouse C, Bated C, Carney DG, Kelley D. Using RARE for insights into minority populations living with HIV/AIDS in Florida. African American Research Perspective 2005; 10(1): 103-115.
15. Trotter RT, Needle RH, Goosby E, Bates CH, Singer M. A methodological model for Rapid assessment, Response, and Evaluation: The RARE program in public health. Field Methods 2001; 13(2): 137-159.
16. ไพรัช บุญจรัส. การพัฒนาผลการดำเนินงานภายใต้การประเมินแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาโครงการตรวจสอบสุขภาพเคลื่อนที่เฉลิมพระบารมี 80 พรรษา จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(2): 62-71.
17. ทองทิพ แซจอหอ, อัมพร คำหล้า, สุปราณี พัฒนจิตวิไล. การประเมินประสิทธิผลโครงการส่งเสริมการดูแลตนเองและป้องกันการเกิดโรคหัวใจโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support group) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(4): 60-66.

ตารางที่ 1 คำศัพท์และความหมายที่ใช้ตามรูปแบบของ RARE

คำศัพท์	ความหมาย
คณะทำงานในชุมชน	ตัวแทนของบุคคลในชุมชน ทำหน้าที่ช่วยในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง การตรวจสอบข้อมูล เสนอแนะการจัดทำแผนกิจกรรมการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาและประเมินผล กลุ่มนี้อาจมีจำนวน 10-15 คน
ผู้เชี่ยวชาญทางวัฒนธรรม	บุคคลในชุมชนที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นปัญหา ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม พฤติกรรม และวิถีชีวิตของคนในชุมชนอย่างลึกซึ้ง รวมทั้งสามารถเข้าถึงทุนทางสังคมของชุมชนได้เป็นอย่างดี
ทีมวิจัยภาคสนาม	บุคคลในชุมชนหรือบุคลากรของหน่วยงานในพื้นที่ที่ศึกษาวิจัย ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูล จัดทำแผนกิจกรรมและประเมินผล

ตารางที่ 2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของ RARE

วิธีการเก็บข้อมูล	ขนาดตัวอย่าง		
	ผู้นำชุมชน	ผู้ให้บริการสุขภาพ	ผู้เชี่ยวชาญทางวัฒนธรรม
การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก	15 คน	15 คน	15 คน
การสนทนากลุ่ม	3 ครั้ง ๆ ละ 8-10 คน	3 ครั้ง ๆ ละ 8-10 คน	3 ครั้ง ๆ ละ 8-10 คน
การสำรวจอย่างรวดเร็ว	30 คน	30 คน	30 คน

ที่มา: Trotter RT, Needle RH, Goosby E, Bates, CH, Singer M.¹⁵



พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพจากการทำงานของคนทำงานวัยกลางคน* Health Risk Behavior related to Work among Middle-Age Workers

ประภารัตน์ ณ พัทลุง พย.ม.** เกษราวัลย์ นิลวางกูร PhD***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของคนทำงานวัยกลางคนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 16 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการจดบันทึกภาคสนาม ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม 2551 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ค่าจำนวน และร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า คนทำงานวัยกลางคนให้ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพว่าเป็น “พฤติกรรมที่ทำแล้วป่วย” และคนทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน ได้แก่ ท่าทางการทำงานซ้ำซาก ใช้สารเคมีในการทำงานไม่เหมาะสม การป้องกันอุบัติเหตุไม่เหมาะสม และขาดการบริหารเพื่อยืดเหยียดกล้ามเนื้อ รวมทั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เช่น การใช้สิ่งเสียดัด สุรา บุหรี่และเครื่องดื่มชูกำลัง การซื้อยาใช้เองและการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พยาบาลชุมชนสามารถนำไปปรับปรุงในการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงาน เพื่อส่งเสริมให้คนทำงานวัยกลางคนมีสุขภาพที่ดี และพัฒนาคนทำงานในการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องในอนาคต

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ คนทำงานวัยกลางคน การเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน

Abstract

This qualitative study aimed to identify health-risk behaviors related to work among 16 middle-age workers who lived in a village of Udonthani Province and participated in this study. In-depth interviews, participatory observation, and field notes were conducted. Current situations on health-risk behaviors related to work from June to August 2008. Descriptive statistics were used for quantitative data analysis and content analysis was employed for qualitative data.

The results of the study showed that middle-age workers perceived health-risk behavior as “behaviors which cause illness” and health-risk behaviors related to work among participants were 1) having a repeatedly body movement, 2) inappropriate handling of chemical substances, 3) not being precautious for risk/accident, 4) lacking of muscular relaxation, 5) having substance dependency including drugs, alcohol, cigarettes, and energy drink, 6) medication taking without physician’s recommendation, and 7) unhealthy eating.

* การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนาศักยภาพคนทำงานวัยกลางคนในการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุดรธานี

**พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลอุดรธานี

***รองศาสตราจารย์ และผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Community nurses can use the results of the study as an initial guideline to monitor health-risk behaviors related to work and build capability in detecting and correcting health-risk behaviors among working population lead to successful prevention of occupational hazard and illness as well as continuous improvement of health status.

Keywords: health risk behaviors, middle-age workers, illness related to work

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรวัยแรงงานถือเป็นวัยที่มีความสำคัญและเป็นกระดูกสันหลังของประเทศชาติ จากสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2550 พบว่า คนวัยทำงานมีมากถึง 43,977,000 คน (ร้อยละ 66.9) ของประชากรทั้งหมด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีคนไทยวัยทำงาน 22,104,000 คน (ร้อยละ 66.7) ของประชากร สำหรับจังหวัดอุดรธานี พบว่า ประชากรวัยนี้มีมากถึง 1,056,963 คน (ร้อยละ 69.3) ของประชากร ในพื้นที่วิจัยมีวัยแรงงาน 839 คน (ร้อยละ 67.8) พบช่วงอายุ 35-59 ปี (ร้อยละ 35.4) และพบว่า คนวัยทำงานเป็นแรงงานภาคเกษตรกรรมมากที่สุด คือ 188 คน (ร้อยละ 42.92)¹

ประชากรอายุ 35-59 ปี เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ทั้งเพศชายและหญิง มาจากฮอร์โมนเพศลดลง มีผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ภาวะเครียดจากอุปสรรคที่เริ่มเปลี่ยนแปลง การเสื่อมถอยและขาดความสมดุลของร่างกาย คนวัยทำงานนอกจากมีการเจ็บป่วยจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่าง ๆ แล้ว ยังมีการเจ็บป่วยเนื่องมาจากพฤติกรรมการทำงานที่ไม่เหมาะสม² โดยพบสาเหตุการเจ็บป่วยของวัยทำงานแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับลักษณะของงานที่ทำเป็นประจำ และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด ในแรงงานกลุ่มอาชีพประมงและอุตสาหกรรมโรคปวดหลังเรื้อรังพบมากที่สุดในอาชีพเกษตรกร โรคของปัญหาสายตาและการสะสมของสารเคมีในร่างกาย กลุ่มเกษตรกรปลูกผักและสวนส้ม โรคเบาหวานมักพบมากที่สุดในกลุ่มแรงงานอุตสาหกรรมและเหมืองแร่ โรคสุดท้าย คือ โรคกระเพาะอาหารที่พบในอาชีพแรงงานอุตสาหกรรมเหมืองแร่และเกษตรกร³ สัดส่วนการตายในวัยแรงงานมีสาเหตุการตาย เปลี่ยนไปเป็นโรคไม่ติดต่ออย่างชัดเจน คือ ตายด้วยมะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ส่วนการตายจากสาเหตุภายนอกและโรคติดต่อ ลดความสำคัญลงมาเป็นอันดับที่ 3

และ 4⁴ และพบว่า คนวัยทำงานในหมู่บ้านที่ศึกษามีการเจ็บป่วย 5 อันดับแรก ได้แก่ การมีแผลจากอุบัติเหตุ เช่น เตียวบาด เศษแก้ว เปลือกหอย รถล้ม โรคหัวใจ โรคทางกล้ามเนื้อและกระดูก (ปวดหลัง) แผลในกระเพาะอาหาร และเบาหวานตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า มีสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หอบหืด และมะเร็ง

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพเป็นการกระทำใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายจิตใจเกิดการเจ็บป่วยภายหลัง โดยพฤติกรรมนั้นเกี่ยวข้องกับ การดำเนินชีวิต การทำงาน และสถานการณ์แวดล้อมต่าง ๆ⁵ พฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานของคนที่ทำงานวัยกลางคนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม หัตถกรรมและรับจ้าง เช่น พฤติกรรมการทำงานท่าทางเดิมซ้ำซาก ในงานที่เสี่ยงต่อการปวดหลัง เช่น ถ้าทำงานด้วยท่าทางที่ต้องยกของหนักและต้องมีการก้ม โกงโค้ง บิดตัว มากกว่า 226 ครั้งต่อชั่วโมง⁶ งานยกเคลื่อนย้ายวัตถุด้วยมือ มีน้ำหนักที่มากกว่า 25 ปอนด์ หรือประมาณ 11.34 กิโลกรัม⁷ งานที่ต้องยืนหรือนั่งเป็นเวลานาน โดยไม่ได้พิงหลังเกิน 2 ชั่วโมงจะทำให้เกิดความเครียดต่อกล้ามเนื้อหลังและเป็นโรคปวดหลังเรื้อรังได้ การนำเอาเทคโนโลยีทางการแพทย์ เข้ามาใช้ทำให้เกษตรกรเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากเครื่องจักรกลและแรงสั่นสะเทือนจากเครื่องจักรกลทำให้ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวในลักษณะสั้นรัว เกิดความเมื่อยล้า ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ การทรงตัวเสียไปเกิดการทำลายเนื้อเยื่ออ่อนของข้อมือกล้ามเนื้อและปลายประสาทมืออักเสบได้มาก แรงสั่นสะเทือนที่กระทบคนทำงานทำให้เกิดอาการปวดหลัง ปวดข้อมือ หัวไหล่ ความรุนแรงของอาการปวดต่างกันจากระยะเวลาในการสั่นสะเทือน 2 ชั่วโมงต่อครั้ง⁶

การสัมผัสสารเคมีและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ อันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เกิดการระคายเคืองที่ตา ตาพร่ามัว น้ำตาไหล ทางเดินหายใจมีน้ำมูก หายใจขัดทางผิวหนัง



เกิดการระคายเคืองทางผิวหนัง แสบตามบริเวณที่สัมผัส และพบเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 ของคนทำงานเกษตรนานกว่า 4 ปี ปฏิกริยาการแพ้สารอาจเกิดเร็ว 2-3 วันหรือหลายเดือน⁶ ติดเชื้อจากจุลินทรีย์ในดิน การสูญเสียความร้อนและความเครียด³ มีผลกระทบจากการขาดความรู้และเข้าใจในสารเคมี พฤติกรรมการใช้สารเคมีไม่เหมาะสม สารเคมีมีความรุนแรงแต่ไม่แสดงผลเร็ว⁶ อุบัติเหตุการทำงานที่มีความประมาท ปวดหลังเรื้อรังจากการทำงานหนัก ทำทางไม่ถูกต้องและทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน เกิดการซื้อยารับประทานเอง และพฤติกรรมเสี่ยงที่จะกระตุ้นให้เกิดโรคต่างๆ เช่น การดื่มสุราเป็นประจำมีผลทำให้เกิดตับอ่อนอักเสบ ส่งผลให้เซลล์ตับถูกทำลายและกระตุ้นให้เกิดโรคเบาหวาน⁷ การใช้เครื่องตัดแอลกอฮอล์ยังเป็นสาเหตุในการสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การเจ็บป่วยของคนวัยแรงงาน โดยเฉพาะปัญหาที่มีสาเหตุโดยตรงมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของบุคคล และจำเป็นต้องป้องกันไม่ให้มีวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค⁵

คนวัยแรงงานกลางคนมีการเจ็บป่วยที่เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่งในหน่วยงานสาธารณสุข ได้มีการวางแผนในการป้องกันการเจ็บป่วย โดยเฉพาะปัญหาที่มีสาเหตุโดยตรงมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของบุคคล และจำเป็นต้องป้องกันไม่ให้มีวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค มีการคัดกรองสุขภาพของประชากรในพื้นที่ การบันทึกในประวัติทางสุขภาพ แต่ยังคงขาดการรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพทั่วไปและพฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานของคนทำงานวัยกลางคน รวมถึงการที่คนทำงานวัยกลางคนยังไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ จากการทำงานของตนเอง ทำให้ต้องมีการศึกษาในพฤติกรรมเสี่ยงของคนทำงานวัยกลางคน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ
2. ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพจากการทำงานของคนทำงานวัยกลางคน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพในครั้งนี้ ทำการศึกษาที่ชุมชนแห่งหนึ่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 16 คน โดยเลือกจากคนวัยทำงานอายุ 35-59 ปีที่ทำงานและอาศัยในชุมชนที่ศึกษา มีการทำงานอาชีพอย่างต่อเนื่องและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย การเก็บรวบรวมเครื่องมือที่ใช้ใน ประกอบด้วย 1) การเก็บข้อมูลลักษณะทั่วไปโดยใช้แนวคำถามเชิงกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกระบวนการทำงานและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและบันทึกภาคสนาม

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั้งหมดจะมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการวิจัย โดยเริ่มไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ในส่วนข้อมูลเชิงปริมาณมีการวิเคราะห์โดยการนับจำนวน ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) หลังจากได้ข้อมูลที่ซ้ำๆ กัน ไม่พบประเด็นใหม่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานถือว่ามีความอิ่มตัวของข้อมูล จัดเก็บเป็นรหัสที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงการทำงาน มีการใช้ข้อมูลมาสรุปตีความหมายของข้อค้นพบ และนำเสนออย่างเป็นระบบ

ความเชื่อถือได้ของงานวิจัยเชิงคุณภาพนี้ได้ยึดหลักการพิจารณาความน่าเชื่อถือหรือคุณภาพ⁸ ซึ่งประกอบด้วย ความน่าเชื่อถือ ความเหมาะสม มีการตรวจสอบและการยืนยันข้อมูลของการศึกษา

ผลการวิจัย

จากการศึกษาคนทำงานวัยกลางคนจำนวน 16 คน เพศชาย 3 คน เพศหญิง 13 คน อายุต่ำสุด 36 ปี อายุสูงสุด 55 ปี อายุเฉลี่ย 45 ปี สมรส 12 ราย ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร 13 ราย รับจ้างทางเกษตร 3 ราย อาชีพเสริม เพศหญิงทอเสื้อ เพศชายเลี้ยงวัว รับจ้างทั่วไป ระยะเวลาในการทำงานสูงสุดที่ 33 ปี และต่ำสุด 11 ปี เฉลี่ย 26.50 ปี มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ ปวดขาเรื้อรัง และประวัติการเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมาพบอาการปวดหลังและขามากที่สุด 13 ราย บาดเจ็บจากการถูกของมีคมและสัตว์มีพิษกัด



ขณะทำงานแพ้สารเคมี/ฝุ่น ปุ๋ย ควัน และแอลกอฮอล์

สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของคนทำงานวัยกลางคน มีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ต่อความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ คนทำงานวัยกลางคนในพื้นที่เรียกพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพว่า “พฤติกรรมที่ทำแล้วป่วย” ตามการรับรู้ของคนทำงานวัยกลางคนให้ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ หมายถึง การกระทำใดๆ ที่กระทำแล้วส่งผลตนเองเกิดการเจ็บป่วย มี 2 ลักษณะ ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่กระทำในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย การดื่มสุรา สูบบุหรี่ การขับขี้ที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพจากการทำงาน ได้แก่ การใช้สารเคมีไม่เหมาะสมท่าทางการทำงานที่ซ้ำซากเป็นเวลานาน การยกของหนัก การทำงานโดยไม่ป้องกัน ดังคำบอกเล่าของคนทำงานว่า “เป็นสิ่งที่ได้กระทำอยู่ทุกวัน โดยไม่คาดคิดว่าจะทำให้ป่วย ซึ่งนึกได้เมื่อมีอาการแล้ว” และ “การกระทำที่ทำแล้วเกิดการเจ็บป่วย จะปะปนอยู่กับเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน เรื่องกิน เรื่องอยู่” และพบว่า การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของคนทำงานวัยกลางคนยังไม่ครอบคลุมถึงการทำงานของคนทำงานวัยกลางคนมากนัก

2. พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพจากการประกอบอาชีพ ได้สรุปเป็นสาระสำคัญได้ คือ พฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดจากการทำงานและเกี่ยวข้องกับการทำงานที่เป็นสาเหตุให้เกิดเจ็บป่วยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ท่าทางในการทำงานไม่เหมาะสม ท่าทางซ้ำซากและทำงานหนัก คนทำงานวัยกลางคนที่ประกอบอาชีพทำนา ทอเสื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการทำงานที่ซ้ำซาก เป็นกิจกรรมเฉพาะหลายขั้นตอนและท่าทางที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ การทำงานต่อเนื่องมานานจนไม่สังเกตถึงความซ้ำซากของการทำงาน เพราะไม่รู้ว่ามีผลต่อสุขภาพโดยตรง แต่บอกว่าเกิดจากการทำงานที่หนักตลอดวัน จากการสังเกตในพื้นที่ พบว่า ท่าทางในการทำงานที่ทำซ้ำซากเป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อยครั้งละ 4 ชั่วโมง การดำนาที่ก้มตัวทำมุมมากกว่า 45 - 90 องศา การก้มๆ เงย ๆ ก้มปักกล้าข้าวลงดิน การใช้นิ้วหัวแม่มือกดดินเป็นหลุมใส่กล้าและกลบ มีการก้ม

เพื่อปักดำนาสูงสุดที่จำนวน 1,920 ครั้งต่อชั่วโมง ต่ำสุดที่จำนวน 960 ครั้งต่อชั่วโมง มีค่าเฉลี่ยที่ 1,439 ครั้งต่อชั่วโมง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 239.49 การปักดำนาจะมาพร้อมกับการถอนกล้า และการปักดำ ซึ่งกิจกรรมนี้จะมีการทำต่อกันมาหลายปีไม่เคยเปลี่ยนแปลง มีท่าทางซ้ำซากของการก้มๆ เงยๆ ที่คนทำงานวัยกลางคนไม่เคยนึกถึงปริมาณ หรือผลกระทบทางสุขภาพจากท่าทางการทำงานอาชีพ ดังที่คนทำงานบอกว่า “เวลาดำนาที่ก้มลงไปปักกล้าข้าวในนาที่ไถแล้ว เหนียวไปกดดินเป็นรูแล้วเอากล้าใส่ในรูอื่นดินดินกลบ ทำเป็นแถวไปเรื่อยๆ จนกว่ากล้าจะหมดแขนถึงได้ยืดตัวขึ้นไปเอากล้ามัดใหม่ การก้มปักดำเป็น แถว 7 ต่อกับเป็นหน้า ถ้านับคงได้เป็นพันครั้ง คิดแต่ว่าทำงานให้เสร็จเร็วๆ ดำนา 2 คนต้องได้วันละไร่ กลับบ้านปวดหลัง ปวดตัวไปหมดทั้งแขนขา”

ส่วนการเกี่ยวข้าว พบว่า จำนวนครั้งของการทำงานซ้ำซาก ขึ้นอยู่กับลักษณะของต้นข้าวที่ดัดต้นยืนกับข้าวต้นล้มจากแรงลม ซึ่งลักษณะของการเกี่ยวข้าวจะโน้มตัวก้มหน้าลงตัวตั้งแต่เอวขึ้นมา 15 - 30 องศา การเอื่อม การก้ม การเกี่ยวต้องสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน การเกี่ยวข้าวทั่วไป (ข้าวต้นยืน) จะมีจำนวนครั้งมากที่สุดที่ 600 ครั้งต่อชั่วโมง น้อยที่สุดที่จำนวน 150 ครั้งต่อชั่วโมง เฉลี่ย 455 ครั้งต่อชั่วโมง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 156.84 การเกี่ยวข้าวของคนทำงานในนาข้าวที่ต้นข้าวล้มหรือเอนราบกับพื้นนาจะมีความถี่ของการเกี่ยวข้าวมากขึ้นกว่านาที่เป็นต้นข้าวยืนถึง 3 เท่า เนื่องจากเกี่ยวได้ยากกว่าและต้องก้มตัวมากขึ้น สังเกตการเกี่ยวข้าวล้มจะก้มเกี่ยวข้าว 38 ครั้งได้ 1 กำ เกี่ยว 6 - 7 กำจะได้ 1 มัด ดังคำบอกเล่าว่า “เราไปรับจ้างเขาเกี่ยวข้าวได้ค่าจ้างมัดละ 2 บาท ในแต่ละวันต้องให้ได้ 150-180 มัดต้องรีบเกี่ยว ถ้าทำได้มากก็ได้ค่าจ้างมากขึ้นต้องรีบ ก้ม คว่ำ เกี่ยว ทำซ้ำๆ อย่างนี้ทั้งวัน” การสนับสนุนว่า “ข้าวล้มเกี่ยวยาก ตกเกี่ยวได้ที่ละต้น สองต้น ต้องก้มบ่อยกว่าจะได้ 1 กำ นาข้าวล้ม ต้องเกี่ยวเอง ตลอดวันเกี่ยวข้าวได้ครึ่งเดียว”

การทอเสื่อ มักเป็นงานซ้ำซาก เพราะลักษณะของการทอต้อง โนมตัว กระดกมือกระแทกที่ทอเสื่อทำให้เส้นกกแน่นเสมอกัน พบการกระดกมือทอเสื่อสูงสุดที่จำนวน 520 เส้นต่อชั่วโมง ต่ำสุดที่จำนวน 320 เส้นต่อชั่วโมง เฉลี่ยที่ 474 เส้นต่อชั่วโมง โดยทั่วไปการ



ทอเสื้อจะใช้ 2 คนช่วยกัน คนหยิบกอกสอดดกในโครงด้ายที่ซึ่งไว้ และคนทอเสื้อกั้มตัวจากเอาจไปและกระดกมือกระตุกที่ทอเสื้อ 2 ครั้งต่อก 1 เส้น ในคนสอดเส้นกอกจะมีการบิดเอี้ยวลำตัวสอดเส้นกอกตามลายที่วางไว้ มีการเอี้ยวบิดตัว เท่ากับคนกระตุกที่ทอเสื้อ เนื่องจากเส้นกอกยาวต้องบิดตัวสาวเส้นกอกใส่ไม้ไผ่ยาวสอดเส้นกอกแล้วบิดตัวดึงไม้ออก กลุ่มที่ทอเสื้อบอกว่า “ตอนทอเสื้อปวดแขน ปวดข้อมือเพราะต้องดึงฟืมกระแทกเข้าหลายครั้งเพื่อให้งอกมันแน่น หนึ่งผืนใช้เวลาทอประมาณ 4-5 ชั่วโมง เสื้อยาวเมตรแปดสิบนี้ ต้องนั่งหมดวัน” และ “มันต้องเอาเส้นกอกที่ย้อมแล้วสอดใส่ตามสาย เอี้ยวตัวกั้มสอดกอกตลอด ต้องดูว่าจะใช้สีไหนให้ได้ตามลายที่วางไว้กว่าจะทอเสร็จก็ ปวดไปหมด นำเอา นำไหล ก็ทำอยู่ทำเดียวทั้งวัน” อีกรายบอกว่า “การทอเสื้อตั้งแต่ตอนจักเส้นกอก ก็เมื่อยแล้ว กรีดแบ่งเส้นกอก เป็นกองแล้วมาตากมาย้อม แล้วจึงมาทออีกที ก็ทำทำซ้ำ ๆ ตลอด จะเปลี่ยนทำแบบอื่นก็ไม่ได้”

การทำงานหนัก คนวัยกลางคนที่ทำงานเกษตรกรรมและรับจ้าง ล้วนมีการยก การแบกสิ่งของที่มีน้ำหนักมากเกินจนเริ่มมีผลกับกระดูกและกล้ามเนื้อหลัง การออกแรงยกของหนักจะพบตลอดระยะเวลาการทำงานพบว่า จากลักษณะของกิจกรรมของงานเองที่ต้องใช้แรงมาก เช่น น้ำหนักของพันธุ์ข้าว กล้าข้าว ปุ๋ย ที่มีน้ำหนักระหว่าง 10 - 20 กิโลกรัม ที่ยกติดต่อกันเป็นเวลานานเกิน 1 ชั่วโมง จนถึง 8 ชั่วโมง ดังคำบอกเล่าว่า “ต้องแบก ต้องยกพวกปุ๋ย พันธุ์ข้าวไปหว่านที่ละเต็มตะกร้ามากกว่าสิบกิโล หว่านไปจนหมด ก็มาใส่ใหม่จนกว่าจะเสร็จ ก็ 2-3 ชั่วโมง” อีกทั้งแรงงานไม่ทราบผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากแรงสั่นสะเทือนในการใช้รถไถนาเดินตามแรงสั่นสะเทือนทำให้เกิดผลเสียต่อข้อมือ แขน ไหล่ เมื่อทำติดต่อกันเป็นเวลานาน จากการสอบถามพบว่ามีการใช้รถไถติดต่อกันประมาณ 2 - 4 ชั่วโมง “เวลาไถรถไถนาก็เข็นไปให้เป็นแนวยาว จนสุดนาแล้วกลับมา ไถจนหมดพื้นที่นาเรานั้นแหละ บางครั้งก็หมดวันหรือไถนาไปดำเนินไป ก็หลายวันกว่าจะเสร็จ”

2.2 การป้องกันตนเองไม่เหมาะสม คนทำงานวัยกลางคนส่วนมากยังขาดความระมัดระวังในการป้องกันร่างกายจากสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพและกายภาพ ที่ถูกต้องเพียงพอ ได้แก่

1) ไม่ป้องกันตนเองจากเชื้อโรคในพื้นที่ทำงาน ปัญหาของคนทำงานวัยกลางคนร้อยละ 80 ไม่ใส่รองเท้าบู๊ทยาง โดยเฉพาะในการทำงาน ตั้งแต่การเตรียมดิน การไถ การหว่าน การถอนกล้า การดำนา การเก็บเกี่ยว เพราะมีน้ำขัง มีหอยเชอรี่ เศษไม้หรือแก้วได้ และในนามีสภาพเหมาะกับการเจริญของเชื้อโรค การไม่ใส่รองเท้าบู๊ทยางอาจจะได้รับเชื้อโรคหรือพยาธิได้ คนทำงานวัยกลางคนทราบว่าจะเสี่ยงต่อการเกิดเจ็บป่วยได้ มีบาดแผลจากถูกของมีคมในดินบาด การไม่กางลเพราะยังไม่เคยมีคนในหมู่บ้านป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส ทำให้ขาดความตระหนักในการป้องกัน ดังคำบอกว่า “โรคไข้ฉี่หนู ในหมู่บ้านยังไม่มีคนเป็น เวลาลงนาก็ใส่รองเท้ายางบ้าง ถ้าไม่ใส่ก็ใช้ถุงขาเป็นผ้ายาวถึงเข่า กันหอยบาดขาเท่านั้น” และ “มือเป็นแผลไปดำนา ไม่ใส่ถุงมือ เลยเป็นหนองอยู่ที่เล็บ” คนทำงานในอาชีพเกษตรมีความรู้ข้อดีของรองเท้าบู๊ท แต่รองเท้าบู๊ทที่ไม่สะอาดกต่อการทำงาน ให้เหตุผลต่อการไม่ใส่บู๊ทยางว่า “เวลานำนาต้องอยู่ในตม ใส่รองเท้ายางเดินไม่ได้ ยกขาออกจากดินยาก ดำนาได้ช้า ขากก็หนัก มันอับและบับเท้าช่วงเกี่ยวข้าวยิ่งร้อนไปหมด ใส่แต่รองเท้าแตะ”

2) การไม่ป้องกันอันตรายจากสัตว์ จากการทำงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับธรรมชาติ มีสัตว์มีพิษอยู่ใกล้ที่ทำงาน ต้องมีความระมัดระวังตนเองและป้องกันจากการถูกสัตว์มีพิษกัด ต่อยจากการทำงาน เช่น งู แมงป่อง ตะขาบ ต่อ แตน คนทำงานวัยกลางคนบอกว่า “การไม่ดูเสื้อผ้า หรือคว่ำรองเท้าก่อนใส่เลยถูก แมงป่องในเสื้อผ้าที่ถอดพาดไว้ต้อยอยู่เถียงนา ปวดมาก” และมีสัตว์อื่น ๆ อีกเช่น “ตัวต่อ แตน นี่ก็ถูกต้อยช่วงเกี่ยวข้าว รังมันอยู่ตามรวงข้าว กัดต้นข้าว ตอนเกี่ยวข้าวไม่ระวังก็มีคนถูกต้อยทุกปี”

3) การทำงานกลางแดด ฝน และฝุ่นฟางข้าว คนทำงานวัยกลางคนทำงานกลางแดดและฝนในแต่ละวันมากกว่า 6 ชั่วโมง ย่อมมีผลกับสุขภาพร่างกายอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก การทำงานที่ต้องเกี่ยวเนื่องกับฤดูกาลและช่วงเวลา การดำนาเริ่มต้นเป็นระยะของฤดูฝน ดังนั้นการไถนา หว่านกล้าและดำนาที่ต้องทำติดต่อกัน จึงต้องทำกิจกรรมกลางสายฝนเพื่อให้งานเสร็จเร็วตามเวลา จะหลบฝนเมื่อมีฝนตกหนัก ทำให้ต้องตากแดด ตากฝนเป็นประจำ คนทำงานวัยกลางคนบอกว่า “ฝนตกน้อย ๆ



ดำเนินได้ดี จะไม่ร้อน เปียกก็ข้างมันทนเอา ต้องรีบทำให้เสร็จ ถ้าน้ำขาดก็จะดำเนินไม่ได้ ถ้าฝนตกแรงค้อยหยุด หลบฝน ซาแล้วก็ไปทำใหม่ ถ้าเป็นไข้ก็กินยาเอา”

ในฤดูกาลเก็บเกี่ยวข้าวก็มีระยะเวลาจำกัด การสัมผัสฝุ่นฟางข้าวในการเก็บเกี่ยวข้าวที่มีผลต่อร่างกายของคนทำงาน โดยมีการป้องกันตนเองไม่เพียงพอเนื่องจากไม่เห็นความสำคัญ คิดว่าเรื่องทำงานเพื่ออาชีพตัวเองมากกว่าการป้องกัน อีกทั้งการปิดปากและจมูกที่ไม่มีผลป้องกันดีพอ ยังพบฝุ่นดำติดที่จมูกอยู่ ซึ่งการไม่ตระหนักว่าปัจจัยทางกายภาพเหล่านี้เป็นปัญหาสุขภาพกับคนทำงานเพราะยังไม่เกิดอาการรุนแรง ในการเกี่ยวข้าวจะไม่มีการปิดปากหรือจมูก โดยบอกว่า “ทำงานกลางแดดก็ร้อนอยู่แล้ว ถ้าปิดปากปิดจมูกอีกมันก็ยิ่งหายใจไม่คล่อง หงุดหงิด ทำงานช้า ร้อนหน้า ถึงปิดจมูกแล้ว ตอนเย็นเช็ดดูที่รูจมูกดู ก็มีฝุ่นเหมือนกัน ถ้ามลไม่แรงก็ไม่ใส่หรอก”

4) การไม่ป้องกันอันตรายจากของมีคมในการทำงาน ในการทำงานต้องใช้อุปกรณ์สิ่งมีคม เช่น จอบ เคียว มีดขั้วน มีดบางกรีดคอก เมื่อขาดการระมัดระวังก็โดนบาด ไม่ใส่รองเท้าบู๊ทเวลาขับรถไถนา เดินในนาโดยไม่ใส่รองเท้าถูกเปลือกหอยเซอริ์ เศษแก้ว หรือการกระแทกของรถไถนา “ช่วงเกี่ยวข้าวคว่ำไว้แล้วเกี่ยวข้าวตั้งเร็ว ไม่ดูจึงถูกเคียวบาดนิ้วนี้ (ชี้รอยแผลที่นิ้วกลาง) ต้องไปเย็บ 3 เซ็ม” คนทำงานที่ไ้รถไถนาบอกว่า “วันก่อนขับรถไถนาแล้วมันบั่นไปถูกคันทนา คว่ำ ปิดเท้าตัวใส่บู๊ทยางไว้ เกือบขาด บู๊ทนะขาดเลย” การขับขึ้นในทางเดินไปที่นาผิวทางไม่เรียบ ลื่น เกิดอุบัติเหตุลื่นล้มระหว่างการเดินทาง การเหยียบเศษแก้วที่ท้องนา จะพบได้บ่อยทุกปี

2.3 การใช้สารเคมีในการทำงานที่ไม่เหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลหลักในการทำงานใช้สารเคมีต่างๆ ได้แก่ ปุ๋ยเคมีสูตรต่างๆ ทั้งสูตร 16-16-16 สูตร 15-15-15 ปุ๋ยยูเรีย และฮอร์โมนเร่งข้าวในนา การใช้ยาตราหามาแดง ที่มีทั้งสูตรยาปราบวัชพืช และสูตรยามาหอยเซอริ์ มีถุงตวงแบ่งขายไม่มียี่ห้อกำกับ ยาปุแดง โคโคซาน คนทำงานวัยกลางคนมีความเสี่ยงในการสัมผัส แบ่งเป็น 3 ช่วง ในช่วงก่อนใช้สารเคมี ขณะใช้สารเคมีและหลังการใช้สารเคมี และในการใช้สารเคมี คนทำงานวัยกลางคนมีการป้องกันตนเองที่ไม่เหมาะสม กล่าวคือ ไม่สวมบู๊ทยาง

ไม่สวมหน้ากาก ใช้มือจับสารเคมี และเมื่อใช้ยาและพ่นยาแล้วไม่มีการอาบน้ำล้างตัวทันที การล้างมือและขาโดยใช้ น้ำปริมาณน้อย คนทำงานวัยกลางคนมักมีการป้องกันเพียงบางอย่างดังกล่าวบอกเล่าว่า “ตอนไปพ่นยา ไม่ได้ใส่ป้องกันตัวครบเพราะทำงานไม่ถนัด ดูทางลมเอา ใส่ปุ๋ยที่นั่นก็ใส่ถุงมือบ้าง ใช้ถุงพลาสติกบ้าง ปากจมูกปิดเป็นบางครั้ง ก็มีแสบมือ แสบจมูกอยู่ก็เพราะถึงใส่ผ้าปิดก็ไม่อยู่บางครั้งก็ลืมเอาไป” บางคนบอกว่า “เวลาใส่ยาม่าหอย ใส่ปุ๋ยไม่ได้ใช้มาก จึงใส่ไม่ครบ ถุงมืออย่างก็ขาดง่าย จึงใช้มือเปล่าหรือถุงก๊อบแก๊บแทน” ในคนทำงานที่ใช้สารเคมีฆ่าหอยและฆ่าหญ้า มีการป้องกันตนเองขณะใช้สารเคมีได้ดี แต่ขาดความรู้เรื่องระยะปลอดภัยจากสารพิษตกค้าง ทำให้มีการเจ็บป่วยจากพิษตกค้างบ่อยๆ ดังกล่าวบอกเล่าว่า “ตอนไปถอนหญ้าที่ขึ้นแซมกอข้าวในนาที่เคยใส่ยาม่าหอยไว้ 10 กว่าวันแล้ว หอยก็ไม่ตายเพิ่มแล้ว น้ำก็ใสดีคิดว่าหมดฤทธิ์ยา ไปลงน้ำไม่ได้ใส่ถุงมือบู๊ทยาง มีอาการคันแล้วก็แสบทั้งแขน ขา มีตุ่มผื่นขึ้นจนต้องไปหาหมอในเมือง”

ส่วนกลุ่มที่ทอเสื่อมีการใช้สิ่เคมีสำหรับย้อมกก จะพบว่า มีการย้อมสีกกโดยไม่ใส่ถุงมือ และการเทสีเคมีที่เหล็กลงดิน จากการสังเกตการย้อมสีกกของคนทำงานเพศหญิง ไม่มีการป้องกันโดยการใส่ถุงมือขณะย้อม ทำให้สีเคมีติดมือขณะย้อมกก และมีการใช้มือที่เปื้อนสีในการปรุงและจับอาหารรับประทานทั้งให้ตนเองและป้อนให้หลาน

2.4 ใช้สิ่งเสพติดขณะทำงาน กลุ่มคนทำงานวัยกลางคนมีพฤติกรรมเสี่ยงที่พบได้ทั่วไปคือการใช้สิ่งเสพติด ได้แก่ สุรา บุหรี่ เครื่องดื่มชูกำลัง เนื่องจากลักษณะการทำงานที่ต้องใช้แรงมาก ระยะเวลาานเกิด ความเหนื่อยล้าและวัฒนธรรมความเชื่อที่ว่า สุราทำให้มีแรง เลือดลมเดินดี หายเหนื่อย บุหรี่ในเพศชายจะทำให้หัวคิดโล่ง มีสมาธิมาก การเครื่องดื่มชูกำลังจะทำให้ไม่ง่วง ทำงานได้ทนขึ้น เมื่อใช้เป็นประจำทำให้ต้องใช้ต่อเนื่องจนติด พฤติกรรมการใช้สิ่งเสพติดของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ กลุ่มสุราซึ่งมากถึง 15 คน (ร้อยละ 93.75) มีทั้งสุราพื้นบ้าน (เหล้าขาว) สุรากลั่น (เหล้าแดง) เบียร์ โดยมีเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ (สปาย) บางครั้งจะพบว่า ต้มกิน 1 หน่วยบริโภค(สุรา 30 เซนต์ลิตร เบียร์ 330 เซนต์ลิตร) การดื่มสุราในการทำงานของคน



ทำงานวัยกลางคนที่ได้ศึกษามีการตีพิมพ์ในการทำงานเพราะเชื่อว่าสุราจะทำให้หายเหนื่อยจากงานเพื่อทำให้พักผ่อนได้ง่าย และความเชื่อว่าเป็นการเข้าสังคมคนทำงาน ดังคำบอกเล่าว่า “ต้องกินเหล้าเวลาเหนื่อยมากๆ กินเป็นก๊ง ถ้าเหนื่อยน้อยก็ก๊งเดียว แต่ถ้ากินกับเพื่อนก็จะมากกว่าก๊ง” คนทำงานเพศหญิงบอกเล่าว่า “ทำงานเมื่อยๆ แล้วกินเหล้าก๊งหนึ่งให้ตัวมันร้อน มีแรงหายเมื่อยพักผ่อนได้ดี ก็กินเกือบทุกเย็น” การดื่มสุราคนทำงานวัยกลางคนที่ดื่มเป็นประจำทุกวัน มีการดื่มสุรามากหลังการทำงานแล้วดื่มจนเมา จะมีการ “ถอน” เพื่อให้มีแรงทำงานในตอนเช้า และช่วงพักงานจะดื่มเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายพร้อมทำงาน “มันเคยกินทุกมื้อ ถ้าบ่กินทำงานบ่ได้ มันสิ้น ปวดหัว มึนขมับ แต่ต้องกินแก้ตอนเช้านี้ จอกเดียวก็เฮ็ดงานได้หมดมื้อ ตอนแล้งก็เหล้าขาวขวดน้อย” คนทำงานวัยกลางคนที่ดื่มสุราจะดื่มมากหลังจากการจ้างทำงาน ว่างตกถูก และงานสังคมของคนทำงานร่วมกัน เช่น “กินเหล้าแดงกินทีละหน่อย เป็นสังคมนำบ้านเขา หมู่พวกให้กิน บ่กินหมู่ก็ว่าเขาเป็นบ้า ต้องกินนำกันทุกครั้ง” ปัจจุบันการเลี้ยงสุราหลังทำงานจะลดลง แต่คนทำงานก็ซื้อมารับประทานเอง การดื่มสุรามีผลกระทบต่อสุขภาพ คือ เกิดการเจ็บป่วย และอุบัติเหตุจากสุรามากที่สุด รองลงมา คือ เหนื่อย เวียนศีรษะ ทำงานไม่ได้ ต้องนอนหรือหยุดงานไปเป็นวัน

สิ่งเสพติดกลุ่มบุหรี่และเครื่องดื่มชูกำลัง จะพบมีการใช้ในคนทำงานวัยกลางคนมีการใช้เพียงบางครั้ง 3 ราย (ร้อยละ 18.75) แต่จากการสังเกตในผู้ให้ข้อมูลหลักเลิกบุหรี่แล้ว ส่วนเครื่องดื่มชูกำลัง ใช้กรณีเหนื่อยเพลียมากระหว่างทำงาน และใช้ไม่เกินวันละขวด โดยบอกว่า ไม่ใช่เพราะเป็นความฟุ่มเฟือย สิ้นเปลืองเงิน

2.5 การไม่ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักมีการทำงานที่หักโหม ใช้แรงงานมากและต่อเนื่อง ไม่มีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ มีความเข้าใจว่าการทำงานหนักทั้งวัน มีการใช้แรงมากเพียงพอเหมือนการออกกำลังกาย และจากภาระงานบ้านหลังการทำงานหนัก โดยไม่เคยมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อการออกกำลังกายผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อหลัง เหว และขา ร่วมกับเข้าใจว่าการออกกำลังกายควรเป็นการเดินแอโรบิก ดังคำบอกเล่าว่า “ก็ทำงานหนักอยู่ทุกวันเหมือนได้ออกกำลังกายแล้ว กลับมาก็เหนื่อยมาก ก็รีบนอน มาเดิน

ออกกำลังกายอีกไม่ไหว” และอีกคนบอกว่า “เลิกงานกลับบ้าน ต้องทำอาหารให้ครอบครัว ไม่มีเวลาเหลือ และอายุถ้าจะมาเดินแอโรบิกคนเดียว การยืดเหยียดไม่เคยเห็นเลยทำไม่เป็น” ทั้งนี้กิจกรรมกลุ่มออกกำลังกายของหมู่บ้านได้หยุดไป เนื่องจากไม่มีเวลาและไม่มีผู้นำออกกำลังกายในหมู่บ้าน

2.6 การซื้อยาใช้เอง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนมากใช้ยาจากสถานีนามัยใกล้บ้านและคลินิกในจังหวัดและโรงพยาบาลในจังหวัด แต่ถ้าเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานส่วนมากจะซื้อยาใช้เอง มีคนทำงานวัยกลางคนบางคนปวดหลังมากจะไปรักษาที่สถานีนามัยด้วยการใช้ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ แต่เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจะไปซื้อยาจากร้านขายยาหรือร้านค้ามารับประทานเอง ประเภทยาคลายกล้ามเนื้อ ได้แก่ ยาเพียแคม ยาป็อก¹⁹ บูรา จากการสังเกตและสอบถาม จะมีการใช้ ตั้งแต่ 1-2 เม็ด ต่อครั้ง มีการซื้อยาดังกล่าวมาใช้จะเป็นการซื้อโดยคำบอกเล่าของเพื่อนบ้านหรือความเชื่อของคนทำงานว่าใช้ยานี้แล้วจะดีขึ้น หายเหนื่อยจะได้ทำงานได้ต่อในวันอื่นๆ เช่น ใช้ยาดอกสมุนไพรรจากพระที่อำเภอศรีธาตุ จะชักชวนกันไปหลังจากคนในหมู่บ้านไปรับยามาแล้วอาการดีขึ้น หรือการรับประทานยาแก้ปวด 1 เม็ดก่อนทำงานจะทำให้ไม่ปวดทำงานได้มาก โดยคนทำงานบอกว่า “การเจ็บป่วยจากทำมาคือปวดหลัง ปวดเอว กินพาราแล้วนอนพัก แต่ถ้าไม่หายปวดก็กินยาเพียแคม หรือยาป็อก 2 เม็ดยานี้ต้องไปซื้อเอาเอง” และ “ฉันลิกินยาแก้ปวดที่ซื้อมากินก่อนทำงาน ไม่อย่างนั้นจะทำงานไม่ได้ มันปวดตัวไม่ได้งาน” อีกรายบอกว่า “ถ้าปวดตัวหลายๆ ทนบ่ได้ ไปชื้อยาลีตอยู่อนามัย แล้วลิกินยาคลายเส้นแวงสีแดงซื้อนำร้านให้คลายกล้ามเนื้อด้วยถึงหาย ถ้าปวดแถมดลูกบอกกันมาให้ชื้อยากาโนมากิน 3 เม็ดก็หาย ส่วนมากยาแก้ปวดหลัง ปวดเอวจะชื้อกินเอง”

2.7 รับประทานอาหารไม่เหมาะสม กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักขณะทำงาน ส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารดิบๆ สุกๆ และไม่เป็นเวลาโดยเฉพาะเมื่อต้องรับทำงานเพื่อให้ทันฤดูกาล และน้ำ ร่วมกับรายได้จากการรับจ้างทำงานของคนทำงานวัยกลางคนที่ไม่แน่นอนโดยรายได้มาจากการรับจ้างทำนาในหมู่บ้าน จากมีรายได้น้อยเพื่อประหยัดและจากการทำงานที่ต้องรับทำให้ได้จำนวนมาก



มีการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาและรสจัด ทำให้มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น “เราไปปรับจ้ำงทำให้เขาอยากได้ค่าจ้างมากๆ ต้องทำงานไวๆ ให้ได้งานมากๆ ก็กินข้าวไม่ตรงเวลา ปวดท้องกระเพาะต้องไปกินยาเคลือบกระเพาะบ่อย ปวดท้องบ่อยอยู่”

การอภิปรายผล

คนทำงานวัยกลางคนมองภาวะสุขภาพผ่านประสบการณ์การทำงานว่าสุขภาพดีต้องทำงานได้ ทำให้คนทำงานรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของคนทำงานวัยกลางคนว่า พฤติกรรมต่างๆ ที่กระทำแล้วเป็นสาเหตุให้เกิดผลต่อสุขภาพหรือเกิดเจ็บป่วย ซึ่งตรงกับความหมายของคำว่า พฤติกรรมเสี่ยง คือ การกระทำใดๆ ที่มีผลกับสุขภาพในทางลบ และเป็นพฤติกรรมที่ตรงกันข้ามกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ^{5,9} แต่คนทำงานวัยกลางคนส่วนมากเน้นในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติดกลุ่มเหล้า บุหรี่ เนื่องจากได้รับข่าวสารจากโทรทัศน์ แผ่นพับ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่มากกว่าเรื่องอื่นๆ⁹

1. พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพจากการทำงานของคนที่ทำงานวัยกลางคน คนทำงานวัยกลางคนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่เป็นสาเหตุให้เกิดเจ็บป่วยได้สรุปเป็นสาระสำคัญเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพจากการทำงานอาชีพ คนทำงานวัยกลางคนที่ประกอบอาชีพทำนา ทอเสื่อ รับจ้างทางเกษตร มีทำงานต่อกันยาวนาน มีพฤติกรรมเสี่ยงจากท่าทางในการทำงานที่ซ้ำซากต่อเนื่องและยาวนาน ท่าทางในการทำกิจกรรมเฉพาะอาชีพที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ การทำงานที่ต้องยกของหนัก ท่าทางซ้ำซากต่อเนื่องตั้งแต่ 455-1,439 ครั้งต่อชั่วโมง ยกของหนักกว่า 12 กิโลกรัม จนเกิดการตึงเครียดของกล้ามเนื้อหลังและเอวมีอาการเจ็บป่วยด้วยอาการทางกล้ามเนื้อ ทั้งนี้จากการศึกษาท่าทางการทำงานซ้ำซากจะสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของกิจกรรมและแรงที่ออกไป ซึ่งผลสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การทำท่าทางซ้ำๆ มีการก้ม โกงโค้ง บิดตัว มากกว่า 226 ครั้งต่อชั่วโมง² งานยกเคลื่อนย้ายวัตถุด้วยมือ มีน้ำหนักที่มากกว่า 11.34 กิโลกรัม² งานที่ต้องยืนหรือนั่งเป็นเวลานาน โดยไม่ได้พักหลังเกิน 2 ชั่วโมง จะทำให้เกิดความเครียดต่อ

กล้ามเนื้อหลังและเป็นโรคปวดหลังเรื้อรังได้ ท่าทางที่ซ้ำซากในคนทำงานเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่พบในคนทำงานเกษตรกรรม หัตถกรรม มีการทำงานซ้ำซากและมีผลต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษา^{2,8,10}

การใช้และสัมผัสสารเคมีที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาความรู้ในการใช้มีการป้องกันตนเองที่ไม่ถูกต้องขาดความตระหนัก โดยไม่ใส่หน้ากากปิดปากปิดจมูก ไม่ใส่ถุงมือยางหรือรองเท้าบูทยางในการทำงาน ทำให้เกิดอาการทางระบบทางเดินหายใจ และผื่นแพ้ทางผิวหนัง^{3,11} ในบางคนมีความรู้ในเรื่องการใช้สารเคมี แต่ไม่รู้ระยะปลอดภัยและการออกฤทธิ์ของสารเคมี ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของเกษราวัลล์ นิลวรารุง และคณะ⁸ ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ พบว่า คนทำงานวัยกลางคนที่ต้องทำงานกลางแดดและฝน จะมีการป้องกันตนเองได้ดีโดยการใส่เสื้อผ้าที่มีแขน ขายาว ใส่หมวกปีกกว้างป้องกันแดดแต่ไม่ทุกครั้ง เพราะไม่สะดวก ซ้ำเกะจุกและไม่ตระหนักถึงปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบในคนทำงานกวาดขยะ¹² แต่ปัญหาด้านฝุ่นสี ฝุ่นผงข้าว และฝุ่นนก ที่ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจของคนทำงานวัยกลางคน แต่ขาดการป้องกัน เนื่องจากความรู้สึกไม่ชิน ร้อน รำคาญ และไม่สะดวกในการทำงาน การไม่ป้องกันอุบัติเหตุขณะทำงาน โดนสิ่งมีคมบาดจากการเดินทางไปทำนา การลื่นล้มระหว่างการเดินทาง การเหยียบเศษแก้วที่ท้องนา โดนเคียวหรือรถไถบาด ไม่ใส่รองเท้าบูท มีความเสี่ยงโดยเฉพาะโรคติดเชื้อทางน้ำ คนทำงานที่ทำนา ทำให้ติดเชื้อหรือได้รับบาดเจ็บได้ การไม่ป้องกันจนเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจะพบสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรา จุฬารัตนา และคณะ³

คนทำงานวัยกลางคนมีการใช้สิ่งเสพติด เช่น สุรา เครื่องดื่มชูกำลัง โดยเฉพาะการดื่มสุรา มีการดื่มสุราชามากกว่าชนิดอื่น ในเพศหญิงจะดื่มสุรา 1 - 2 กัง (30 เซนต์ลิตร) เป็นเวลา 2-3 วันต่อสัปดาห์ ที่ทำงานหนักและรู้สึกเมื่อยล้ามากๆ ส่วนเพศชายดื่มมากกว่า 2 กังทุกวันหลังทำงาน เพราะเชื่อว่า สุราจะทำให้หายเหนื่อยจากงาน คลายความเมื่อยล้า ทำให้พักผ่อนได้ง่าย และจากความเชื่อว่าเป็นการเข้าสังคมคนทำงาน^{13,14} และพบการสูบบุหรี่ในเพศชาย 3 ราย เพื่อผ่อนคลายสมอง



ในกลุ่มผู้ร่วมโครงการยังมีผู้ใช้บุหรืในการทำงานเฉพาะ เวลาต้องคิดมาก ๆ สืบเพื่อผ่อนคลายเป็นการ ใช้ เครื่องดื่มชูกำลัง พบมีการใช้น้อย เนื่องจากมองว่าเป็น รายจ่ายที่มากขึ้นและไม่จำเป็น ยกเว้นเหนื่อยเพลียมาก คนทำงานที่ใช้จะดื่มก่อนการทำงานเพื่อกระตุ้นให้ตื่นตัว ในเวลาทำงานให้ได้ปริมาณงานมากขึ้น ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของภัทรา จุลวรรณา และคณะ^{3,13}ในการเก็บ ข้อมูลพบว่าถ้าไม่ใช้จากการทำงาน คนทำงานวัยกลางคน เพศหญิงมีการดื่มสุรามากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีการ สังสรรค์และดื่มในงานประเพณีต่าง ๆ ของหมู่บ้านที่จัด ต่อเนื่องเป็นประจำโดยดื่มตั้งแต่เริ่มงานถึงหลังการช่วย งานบุญอีกหนึ่งวัน

1.2 พฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ในกลุ่มคนทำงานวัยกลางคน มีการบริโภคอาหารไม่ เหมาะสม และไม่ถูกต้องเกือบทุกคน มีการรับประทาน อาหารดิบ ๆ สุก ๆ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลาและ รสจัด จากการห้วงรายได้จากการรับจ้าง ความเร่งรีบ ทำงานทำให้รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เกิดโรคแผล ในกระเพาะอาหาร และการประหยัดเวลาไม่ต้องก่อไฟ การเคยชินรสชาติอาหารรสจัด ซึ่งสอดคล้องกับหลาย การศึกษา ที่พบว่า คนทำงานที่อาศัยในชนบท มีการ รับประทานอาหารดิบ ๆ สุก ๆ บ่อย อาหารรสเค็ม เผ็ด และ มีอาการของโรคแผลในกระเพาะอาหารจากการรับประทาน อาหารไม่ตรงเวลาและรสจัด^{3,8,14,15}

การขาดการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จากการ ทำงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้แรงมากตลอดวันและต่อเนื่อง โดยคิดว่าการทำงานหนักทั้งวัน มีการใช้แรงมากเพียง พอเสมือนการออกกำลังกาย รวมถึงมีภาระงานบ้าน หลังการทำงานหนัก โดยไม่เคยมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อการออกกำลังกาย ผ่อนคลายความตึงเครียดของ กล้ามเนื้อหลังและเอวไม่มีเวลาและอายุที่จะออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหลายๆ การศึกษาที่ไม่ ออกกำลังกายเพราะเหน็ดเหนื่อยจากการทำงานที่ต้อง ใช้แรงมากตลอดวัน และคิดว่าเพียงพอแล้ว^{3,8,11,12,13,15} อีกทั้งพบว่า การซื้อยารับประทานเองเป็นพฤติกรรม เสี่ยงที่เกิดภายหลังการทำงานหนักที่พบมากที่สุด ได้แก่ ยาสำหรับรักษาอาการปวดหลัง ปวดเอว มากที่สุด รองลงมา คือ โรคผื่นแพ้ผิวหนัง โรคหวัด การเจ็บป่วย ที่เกิดจากการทำงาน คนทำงานวัยกลางคนมักมีการซื้อยา

รับประทานเอง นวดแผนไทย และใช้สมุนไพร ยาที่ซื้อ เพื่อรักษาอาการปวดหลังมักเป็นยาเพี้ยแคม ยาปอก ยาพาราเซตามอล ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ซื้อ ยารับประทานเองของกลุ่มคนทำงานต่างวัยและต่าง อาชีพ^{3,8,11-17}

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่พยาบาลทราบปัญหาของ คนทำงานและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพจากการทำงาน เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง ทางสุขภาพจากการทำงาน มีการป้องกันและการแก้ไข ปัญหาทางสุขภาพของคนทำงานวัยกลางคนในพื้นที่อย่าง เหมาะสมก่อนเกิดการเจ็บป่วย

2. ด้านการวิจัย นำผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูล วิจัยเบื้องต้นที่ศึกษาในเชิงคุณภาพในคนทำงานในพื้นที่ ควรมีการศึกษาในเชิงปริมาณต่อเนื่อง เพื่อให้เห็น ปัญหาของพื้นที่จริง จัดทำการวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหานั้น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Lachman ME. Development in midlife. Annual Review of Psychology 2004; 55: 305-331.
2. Brenard BP, editor. Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors. USA.: U.S. Department of Health and Human services; 1997.
3. ภัทรา จุลวรรณา, อำภพร พวีวิไล, บุญจมาภรณ์ จันทรพัฒน์, กชกร อยู่เย็น. การสำรวจสถานะ สุขภาพของประชากรวัยแรงงานโดยการตรวจ ร่างกายศึกษาเฉพาะอาชีพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข; 2544.
4. กันต์ เชิญรุ่งโรจน์ บรรณาธิการ. รายงานผลการ สำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการ บาดเจ็บปี พ.ศ.2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; 2548.
5. จารุวรรณ นิพพานนท์. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรม สุขภาพในงานสาธารณสุข. ขอนแก่น: คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
6. วิทยา อยู่สุข. อาชีวนามัยความปลอดภัยและ สิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: นำอักษร การพิมพ์; 2544.



7. เทพ ทิมะทองคำ. ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2546.
8. เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร และคณะ. การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของแรงงานสตรีนอกระบบ: งานทอผ้าพื้นบ้านในจังหวัดขอนแก่น (ระยะที่ 1). ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
9. เพ็ชรสาลี สุวรรณมาศ. การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลแบบมีส่วนร่วมด้านการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 24-33.
10. กาญจนา นาคะพินธุ์, สมชาย นาคะพินธุ์, จารุวรรณ นิพพานนท์, ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. รายงานการวิจัยเรื่องปัญหาสุขภาพจากการทำงานและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในผู้ประกอบการอาชีพอุตสาหกรรมในครัวเรือนของชุมชนชนบทอีสาน. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.
11. รุ่งฤดี วงศ์ชุม. สุขภาพกับแรงงานสตรีที่รับงานมาทำที่บ้าน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2551; 31(1): 59-64.
12. รจนา วรวิทย์ศรางกูร. ประสบการณ์การดูแลตนเองของคนงานกวาดถนนเทศบาลนครอุดรธานี อ.เมือง จ.อุดรธานี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2548; 28(1): 49-59.
13. สุสัณหา ยิ้มแย้ม, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, อำไพ จารุ-วัชรพาณิชย์กุล. ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีไทยที่ทำงานในภาคเหนือ. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
14. ทิพวรรณ โสภารณกุล. วิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพผู้ชายวัยทอง: กรณีศึกษาในชุมชนอีสาน (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
15. ดารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวผู้มีรายได้น้อย ชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2546; 26(2): 52-61.
16. สมพร วัฒนกุลเกียรติ, สมจิต แดนสีแก้ว, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง. การบริโภคและการลดการบริโภคสารเสพติดในกลุ่มคนงานก่อสร้าง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 41-51.
17. ประพิมพรรณ รัตนอัมพา, ไพบุลย์ ดาวสดใส. การศึกษาเวลาการทำงานการพยาบาลโดยเทคนิคการสุ่มงานแบบสองมิติในหออภิบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ลิริกิต์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(3): 28-36.



**การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดิน
หายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่**

**Development and Implementation of Clinical Practice Guidelines for
Unplanned Endotracheal Extubation in Pediatric Intensive Care Unit,
Nakornping Hospital, Chiang Mai**

เยาวภา จันทร์มา ป.พ.ส.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนานี้ มุ่งพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) บุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 5 คน และผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 31 คน 2) ผู้ป่วยทารกและเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยการคาท่อทางเดินหายใจ 30 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยทารกและเด็ก และบุคลากรทางสุขภาพ แบบบันทึกอุบัติการณ์ท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุด ระยะเวลาคาท่อทางเดินหายใจ และแบบสอบถามความพึงพอใจบุคลากรทางสุขภาพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง (Relative Risk) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทารกและเด็กกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีโอกาสเสี่ยงต่อท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุด เป็น 10.11 เท่าของผู้ป่วยทารกและเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (95 % Confidence Interval 6.25-13.96) การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีความสามารถป้องกันอุบัติการณ์ท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุด เท่ากับร้อยละ 90.02 และระยะเวลาคาท่อทางเดินหายใจ มีค่าเฉลี่ยอันดับของระยะการคาท่อทางเดินหายใจ เท่ากับ 7.17 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.01 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 และบุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมากต่อการใช้แนวปฏิบัตินี้

จะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้มีประสิทธิผลในการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก จึงควรนำไปใช้เพื่อการป้องกันเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ โดยการพิจารณาความพร้อมของสถานที่ บุคลากร และอุปกรณ์ของแต่ละสถาบันร่วมด้วย

คำสำคัญ: การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุด ผู้ป่วยทารกและเด็ก

Abstract

This developmental research aimed to develop and implement clinical practice guidelines (CPGs) for prevention of unplanned endotracheal extubation in critical pediatric patients. The samples consisted of: 1) 5 health care personnel who developed CPGs, 2) critically pediatric patients who were admitted in pediatric

*พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่



intensive care units before (n=15) and after (n=15) the CPGs implementation, 3) 31 health care personnel who took care of critically pediatric patients with endotracheal tube. The instrument used for data collection included patient demographic data questionnaire, a health care provider demographic data questionnaire and a health care personnel satisfaction questionnaire which were validated by five experts. Data of relative risk were analyzed by using descriptive statistics and paired t-test.

Results of the study revealed that before using the clinical practice guidelines, critical pediatric patients group had a higher risk of unplanned endotracheal extubation than after using the clinical practice guidelines by 10.11 (95% Confidence Interval = 6.25-13.96) and more secure intubation 90.02 %. The duration of intubation in clinical pediatric patients who received CPG were 7.17 day while those who does not use of CPGs were 5.01 day which statistically significantly at the level of 0.001. Most of health care personnel reported a high level of satisfaction with the CPGs.

The findings indicate that CPGs are effective and practical for prevention of unplanned endotracheal extubation in pediatric intensive care unit. The guidelines could also be adapted for use in other institutions based on the availability of staff and equipment.

Keywords: clinical practice guidelines, implementation, unplanned endotracheal extubation, critical pediatric patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจโดยไม่ได้วางแผน เป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในทารกและเด็กที่มีภาวะวิกฤตซึ่งได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่ท่อทางเดินหายใจ¹ ปัญหาการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจของผู้ป่วยเด็กนั้น ส่งผลให้เกิดภาวะล้มเหลวของการหายใจ การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนของเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ และทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของความดันกรดด่างของเลือดในรายที่ไม่สามารถหายใจได้เอง จำเป็นต้องมีการใส่ท่อทางเดินหายใจให้ใหม่² แต่การบวมของหลอดลมทำให้ยากต่อการใส่ใหม่ อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของหลอดลม³ นอกจากนี้ยังมีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ระดับสมองทำให้สมองขาดออกซิเจนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ต้องได้รับการดูแลที่ซับซ้อนขึ้นเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาให้สูงขึ้นอีก⁴ และส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ของบิดามารดา และญาติ และยังสะท้อนถึงคุณภาพของการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย^{5,6}

สาเหตุของการเกิดท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็กสามารถสรุปได้เป็น 4 ด้าน คือ ด้านบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ตัวเด็ก เกิดจาก 1) เด็กตื่นหันศีรษะไปมา เนื่องจากความไม่สุขสบายหรือมีความเจ็บปวดจากการทำหัตถการ 2) ผู้ป่วยทารกและเด็กมี

น้ำลาย เสมหะในปากจำนวนมากทำให้พลาสติกที่พันคลายตัว 3) ทารกและเด็กดึงท่อทางเดินหายใจ 4) สภาพความเจ็บป่วยที่ทำให้ระดับความรู้สึกตัวของทารกและเด็กไม่ดีพอ 5) ทารกและเด็กเกิดความกลัวสถานที่และสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล และ 6) บุคลากรทางการแพทย์ขาดความรู้ และประสบการณ์รวมทั้งอัตรากำลังที่ไม่เหมาะสม ด้านอุปกรณ์ ประกอบด้วย 1) พลาสติกไม่เหนียว และขนาดความยาวของพลาสติกไม่เหมาะสม 2) สิ่งรองรับเครื่องช่วยหายใจไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการดึงรั้งท่อทางเดินหายใจจากสายเครื่องช่วยหายใจ 3) ท่อทางเดินหายใจมีขนาดเล็กอ่อนนุ่ม หักพับง่ายและเป็นชนิดไม่มีลูกโป่ง และ 4) การปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจไม่เหมาะสม ด้านเทคนิคการดูแล ได้แก่ 1) ความยาวของท่อทางเดินหายใจไม่เหมาะสมซึ่งเกิดจากการตัดสั้น หรือยาวเกินไป 2) การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลโดยไม่ระมัดระวังเพียงพอ เช่น การดูดเสมหะ การเคาะปอด 3) การยึดตรึงท่อทางเดินหายใจไม่เหมาะสม ไม่เปลี่ยนพลาสติกใหม่เมื่อเปียกน้ำลายจนพลาสติกไม่ยึดติดท่อทางเดินหายใจ และ 4) การจัดทำนอนและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่เหมาะสม ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นจากเสียงดังรบกวน 2) อุณหภูมิห้องไม่เหมาะสม^{7,8}

หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม มีความหลากหลายของกลุ่มโรค และกลุ่มอายุผู้ป่วยเด็ก ซึ่งต้องการการปฏิบัติ



การพยาบาลที่มีความถูกต้องรวดเร็ว และมีมาตรฐานพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยเด็ก ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และเกิดท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน เกิดอุบัติเหตุการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจร้อยละ 20 ต่อวันคาท่อ 100 วันคาท่อทางเดินหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย 19.7 วัน ใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ^{9,10}

การเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้โดยการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย โดยเน้นการพัฒนากระบวนการปฏิบัติที่มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base practice: EPB) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เชื่อมโยงความรู้ที่สามารถยืนยันได้ด้วยเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ และการปฏิบัติที่ดีที่สุดมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (clinical nursing practice guidelines: CNPGs)

แม้จะมีการใช้แนวปฏิบัติในการปฏิบัติในการป้องกัน ในปัจจุบันก็ยังมีพบว่าการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก ที่ใช้อยู่ไม่ได้ผ่านการทบทวนและปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้ตามหลักวิชาการ และขาดการประเมินความเป็นไปได้ในสถานการณ์จริงในหน่วยงาน ซึ่งสิ่งสำคัญในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจต้องอาศัยการยึดตรงข้อให้ดี การดูแลที่เหมาะสม การจัดทำและตำแหน่งของศีรษะ และการป้องกันเด็กหันหน้าไปมา

ดังนั้นผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจซึ่งเป็นตัวชี้วัดในด้านความเสี่ยงของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาล จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจในผู้ป่วยทารกและเด็กบนหลักฐานเชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ให้มีระบบการดูแลในทิศทางเดียวกัน โดยมีแนวทางที่เป็นลายลักษณ์อักษร ได้มาตรฐาน บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงของความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน ผู้ป่วยทารกและเด็กได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม เพิ่มคุณภาพในการดูแลและลดปัญหาการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก
2. ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก
3. ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) โดยพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2551

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยทารกและเด็กทุกรายในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยทารกและเด็ก และบุคลากรทางสุขภาพ แบบบันทึกอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ ระยะเวลาในคาท่อทางเดินหายใจ และแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรทางสุขภาพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวัดค่าความเสี่ยง เชิงพรรณนา และ Paired t-test

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ มีขั้นตอนตามแนวปฏิบัติ พ้องคำ ดิลกสกุลชัย¹¹ ดังนี้

1. หลังจากที่ได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์แล้ว ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาเข้าพบหัวหน้าทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษาและขอความร่วมมือในการดำเนินการ

2. รวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็กของหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติทาง



คลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก

3. ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 กำหนดประเด็นหรือเลือกเรื่องที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก รวบรวมปัญหาและผลกระทบของการเกิดท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก เสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และขอความเห็นชอบของหัวหน้าโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

3.2 กำหนดและแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดำเนินงาน กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ พร้อมทั้งกำหนด วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยจัดการประชุมเพื่อร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายที่ใช้แนวปฏิบัติและการกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3.3 สืบค้นหาข้อมูล และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ค้นหาหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ โดยจัดการประชุมชี้แจงทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุด เกี่ยวกับการค้นหาหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ จากนั้นผู้ศึกษาและทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกร่วมกันกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นจากกลุ่มเป้าหมาย วิธีการปฏิบัติ ผลลัพธ์และประเภทของหลักฐาน เช่น ท่อเลื่อนหลุด การประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยยึดท่อทางเดินหายใจ นวัตกรรมจับยึดท่อทางเดินหายใจ endotracheal tube, intubation, guideline, evidence base-practice เป็นต้น จากนั้นสืบค้นข้อมูลทางคอมพิวเตอร์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์สืบค้นงานวิจัย ได้แก่ MEDLINE, ProQuest, PubMed, ScienceDirect, Blackwell Synergy สืบค้นข้อมูลทางคอมพิวเตอร์จาก Websites สืบค้นผลการทบทวนงานวิจัย ได้แก่ www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au สำหรับแหล่งข้อมูลในการสืบค้นด้วยมือ ได้แก่ หนังสือบทความทางการพยาบาล วารสารทางพยาบาล จากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก

3.4 การวิเคราะห์และประเมินข้อมูลที่ค้นมาได้ โดยจัดการประชุมเพื่อให้ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกแต่ละคนนำเสนอผลการสืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ จากนั้นผู้ศึกษาและทีมพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกันพิจารณาในการเลือกหรือประยุกต์ใช้หลักฐานความรู้เหล่านั้น

สำหรับแนวปฏิบัติทางคลินิก

3.5 การสังเคราะห์และพัฒนาวิธีปฏิบัติที่แนะนำภายหลังจากคัดเลือกข้อมูลที่ค้นมาได้ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกันยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก พร้อมทั้งกำหนดระดับของหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Levels of evidence) โดยใช้เกณฑ์ของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย¹² และกำหนดคุณค่าของแนวปฏิบัติโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณค่าของข้อเสนอแนะ (Criteria for recommendations) ของสถาบันโจฮันนาบริกส์¹³

3.6 การทบทวนและวิพากษ์วิจารณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ โดยนำร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นจัดการประชุมพิจารณาสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อร่วมกันพิจารณาและร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก พร้อมทั้งสรุปผลการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้มากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การเริ่มต้นที่ดี การเฝ้าระวังที่ดี การสื่อสารที่ดี

3.7 ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก/โครงการนำร่องโดยการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ผ่านการพิจารณาของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไปทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ติดตามดูแลให้เกิดการปฏิบัติอย่างใกล้ชิด เป็นเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นจัดการประชุมทีมผู้พัฒนาและผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อร่วมกันเสนอปัญหาหรืออุปสรรคจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และจัดพิมพ์เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

3.8 การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกลงสู่การปฏิบัติ โดยก่อนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จัดการประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อชี้แจงเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิกและการนำไปใช้



3.9 จัดทำแผนการเผยแพร่แผนการส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติไปใช้ นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยดำเนินการตามแผนการเผยแพร่และแผนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พร้อมทั้งติดตามเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างใกล้ชิด เป็นเวลา 3 เดือน คือ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2551

3.10 การประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามแบบการบันทึกอุบัติการณ์ จำนวนครั้งของการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจระยะเวลาการคาท่อทางเดินหายใจ ค่ารักษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยทารกและเด็ก เช่นเดียวกับก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นเวลา 3 เดือน เมื่อเสร็จสิ้นระยะที่มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ผู้วิจัยแจกและเก็บแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการป้องกันเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจในผู้ป่วยทารกและเด็กให้แก่บุคลากรทางสุขภาพที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลนครพิงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบจำนวนของอุบัติการณ์ การเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจต่อ 100 วัน การใส่ท่อทางเดินหายใจในระลอกก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและระยะหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้วยสถิติการวัดค่าความเสี่ยง และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาของการคาท่อทางเดินหายใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็กซึ่งเป็นกิจกรรมทางการพยาบาล 3 ขั้นตอน คือ การเริ่มต้นที่ดี การเฝ้าระวังที่ดี และการสื่อสารที่ดี อุบัติการณ์เลื่อน

หลุดของท่อทางเดินหายใจในกลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 17.24 และ 1.72 ครั้งต่อ 100 วัน การคาท่อทางเดินหายใจ ความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกคิดเป็น 10.11 เท่าของกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ และมีค่าเฉลี่ยอันดับของระยะเวลาการคาท่อทางเดินหายใจของกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ เท่ากับ 7.17 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีค่าเฉลี่ยอันดับเท่ากับ 5.01 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 (ตารางที่ 1) โดยกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติมีการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ 1 ครั้งในระยะเวลา 58 วัน คิดเป็นอุบัติการณ์ การเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจทั้งหมด 1.72 ครั้งต่อ 100 วันการคาท่อทางเดินหายใจ และกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติมีการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ 10 ครั้งในระยะเวลา 58 วัน คิดเป็นอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจทั้งหมด 17.24 ครั้งต่อ 100 วันการคาท่อทางเดินหายใจ และความสัมพันธ์ (Relative Rate) ของการคาท่อทางเดินหายใจเท่ากับ 10.11 แปรผลได้ว่า ผู้ป่วยทารกและเด็กกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ เป็น 10.11 เท่าของผู้ป่วยทารกและเด็กกลุ่มที่ได้รับการใช้นโยบายแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุคลากรทางสุขภาพมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายแนวปฏิบัติทางคลินิก ในระดับมาก ในด้านประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ ความชัดเจน ความเหมาะสมในสถานการณ์จริงในโรงพยาบาล ความง่ายต่อการปฏิบัติ ความสะดวกในการใช้ และประหยัดเวลา คิดเป็นร้อยละ 100, 96.78, 90.32, 96.78. , 90.32, 100 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการคาท่อทางเดินหายใจ ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก

ผู้ป่วยทารกและเด็ก	ระยะเวลาของการคาท่อทางเดินหายใจ (วัน)						
	ต่ำสุด	สูงสุด	\bar{X}	S.D.	t-test	df	p-value (1-tailed)
กลุ่มผู้ป่วยก่อนใช้แนวปฏิบัติ	1.01	9	5.01	2.41	-4.16	14	0.0005**
กลุ่มผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติ	5.33	9	7.17	1.01			



การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก หอผู้ป่วยหนักกุมาร-เวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษานำเสนอการอภิปรายผลตามประเด็นคำถามการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็กตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นกิจกรรมทางการพยาบาล 3 ขั้นตอน คือ การเริ่มต้นที่ดี การเฝ้าระวังที่ดี และการสื่อสารที่ดี

สาระเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิกมาจากหลักฐานอ้างอิงทั้งหมด 15 ฉบับ ประกอบด้วย หลักฐานอ้างอิงมาจากงานวิจัยกึ่งทดลอง จึงทำให้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานอยู่ในระดับ 2 แม้ที่มบุคคลากรทางสุขภาพจะมีการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ แต่ก็ยังพบว่ามีการรายงานผลการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินโดยไม่ได้อ้างอิงอยู่ ทำให้อาจเกิดอันตรายต่อชีวิตได้ นอกจากนี้ยังมีความจำกัดด้านจริยธรรมการวิจัยในผู้ป่วยทารกและเด็ก ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยทารกและเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายค่อนข้างสูง จึงทำให้มีการเผยแพร่หลักฐานเชิงประจักษ์ค่อนข้างน้อย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกครั้งนี้มีทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งประกอบด้วย กุมารแพทย์ ผู้ศึกษา นักกายภาพบำบัด และพยาบาลชำนาญการ ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม และการเข้าร่วมเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจเนื่องจากบุคลากรเหล่านี้ตระหนักถึงความสำคัญของการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจที่อาจจะมีผลกระทบต่อการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็ก ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลนครพิงค์ได้เข้าร่วมโครงการประกันคุณภาพของสถานบริการทางสุขภาพ โดยจะมีการประเมินซ้ำของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญภายนอกโรงพยาบาล ซึ่งประกอบกับการมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านบริการทางสุขภาพที่ดีของผู้รับบริการแนวปฏิบัติทางคลินิกจะเป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพบริการที่มีผลต่อการประเมินคุณภาพด้านการบริการ ดังนั้นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งเห็นว่าเป็นทุกขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตั้งแต่เริ่มต้นของขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกจนถึงขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสู่การปฏิบัติ

เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต้องได้รับความร่วมมือจากทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการนิเทศงานและเป็นที่ปรึกษาของกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในขณะที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างใกล้ชิดในระยะ 2 เดือน โดยมีการร่วมกันแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคและประเมินผลลัพธ์ร่วมกัน ซึ่งความร่วมมือทั้งหลายที่กล่าวในข้างต้นจากทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในครั้งนี้สำเร็จได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีอุบัติการณ์การเกิดท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจในผู้ป่วยทารกและเด็ก มีความสามารถป้องกันอุบัติการณ์เลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ เท่ากับร้อยละ 90.02 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยทารกและเด็กที่ได้รับการคาท่อทางเดินหายใจที่ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ มีอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจลดลงและสามารถป้องกันอุบัติการณ์เลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจตั้งแต่วินิจฉัยการประดิษฐ์หลอดโค้งที่ยืดเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจในทารก ที่พบว่าเมื่อใช้สิ่งประดิษฐ์ร่วมกับการดูแลตามปกติสามารถลดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจลงได้มากกว่าทารกที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างเดียว⁶ และจากการศึกษาการประดิษฐ์นวัตกรรม HAPPY BRIDGE สำหรับยึดตรึงท่อทางเดินหายใจในทารกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดได้เช่นเดียวกัน⁷

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระยะเวลาคาท่อทางเดินหายใจ ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและไม่ใช้แนวปฏิบัติพบว่า มีค่าเฉลี่ยอันดับของระยะเวลาคาท่อทางเดินหายใจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยทารกและเด็กที่คาท่อทางเดินหายใจที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจจะมีระยะเวลาการคาท่อทางเดินหายใจมากกว่าผู้ป่วยทารกและเด็กที่ให้การพยาบาลตามปกติ ดังเช่นการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมหลุดในทารกพบว่า ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติทารกจะมีระยะเวลา



การคาท่อทางเดินหายใจมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴

จากการสังเกตของผู้เสนอผลงาน พบว่า กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนัก กุมารเวชกรรม มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน มีความรับผิดชอบและมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านบริการทางสุขภาพที่ดีของผู้รับบริการ ร่วมกับโครงการประกันคุณภาพของสถานบริการทางสุขภาพ โดยจะมีการประเมินโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญภายนอกโรงพยาบาล ดังนั้นแนวปฏิบัติทางคลินิกจึงเป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพบริการที่มีผลต่อการประเมินคุณภาพด้านการบริการ^{15,16,17} ส่งผลให้กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกไปด้วย^{18,19}

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกครั้งนี้นักกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและประชาพิจารณ์เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก จึงทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติทางคลินิก ร่วมกัน มีการประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นระบบ โดยใช้การจัดประชุมอบรมความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก ภาพวิทัศน์ป้ายประกาศ บอร์ด และอุปกรณ์สถิติประกอบการปฏิบัติ พร้อมทั้งการเป็นที่ปรึกษา ติดตาม นิเทศงานอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่องของผู้วิจัยและทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ทำให้กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเกิดการยอมรับและมีความมั่นใจในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ดังนั้นกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจึงมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกทุกข้อมีความง่ายต่อการปฏิบัติ มีความชัดเจน มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้เพื่อปฏิบัติงานในวิชาชีพ มีความถูกต้อง ตรงประเด็น และมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติทางคลินิก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรฝึกกลยุทธ์ที่จะทำให้มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็กไปใช้อย่างต่อเนื่อง และปรับแนวปฏิบัติทางคลินิกให้มีขั้นตอนที่ง่ายต่อการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น และทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดียิ่งขึ้น

1.2 การสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการยึดท่อทางเดินหายใจในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ด้วย ได้แก่ อุปกรณ์ที่ใช้ยึดท่อทางเดินหายใจ

1.3 หน่วยงานที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็กไปใช้ จำเป็นต้องมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ชั้นสูงที่มีสมรรถนะด้านต่างๆ เช่น ความชำนาญในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเด็ก การนำผลวิจัยไปใช้ การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น เพื่อให้การนำหลักฐานเชิงประจักษ์นี้ใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 ควรนำเนื้อหาในแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็กไปใช้ในการสอนนักศึกษาแพทย์และพยาบาล เพื่อให้นำไปใช้ในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเด็กทารกและเด็ก ที่ได้รับการคาท่อทางเดินหายใจ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ภาวะแทรกซ้อนจากท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุด เป็นต้น

2.2 ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยที่ใส่คาท่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น เพื่อให้ได้ผลการศึกษที่สามารถอ้างอิงถึงประชากรได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Kapadia FN, Bajan KB, Raje KV. Airway accidents in intubated intensive care unit patients: an epidemiological study. *Crit Care Med* 2000; 28: 659-664.
2. Koo BN, Koh SO, Kwon TD. Predictors for reintubation after unplanned endotracheal extubation in multidisciplinary intensive care unit. *Korean Journal Critical Care Medicine* 2003; 18(1): 20-25.
3. Grap MJ, Glass C, Lindamood MO. Factors related to unplanned extubation of endotracheal tubes. *Critical Care Nurse* 1995; 15: 57-65.
4. Aparna C, Saeeda I, Divatia JV. Airway accidents in an intensive care unit. *Indian Journal of Critical Care Medicine* 2004; 6(1): 36-39.



5. สุภรี สุวรรณจุฑะ, สุภารัตน์ ไวยชีตา. Current Concepts in Pediatric Critical Care and Nursing. ในสุภารัตน์ ไวยชีตา, ธิดิตา ชัยศุภมวงคผลลาภ, วรณาคงวิเวกขจรกิจ. (บรรณาธิการ). New Trend in Pediatric Critical Care and Nursing. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
6. อติสร วงษา. UNPLANNED EXTUBATION: AN UNWANTED EVENT THAT WE CANNOT DENY. วารสารวันโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต; 2548.
7. พรรณทิพา กริธาชาติ. นวัตกรรมใหม่สำหรับยึดตรึงท่อหลอดลมคอในทารก. สวรรค์ประชารักษ์ เวชสาร 2548; 2(3): 173-184.
8. Preedavan Boonmark. NUCHALARCH AND HOLDER: AND INTERVENTION FOR BETTER SECURING ENDOTRACHEAL TUBES IN NEONATES (thesis). Bangkok: Mahidol University; 2000.
9. มาลัย มั่งชม, รัชฎา อนันต์วรปัญญา, วราภรณ์ แสงทวีสิน, มิรา โครานา. แนวปฏิบัติในการลดความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของหลอดสอดคาท่อลม. ในวิณา จีระแพทย์ และ เกียรติศักดิ์ จีระแพทย์ (บรรณาธิการ). การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย: แนวคิด กระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก. กรุงเทพฯ: ด้านสุทธการพิมพ์; 2550.
10. งานสารสนเทศ. สถิติจำนวนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับคาท่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม.โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2547-2550. เชียงใหม่: หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม.โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่.
11. ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์: การประยุกต์ในการพยาบาลทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ: พรวิวัน; 2549.
12. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. Guideline for the Development and Implementation of Clinical Practice Guideline. [online] 2000 [cited 2008 August 23]. Available from: <http://www.med.monash.edu.au/healthservice/ccel/evidence/pdf/b/026.pdf>
13. The Joanna Briggs Institute. Systematic review- The review process. [online] 2006 [cited 2008 April 20]. Available from: <http://www.jannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>
14. ปิยนันท์ ไพไทย. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอหลุดในทารก (รายงานการศึกษาระยะ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
15. จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล, สงวน รัตนเลิศ, เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. Clinical Practice Guideline: การจัดทำและนำไปใช้. กรุงเทพฯ: ดีไซร์; 2543.
16. อภิญญา จำปามูล. ผู้บริหารการพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(2): 24-32.
17. สุปัทมา ศักดิ์ฐานนท์, พูลสุข ศิริพูล. บรรยากาศองค์กรกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(1): 57-68.
18. จาริณี ที่สุกะ, ไพลิน นัดสันเทียะ, วันสนันท์ ไวยังหน้า. การพัฒนาหน่วยสาธิตการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 12-20.
19. รัศมี งามเจริญ, สุทธิลักษณ์ ตั้งกীরดิษฐ์, ผกาพรรณ เกียรติชูสกุล. กระบวนการและผลลัพธ์ของการส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดสู่โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 31-37.



การพัฒนาารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรงพยาบาลศรีสะเกษ*

The Development of Cardiac Rehabilitation Model for Coronary Artery Disease Patients in Sisaket Hospital*

ขวัญเนตร เกษชุมพล พย.ม.**
ชวันพิศ ทานอง พย.ด.*** นพพล บัวสี พ.บ.ว.****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ การปฏิบัติการ การประเมินผล และการสะท้อนแนวคิดจากการปฏิบัติ ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 9 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 8 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2550-เดือนมกราคม 2551 โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์และการบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการพัฒนาารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรงพยาบาลศรีสะเกษ มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม เป็นการบริหารการหายใจ ข้อต่างๆ และการเดินจากระดับการใช้พลังงานต่ำสุดไม่เกิน 1 METs ค่อยๆ เพิ่มขึ้นทีละขั้นจนถึงระดับการใช้พลังงานสูงสุดไม่เกิน 4 METs 2) ด้านการให้ความรู้ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลระยะแรกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การจับชีพจร การประเมินระดับคะแนนความเหนื่อยในการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมโรค และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี 3) ด้านการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกใช้กิจกรรมช่วยในการผ่อนคลาย ได้แก่ การอ่านหนังสือ การทำสมาธิ การสนทนากับญาติ

ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 5-7 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการออกกำลังกายที่ระดับ 3-4 METs โดยระดับกิจกรรมสูงสุด 4 METs มีร้อยละ 55.56 ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ร่วมในการศึกษาวิจัยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามขั้นตอน และพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีระยะผู้ป่วยในอย่างต่อเนื่อง สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วย

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**** อายุรแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ



Abstract

This study aimed to develop a model of cardiac rehabilitation for patients with coronary artery disease in Sisaket Hospital. Action research was applied comprising the stage of situation analysis, implementation, evaluation, and reflection from practice. The two groups of the participants were: 1) nine patients with coronary artery disease who were receiving medical care from Sisaket Hospital; and 2) eight staff nurses of the intensive care unit and those of the medical ward. The period of the study was seven months from July 2007 to January 2008. Participant observation, group discussion, interview, and field note were utilized for data collection. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics including frequencies and percentage.

The outcomes of the development of the model for cardiac rehabilitation for patients with coronary artery disease in Sisaket Hospital revealed three dimensions: 1) exercises and physical activities included breathing exercise, joint exercises, and walking from the level that require minimum energy no greater than 1 METs, then increased gradually to the level that require maximum energy no greater than 4 METs, 2) health education comprised an information giving in the early stage of illness and guidance in relation to rehabilitation, pulse measuring, scoring of tiredness from exercises or physical activities, as well as the disease and self care behaviors for patients with coronary artery disease, 3) psychological support and the choices of relaxation activities, such as reading, meditation, having conversation with relatives decided by patients.

The outcomes of the cardiac rehabilitation using the developed model revealed that: majority of the participants were able to exercises at level of 3-4 METs; more than half of the participated patients (55.56%) had their maximum activities at the level of 4 METs, the participated patients had their understanding in relation to cardiac rehabilitation; and the participated nurses were aware of the significance of continually of the cardiac rehabilitation for patients with coronary artery disease during hospitalization, and could properly applied the model into practice for their patients.

Keywords: cardiac rehabilitation, coronary artery disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญของการตายมากที่สุดถึงร้อยละ 30 ของประชากรโลก¹ และทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี พ.ศ. 2545 มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเท่ากับ 140.88 คนต่อประชากร 1 แสนคน ซึ่งในปี พ.ศ. 2546 - 2549 เพิ่มขึ้นเป็น 165.66, 185.72, 213.62 และ 232.68 คนต่อประชากร 1 แสนคน ตามลำดับ² และพบว่า อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในปี พ.ศ.2545 เท่ากับ 14.4 คนต่อประชากร 1 แสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 19.1 คนต่อประชากร 1 แสนคนในปี พ.ศ. 2546 และลดลงในปี พ.ศ. 2547-2548 โดยลดลงเป็น

17.7 และ 18.7 คนต่อประชากร 1 แสนคน แต่ในปี พ.ศ. 2549 เพิ่มขึ้นเป็น 19.4 คนต่อประชากร 1 แสนคน³ เชื่อว่าเป็นผลจากการรักษาที่มีความก้าวหน้าและได้ผลดี แต่ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคได้ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลทั้งด้านการรักษา ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพื่อให้การทำงานของหัวใจมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่า จำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในปี พ.ศ. 2547-2549 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 160 ราย เป็น 200 ราย และ 282 รายตามลำดับ และผู้ป่วยมีอัตราตายที่สูงขึ้นถึงแม้ว่าบางปีจะลดลง ในปี พ.ศ. 2547-2549 มีอัตราตายดังนี้ ร้อยละ 36.31, 37.00 และร้อยละ 18.44 ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นกิจกรรมที่จัดกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรคมี 3 องค์ประกอบ³ คือ การออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ลดความเครียด⁴ การสอนโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น⁵ และการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมได้⁶ ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจึงต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อไม่มีข้อห้าม เพื่อประคับประคองให้หัวใจสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด⁷ แต่โรงพยาบาลในต่างจังหวัดยังไม่มีโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นระบบที่ชัดเจน⁸ และจากการสัมภาษณ์พยาบาลและแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิ พบปัญหาว่าไม่มีความเข้าใจในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีภาระงานมากขาดแคลนบุคลากร รวมทั้งยังไม่มีกรนำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมาใช้อย่างชัดเจน ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยเลือกใช้แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งเป็นรูปแบบการรวบรวมปัญหา หรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานร่วมกันในสังคมนั้น ๆ เพื่อพัฒนาวิธีการปฏิบัติงานให้ได้รูปแบบหรือแนวทางในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง⁹ และบริบทของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรงพยาบาลศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)¹⁰ เป็นกรอบในการศึกษาวิจัย

พื้นที่การวิจัย ได้แก่ หอผู้ป่วยหนัก 1 หอผู้ป่วยหนัก 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยกำหนดไว้ 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี 2) พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่หอผู้ป่วยละ 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล ผู้ร่วมวิจัย แนวคำถามความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูปและตัวผู้วิจัย 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีฉบับร่าง แบบประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แบบประเมินระดับการรับรู้ความเหนื่อยขณะออกกำลังกายหรือทำกิจกรรม แบบบันทึกความสามารถในการทำกิจกรรม แบบบันทึกความสามารถในการออกกำลังกายด้วยการเดินภายในเวลา 6 นาที (6 MWTs) วิดีทัศน์เรื่องการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และภาพพลิก

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงจร แต่ละวงจรมี 3 ระยะ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ความต้องการของพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี รูปแบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักต่อเนื่องไปที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย โดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสนทนา



กลุ่มพยาบาลที่เข้าร่วมในการวิจัย เพื่อร่วมกันวางแผน กำหนดแนวทางในการปฏิบัติ และปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามรูปแบบที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม ด้านการให้ความรู้ และด้านการสนับสนุน ทางด้านจิตใจ วงจรที่ 1 ใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 คน แล้วนำมาปรับปรุงเพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในวงจรที่ 2 กับผู้ป่วยจำนวน 6 คน

ระยะที่ 3 ประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และปรับปรุงรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (ภาพที่ 1)

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ลักษณะของผู้ร่วมวิจัย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 9 คน โดยเป็นผู้ป่วยเพศชายร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-60 ปี จำนวน 8 คน และมีผู้ป่วย 1 คน อายุต่ำสุด คือ 24 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 44 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจากทะเบียนประวัติรายงานการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด 9,373 คน จากโรงพยาบาลต่าง ๆ รวม 17 โรงพยาบาล พบว่า มีผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีผู้ป่วยที่อายุน้อยที่สุดเพียง 23 ปี ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายจะมีฮอร์โมนแอนโดรเจนทำให้มีการสะสมไขมันและโคเลสเตอรอลในเลือด ทำให้สัดส่วนระหว่าง HDL และ LDL มีความแตกต่างกันมากขึ้น¹¹ และเพศชายที่มีการสูบบุหรี่จะเพิ่มการ oxidized LDL เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่มีผลให้เลือดแข็งตัวง่ายขึ้น¹² ผู้ป่วยที่ร่วมการวิจัยมีสถานภาพสมรสร้อยละ 100

ผู้ป่วยทั้งหมดล้วนมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมากกว่า 1 อย่าง สามารถจัดกลุ่มได้ดังนี้ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ คือ เพศชาย การมีอายุที่มากขึ้น บุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหัวใจ 2) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ คือ การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ความเครียด บุคลิกภาพแบบเอและการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ผสม ข้อมูลดังกล่าวเป็นไปตามทฤษฎีของการเกิดโรคหลอดเลือด

หัวใจโคโรนารี¹³ โดยปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดเป็นการสูบบุหรี่ร้อยละ 88.89 รองลงมา คือ การไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 66.67 ความเครียด ไขมันในเลือดสูง การออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ผสมร้อยละ 33.33 ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีระยะเวลาของการสูบบุหรี่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.56 โดยที่ยังคงสูบบุหรี่มีถึงร้อยละ 77.78 ผู้ป่วยทั้งหมดเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นครั้งแรก โดยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น STEMI ร้อยละ 66.67 NSTEMI ร้อยละ 33.33 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ของสุพจน์ ศรีมหาโชตะ และคณะ¹¹ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น STEMI มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 42.7 โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีปัจจัยเสี่ยงเรื่องการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุหลายเท่า ซึ่งผู้ป่วยที่ยังคงสูบบุหรี่ถึงแม้จะสูบเพียง 1-4 มวนต่อวัน มีผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการกำเริบของโรคที่รุนแรงเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า¹²

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 9 คน ผู้ป่วยมีตำแหน่งที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายมากที่สุด คือ บริเวณผนังหัวใจด้านหน้า (anterior wall) ร้อยละ 55.56 รองลงมา คือ บริเวณผนังหัวใจด้านล่าง (inferior wall) และบริเวณผนังหัวใจด้านข้างร่วมกับด้านหน้า (anterolateral wall) ร้อยละ 22.22

พยาบาลผู้ร่วมการวิจัย ในขั้นตอนที่ 1 มีพยาบาลผู้ร่วมในการวิจัยจำนวน 8 คน แต่ในช่วงของการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเข้ารับการรักษาเฉพาะที่หอผู้ป่วยหนัก 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ส่วนหอผู้ป่วยอื่นไม่มีผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่ต้องการ ดังนั้นพยาบาลผู้ร่วมในการศึกษาวิจัยครบทุกขั้นตอนมีเพียง 4 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีประสบการณ์ในการทำงานและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีระหว่าง 5-10 ปี ทั้งนี้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้พยาบาลมีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และสามารถคิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา จัดการ และประเมินผลการรักษา¹⁵ ได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การที่พยาบาลผู้ร่วมการวิจัยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย



จะช่วยให้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกันได้อย่างมีคุณภาพและบรรลุเป้าหมาย

2. ผลการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จากการศึกษาที่ผู้วิจัยและพยาบาลผู้ร่วมวิจัยได้ศึกษา วิเคราะห์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันใน การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สามารถสรุปผลการศึกษาเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรงพยาบาลศรีสะเกษ และผลการปฏิบัติตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่พัฒนาขึ้น

2.1 ด้านกระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยจัดการสนทนากลุ่มพยาบาลผู้ร่วมวิจัยตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ พบว่าพยาบาลมีความตระหนักที่ดีว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เกิดความภูมิใจในตนเอง ลดความวิตกกังวล สำหรับการปฏิบัติเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ปฏิบัติทั้งที่หอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลผู้ร่วมในการศึกษาวิจัยทุกคนมีความคิดเห็นว่าจะไม่มีรูปแบบที่กำหนดไว้ชัดเจน ไม่มีแนวทางการประเมินผู้ป่วยทั้งข้อควรระวัง ข้อห้ามและการหยุดออกกำลังกายหรือทำกิจกรรม ทั้งนี้ปัญหาและอุปสรรคเนื่องจากพยาบาลทุกคนยังไม่มีความรู้ไม่มีประสบการณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพพยาบาลผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีความคิดเห็นร่วมกันว่า ต้องมีการประสานความร่วมมือในทีมสหสาขา แต่ในการวิจัยครั้งนี้เริ่มต้นในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา การมีรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เป็นแนวทางปฏิบัติกำหนดไว้อย่างชัดเจน ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแต่ละวัน กำหนดช่วงเวลา วิธีการประเมินผู้ป่วย และต้องมีการจัดอบรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับพยาบาลผู้ร่วมวิจัย จัดทำสื่อให้

ความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกับผู้ป่วย อาจเป็นคู่มือและวีดิทัศน์

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรงพยาบาลศรีสะเกษนั้น ได้จัดอบรมให้ความรู้กับพยาบาลผู้ร่วมวิจัย ในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเน้นระยะผู้ป่วยใน และเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเนื่องจากข้อจำกัดในด้านระยะเวลาของการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจฉบับร่าง เครื่องมือต่างๆ และคู่มือขึ้น แล้วนำมาให้ผู้ร่วมวิจัยได้ศึกษาทำความเข้าใจร่วมวิเคราะห์ สรุปองค์ประกอบของรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นฉบับร่าง โดยช่วงแรกกำหนดไว้ 5 วัน และนำไปให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำนวน 3 คน ในวงจรที่ 1 พบว่าผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไม่ครบขั้นตอนเนื่องจากทุกขั้นตอนของการออกกำลังกาย การทำกิจกรรม และการให้ความรู้เป็นการดำเนินการในวันเดียวกัน มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนักผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักหรือได้รับการย้ายออกค่อนข้างเร็ว การใช้สื่อประกอบที่เป็น power point ไม่สะดวกในการใช้ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม และยังพบข้อจำกัดในส่วนของผู้ป่วย โดยผู้ป่วย 1 คนไม่สามารถคำนวณชีพจรเป้าหมายโดยการใช้สูตรวิธีคาร์โวนเนนได้ จากผลการศึกษาที่พบนำมาสู่การปรับปรุงได้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจปรับปรุงครั้งที่ 1

รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ปรับปรุงครั้งที่ 1 ได้ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยเริ่มครั้งแรกได้ทั้งที่หอผู้ป่วยหนักหรือหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ผู้ป่วยเข้ารับการักษา ปรับช่วงเวลาของการให้ความรู้ โดยเริ่มตั้งแต่วันแรกของการเข้ารับการรักษา แม้ยังไม่พร้อมในการออกกำลังกาย ปรับระยะเวลาการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมให้อยู่ในช่วงระยะเวลา 4 วัน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในระดับ 4 METs การให้ความรู้ให้คงเนื้อหาการสอนและระยะเวลาเป็น 5 วันเช่นเดิม ปรับเพิ่มตารางชีพจรเป้าหมายที่ได้จากการคำนวณด้วยวิธีคาร์โวนเนน ในคู่มือการ



ปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ปรับสื่อจาก power point เป็นภาพพิกัด ปรับวีดิทัศน์ เรื่องการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมเหลือ 4 วัน ตามรูปแบบที่ปรับปรุงครั้งที่ 1 ปรับภาพประกอบและภาษาในภาพพิกัดเรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย และภาษาที่ใช้ในคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น ได้นำไปให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกับผู้ป่วยจำนวน 6 คนในวงจรที่ 2 พบว่า ยังมีข้อจำกัดของเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ไม่ตรงกับช่วงเวลาที่พยาบาลผู้ร่วมในการศึกษาวิจัยขึ้น ปฏิบัติงาน จึงต้องมาให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกับผู้ป่วยนอกเวลาปฏิบัติงาน และยังมีข้อจำกัดจากผู้ป่วยบางคนไม่สามารถจับชีพจรได้ แต่สามารถประเมินระดับคะแนนความเหนื่อยได้

2.2 รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จากผลการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และพยาบาลผู้ร่วมวิจัย ทำให้ได้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่กำหนดไว้ 5 วัน ประกอบด้วย 1) การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม มีทั้งหมด 4 วัน เริ่มในวันที่ 2 ถึงวันที่ 5 ซึ่งเป็นการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรม ที่เริ่มจากระดับพลังงาน 1 METs ค่อยๆเพิ่มระดับการใช้พลังงานขึ้นเรื่อยๆ ถึง 4 METs ตามลำดับ 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ที่กำหนดเนื้อหาการสอนผู้ป่วยแบ่งเป็นแต่ละวันครบทั้ง 5 วัน 3) การสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดยการให้กำลังใจ สนับสนุนแนะนำวิธีการผ่อนคลายตาม que ผู้ป่วยชอบหรือถนัด ซึ่งรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ได้มีความสอดคล้องกับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของทัศนีย์ แดขุนทด⁶ ที่กำหนดขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไว้ 5 ขั้นตอน แต่มีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนที่แตกต่างกัน เช่น ทำต่างๆ ที่ใช้ในการออกกำลังกายแต่ละขั้นตอน และด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมที่กำหนดไว้ 5 ขั้นตอนจากระดับพลังงาน 1 METs ถึง 5 METs

นอกจากนั้นรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ยังเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ตั้งแต่การวางแผนพัฒนาถึงการนำไปปฏิบัติ จึงมีความ

ต่อเนื่องในการปฏิบัติของพยาบาลตั้งแต่หอผู้ป่วยหนัก หรือที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่เป็นการศึกษาเชิงทดลอง เป็นการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรม และปฏิบัติโดยผู้วิจัย โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วม ดังการศึกษาของกฤตติกา ชูดวงษ์¹⁶ พบว่า ความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งแพทย์และพยาบาลส่วนหนึ่งคิดว่าการจัดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยใช้ชุดการสอนเป็นการเพิ่มภาระงาน ทั้งที่ส่วนใหญ่จะเห็นว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย

2.3 ผลการปฏิบัติตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่พัฒนาขึ้น มีดังนี้

1) การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม จากผลการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ในวันที่ได้รับการจำหน่ายระดับกิจกรรมสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ คือ ระดับ 4 METs ร้อยละ 55.56 รองลงมาคือ มีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ระดับ 3 METs ร้อยละ 44.44 โดยในวันที่ได้รับการจำหน่ายระดับกิจกรรมสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เฉลี่ยในระดับ 3.55 METs จึงเชื่อได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามแบบแผนที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างช้าๆ จากการที่ถูกจำกัดกิจกรรมแล้วค่อยๆเพิ่มความเร็วขึ้นเรื่อยๆตามลำดับ ด้วยการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ แขน ขา และข้อต่างๆ จากระดับการใช้พลังงานที่ต่ำกว่า 1 METs ถึง 4 METs โดยกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เช่น การบริหารข้อต่อของแขนและขา หรือการเดินภายในหอผู้ป่วย จะช่วยให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้ฝึกออกกำลังกายตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่พัฒนาขึ้น ก่อนได้รับการจำหน่ายผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความสามารถในการออกกำลังกาย ด้วยการเดินภายในเวลา 6 นาที (6 MWTs) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการออกกำลังกายที่ระดับ 3-4 METs ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายและทำกิจกรรมที่บ้านได้อย่างปลอดภัย สอดคล้องกับ



การศึกษาของทัศนีย์ แดงขุนทด⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อความสามารถในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ซึ่งกำหนดให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและทำกิจกรรมในระดับพลังงานจาก 1 METs ถึง 5 METs ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะผู้ป่วยในมีความสามารถในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการจำหน่ายกลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจกรรมเฉลี่ยที่ระดับ 3.13 METs ดังนั้นการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น ที่มีการควบคุมความหนักในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม โดยใช้ชีพจรและระดับความเหนื่อยในเกณฑ์ที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี การออกกำลังกายแบบไดนามิกนี้ ทำให้ใยของกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงความยาว มีการไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อมากขึ้น กล้ามเนื้อทำงานได้เพิ่มขึ้น ทนการขาดออกซิเจนได้นานขึ้น มีการเผาผลาญพลังงานแบบใช้ออกซิเจน และขนส่งออกซิเจนได้ดีขึ้น ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น โดยที่หัวใจไม่ต้องทำงานหนักมากขึ้น¹⁷

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามขั้นตอนมีความตั้งใจที่จะลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค สามารถจับชีพจรและประเมินระดับคะแนนความเหนื่อยได้อย่างถูกต้อง การที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะช่วยให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้เหมาะสม ไม่เกิดการกำเริบของโรคซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของกฤติกา ชูณวงศ์¹⁶ ที่ใช้ชุดการสอนในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจช่วยให้ทราบถึงโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สามารถประเมินสภาพร่างกายตนเองได้ มีการฟื้นฟูสภาพการเจ็บป่วยได้ดี จากการติดตามผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยมีการปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองทั้งเรื่องการทำงาน หลีกเลี่ยงงานที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจ ส่วนการออกกำลังกาย ผู้ป่วยทั้งหมดมีความตั้งใจในการออกกำลังกายมากขึ้น บางคนออกกำลังกายโดยการเดินทุกวัน บางคนออกกำลังกาย 1-3 วันต่อสัปดาห์ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่มีผู้ป่วย 3 คน ที่ยังคงสูบบุหรี่

3) การสนับสนุนทางด้านจิตใจที่ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้ได้รับบายความรู้สึกรับ ได้รับกำลังใจจากพยาบาลการให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นกับผู้ป่วยที่วิตกกังวลช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความเครียด ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ พิศราพร เถาว์พันธ์¹⁸ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะผู้ป่วยใน มีความเครียดแตกต่างจากก่อนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาด้านการจัดการความเครียดของกฤติกา ชูณวงศ์¹⁶ พบว่า ผู้ป่วยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีความวิตกกังวลและความเครียดต่างๆ ลดลง การที่ผู้ป่วยเลือกวิธีการผ่อนคลายตามที่ตนชอบ ย่อมเกิดความตั้งใจในการปฏิบัติและเกิดความต่อเนื่อง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกการทำสมาธิเพื่อช่วยในการผ่อนคลาย เช่นเดียวกับการศึกษาของเพลิน สูงโคตร¹⁹ เรื่องการปฏิบัติสมาธิในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเครียด โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า คะแนนความเครียดก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยภายหลังการปฏิบัติสมาธิครบ 6 สัปดาห์ผู้เข้าร่วมโครงการมีความเครียดลดลงจากระดับสูงเป็นระดับปานกลาง และมีความพึงพอใจกับวิธีการลดความเครียดโดยการปฏิบัติสมาธิ ซึ่งการปฏิบัติสมาธิมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท ทำให้ระดับของซีโรโตนินเพิ่มขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดี และระดับสารสื่อประสาทแคทีโคลามีนลดลงมีความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาผลการฝึกสมาธิตามแนวพุทธวิธี ต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบจากรูมาตอยด์ของขวัญดา เพชรเมณีโชติ²⁰ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความ



วิตกกังวลหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไปปฏิบัติ พบว่า พยาบาลผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีความคิดเห็นว่า วิธีการพัฒนาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ช่วยให้รู้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่สามารถนำไปใช้ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยอายุรกรรมได้อย่างเหมาะสมกับหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ช่วยให้ปฏิบัติงานสะดวกรวดเร็ว ลดระยะเวลาและความซ้ำซ้อนของการปฏิบัติงาน เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลผู้ร่วมวิจัยเห็นด้วยที่มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเริ่มออกกำลังกายและทำกิจกรรมจากเบาๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็นลำดับอย่างเป็นขั้นตอน การนำแบบประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมาใช้ ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการฟื้นฟู เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันในการสอนหรือแนะนำวิธีการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และนำมาปฏิบัติเป็นการเพิ่มทักษะให้ปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมตั้งแต่การวางแผน การหาแนวทางปฏิบัติ การประเมินผลและการสะท้อนการปฏิบัติ จึงจะเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ^{10,21,22} ซึ่งการมีส่วนร่วมเป็นความร่วมมือโดยมีเป้าหมายหรือแรงจูงใจบางประการ กิจกรรมจึงถูกกำหนดขึ้นในรูปของโครงการต่างๆ ดังนั้นการสร้างทีมงานให้เกิดขึ้นในองค์กรจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการจัดกิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงาน โดยมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพในทีมที่ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูในส่วนการให้ความรู้กับผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จำเป็นมีความสำคัญกับผู้ป่วย^{23,24,25} แต่บางเรื่องอาจมีข้อจำกัดบ้าง เช่น การสอนเรื่องการจับชีพจรผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถจับชีพจรตนเองได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยย่อมมีความต้องการที่จะได้รับข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคที่ตนประสบอยู่ การได้รับความรู้ต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลตนเอง จึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ การที่ผู้ป่วยได้มี

ส่วนร่วมในการเลือกวิธีการผ่อนคลายด้วยตนเอง ถือว่าเป็นสิ่งที่ดีที่พยาบาลทุกคนควรนำไปปฏิบัติและเป็นการเพิ่มสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล และผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นช่วยให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้มากขึ้น การติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จะช่วยให้ทราบข้อมูลและความต้องการของผู้ป่วยที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องและควรจัดทีมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้มีความต่อเนื่องในหอผู้ป่วยต่างๆ รวมถึงจัดให้มีการอบรมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีให้กับบุคลากรทุกระดับ
2. พยาบาลควรคำนึงถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย และจะต้องมีความรู้ในเรื่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นอย่างดี เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
3. ควรส่งเสริมให้พยาบาลนำรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไปใช้ เพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
4. พยาบาลควรมีการวิจัยอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน ดำเนินชีวิตต่อที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

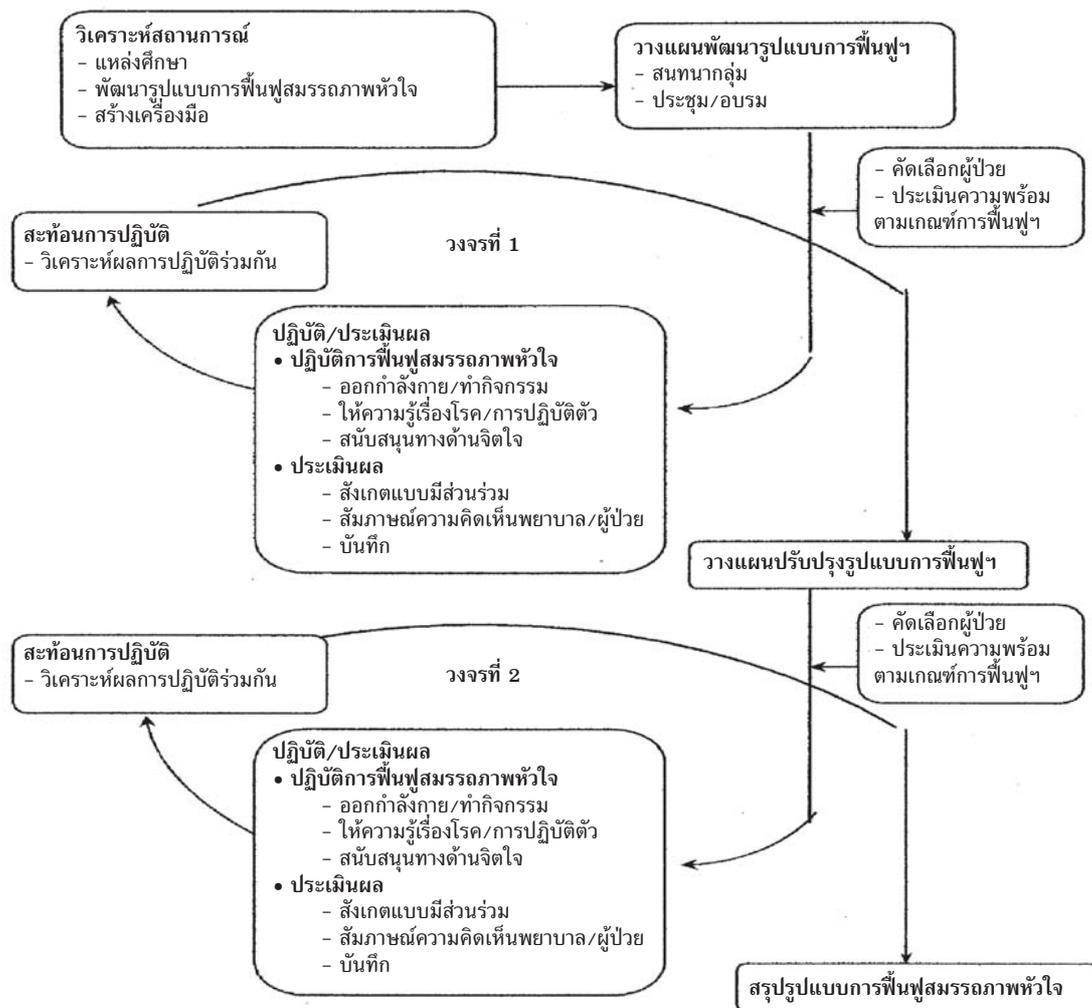
1. World Health Organization. World health statistics 2006. Geneva, Switzerland: WHO; 2006.
2. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขปี 2545 - 2549. สถิติสาธารณสุขปี 2545-2549. [ออนไลน์] 2549 [อ้างเมื่อ 19 ตุลาคม 2549]. จาก <http://www.moph.go.th>
3. ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. Cardiac Rehabilitation Guideline. [ออนไลน์] 2549 [อ้างเมื่อ 10 เมษายน 2549]. จาก <http://www.thaiheart.org/caresthai/rehabguide.htm>



4. กัณหา ปานสมุทร์. ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
5. ชุตินา พังชัยมงคล. ผลการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
6. ทศนีย์ แดขุนทด. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อความสามารถในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
7. Goldman H. Myocardial Infarction Diagnosis and Treatment. Nursing Times 1994; March: 33-37.
8. ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ลดาวัลย์ ภูมิวิษุเวช, สมพร ไส้สวัสดิ์กุล. การรับรู้ประโยชน์ ข้อจำกัด และแรงจูงใจของพยาบาลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. (รายงานการวิจัย). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
9. Kemmis S, McTaggart R. (Eds.). The Action Research Planner. Victoria: Deakin University; 1988.
10. อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. จดหมายข่าวสมาคมวิจัยเชิงคุณภาพแห่งประเทศไทย 2534; 5(1-2): 3-10.
11. สุพจน์ ศรีมหาโชตะ และคณะ. What Have We Learned form Thai ACS Registry. ในระพีพล ฤกษ์ ฌ อยุธยา. (บรรณาธิการ). Cardiology 2008. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2551.
12. ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด. ใน ระพีพล ฤกษ์ ฌ อยุธยา. (บรรณาธิการ). เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2551.
13. Christensen BS, Kockrow ED. (Eds.). Adult Health Nursing. (4th ed.). Philadelphia: Mosby; 2003.
14. จริยา ตันติธรรม. รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
15. อภิญญา จำปามูล. ผู้บริหารการพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(2): 24-32.
16. กฤติกา ชุมวงษ์. การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
17. Sherman PL, Cebulla GL, Balady GJ. Exercise and physical activity. In Topol, E.J. (Eds.). Cardiovascular medicine. (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
18. พัชราพร เถาว์พันธ์. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความเครียดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
19. เพลิน สูงโคตร. การปฏิบัติสมาธิในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเครียด:โรงพยาบาลโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษ (รายงานการศึกษาอิสระ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
20. ขวัญตา เพชรมณีโชติ. ผลการฝึกสมาธิตามแนวพุทธวิธี ต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบและโรครูมาตอยด์ (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย มหิดล; 2543.
21. ทองทิว แซจอหอ, อัมพร คำหล้า, สุปราณี พัฒนจิตวิไล. การประเมินประสิทธิผลโครงการส่งเสริมการดูแลตนเองและป้องกันการเกิดโรคหัวใจโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support group) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(4): 60-66.



22. ประพิมพ์พรรณ รัตนอัมพา, ไพบุลย์ ดาวสดใส. การศึกษาเวลาการทำงานการพยาบาลโดยเทคนิคการสุ่มงานแบบสองมิติในหออภิบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ สิริกิต์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(3): 28-36.
23. วิลาวัลย์ แก้วอ่อน, วาสนา รวยสูงเนิน. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองหลังเกิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 33-40.
24. สุธมณฑา พรหมประเสริฐ, วารวีวรรณ คงชุ่ม, เพ็ญศรี ลออ. การพัฒนาการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนครนายก. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(4): 40-50.
25. ปาลิตา เฉลิมแสน, ชนิดา สุ่มมาตย์, วิบูลย์ เตชะโกศล, ธนากร คลังแสง, จำรัสรักษ์ เจริญแสน, เนาวรัตน์ ชื่นธิราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 37-46.



ภาพที่ 1 วิธีดำเนินการวิจัย



กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านของผู้ดูแล

Caregiver Activities in Providing Care for Patients with Hemiplegia at Home

ลักขณา บึงมุ่ม พย.ม.* สุขุมาล ธนาเศรษฐรังกุล สด.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านของผู้ดูแล และปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 17 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านของผู้ดูแล ได้แก่ 1) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน จัดอาหารให้ผู้ป่วยง่ายต่อการกลืนและกระตุ้นหรือป้อนอาหารให้ผู้ป่วย 2) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ด้านจิตใจ การจัดให้ลุกนั่งวันละ 2 ครั้ง การพลิกตะแคงตัวและการจัดท่านอน กิจกรรมที่ไม่ได้ทำส่วนใหญ่ คือ การจัดวางสิ่งของเครื่องใช้อยู่ด้านที่เป็นอัมพาต 3) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน กระตุ้นให้ลุกนั่งและช่วยพลิกตะแคงตัว ดูแลผู้ป่วยไม่ให้แขนขาข้างที่เป็นอัมพาตถูกของร้อนหรือเย็น การทำความสะอาดปากและฟัน การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ทำความสะอาดเมื่อมีการเบื่อนัสสภาวะและอุจจาระ 4) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาล จัดยาให้ผู้ป่วยได้รับประทานอย่างต่อเนื่องและนำมาตรวจตามนัด

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้าน คือ 1) ปัญหาสุขภาพทางกาย 2) ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ 3) ปัญหาการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตและสังคม 4) ปัญหาด้านครอบครัว และเศรษฐกิจ 5) ปัญหาการดูแลผู้ป่วยตามกิจวัตรประจำวัน 6) ปัญหาด้านการแสวงหาและใช้แหล่งช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม และ 7) ปัญหาด้านการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ควรมีการสอนและการฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแล รวมถึงการให้ชุมชนมีส่วนร่วมกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

Abstract

This study aimed to describe caregiving activity in providing care for patients with hemiplegia at home and impacts of caregiving roles on caregivers. The sample was 17 caregivers who cared for the patients with hemiplegia at home. Data were analyzed by descriptive statistics included frequency and percentage.

The results revealed that: caregiving activities in providing care for patients with hemiplegia at home included: 1) assisting the patients in daily activities including preparing easily swallowed meals, feeding, and encouraging the patients to eat, 2) rehabilitation activities performed included mental rehabilitation, assisting the patient to sit upright twice daily, and turning and positioning the patients, 3) prevention of complications, encouraging the patients to sit upright, assist in turning the body, prevent the hemiplegia side from extreme heat or cold, oral hygiene care, genital care and perineal care after each urination or defecation, 4) administering medications to the patients, accompany the patients to medical follow-up.

*นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Impacts of caring for patients with hemiplegia at home on caregivers included 1) physical ailments, 2) emotional and mental problems, 3) changes in caregivers daily routines and social activities, 4) family and financial, 5) difficulties with assisting the patients in daily activities, 6) problems related to accessibility and availability of resources for home care, and 7) lack of emotional and social supports.

It could be recommended from this study that health providers should educate and train caregivers with necessary skills for home care. The community should be encouraged to participate in providing patient care at home.

Keywords: caregiver activities, providing care, patients with paraplegia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อัมพาตครึ่งซีก เป็นภาวะที่พบบ่อยอย่างหนึ่งของโรคทางระบบประสาท เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวและการรับรู้ความรู้สึก ร้อยละ 90 มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง¹ ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตายอันดับสามของโลกรองจากโรคหัวใจและมะเร็ง^{2,3} อัมพาตครึ่งซีกมีผลต่อด้านร่างกายจิตใจและสังคม ผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ การเคลื่อนไหวบกพร่อง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการ ความบกพร่องด้านการพูดและการใช้ภาษา ความบกพร่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ความบกพร่องเกี่ยวกับการรับรู้และการรับรู้ความรู้สึก ความบกพร่องเกี่ยวกับความเฉื่อยฉวยลาด ความบกพร่องเกี่ยวกับการขับถ่ายและความบกพร่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์^{2,4,5} ด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียด ความรู้สึกสูญเสีย ความกลัว ความก้าวร้าว บุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน มีภาวะเฉยชา ขาดความสนใจต่อบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อม^{6,7} ส่วนด้านสังคม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยและญาติในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคม การแยกตัวออกจากสังคม^{7,8} อาการแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน โรคลมชัก การติดเชื้อในช่องอกและระบบทางเดินปัสสาวะ อาการปวดบริเวณหัวไหล่หรือข้อไหล่ เคลื่อน ข้อติดแข็ง แผลกดทับ ภาวะสมองเสื่อม และอาการปวดแบบลึกๆ^{2,5} ความผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่สามารถดูแลตนเอง ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัว² และสมาชิกในครอบครัว ซึ่ง

เป็นบุคคลสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่บ้าน⁹ ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการรักษาที่ต่อเนื่องในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน¹⁰ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องจากผู้ดูแลมักพบภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ปอดอักเสบ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง¹¹

ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล อุดรธานี ได้รับการดูแลโดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นการเตรียมตัวให้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยก่อนกลับบ้านอย่างมีระบบ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีโอกาสได้เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย โดยการสังเกตและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่โดยได้รับการสอน/ฝึกทักษะ และการเตรียมตัวก่อนกลับบ้านจากบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ในระยะเวลาสั้นๆ ก่อนกลับบ้าน¹² เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลจึงต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยตามลำพัง กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายกิจกรรม ผู้ดูแลไม่สามารถจดจำคำสอนได้ทั้งหมด จึงขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน¹³ ครอบครัวและผู้ดูแลที่บ้านจึงมีความสำคัญและมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมาก ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง การศึกษากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านของผู้ดูแล ช่วยให้เห็นสภาพความเป็นจริงขณะที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน และได้เห็นการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยรวมถึงปัญหาของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลสะท้อนในการนำมาเป็นแนวทางพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง



ก่อนกลับบ้านพร้อมทั้งเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขประจำศูนย์สุขภาพชุมชน ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อเพิ่มความมั่นใจและพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถแสดงบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านของผู้ดูแลและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป⁴ โดยนำแนวทางกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาจัดให้เป็นแบบประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้าน ได้แก่ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสภาพ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณานี้มุ่งสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่บ้านของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอัมพาตครึ่งซีกจากศูนย์สุขภาพชุมชนสังกัดโรงพยาบาลอุดรธานี มี 2 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชน สังกัดเทศบาลนครอุดรธานี มี 3 แห่ง คัดเลือกตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่เป็นผู้ดูแล 17 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบสังเกตกิจกรรมผู้ดูแลและแบบสัมภาษณ์กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านของผู้ดูแล ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านของผู้ดูแล ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ 1.00

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการอัมพาตครึ่งซีกด้านใดด้านหนึ่ง จากทะเบียน Home Health Care ของศูนย์สุขภาพชุมชน 5 แห่ง ติดตามเยี่ยมบ้าน 4 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย โดยห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 1-2 ชั่วโมง โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกต ซึ่งการติดตามเยี่ยมแต่ละครั้งเน้นให้ผู้ดูแลสามารถทำกิจกรรมได้ กรณีที่ผู้ดูแลปฏิบัติไม่ได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ได้ปฏิบัติ ผู้วิจัยให้ความรู้ชี้แนะ/สาธิตในการทำกิจกรรมและประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ และร้อยละ จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงการวิจัยเพื่อขอรับพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.5 อายุระหว่าง 41-60 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.3 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.3 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 58.8 มีรายได้ของครอบครัว 3,000-6,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.6 รายได้ของครอบครัวเพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 76.5 ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยพบว่าเป็นภรรยาและบุตรเท่ากัน ร้อยละ 35.3 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เฉลี่ย 3 ปี เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันส่วนใหญ่ 24 ชั่วโมง ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยตามลำพังคนเดียวไม่มีผู้ช่วยเหลือ ร้อยละ 64.7 ผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 88.2 มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยคือ บุตรสาว ร้อยละ 41.1

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 58.8 เพศหญิง ร้อยละ 41.2 อายุตั้งแต่ 61-70 และ 71-80 ร้อยละที่เท่ากัน คือ 41.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.3 ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 76.4 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 1-2 ปี ร้อยละ 35.3 โรคเรื้อรังที่เป็นมาก่อนการเจ็บป่วย คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 76.5 ผู้ป่วย



เป็นอัมพาตซีกขวา ร้อยละ 52.9 อัมพาตซีกซ้าย ร้อยละ 47.1 มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 47.1 และสิทธิในการรักษาพยาบาลใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 64.7

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านของผู้ดูแล มีดังต่อไปนี้

การดูแลเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมที่ทำให้ถูกต้อง ได้แก่ จัดอาหารให้ผู้ป่วยง่ายต่อการกรกลืน และการให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะ ร้อยละ 100 เท่ากัน การสระผม/ดูแลเล็บมือและเท้า ร้อยละ 94.1 การตัดผม การดูแลความสะอาดและเปลี่ยนเสื้อผ้า และดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับเป็นเวลา ร้อยละที่เท่ากัน คือ 88.2 การแต่งกายร้อยละ 82.4 จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ร้อยละ 76.5 กิจกรรมที่ต้องแก้ไข คือ การอาบน้ำ/เช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นและถูสบู่ให้ผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า- เย็น ร้อยละ 41.2 และ ส่วนกิจกรรมที่ไม่ได้ทำ ได้แก่ การทำความสะอาดหลังขับถ่ายปัสสาวะทุกครั้ง ร้อยละ 88.2 จัดหมอนนอนวางไว้ใกล้ๆ ร้อยละ 47.1 การจัดท่านอนให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ร้อยละ 64.6 และฝึกหัดให้ผู้ป่วยขับถ่ายในเวลาเช้า ร้อยละ 58.9

การดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ กิจกรรมที่ทำให้ถูกต้อง ได้แก่ การฟื้นฟูด้านจิตใจ ได้แก่ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกว่าเกิดจากความเจ็บป่วย การรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด บอกผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการสูญเสียหน้าที่ของร่างกายที่เกิดขึ้นอาจช่วยแก้ไขให้ดีขึ้นอาจต้องใช้เวลา และปฏิบัติตนกับผู้ป่วยเหมือนเมื่อครั้งยังไม่เจ็บป่วย ร้อยละเท่ากัน คือ 100 การจัดให้ลูกนั่งวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 82.3 การพลิกตะแคงตัวและการจัดท่านอน ร้อยละที่เท่ากัน คือ 64.7 กิจกรรมที่ต้องแก้ไข คือ ผู้ดูแลแสดงอารมณ์โกรธหรือเบื่อหน่ายเมื่อผู้ป่วยดื้อหรือไม่ทำตามที่บอก ร้อยละ 58.8 และ กิจกรรมที่ไม่ได้ทำ คือ จัดวางสิ่งของเครื่องใช้ให้อยู่ทางด้านที่เป็นอัมพาตของผู้ป่วย ร้อยละ 64.8

การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมที่ทำให้ถูกต้อง ได้แก่ ดูแลผู้ป่วยไม่ให้แขนขาข้างที่เป็นอัมพาตถูกของร้อนหรือเย็นจัด ร้อยละ 94.1 การดูแลผู้ป่วยทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สังเกตอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งหรือช่วยพลิกตะแคงตัว การดูแล

ความสะอาดภายในปากและฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และการจัดที่นอนให้สะอาด ร้อยละที่เท่ากัน คือ 76.5 กิจกรรมที่ต้องแก้ไข คือ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000-2,500 ซีซี ร้อยละ 41.2 ส่วนกิจกรรมที่ไม่ได้ทำ ได้แก่ ใช้หมอนหรือวัสดุที่นุ่มรองบริเวณปลายเท้าให้สูงขึ้น ร้อยละ 88.2 จัดท่าผู้ป่วยให้เท่าตั้งในท่าที่ถูกต้อง ร้อยละ 82.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อขับเสมหะวันละ 2 ครั้ง ใช้วัสดุนุ่ม ารองบริเวณปุ่มกระดูก ร้อยละที่เท่ากัน คือ 76.5 และการเคาะปอด ร้อยละ 58.8

การดูแลเพื่อการรักษาพยาบาล ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ การดูแลผู้ป่วยให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยใส่สายคอสวนปัสสาวะ พบว่า ผู้ดูแลสามารถทำได้ถูกต้อง ส่วนการดูแลผู้ป่วยในการรักษาต่อเนื่อง พบว่า กิจกรรมที่ทำให้ถูกต้อง คือ จัดยาให้ผู้ป่วยได้รับประทานอย่างถูกต้อง นำผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ดูแลควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละที่เท่ากันคือ 88.2 ส่วนกิจกรรมที่ไม่ได้ทำ คือ ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการทำกายภาพบำบัด ร้อยละ 94.1

ผลกระทบกับผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้าน ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพกาย ปวดตามร่างกายและอ่อนเพลียจากการดูแล 2) ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ มีภาวะเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่ายผู้ป่วยที่ไม่พยายามช่วยเหลือตนเอง 3) ปัญหาการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตและสังคม ขาดการพบปะสังสรรค์กับครอบครัวและเพื่อน ขาดการดูแลตนเอง 4) ปัญหาด้านครอบครัว ความรู้สึกเครียดของผู้ดูแล ความรู้สึกขัดแย้งกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ผู้ดูแลบางรายต้องทำงานนอกบ้าน ปัญหาด้านเศรษฐกิจ 5) ปัญหาการดูแลผู้ป่วยตามกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลมีความยุ่งยากในการดูแลกิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะที่ย่างยาก ซับซ้อน 6) ปัญหาด้านการแสวงหาและใช้แหล่งช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากองค์การบริหารส่วนตำบลและสำนักงานสังคมสงเคราะห์จังหวัด ได้แก่ รถเข็น เครื่องช่วยพยุงเวลาเดิน เป็นต้น และ 7) ปัญหาด้านการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยตามลำพัง ไม่ได้ระบายความรู้สึกหรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน



การอภิปรายผล

การดูแลเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้ดูแลทุกรายรับรู้ว่าการดูแลดังกล่าวเป็นความต้องการการดูแลที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย สามารถให้การช่วยเหลือได้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลจึงดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วนเป็นส่วนใหญ่ การศึกษานี้พบว่ากิจกรรมที่ผู้ดูแลทำได้ร้อยละ 88.2 คือ การรับประทานอาหารเช้า การขับถ่ายปัสสาวะโดยใช้ถุงรองหรือผ้ากันซึม การดูแลความสะอาดและเปลี่ยนเสื้อผ้าการแต่งกาย และการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของจอม สุวรรณโณ¹⁵ พบว่ากิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 75 ขึ้นไป สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน คือ การดูแลกิจวัตรประจำวัน

การดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การศึกษาครั้งนี้พบปัญหาในการฟื้นฟูสภาพ เช่น การบริหารกล้ามเนื้อ ผู้ดูแลกระตุ้นหรือช่วยเหลือผู้ป่วย ร้อยละ 35.3 พบผู้ป่วยมีอาการเกร็ง ปวดไหล่ เจ็บเมื่อยออกกำลังกาย ไม่มีกำลังใจท้อแท้และมีอาการอ่อนเพลียเวียนศีรษะร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติ กาสิ่งศรี¹⁶ พบว่าการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่ไม่ประสบผลสำเร็จโดยมากมักมีปัญหา ได้แก่ การปรับตัวต่อโรคไม่ดี รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ปวดเกร็งกล้ามเนื้อ มีอาการปวดไหล่ และปวดขณะออกกำลังกาย ส่วนด้านผู้ดูแล พบว่า มีภาระงานมาก ต้องทำหน้าที่รับผิดชอบหลายอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี สิริวรารมณ¹⁷ พบว่า ปัญหาในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย มีสาเหตุจากผู้ป่วยเกร็ง ปวดไหล่หรือเจ็บเมื่อยทำกายภาพบำบัด ไม่มีกำลังใจท้อแท้ และผู้ดูแลมีภาระงานมาก

การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีข้อขัดแย้งและกล้ามเนื้อลีบ แผลกดทับและปลายเท้าบวมสอดคล้องกับการศึกษาของนิพนธ์ พงวรินทร์² เนื่องจากผู้ดูแลขาดทักษะและความไม่รู้ไม่เข้าใจ จึงไม่ได้ดูแลตามที่ได้รับการสอนอย่างสม่ำเสมอประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีรายได้น้อย ผู้ดูแลต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยจึงทำให้ขาดรายได้ ประกอบการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้เวลานานในการฟื้นคืนสู่สภาพ ส่วนการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและระบบทาง

เดินปัสสาวะ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลได้ถูกต้อง การติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งในระยะแรกและระยะหลัง คือ ภาวะปอดอักเสบ รองลงมา คือ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ^{18,19} การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุสอดคล้องกับการศึกษาของจอม สุวรรณโณ¹⁵ ผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม มีแสงสว่าง เพียงพอ มีอุปกรณ์คอยช่วยเหลือและมีราวสำหรับยึดเกาะ

การดูแลเพื่อการรักษาพยาบาล พบว่า กิจกรรมที่ผู้ดูแลทำได้ถูกต้อง คือ การดูแลท่อเจาะคอ การดูดเสมหะ สอดคล้องกับการศึกษาของจอม สุวรรณโณ¹⁵ ส่วนการเคาะปอด พบว่า ผู้ดูแลไม่ได้ทำให้ผู้ป่วย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยากแต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงความสำคัญและประโยชน์ในการดูแลนี้ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสังเกตอาการไข้ หรือปัสสาวะขุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของเจียมจิต โสภณสุขสถิตย์¹⁰ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการสังเกตจากผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง พบว่า กิจกรรมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำ คือ การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการเดินทางลำบาก ถึงแม้ว่าการเดินทางไม่ไกล ประกอบกับการทำกายภาพบำบัดแล้วมีอาการปวดไหล่ หรือเจ็บเมื่อยออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี สิริวรารมณ¹⁷ พบว่า ปัญหาในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย มีสาเหตุจากผู้ป่วยเกร็ง ปวดไหล่หรือเจ็บเมื่อยทำกายภาพบำบัด ไม่มีกำลังใจท้อแท้ และผู้ดูแลมีภาระงานมาก

ผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้าน มีดังนี้

ปัญหาทางสุขภาพกาย จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลปวดหลัง ปวดตามร่างกายและอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของสุดศิริ หิรัญชุนณะ¹² ศศิธร ช่างสุวรรณ²⁰ พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองไม่แข็งแรง นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ปวดศีรษะ และหายใจไม่เต็มอิม ปวดหลัง เนื่องจากการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้อง

ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล คือ ภาวะซึมเศร้า การเป็นภาระ และภาวะเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของภพพันธ์ เจริญสวรรค์²⁷



พบปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในการดูแลมากที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า การเป็นภาระและภาวะเครียด และดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ทำให้เวลาพักผ่อนน้อยลง สมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับภาระดูแลจึงเกิดความเครียด ท้อแท้ และหมดกำลังใจ^{21,28} นอกจากนี้ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค วิธีการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย^{22,29}

ปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตและสังคม การศึกษาพบว่า ผู้ดูแลรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา สูญเสียความเป็นส่วนตัว มีเวลาจำกัดในการไปซื้อของใช้ที่จำเป็นภายในบ้านสอดคล้องกับการศึกษาของยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม¹³ พบว่า ผู้ดูแลไม่มีโอกาสเข้าสังสรรค์กับชุมชน ขาดการพบปะสังสรรค์กับครอบครัวและเพื่อน สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎา คัชรินทร์ และคณะ²⁵ พบว่า ผลกระทบต่อครอบครัวในด้านสังคม ครอบครัวถูกตัดออกจากสังคม

ปัญหาด้านครอบครัว การศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยชายที่เป็นหัวหน้าครอบครัว มีหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัว ครอบครัวที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย บุตรเป็นผู้ดูแลต้องออกจากงานมาดูแลบิดา สอดคล้องกับการศึกษาของสุดศิริ ธีรฤชชุนหะ¹² พบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาทางการเงินเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยที่บ้านการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งเป็นปัญหาเศรษฐกิจอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว²⁶ และการศึกษาของกฤษฎา คัชรินทร์ และคณะ²⁵ พบว่า ผลกระทบต่อครอบครัวได้แก่ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการแสวงหาการรักษา และค่าใช้จ่ายในบ้าน การขาดรายได้มาช่วยเหลือครอบครัว

ปัญหาการดูแลผู้ป่วยตามกิจวัตรประจำวัน พบปัญหา ได้แก่ การอาบน้ำ/เช็ดตัว การขับถ่าย การช่วยเหลือในการออกกำลังกาย เนื่องจากอัมพฤกษ์อัมพาต การดูแลท่อเจาะคอ ผู้ดูแลไม่ค่อยมั่นใจในการดูดเสมหะ การจัดบ้านเรือนให้เหมาะสม ผู้ดูแลมักทำกิจกรรมการดูแลในเรื่องส่วนตัวให้กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นการอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การดูแลผู้ป่วยให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย นอกจากนี้ยังดูแลเรื่องการให้ยาตามแผนการรักษาและการทำแผล^{12,30}

ปัญหาด้านการแสวงหาและใช้แหล่งช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลได้ติดต่อขอความช่วยเหลือจากองค์การบริหารส่วนตำบล โดยผู้ดูแลไม่เคยทราบมาก่อน ซึ่งได้รับการช่วยเหลือเป็นเงินรายเดือนแต่ไม่ได้รับอุปกรณ์สำหรับคนพิการ และผู้ดูแลต้องการแหล่งช่วยเหลือจากสำนักงานสังคมสงเคราะห์จังหวัด สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ศรีนิ่ม²³ พบว่า ความต้องการของผู้ดูแลในขณะที่อยู่ที่บ้าน ได้แก่ 1) ต้องการความช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพ 2) ต้องการความช่วยเหลือจากพี่ๆ น้องๆ 3) ต้องการให้ช่วยเหลือเรื่องอุปกรณ์ของคนพิการและการรักษา และ 4) ต้องการให้ช่วยเหลือด้านอาชีพ การงานแก่ผู้ป่วย

ปัญหาด้านการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการแสดงถึงการได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากบุคคลในสังคมของผู้ดูแล ทำให้ปัญหาที่มีอยู่เล็กลง^{16,31} ผู้ดูแลต้องการให้พยาบาลมาเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา มณีวรรณ และคณะ¹⁹ พบว่า ผู้ดูแลต้องการให้พยาบาลมาเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 98.2 รองลงมา คือ ต้องการคำแนะนำและความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 50.9 และการศึกษาของจินตนา สมนึก²⁴ พบว่า ผู้ดูแลต้องการความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจต้องการความห่วงใยเมื่อรู้สึกท้อแท้ ความรู้สึกที่ดีของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย คือ รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแล เป็นการตอบแทนบุญคุณ ได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้างในสังคม การดูแลผู้ป่วยคิดว่าได้บุญได้กุศล เนื่องจากเป็นการทำดีที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นคนที่ยากและเป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องดูแลพ่อแม่ยามเจ็บป่วย ดูแลเพราะมีความผูกพันกับผู้ป่วย การดูแลนี้ทำโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทนแต่เกิดจากความรักความผูกพัน ความเห็นอกเห็นใจ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการสอน/ฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแล และควรมีการประเมินผลหลังจากได้รับการสอนและการฝึกทักษะตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน และหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข ควรจัดให้มีหน่วยงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเฉพาะ รวมถึงการให้ชุมชนมีส่วนร่วมกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย



เอกสารอ้างอิง

1. ฟาริดา อิบราฮิม. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพฯ: สยามเจริญพานิช; 2539.
2. นิพนธ์ พวงวรินทร์.โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2544.
3. Hickey JV. Stroke and other Cerebrovascular Disease. (5thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
4. เจียมจิต แสงสุวรรณ. โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัย และการจัดการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ทอออฟเซต; 2541.
5. สมจิต หนูเจริญกุล . การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: วิ.เจ. พรินติ้ง; 2543.
6. Green J. Neuropsychological Evolution of The Older Adult: A Clinician,s Guide Book. San Diego: Academic; 2000.
7. ชนิตา กาญจนลาภ. โรคลมปัจจุบัน. (Stroke) (หลอดเลือดสมองตีบหรือแตก). (เกษมศรี วงศ์เลิศวิทย์, แปล). กรุงเทพฯ: หน้าต่างสู่โลกกว้าง; 2549.
8. Ragsdale D, Yarbrough S, Lasher AT. Using Social Support Theory to Care for CVA Patients. Rehabilitation Nursing 1993; 18 (3):154-160.
9. เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์. ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการดูแลที่รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2544.
10. Phillips AM. Assessment of Neurological Deficit in Stroke: Acute Care and Rehabilitations Implication. Nursing Clinics of North America 1991; 26 (24): 7-12.
11. สุมณฑา พรหมประเสริฐ, วารวีวรรณ คงชุ่ม, เพ็ญศรี ลอ. การพัฒนาการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนครนายก. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(4): 45-54.
12. สุดศิริ หิรัญชอุณหะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2541.
13. ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร 2539; 2 (1): 84-92.
14. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]; 2545.
15. จอม สุวรรณโณ. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
16. สุชาติ กาสิวงค์. การปรับตัวของผู้ป่วยสโตรค (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
17. เพ็ญศรี ศิริวรารมณ. สภาพการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในอำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
18. Leahy NH. Complication in the Acute Stage of Stroke. Nursing Clinics of North America 1991; 6 (4) : 971-983.
19. ชนิตา มณีวรรณ, เมริย์ สุดจินดา, สมทรง จุไรทัศน์ย์. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. วารสารการพยาบาล 2537; 43 (4): 236-244.
20. ศศิธร ช่างสุวรรณ. ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
21. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว. วารสารการพยาบาล 2538; 44 (2): 88-92.
22. Rosenthal SG, Pituch MJ, Greninger LO, Metress ES. Perceived Needs of Wives of Stroke Patients. Rehabilitation Nursing 1993; 18 (3): 148-153.



23. นันทพร ศรีน้อม. ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2545.
24. จินตนา สมนึก. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับการะในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วารสารสงขลานครินทร์ 2540; 19(1): 28-39.
25. กฤษญา คัชรินทร์, ดารุณี จงอุดมการณ์, สมพร วัฒนกุลเกียรติ. การจัดการในครอบครัวเมื่อมีสมาชิกป่วยด้วยโรคสโตรค: กรณีศึกษาในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 6-16.
26. ทิวหลั่น สมัครประโคน, รัตนาภรณ์ กาญจนฤทธาภรณ์. การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นอัมพาตท่อนล่างที่บ้านในจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(1): 31-37.
27. ภาพันท์ เจริญสวรรค์, ชัยชนะ นิ่มนวล. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่มาทำกายภาพบำบัด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2547; 49 (4): 267-275.
28. นวลจันทร์ พลุสมบัติ, ประนอม วรรณกุล. การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(3): 58-67.
29. สุวรรณ แซ่ลิ่ม, สุนิสา คำประสิทธิ์, ระพีพรรณ นันทะนา. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเลย. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 44-52.
30. อัมพรพรรณ อีรานูตร, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, วาสนา รวยสูงเนิน. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 65-77.
31. ผ่องเพ็ญ ตระกูลขจรศักดิ์ และคณะ. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(2): 31-43.



การรับการคัดกรองความดันโลหิตและการไม่มารับการตรวจซ้ำของผู้ที่เสี่ยง
ต่อโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาตำบลศรีสุนทร จังหวัดภูเก็ต*

**Blood Pressure Screening and Non-Recheck the Blood Pressure
among the Hypertensive High Risk Individual: A Case Study of
Tambon Srisontorn, Phuket Province**

ชญาנית ลีวานิช PhD.**

กฤตพร เมืองพร้อม คม.*** กัญญา พงศ์สืบ คม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการให้ความหมายโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง 2) ศึกษาประสบการณ์การรับการคัดกรองความดันโลหิต 3) ศึกษาสาเหตุการไม่มารับการตรวจซ้ำ และ 4) เพื่อเสนอแนะแนวทางส่งเสริมให้ผู้เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมารับตรวจซ้ำ ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 44 ราย เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงให้ความหมายความดันโลหิตสูง 4 ลักษณะ คือ เป็นโรคที่อันตราย น่ากลัว โรคที่รักษายาก โรคธรรมดาที่พบได้ในผู้สูงอายุ และเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดโรคอื่นตามมา กลุ่มเสี่ยงมีประสบการณ์ในการรับการคัดกรองในลักษณะ อสม.วัดความดันโลหิตให้ที่บ้าน

สาเหตุที่ไม่มารับการวัดความดันโลหิตซ้ำมี 8 ประการ คือ ไม่มีอาการผิดปกติ ไม่ว่าง ไม่มีญาติพามาตรวจ ลืมวันนัด เสียเวลาเพราะรอนานหากต้องไปรับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน กลัวจะถูกวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ คิดว่าความดันโลหิตสูงเนื่องจากสาเหตุอื่น มิใช่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พร้อมเสนอแนะแนวทางการคัดกรองความดันโลหิตดังนี้ 1) อสม. วัดความดันโลหิตตามบ้านในละแวกที่ตนรับผิดชอบ 2) จัดกิจกรรมคัดกรองความดันโลหิตร่วมกับกิจกรรมของชุมชนอย่างสม่ำเสมอและครอบคลุมทุกพื้นที่ที่รับผิดชอบ 3) จัดการรณรงค์ใหญ่เกี่ยวกับการคัดกรองความดันโลหิตปีละ 2 ครั้ง 4) อสม. ช่วยในการคัดกรอง และนำเสนอชมรม To be number one ร่วมในกิจกรรมการคัดกรอง

คำสำคัญ: การคัดกรอง ความดันโลหิตสูง การไม่มารับการตรวจซ้ำ กลุ่มเสี่ยง

Abstract

This qualitative research aimed to : 1) describe the meaning of hypertension among the hypertensive high risk individual, 2) explore the experience of receiving blood pressure screening among the hypertensive high risk individual, 3) study the causal factors for not recheck his/her blood pressure among the hypertensive high risk individual, and 4) suggest the guidelines for the encouraging hypertensive high risk group recheck his/her blood pressure. In-depth interviews, focus group discussion, and non-participants observation were carried out among 44 key informants. The data were analyzed by using constant comparative analysis.

* สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โปรแกรมสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต



The results revealed that the meaning of hypertension for the key informants had 4 characteristics: 1) terrible disease, 2) difficult to treat, 3) common disease among the elderly, and 4) hypertension led to other diseases. Most of the hypertensive high risk individual has the blood pressure screening experience by the health care volunteers.

There have 8 causes for non-recheck their blood pressure included: 1) the absence of symptom, 2) too busy to follow up, 3) no relative to bring to recheck their blood pressure, 4) forgot the follow up date, 5) take time to get blood pressure check up at primary care center, 6) afraid to be diagnose as hypertension, 7) they thought that high blood pressure because of other reason, not because of hypertension, and 8) they didn't get the appointment follow up note. The participants had 5 suggestions to improve hypertension screening, as follows: 1) health care volunteers performed the blood pressure screening by using door-to-door methods, 2) integrate hypertension screening programme with the community's social activities, 3) perform the hypertension screening campaign twice a year, 4) health care volunteers as well as the To be number one members should work together for hypertension screening.

Keywords: screening, hypertension, non-recheck, high risk individual

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดภาวะด้านสุขภาพ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลกปีละประมาณ 7 ล้านคน¹ จนได้รับการขนานนามว่าเป็นฆาตกรเงียบ เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่มีอาการผิดปกติหรือรู้สึกไม่สบายจากการที่ร่างกาย มีระดับความดันโลหิตสูง จึงไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมอง² ปี พ.ศ. 2551 ทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1,000 ล้านคน คาดว่าอีก 17 ปีข้างหน้าทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเป็น 1,600 ล้านคน เนื่องจากแรงดันเลือดซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นทุก 10 มิลลิเมตรปรอททำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 25³ สำหรับผู้ที่มีอายุระหว่าง 40 - 70 ปี ทุกแรงดันเลือดซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 20 มิลลิเมตรปรอทหรือแรงดันเลือดไดแอสโตลิกที่เพิ่มขึ้นทุก 10 มิลลิเมตรปรอทจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 เท่า⁴ นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเป็นโรคอัมพฤกษ์อัมพาต โรคหัวใจและไตวาย⁵

การคัดกรองความดันโลหิตเป็นกระบวนการป้องกันและควบคุมโรคที่สำคัญเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรค อีกทั้งลดภาวะจากโรค จากการสำรวจผลการ

ตรวจสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547 พบว่า ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปประมาณ 51 ล้านคนมีความดันโลหิตสูงเฉลี่ยร้อยละ 22 หรือจำนวน 11 ล้านคน กำลังเผชิญกับโรคความดันโลหิตสูง หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต จะส่งผลต่ออวัยวะสำคัญ ได้แก่ หัวใจ ไต สมอง ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตจากโรคหัวใจวายร้อยละ 60-75 เสียชีวิตจากหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตันร้อยละ 20-30 เสียชีวิตจากไตวายร้อยละ 5-10 สำหรับผู้ที่รอดชีวิตมีโอกาเป็นอัมพาตสูงกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ 5 เท่า โดยคนไทยเสียชีวิตจากผลจากความดันโลหิตสูงปีละ 48,000 ราย เฉลี่ยเสียชีวิตชั่วโมงละ 5 รายและคนไทยเป็นโรคอัมพฤกษ์และอัมพาตประมาณปีละ 250,000 คน⁶

จังหวัดภูเก็ตความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในที่มีมารับบริการ ณ โรงพยาบาลภาครัฐเพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2546 มีอัตราป่วย 600.07 ต่อแสนประชากรเป็น 951.43 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2550 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ของคนในจังหวัดภูเก็ต โดยมีอัตราการตาย 23.77 ต่อแสนประชากร⁷ และจากข้อมูลการคัดกรองความดันโลหิตระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 - มกราคม พ.ศ. 2551 พบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 943 คน (ร้อยละ 3.16) ของกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด



สำหรับตำบลศรีสุนทรเป็นตำบลหนึ่งในจังหวัดภูเก็ต ที่มีสภาพสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท จากข้อมูลการคัดกรอง ผู้มารับบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนศรีสุนทรใน ปีงบประมาณ 2549 จำนวน 275 คน พบผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 10.90) ปีงบประมาณ 2550 คัดกรองผู้มารับบริการจำนวน 1,355 คน พบผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จำนวน 162 คน (ร้อยละ 11.96) และจากการคัดกรองผู้มารับบริการ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2550 - 30 เมษายน 2551 จำนวน 678 คน พบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 146 คน (ร้อยละ 21.53)⁸ และจากการปฏิบัติงานของ บุคลากรสาธารณสุข พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มารับการคัดกรอง และพบระดับความดันโลหิตสูงมารับการตรวจซ้ำน้อย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว การวิจัยเกี่ยวกับการคัดกรองมีน้อย โดยเฉพาะกลยุทธ์การคัดกรอง⁹ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากการทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์ และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงว่าควรมีโครงการวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันและการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ครอบคลุมถึงการคัดกรองความดันโลหิตสูง¹⁰ และการที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในแผนการรักษา บุคลากรสาธารณสุขควรทราบถึงเจตคติของผู้ป่วยต่อภาวะการเจ็บป่วยนั้น ๆ¹¹ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงศึกษาการรับ การคัดกรองความดันโลหิตสูง เพื่อให้เข้าใจกระบวนการ เกิดปรากฏการณ์ในสังคม ให้ได้ข้อเท็จจริงที่อธิบาย ลักษณะที่เป็นนามธรรมในสังคมวัฒนธรรมนั้น ๆ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาการให้ความหมายโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง
2. ศึกษาประสบการณ์การรับการคัดกรองความดันโลหิตสูงของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง
3. ศึกษาสาเหตุการไม่มารับการตรวจซ้ำเพื่อการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง
4. รวบรวมแนวทางให้ผู้ที่ยังเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมารับตรวจซ้ำ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้อาศัยทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ในทัศนะเชิงตีความในแนวทางที่มนุษย์สร้างความเป็นตัวของตัวเอง ตลอดจนความเป็นจริงโดยตีความผ่านสัญลักษณ์ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล สิ่งแวดล้อม เป็นการศึกษาระดับปัจเจกบุคคล¹² นอกจากนี้ยังอาศัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยในการอธิบายความหมาย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะนำไปสู่สาเหตุการไม่มารับการตรวจซ้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข อสม. และผู้มารับการคัดกรองสุขภาพที่มีระดับความดันโลหิตสูงโดยไม่มีเคยมีประวัติโรคความดันโลหิตสูง คณะผู้วิจัยสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบการคัดกรองความดันโลหิตเป็นลำดับแรก ลำดับต่อมา คือ อสม. จาก 5 หมู่บ้านที่ปฏิบัติงานด้านการคัดกรองสุขภาพประชาชนในพื้นที่ที่ตนรับผิดชอบ สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นกลุ่มเสี่ยง คณะผู้วิจัยคัดเลือกจากรายชื่อผู้มารับการคัดกรองความดันโลหิตจากบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. ที่มี ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โดยไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อนและไม่ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำ หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยลงสนามเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงตามรายชื่อที่มี โดยเลือกสัมภาษณ์เฉพาะรายที่ไม่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและหลังรับการคัดกรองไม่ได้ไปวัดความดันโลหิตซ้ำภายใน 4 สัปดาห์

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล แนวคำถามในการสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม เครื่องบันทึกเสียง และกล้อง คณะผู้วิจัยได้นำร่างคำถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำร่างคำถามไปใช้ในการสัมภาษณ์ จัดบันทึกและบันทึกเสียง หลังจากนั้นนำแถบบันทึกเสียงมาถอดความและวิเคราะห์ ความครบถ้วนของข้อมูลตามกรอบแนวคิดการวิจัย และวิเคราะห์เนื้อหา



การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ระดับลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การจดบันทึกข้อมูลและการถ่ายภาพ โดยให้ความสำคัญต่อจริยธรรมการวิจัย คณะผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการ และขออนุญาตในการสัมภาษณ์ บันทึกเสียงและการถ่ายภาพพร้อมทั้งให้ความมั่นใจและความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลหลัก ข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยแถบบันทึกเสียง ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปจะถูกจัดเก็บไว้เป็นอย่างดีในที่เฉพาะและไม่ปรากฏชื่อและนามสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูลหลัก การนำเสนอผลการศึกษจะไม่ปรากฏชื่อและนามสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูลหลัก

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำเป็นระยะ ๆ ทุกครั้งที่สิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักในแต่ละวันและนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยให้รหัสข้อมูลแบบคำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด และจัดหมวดหมู่จำแนกประเภทข้อมูลแล้วนำมาเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างในคุณภาพหรือคุณสมบัติของข้อมูลเพื่อสร้างข้อสรุปที่เป็นลักษณะร่วมและแตกต่างของข้อมูลชุดนั้น¹³

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 16 คน และกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง 25 คน รวมจำนวน 44 คน ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 19 ราย (ร้อยละ 76) ให้ข้อมูลว่า ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60 มีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มเสี่ยง 20 ราย (ร้อยละ 80) มีบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว โดยพบในแม่สูงสุด (ร้อยละ 50) รองลงมาคือ พ่อ (ร้อยละ 16.66) โรคประจำตัวของครอบครัวกลุ่มเสี่ยงที่พบสูงสุด คือ โรคความดันโลหิตสูง พบ 11 ราย (ร้อยละ 55) กลุ่มเสี่ยงมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 145.50 มิลลิเมตรปรอท (S.D. 34.58) ระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิกเฉลี่ย 109.08 มิลลิเมตรปรอท (S.D. 30.99)

1. การให้ความหมายของความดันโลหิตสูง มี 4 ลักษณะ คือ

1.1 ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตราย น่ากลัว (จำนวน 10 ราย) เนื่องจากทำให้เส้นเลือดใน

สมองแตกและทำให้เสียชีวิตได้ง่าย โดยการรับรู้ของประชาชน โรคใดก็ตามที่มีพยาธิสภาพที่สมอง เส้นเลือดแตกถือว่าอันตราย เพราะสมองเป็นอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิต โดยความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากหลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตันร้อยละ 20 - 30⁶ ดังคำบอกเล่า “น่ากลัว และแตกเปรี๊ยะเดียว เรียบร้อยเลยใช้ไหม แตกเปรี๊ยะเดียวก็เรียบร้อยเลย” (กลุ่มเสี่ยงรายที่ 7 เพศชาย อายุ 44 ปี)

1.2 ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษายาก (จำนวน 3 ราย) ภาวะแทรกซ้อนที่มักพบ คือ โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ค่าใช้จ่ายสูง อีกทั้งยังเป็นภาระแก่ครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง การประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของคนไทยปีละประมาณ 7,000 - 19,000 บาท¹³ ดังคำบอกเล่า “น่ากลัวและถ้ามันคุม (บ่งเอิญ) ตายไปหมดเรื่อง ถ้าเที่ยวมานั่งน้ำลายย่อยอยู่แหละ มานั่งเสียข้างหนึ่ง ทำอะไร อันนี้น่ากลัว ตายไม่กลัว ตายปุ๊บเดียวก็ไป ข้างหลังก็ไม่ต้องลำบาก ถ้าเราไปนอนโรงพยาบาลเส้นแตก รักษายาก นอนแค่ ๆ ปี ใช้ตั้งหมดเท่าไร ถึงมานอนที่บ้านหลาว (อีก) ทุกเช้าเมื่อยก็ต้องมาเฝ้า งานการก็ทำไม่ได้” (กลุ่มเสี่ยงรายที่ 7 เพศชาย อายุ 44 ปี)

1.3 ความดันโลหิตสูงเป็นโรคธรรมดาที่พบได้ในผู้สูงอายุ (จำนวน 7 ราย) สามารถรักษาด้วยการรับประทานยา จึงไม่ใช่โรคที่น่ากลัว อาจเนื่องจากช่วงอายุที่มักถูกแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงคือ ช่วงวัยของผู้สูงอายุ¹⁴ ทั้งนี้กระบวนการทางสังคมวัฒนธรรมส่งผลให้ประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่บุคคลเผชิญอยู่แตกต่างกัน โดยบางสังคมอาจถือว่าเป็นโรคหรือความเจ็บป่วย ในขณะที่บางสังคมถือเป็นเรื่องปกติ¹⁵ ดังบลูเมอร์¹⁶ กล่าวในทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ว่าการที่บุคคลจะกระทำสิ่งใดมีผลสืบเนื่องจากการให้ความหมายและการตีความในสถานการณ์นั้น ๆ ดังคำบอกเล่า “เราเห็นเฉย ๆ ความรู้สึกของเรา เราก็ดูไม่คิดตกใจไร เป็นเรื่องธรรมดา อ้อ เป็นโรคปกติที่เขามีกันแหละนะที่ชาวบ้านมีกันในวันนั้น คิดว่าเป็นปกติของคนธรรมดา พอวัยอายุมากแล้วมันสมควรต้องเจ็บ” (กลุ่มเสี่ยงรายที่ 18 เพศชาย อายุ 57 ปี)



1.4 โรคความดันโลหิตสูงจะเกิดโรคอื่นตามมา (จำนวน 5 ราย) โรคที่มีกพบร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงในกรณีไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ³ ดังคำบอกเล่า “ถ้ามีความดัน เบาหวานก็ตามมา อะไรต่ออะไรหลายโรคพรคนั้นแหละ คิดว่า เห็นเขาเป็นกัน พอเห็นเขามีความดันแล้วเบาหวานก็มา โรคหัวใจอะไร จิปาถะ โรคไตโร ก็เห็นแม่ที่ก่อนเป็นความดันและแก่เป็นเบาหวาน เออ อี (น้ำสาว) ด้วย เห็นแก่เป็นความดัน แก่มีความดันแล้วจะจะเป็นโรคไต เป็นเบาหวาน” (กลุ่มเสี่ยงรายที่ 20 เพศหญิง อายุ 52 ปี)

นอกจากนี้คณะผู้วิจัยยังได้ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ไม่มารับการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำสามารถจำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ 1) รับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 10 ราย) เนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อ้วน จากการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ อาหารที่มีไขมันสูง และแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงปรับพฤติกรรมตนเองด้วยการลดน้ำหนัก การลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การออกกำลังกาย เนื่องจากคิดว่าการปรับพฤติกรรมจะทำให้ตนไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2) รับรู้ว่าตนไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 12 ราย) เนื่องจากไม่เคยมีอาการผิดปกติมาก่อน อีกทั้งเคยไปวัดความดันโลหิตเนื่องจากไปตรวจโรคที่คลินิกหรือโรงพยาบาล ความดันโลหิตปกติ บางอาชีพต้องออกแรงหรือในการดำเนินชีวิตประจำวันทำงานบ้านอยู่ตลอดทั้งวัน จึงถือเป็นการออกกำลังกาย โดยกลุ่มเสี่ยงเชื่อว่าการออกกำลังกายจะช่วยให้ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ 3) ไม่แน่ใจ (จำนวน 3 ราย) เนื่องจากขณะนี้ตนไม่มีอาการผิดปกติ แต่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งนิสัยบริโภคอาหารมัน หรือน้ำหนักตัว

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่าความเชื่อและเจตคติของบุคคลจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม¹⁷ การที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเมื่อรับรู้ว่าจะเสี่ยงต่อโรคนั้น ๆ รับรู้ว่าโรคที่ตนเผชิญอยู่เป็นโรคที่รุนแรง อันตราย¹⁸ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพตนเองและให้ความร่วมมือในการควบคุมระดับความดันโลหิตมากขึ้นเพียงใดส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ¹⁹

2. ประสบการณ์การรับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นกลุ่มเสี่ยง 19 ราย จากผู้ให้ข้อมูลหลัก 25 ราย (ร้อยละ 76) ได้รับการคัดกรองโดย อสม. ไปวัดความดันโลหิตที่บ้าน จากรูปแบบการคัดกรองความดันโลหิตในพื้นที่ศึกษาจะมีการตั้งจุดคัดกรองและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบก่อนถึงวันคัดกรอง แต่พบว่า ประชาชนมารับการคัดกรองน้อย ดังนั้น อสม. จึงมักเลือกวิธีการเดินเคาะประตูรายบ้านเพื่อวัดระดับความดันโลหิตประชาชนในพื้นที่ที่ตนรับผิดชอบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดพบว่า ประชาชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เนื่องจากสะดวก จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหากต้องการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างยั่งยืนต้องอาศัยความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการติดตามดูแลประชาชน²⁰ ดังคำบอกเล่า “ส่วนมาก อสม. จะมาบอกว่าเขาจะมาตรวจความดันที่ศาลา อนามัย อะไรอย่างนี้ ถ้าว่างก็จะได้ไป แต่ส่วนมากไม่ว่าง คราวที่แล้วมาวัดถึงบ้าน ถ้าไม่มาวัดถึงบ้านก็ไม่ได้ไป” (กลุ่มเสี่ยงรายที่ 1 เพศชาย อายุ 41 ปี)

3. สาเหตุไม่มารับการวัดความดันโลหิตซ้ำ จากการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงบอกเล่าสาเหตุการวัดความดันโลหิตซ้ำน้อย 8 ประการ คือ

3.1 ไม่มีอาการผิดปกติ เป็นสาเหตุสูงสุดของการไม่มารับการวัดความดันโลหิตซ้ำ พบ 14 ราย จากผู้ให้ข้อมูลหลัก 25 ราย เนื่องจากระยะแรกของโรคความดันโลหิตสูงมักไม่ปรากฏอาการ^{10,19,21} ซึ่งวงการแพทย์วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงจากการวัดความดันโลหิต แต่สำหรับประชาชนจะรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มึนศีรษะ ปวดศีรษะ ดังนั้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับการคัดกรองพบว่าความดันโลหิตสูง และได้รับการนัดให้มารับการวัดซ้ำ แต่เนื่องจากทั้งก่อนและหลังได้รับการวัดความดันโลหิตไม่เคยปรากฏอาการผิดปกติ จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักคิดว่าตนไม่ได้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังคำบอกเล่า



“ก็ไม่รู้สิกรหรือ (ไม่เป็นอะไร) เฉย ๆ มันปกติดีไม่ปวดหัว ปวดไร มันปกติดีดี เห็นปกติดี หน้าตาก็ไม่ลาย ธรรมดา ก็ไม่มันต้องปวดหัว และหน้ามืดหน้าไร มันปกติดี” (กลุ่มเสี่ยงรายที่ 16 เพศชาย อายุ 57 ปี)

3.2 ไม่ว่าง เป็นสาเหตุอันดับรอง พบในกลุ่มเสี่ยง 6 ราย จากกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 25 ราย เนื่องจากยุคปัจจุบันการประกอบอาชีพมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคล หากผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ปรากฏอาการใดผิดปกติ จะไม่มารับการตรวจซ้ำ ดังคำบอกเล่า “ไม่ลืม บางที่ทำงานอยู่วันหยุด พอล้าง ไม่ได้ไป ซ้ำวันไป กลายเป็นว่าไม่ได้ไป” (กลุ่มเสี่ยงรายที่ 21 เพศชายอายุ 52 ปี)

3.3 ไม่มีญาติพามาตรวจ พบในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง คนหนุ่มสาว ประกอบอาชีพนอกบ้าน อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลหลักบางรายไม่ได้อาศัยใกล้ศูนย์สุขภาพชุมชน จึงไม่สะดวกไปรับการวัดความดันโลหิตซ้ำ รวมทั้งกรณีมีการจัดหน่วยคัดกรองตามจุดต่าง ๆ ของหมู่บ้าน ดังคำบอกเล่า “เราคนลำบากด้วยคนพา ป่านนี้เดินไกล ๆ เดินไม่ค่อยรอดแล้ว (เดินไม่ไหวแล้ว) ซักรถเครื่องไม่เป็น ไม่มีคนพาไป” (กลุ่มเสี่ยงรายที่ 3 เพศหญิง อายุ 67 ปี)

3.4 ลืมวันนัด จากสภาพสังคมที่เร่งรีบจากการประกอบอาชีพ ผู้คนในชุมชนให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพจนลืมวันนัด แม้จะได้รับใบนัดก็ตาม ดังคำบอกเล่า “ก็มัวเก็บของก็เลยไม่ได้มา ลืมไปเสีย อ้าว ลืมนัดเสียแล้วจะไปวัดความดันอีกรอบหนึ่ง พอรุ่งเช้าก็ไปทำงาน ก็ไม่ได้มา” (กลุ่มเสี่ยงรายที่ 22 เพศหญิง อายุ 41 ปี)

3.5 เสียเวลาเพราะรอนาน พบในผู้ให้ข้อมูลหลักที่อยู่ในวัยทำงาน โดยมองว่าการไปรับการวัดความดันโลหิตซ้ำ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนบางครั้งต้องไปรอคิว ทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของของทุและบา²⁰ พบว่า ร้อยละ 72 ผู้ป่วยให้เหตุผลถึงการไม่มารับการตรวจซ้ำเนื่องจากระยะเวลาในการรอนาน อีกทั้งกลุ่มเสี่ยงไม่เคยปรากฏอาการใดผิดปกติ จึงไม่ไปรับการวัดความดันโลหิตซ้ำ ดังคำบอกเล่า “ก็ธรรมดา เฉย ๆ ไม่รู้ มันคิดแบบนี้แหละ มันไม่น่ากลัว ก็ธรรมดา ปล่อยมันไปอย่างนั้น บางทีไปถึงก็เสียเวลาที่รอนาน มันช้า ซักร้านคอย ก็ไม่ไปตรวจ

มันเสีย ไปก็ต้องคอยคิวอีกนาน คอยนาน เข้าเราก็ต้องรีบไป มันเสียเวลา ไปโรงพยาบาล บางทีก็ตั้งครึ่งวัน” (กลุ่มเสี่ยงรายที่ 1 เพศชาย อายุ 41 ปี)

3.6 กลัวว่าตนจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า มีผู้ให้ข้อมูลหลัก 1 รายให้เหตุผลถึง การไม่รับการวัดความดันโลหิตซ้ำ เนื่องจากความดันโลหิตที่ตรวจพบมีค่าสูงมาก คือ 186/109 มิลลิเมตรปรอท จึงดื่มน้ำมะขามป้อมตามการบอกกล่าวจากคนในละแวกบ้านเพื่อลดความดันโลหิต เพราะกลัวว่าตนจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตจริง ๆ ดังคำบอกเล่า “กินยาตามบ้านอยู่ กลัวว่าจะเป็นความดัน กลัวว่าความดันขึ้นจะไม่ลด เขาบอกว่ากินมะขามป้อม ต้มกินแต่น้ำ คนตามบ้านเขาบอกกันมา เพราะไปถามเขาว่าเป็นความดันกินอะไรจึงจะลด เขาบอกให้กินมะขามป้อม รู้สิกรว่าช่วงนี้อาการมัน ๆ ดีขึ้น” (กลุ่มเสี่ยงรายที่ 13 เพศหญิง อายุ 56 ปี) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การคัดกรองความดันโลหิตสูงและบอกผู้รับการคัดกรองว่าความดันโลหิตสูง อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ส่งผลต่อด้านจิตใจของผู้รับการคัดกรอง ทำให้ผู้รับการคัดกรองไม่มารับการวัดความดันโลหิตซ้ำ²² โดยกลุ่มเสี่ยงรายดังกล่าวเลือกดื่มน้ำมะขามป้อม จากการรวบรวมด้านสมุนไพรลดความดันโลหิต พบว่า ใบมะขามป้อมมีสรรพคุณในการลดความดันโลหิตสูง²³

3.7 ความดันโลหิตสูงเนื่องจากสาเหตุอื่น ผู้ให้ข้อมูลหลักเล่าว่าวันที่ตนวัดความดันโลหิตแล้วสูงนั้น เป็นวันที่ตนเครียดและโกรธหลานชายและลูก ตนไม่เคยมีอาการผิดปกติใด ๆ มาก่อน อีกทั้งเมื่อได้รับการวัดความดันโลหิตแล้ว พบว่า ความดันโลหิตสูง (170/70 มิลลิเมตรปรอท) ก็ไม่มีอาการผิดปกติ จึงทำให้ตีความว่าความดันโลหิตที่สูงนั้นเกิดจากความโกรธ จึงไม่มารับการวัดความดันโลหิตซ้ำ ดังคำบอกเล่า “เราก็เห็นอยู่นะ 170 บางทีคิดว่าเราอาจจะเครียด แบบว่า ช่วงนั้นเราโมโห และมัน (ความดัน) มันขึ้นเพราะไร แบบว่าหลาน ลูกน้องชาย ไม่รู้มันสูมอะไร พาถูกเราไปด้วย พาถูกเราไปมั่วด้วย” (กลุ่มเสี่ยงรายที่ 20 เพศหญิง อายุ 52 ปี)

3.8 ไม่ได้รับการนัดให้มาวัดความดันโลหิตซ้ำ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยง 4 ราย สะท้อนว่าไม่ได้



รับการนัดให้มาวัดความดันโลหิตซ้ำจาก อสม. กลุ่มเสี่ยงทั้ง 4 ราย มีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท 148/81 มิลลิเมตรปรอท 155/90 มิลลิเมตรปรอท และ 186/109 มิลลิเมตรปรอท

4. แนวทางส่งเสริมให้ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมารับตรวจซ้ำ

จากการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีข้อเสนอแนะสำหรับเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองความดันโลหิตสูงและการจูงใจให้กลุ่มเสี่ยงมารับการวัดซ้ำ ดังนี้

4.1 อสม. ควรได้รับการพัฒนาเทคนิคการพูดจูงใจให้ประชาชนมารับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมารับการวัดความดันโลหิตซ้ำ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพัฒนาทักษะการนัดกลุ่มเสี่ยงมาวัดความดันโลหิตซ้ำ จัดกิจกรรมการคัดกรองความดันโลหิตในวันอาทิตย์ เนื่องจากเป็นวันหยุดทำงานของประชาชนส่วนใหญ่และให้ อสม. วัดความดันโลหิตให้ประชาชนถึงบ้าน

4.2 บุคลากรสาธารณสุขให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแก่ประชาชน โดยมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทุกหมู่บ้านด้วยเสียงตามสาย จัดกิจกรรมการคัดกรองความดันโลหิตในวันอาทิตย์ พัฒนาระบบงานของศูนย์สุขภาพชุมชนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และปฏิบัติงานเชิงรุกมากขึ้น รวมทั้งติดรายชื่อผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ต้องกลับมาวัดซ้ำ ณ จุดรวมของประชาชนในแต่ละหมู่บ้าน เช่น ร้านกาแฟ เพื่อให้ประชาชนบอกต่อ ดังคำบอกเล่า “ก็ไม่ต้องทำอะไรมาก ก็มีใบปลิวมาติดตามบ้าน ร้านกาแฟ คนที่สงสัยว่าเป็นความดันสูงก็ให้ไปอนามัย ไปหาอนามัยที่ใกล้บ้านท่าน ติดชื่อเลขนะก็ให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้านมาช่วยกัน มีอะไรก็ประกาศให้รู้” (กลุ่มเสี่ยงรายที่ 9 เพศชาย อายุ 71 ปี)

การลดอุบัติเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูงด้วยการคัดกรองความดันโลหิตเป็นบริการเชิงรุกที่มีความสำคัญ อย่างไรก็ตามแนวทางการคัดกรองจะต้องสอดคล้องกับสาเหตุการไม่มารับการคัดกรองบริบทและวิถีชีวิตของคนในพื้นที่นั้น^{24,25,26} ซึ่งจากข้อเสนอแนะดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยได้สะท้อนข้อมูลจากการศึกษากลับไปยังบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. โดยการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 14 คน

ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 2 คน อสม. ที่เคยเข้าร่วมในการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 จำนวน 10 คน และกลุ่มเสี่ยงจำนวน 2 คน เพื่อหาข้อสรุปแนวทางการคัดกรอง ผลการศึกษาได้ข้อสรุปแนวทางการคัดกรองดังนี้ 1) อสม. วัดความดันโลหิตตามบ้านในละแวกที่ตนรับผิดชอบ 2) จัดกิจกรรมคัดกรองความดันโลหิตร่วมกับกิจกรรมของชุมชนอย่างสม่ำเสมอและครอบคลุมทุกพื้นที่ที่รับผิดชอบ 3) จัดการณรงค์ใหญ่เกี่ยวกับการคัดกรองความดันโลหิตสูงปีละ 2 ครั้ง 4) อสม. ช่วยในการคัดกรอง และนำสมาชิกชมรม To be number one ร่วมในกิจกรรมการคัดกรอง และ 5) ติดรายชื่อผู้ที่ต้องมารับการวัดความดันโลหิตซ้ำ ณ จุดแหล่งรวมของประชาชนในแต่ละหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมในการกำหนดยุทธศาสตร์เชิงรุกในการป้องกันและการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพควรมีนโยบายและจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการคัดกรองความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งปลูกจิตสำนึกของบุคลากรสาธารณสุขให้เห็นถึงความสำคัญของพลังชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

2. ด้านการปฏิบัติ บุคลากรสาธารณสุขต้องพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง เช่น การนัดกลุ่มเสี่ยงมารับการตรวจซ้ำ เพิ่มทักษะการจูงใจ พัฒนาแกนนำประจำครอบครัว การเฝ้าระวังและการป้องกันโรค สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแก่ประชาชนโดยครอบคลุมทุกพื้นที่ จัดกิจกรรมการคัดกรองเชิงรุกโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือร่วมกับ อสม. ทุกหมู่บ้านที่ตนรับผิดชอบ โดยบูรณาการกับกิจกรรมทางสังคมของชุมชน เน้นบริการเชิงรุกเพิ่มขึ้นและปรับให้เข้ากับบริบทของชุมชนนั้น ๆ ระบบการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงตลอดจนโรคอื่น ๆ จะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนตลอดจนบทบาทที่สำคัญในการให้คำปรึกษา การชักจูงให้เห็นถึงความสำคัญของการรับการคัดกรองความดันโลหิต



ความรู้ความเข้าใจในวัฒนธรรมด้านสุขภาพของประชาชน เช่น การใช้สมุนไพรรักษาโรคตนเอง

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อหา รูปแบบการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมของ พื้นที่ที่ศึกษาหรือของจังหวัดภูเก็ต

3.2 ควรศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการใช้ ชุมชนเป็นฐานในการป้องกันและการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง

3.3 ควรศึกษาสมุนไพรรักษาในพื้นที่มีผลต่อ การป้องกันหรือลดระดับความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลหลักที่ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ruixing Y, et al. Prevalence, awareness, treatment, control and risk factors of hypertension in the Guangxi Hei Yi Zhuang and Han populations. *Hypertension Research* 2006; 29(6): 423-432.
2. Kane AL, Iwata BA, Kane DF. Temporal effects of promoting on acceptance and follow-up in a community-based hypertension screening program. *Journal of Community Psychology* 1984; 12: 164-172.
3. ดิเรก ขำแป้น. รูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบองค์รวมของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2550; 1(3-4): 301-310.
4. Cline DM. Epidemiology of hypertension. *Annals of Emergency Medicine* 2008; 51(3): S3-S4.
5. Angell SY, et al. Prevalence, awareness, treatment, and predictors of control of hypertension in New York city. *Circ Cardiovas Qual Outcomes* 2008; 1(1): 46-53.

6. สุพรรณ ศรีธรรมมา. คนไทย 11 ล. เผชิญความดันสูง สธ. เผย ชม. ละ 5 ราย. ผู้จัดการออนไลน์. [ออนไลน์] 2551 [อ้างเมื่อ 24 พฤษภาคม 2551]. จาก http://www.hsri.or.th/achieve/thai_dead_event_5_hr.html.
7. สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, สำนักงาน. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2551. ภูเก็ต: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต; 2551.
8. ศูนย์สุขภาพชุมชนศรีสุนทร. ทะเบียนการคัดกรองผู้ป่วย. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]; 2551. (เอกสารอัดสำเนา).
9. Buuren S, Boshuizen HC, Reijneveld SA. Toward targeted hypertension screening guideline. *Medical Decision Making* 2006; 26: 145 -153.
10. สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธุ์ภักดี. การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2542.
11. Lahdenpera TS, Kyngas HA. Levels of compliance shown by hypertensive patients and their attitude toward their illness. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 34(2): 189 - 195.
12. บำเพ็ญจิต แสงชาติ. วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในประเทศไทย (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
13. ศุภกิจ ศิริลักษณ์. สุ่มสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย. *เดลินิวส์*. หน้า 8; 2 มิถุนายน 2551.
14. Hutchinson S. *Nursing research: A qualitative perspective*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts; 1986.
15. ปริญญา พรณราย. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.



16. มธุรส ศิริสถิตกุล. ความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพและการตีตรา: ปัจจัยและผลกระทบทางสังคมกับความเจ็บป่วย. ในโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. วัฒนธรรม สุขภาพกับการเยียวยา: แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สามลดา; 2551.
17. Blumer H. Symbolic interactionism: Perspective and method. California: University of California press; 1969.
18. Hershey JC, Morton BG, Davix JB, Reichgott MJ. Patient compliance with antihypertensive medication. American Journal of Public Health 1980; 70(10): 1081 - 1089.
19. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. Health Education Monographs 1974; 2(4): 409 - 419.
20. สุภาพ ไบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2528.
21. จิราพร เกตุปรีชาสวัสดิ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการบริการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดปทุมธานี. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์จำกัด; 2547.
22. รัตนา มาชะสวัสดิ์. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ตำบลกวางโจน อำเภอกูยเขียว จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(2): 53-61.
23. จุไรรัตน์ เกิดดอนแฝก. สมุนไพรรลดความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: เซเว่น พรินติ้งกรุ๊ปจำกัด; 2552.
24. กาญจนา ปัญญาธร. แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน: การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ตำบลเชียงยืน อำเภอมือเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(2): 19-30.
25. อัมพรพรรณ อีรานูตร, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, วาสนา รวยสูงเนิน. การพัฒนารูปแบบ การดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 65-77.
26. ไพรัช บุญจรัส. การพัฒนาผลการดำเนินงานภายใต้การประเมินแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาโครงการตรวจสอบสุขภาพเคลื่อนที่เฉลิมพระบารมี 80 พรรษา จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(2): 62-71.



ผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจต่อพฤติกรรมจัดการความปวดของครอบครัว* Effects of a Family Preparation Program on Pain Management Behaviors of Families of 1-3 Year Old Cardiac Surgery Patients

จรรยา ชัยจันทร์ พย.ม.** ดารุณี จงอุดมการณ์ PhD***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดในเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของบันดูรา และแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ป่วยเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ และเข้ารับการรักษาในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 15 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการความปวดหลังผ่าตัด จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านพฤติกรรมจัดการความปวดของครอบครัว โดยการวิเคราะห์สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการความปวดของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบทีกรณีสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย พบว่า ครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดให้แก่เด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ มีคะแนนพฤติกรรมจัดการความปวดมากกว่าครอบครัวที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า การจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดนั้น พยาบาลควรเตรียมครอบครัวตั้งแต่ในระยะก่อนการผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลที่ครอบครัวสามารถนำไปปฏิบัติได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความสบาย ลดความทุกข์ทรมานจากความปวด

คำสำคัญ: โปรแกรมการเตรียมครอบครัว การจัดการความปวด การผ่าตัดหัวใจ พฤติกรรมจัดการความปวด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of a Family Preparation Program on the pain management behaviors for 1-3 year cardiac surgery patients. The conceptual framework was based on Bandura's social cognitive theory and family-centered care. The sample consisted of 30 family of 1-3 years old cardiac surgery patients at Queen Sirikit Heart Center of The Northeast, in Khon Kaen, Thailand. A purposive sampling method was used to equally divide the families into two groups of 15 members in each

**นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น



group: an experimental group and a control group. Family in the experimental group attended a Family Preparation Program in Pain Management 2 days prior to the surgery, whereas those in the control group didn't go through this program. Families from both groups were asked to record the pain management behaviors provided by themselves for the 1-3 years old children on the second day after surgery. A Post-Surgery Pain Management Behaviors questionnaire form was the tool used to record the information. Data was analyzed by using percentage, mean and standard deviation of the pain management behaviors of the families, and tested by the independent t-test.

Results revealed that family who attended the Family Preparation Program in Pain Management had better pain management behaviors on the second day after surgery than the family who didn't receive this program. A statistically significant level of 0.05 was determined.

The finding suggests that for management of pain in child cardiac surgery patients, nurses should prepare family before surgery by providing information to practice relaxation, pain and suffering relieving and well being stimulating.

Keyword: family preparation program, pain management, cardiac surgery, pain management behaviors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิด จัดได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งในเด็กที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเสียชีวิต¹ ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยในปัจจุบัน การรักษาโรคหัวใจในเด็กมีหลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การใช้สายสวนรักษา และการผ่าตัด² เมื่อผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจ ปัญหาสำคัญที่จะต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้หลังผ่าตัดคือความปวด ความปวดหลังผ่าตัดหัวใจเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน จะรุนแรงมากในระยะ 12-36 ชั่วโมงแรกโดยเฉพาะการผ่าตัดบริเวณช่องอกจะก่อให้เกิดความรุนแรงมากกว่าการผ่าตัดในบริเวณอื่น³ นอกจากนั้นความปวดยังเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมาน อาจส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และผลกระทบต่อพฤติกรรมการแสดงออก การช่วยบรรเทาความปวดที่ไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดความปวดที่ยืดเยื้อยาวนาน อาจพัฒนาเป็นความปวดเรื้อรัง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในอนาคตได้⁴ นอกจากนั้นความปวดยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะผลกระทบต่อโครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วย⁵ ครอบครัวมีความวิตกกังวลทุกข์ทรมานเมื่อเห็นเด็กปวด และเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ส่วนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กนั้น อาจทำให้เด็กฟื้นตัวช้า ต้องนอน

รักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้ทั้งครอบครัวรวมถึงสถานบริการสุขภาพ โดยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

การจัดการความปวดเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมในระยะหลังผ่าตัดแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ โดยการใช้ยา และการไม่ใช้ยา⁶ ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับยาบรรเทาความปวดแล้วประมาณ 1-2 ชั่วโมง แต่ก็ยังมีความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และยังมีความต้องการยาบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่อง^{7,8} ดังนั้นการใช้การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับวิธีการใช้ยาจึงมีความสำคัญมาก เพราะจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการความปวด สามารถลดปริมาณการใช้ยาลดภาวะเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยาในปริมาณมาก หรือหลายชนิดในการบรรเทาปวดได้⁹

เด็กวัย 1-3 ปี เป็นวัยที่ยังต้องอาศัยพึ่งพิงครอบครัว เด็กจะแยกจากครอบครัวได้เพียงชั่วคราวและมีปฏิกิริยาต่อต้านการรักษาถ้าไม่มีครอบครัวอยู่ด้วย¹⁰⁻¹² และจะปฏิเสธคนอื่น ๆ ยกเว้นผู้ดูแลใกล้ชิด^{13,14} โดยเฉพาะในขณะที่มีความปวด บุคคลที่เด็กต้องการให้อยู่ด้วยมากที่สุด คือ ครอบครัว¹⁵ ดังนั้นครอบครัว จึงมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลเด็ก ช่วยให้เด็กเผชิญต่อความปวด และเป็นบุคคลหนึ่งที่เป็นตัวเชื่อมผู้ป่วยเด็กกับบุคลากรทางสุขภาพ ในการรายงานความปวดเพื่อให้เด็กได้รับการบรรเทาปวดอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง^{16,17}



นอกจากนั้นการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อปวด จะช่วยให้เด็กรู้สึกอบอุ่นใจ คลายความวิตกกังวล ซึ่งมีผลให้ความปวดลดลงได้^{12,18}

จากการสังเกต และสอบถามของผู้วิจัย ถึงปัญหาและความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ที่ตึกกุมารเวชกรรมศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ครอบครัวยังขาดข้อมูลในการประเมินความปวด และขาดข้อมูลในการช่วยดูแลผู้ป่วยเด็ก ในด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งทุกครอบครัวต้องการได้รับความรู้ที่ตนเองสามารถมีส่วนร่วมในการดูแล และจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กได้ ซึ่งตรงกับผลการศึกษาเรื่องความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด พบว่า ความต้องการรายด้านที่ญาติต้องการมากที่สุดคือ ความต้องการข้อมูล รองลงมาคือ ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย¹⁹

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยเด็ก เห็นบทบาทความสำคัญ และความ ต้องการของครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก ดังนั้นจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ต่อพฤติกรรมการจัดการความปวดของครอบครัว ด้านการเตรียมความพร้อมแก่ครอบครัว โดยการให้ข้อมูล และฝึกทักษะด้านการจัดการความปวดตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด โดยสนับสนุน

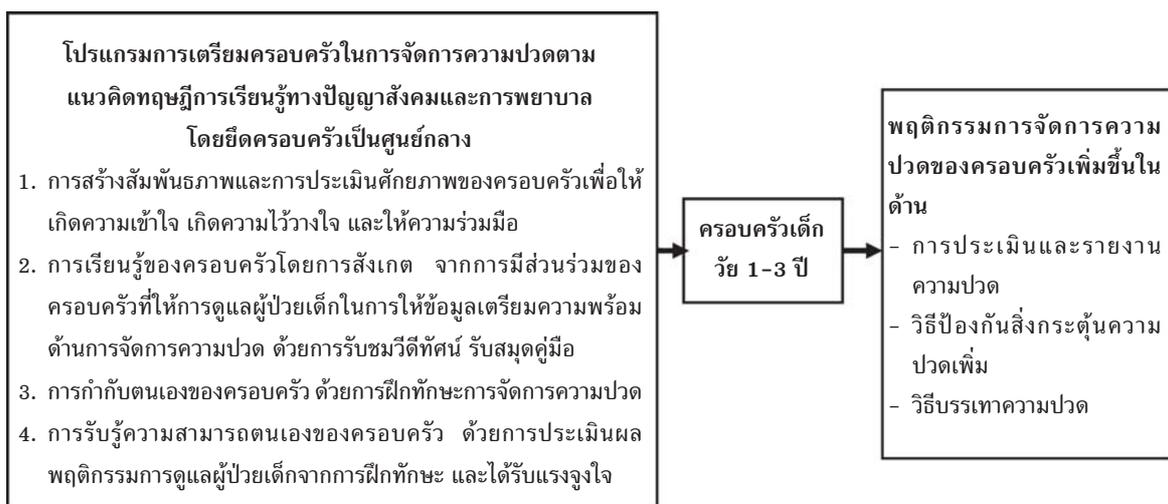
ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมิน และรายงานความปวด การดูแลเพื่อจัดการกับความปวดเบื้องต้น ด้านวิธีป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น และวิธีบรรเทาความปวด ซึ่งการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเด็กด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดนั้นมีประสิทธิภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปปรับปรุงพัฒนากิจกรรมการพยาบาล ให้สอดคล้องเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับความปวดหลังผ่าตัดหัวใจและครอบครัว เป็นการยกระดับและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ต่อพฤติกรรมการจัดการความปวดของครอบครัว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ บันดูรา (Bandura) และแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) มาอธิบายถึงผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดของเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดของเด็กวัย 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจต่อพฤติกรรมจัดการความปวดของครอบครัว

ประชากร คือ ครอบครัวผู้ป่วยเด็กวัย 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ และเข้ารับการรักษาตัวในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลือกกลุ่มตัวอย่างจากครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามลำดับรายชื่อผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 ราย รวมทั้งหมด 30 ราย

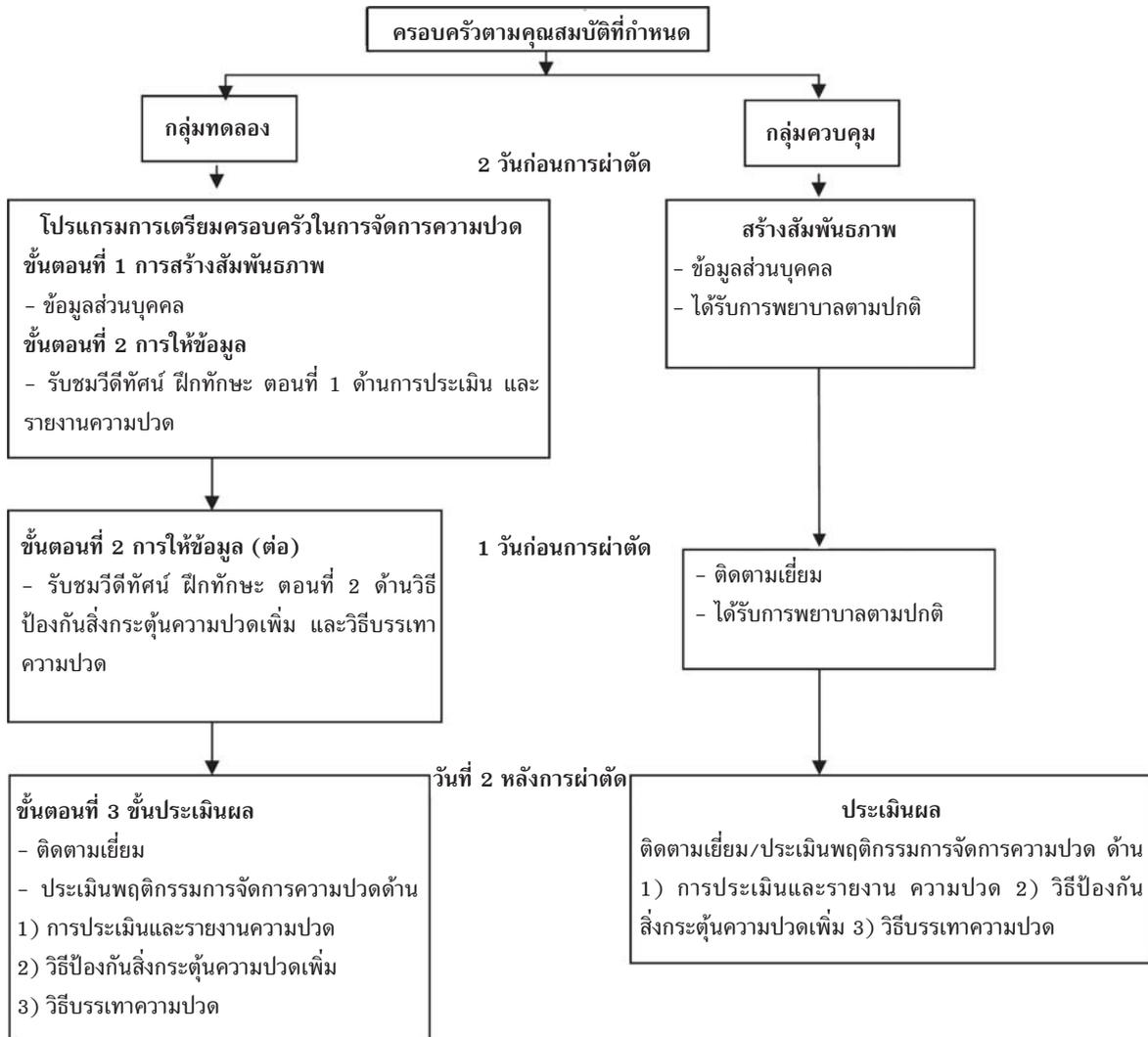
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลครอบครัว ทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการความปวดหลังผ่าตัด ใช้ประเมินครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กของครอบครัว ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมิน และรายงานความปวด ด้านการป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น และด้านการช่วยลดหรือบรรเทาความปวด เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด นำเครื่องมือที่ได้ไปตรวจสอบและหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน จากนั้นทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยเด็ก 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ครอบครัว คำนวณทางสถิติโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ 0.80 ส่วนที่ 2 คือ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 1) สื่อวีดิทัศน์เรื่องการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด 2) หนังสือคู่มือการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และผ่านการทดลองใช้กับครอบครัว จากนั้นนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมตอบสนองต่อความปวด FLACC: A behavioral scale for scoring post-operative pain in young children (face, legs, activity, crying, consolability)¹¹ ได้ตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีการประเมินซ้ำ (Test-retest method) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) พบว่า การวัด 2 ครั้งมีความสัมพันธ์กันสูง (correlation=0.86, $p<0.05$)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองเองทั้งในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ส่วนการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเอง ข้อมูลได้จากแบบสอบถามที่ครอบครัวตอบเอง โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัย ข้อมูลบางส่วนได้จากบันทึกเวชระเบียน และจากการสอบถามพยาบาลประจำการ มีวิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ตามรายละเอียดในภาพที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยมีแนวทางดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ และคิดค่าอัตราร้อยละแยกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง
2. วิเคราะห์ ระดับคะแนนพฤติกรรมจัดการความปวด ของครอบครัวโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับคะแนนพฤติกรรมจัดการความปวดของครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบที่ กรณีตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน



ภาพที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความเกี่ยวข้องเป็น มารดาของผู้ป่วยเด็กโดยกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 80) กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 93.3) อายุอยู่ในช่วง 20-45 ปี โดยกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 86.7) กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงโดยกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 100) กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 93.3) ระดับการศึกษา ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.3) ส่วนกลุ่มทดลองจบการศึกษาในระดับ

มัธยมศึกษา (ร้อยละ 46.7) และส่วนใหญ่ไม่มี ประสบการณ์การผ่าตัด เท่ากันคือ (ร้อยละ 73.3) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ส่วนใหญ่ ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 66.7) กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 86.7)

2. ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวดหลัง ผ่าตัดในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจำแนก ตามรูปแบบ พฤติกรรมการจัดการความปวด มีทั้งหมด 3 ด้าน คือ ด้านการประเมิน และรายงานความปวด ด้านการป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น และ



ด้านการช่วยลดยหรือบรรเทาความปวด นำเสนอผลการศึกษาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในด้านการประเมิน และรายงาน ความปวด พบว่า พฤติกรรมที่มีระดับคะแนนการปฏิบัติ มากที่สุดในกลุ่มควบคุม คือ การสอบถามเด็ก หรือประเมิน ด้วยสายตาวาเด็กปวดแคไหนทุก ๆ 4 ชั่วโมง และทุกครั้งทีครอบครวัผู้ดูแลคิดว่าเด็กปวด ($\bar{X}=3.87$) ในกลุ่มทดลอง พฤติกรรมทีมีระดับคะแนนการปฏิบัติมากที่สุด คือ การประเมินด้วยสายตาวาเด็กปวดแคไหน จากการแสดงออก ทางการร้องไห้ของเด็ก ($\bar{X}=4.60$) ด้านการป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น พบว่า พฤติกรรมทีมีระดับคะแนนการปฏิบัติมากที่สุดเท่ากันทั้งในกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลอง คือ การดูแลให้เด็กนอนในท่าทีไม่กดทับแผลผ่าตัด ($\bar{X}=4.93$) ด้านการช่วยลดยหรือบรรเทาความปวด ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมทีมีระดับคะแนนการปฏิบัติมากที่สุด ในกลุ่มควบคุม คือ เมื่อเด็กมีความปวดครอบครวัลูบ สัมผัสโอบกอดเด็ก ($\bar{X}=4.60$) ส่วนในกลุ่มทดลอง คือ การพูดให้กำลังใจเด็ก ร่วมด้วยขณะลูบ สัมผัสโอบกอด ($\bar{X}=4.93$)

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวด จำแนกตามรูปแบบพฤติกรรมจัดการความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการความปวด ด้านการประเมิน และรายงานความปวด ด้านการป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น และด้านการช่วยลดยหรือบรรเทาความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทีระดับ 0.05 (ตารางที 1)

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมจัดการความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการความปวด มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทีระดับ 0.05 (ตารางที 2)

การอภิปรายผล

พฤติกรรมจัดการความปวดของครอบครวัทีได้รับโปรแกรมการเตรียมครอบครวัในการจัดการความปวด มีคะแนนมากกว่าในครอบครวัทีได้รับการ

พยาบาลตามปกติ อธิบายได้วาทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของบันดูรา (Bandura) เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครวัผู้ป่วยเด็ก ด้วยการแนะนำตนเอง ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ทีคาดว่าจะครอบครวัจะได้รับ รวมถึงประโยชน์ต่อผู้ป่วยเด็ก ตลอดจนสิทธิของครอบครวัในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อครอบครวัได้รับข้อมูลจากผู้วิจัย จนเกิดความเข้าใจ ไว้วางใจ และเกิดความรู้สึกเป็นกันเอง เกิดเป็นแรงจูงใจและมีความตั้งใจทีจะเรียนรู้ในข้อมูลด้านการจัดการความปวด ประกอบกับเป็นข้อมูลทีครอบครวัต้องการรู้ เพื่อทีตนเองจะสามารถมีส่วนร่วมในการดูแล และจัดการความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กได้ ร่วมกับการฝึกทักษะด้านการจัดการความปวดทีเป็นขั้นตอน ไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) จากตัวแบบทีเป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) ตัวแบบในทีนี้ ได้แก่ มารดาผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กในวิดิทัศน์ ผู้วิจัยใช้สื่อวิดิทัศน์ในการให้ข้อมูล การเตรียมครอบครวัในการจัดการความปวด เพราะสื่อวิดิทัศน์เป็นสื่อทีช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ง่าย และชัดเจน เมื่อไม่เข้าใจก็สามารถเปิดรับชมใหม่ได้ ส่งผลให้ครอบครวัเกิดความใส่ใจ (Attention)²⁰ เมื่อได้สังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ จะบันทึกพฤติกรรมนั้นไว้ในความจำ และเปลี่ยนแปลงข้อมูลเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างใหม่ทีเกิดความจดจำ (Retention) และแปรสภาพภาพสิ่งทีจำได้ออกมาเป็นการกระทำหรือพฤติกรรมทีเหมือนหรือใกล้เคียงกับตัวแบบ (Reproduction) และเพื่อให้เกิดความจดจำในระยะยาว จึงมีการฝึกทักษะการจัดการความปวด โดยให้ครอบครวัได้ทดลองปฏิบัติตามทีได้รับชมจากสื่อวิดิทัศน์นอกจากนี้ครอบครวัยังสามารถฝึกทักษะได้บ่อย ๆ จากหนังสือคู่มือการจัดการความปวดทีให้ไว้ประกอบด้วย

การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) ให้แก่ครอบครวั โดยการเสริมแรงทางตรง (direct reinforcement) โดยการกล่าวให้กำลังใจ และให้คำชมเชยเมื่อครอบครวัสามารถปฏิบัติ หรือแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบได้อย่างถูกต้องเหมาะสม²¹ ในขณะที่ฝึกทักษะด้านการจัดการ



ความปวดหลังรับชมวีดิทัศน์และการเสริมแรงด้วยตนเอง (Self-reinforcement) จากการกำกับตัวเอง (Self-regulation) โดยการที่ครอบครัวสามารถพิสูจน์ว่าตนเองมีความรู้ และสามารถปฏิบัติตามทักษะตามที่ตนได้ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ได้อย่างถูกต้อง จะช่วยให้ครอบครัวเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองด้านการจัดการความปวดของผู้ป่วยเด็ก และมีแนวโน้มในการนำ การรับรู้ที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติได้ด้วยความมั่นใจ และเกิดความต่อเนื่อง เมื่อครอบครัวเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองแล้ว ในระยะหลังการผ่าตัดเมื่อต้องการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดหลังผ่าตัดในสถานการณ์จริง ครอบครัวจึงมีพฤติกรรมจัดการความปวดมากกว่า กลุ่มควบคุม ทั้งในด้านการประเมิน และรายงานความปวด ด้านการป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น และด้านการช่วยลดหรือบรรเทาความปวดได้^{7,18}

พฤติกรรมจัดการความปวดของครอบครัว ในการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กนั้น ผู้วิจัยใช้แนวคิดการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) เพราะครอบครัวมีความเกี่ยวข้องและเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตผู้ป่วยเด็ก (Involvement) จำเป็นที่ครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการดูแล (Participation) มีการดูแลร่วมกัน (Shared care) และร่วมความเป็นหุ้นส่วนกันในการดูแล (Partnership) ผู้ป่วยเด็ก^{10,11,12,18} จากการศึกษาพบว่าครอบครัวสามารถประเมินระดับความปวดจากการประเมินด้วยสายตา ถึงพฤติกรรม การตอบสนองต่อความปวดของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กอยู่ตลอดเวลาอยู่แล้ว เมื่อประเมิน ได้ว่าผู้ป่วยมีความปวดแล้ว ครอบครัวยังให้การดูแลในเบื้องต้นเพื่อป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น²²

จากการจัดทำอนันที่สุขสบาย และไม่กดทับแผล การดูแลสายระบายทรวงอกไม่ให้ดึง หรือดึงรั้ง รวมถึง การดูแลเพื่อช่วยลดหรือบรรเทาความปวด ด้วยการพูด ให้กำลังใจเด็ก ร่วมด้วยขณะลูบสัมผัส นอกจากนี้ ครอบครัวได้ใช้ของเล่นที่เด็กเคยชอบ มาใช้เพื่อเบี่ยงเบน ความสนใจของเด็กจากความปวด เช่น การให้กอดตุ๊กตา ตัวโปรด การฟังเพลงที่ชอบจากเครื่องเล่นวิทยุ การดู

รูปภาพจากหนังสือ การเล่นเกมจ๊ะเอ๋ เป็นต้น จากผลการ เปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรม การจัดการความปวด ในกลุ่มทดลองที่มากกว่าในกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด เด็กวัย 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ครอบครัวมีความพร้อม และสามารถจัดการกับความปวดในผู้ป่วยเด็กได้เป็นอย่างดี ดังนั้นการส่งเสริม ครอบครัวโดยการใช้โปรแกรมการเตรียมครอบครัว ในการจัดการความปวดในการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้ จึงมีความจำเป็นในการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแล เพื่อจัดการความปวด อย่างถูกต้องและเหมาะสม ป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน จากความปวด เกิดความทุกข์ทรมาน ลดความทุกข์ทรมาน และเพื่อให้ผู้ป่วยเด็ก และครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ในการปฏิบัติการเพื่อดูแลความปวดหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยเด็กวัย 1-3 ปี พยาบาลปฏิบัติการในโรงพยาบาล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ การผ่าตัด ทางหน้าท้อง หรือที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กในโรคอื่น ๆ สามารถนำโปรแกรมการนี้ ไปเป็นแนวทางในการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วย ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันอย่าง เหมาะสม ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล
2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียม ครอบครัวในการจัดการความปวดในเด็กวัยอื่น ๆ ที่มีความปวดชนิดเฉียบพลันต่อไป
3. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียม ครอบครัวในการจัดการความปวด ในเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดชนิดอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ และ รศ.กัลยา พัฒนศรี ที่ให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ให้มีความ สมบูรณ์ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และเจ้าหน้าที่ศูนย์ หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือทุกท่าน ที่ให้ความ ร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล



เอกสารอ้างอิง

1. วิษระ จามจุรีรักษ์. (บรรณาธิการ). โรคหัวใจเด็ก: ปัญหาและการรักษา. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร; 2539.
2. ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์. หลักและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ไพศาลศิลป์การพิมพ์; 2543.
3. Consala JB, Drain CB. Pain Assessment and Management. In: Litwack K, editor. Core Curriculum For Perianesthesia Nursing Practice. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999.
4. พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน, ก้องเกียรติ ภูมัท-กันทรารกร. Pain: ความปวด. กรุงเทพฯ: เมติมีเดีย (ประเทศไทย) จำกัด; 2547.
5. Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. Family Nursing: Research, Theory, & Practice. 5th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc; 2003.
6. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's: Textbook of Medical Surgical Nursing. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, A Wolters Kluwer business; 2008.
7. อภิญา วงศ์พิริยโยธา. ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วย หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2535.
8. หัตยา ภูแก้ว, ลิกิจ โหราฤทธิ์. ผลของดนตรีไทยบรรเลงซึมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหน้าท้อง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(4): 32-39.
9. ศศิกันต์ นิยมมาร์ชต์ และชัชชัย ปรีชาไว. (บรรณาธิการ). ความปวดและการระงับปวด: Pain & Pain Management. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2549.
10. ดารุณี จงอุดมการณ์. ปวดในเด็ก การพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ออฟเซ็ทขอนแก่น; 2546.
11. ดารุณี จงอุดมการณ์, นิภา อังศุภากร, อินทิพร ปีกเคต, ขจิต บุญประดิษฐ์. การพัฒนาเครื่องมือสำหรับครอบครัวใช้ประเมินความปวดของเด็กวัยเรียนในสังคมวัฒนธรรมอีสาน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 21-32.
12. เกตินี บุญยพัฒนางกุล. บทบาทพยาบาลกับการจัดการความปวดในเด็กโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(3): 6-13.
13. รัชณี ราชโรจน์. เอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 1-7. พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2536.
14. นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา, ชนิษฐา นันทบุตร, วรณภา ศรีธัญรัตน์, ดารุณี จงอุดมการณ์. การพัฒนานโยบายการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในสถานเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน: กรณีศึกษาสถานเลี้ยงเด็กแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(2): 10-18.
15. Ball JW, Bindler RC. Pediatric Nursing: Caring for Children. 4th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc; 2008.
16. สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, วรณภา ศรีธัญรัตน์. การจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายขณะอยู่โรงพยาบาล. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 21-32.
17. Chamber MA, Jones, S. Surgical Nursing of Children. Philadelphia: Elsevier Limited; 2007.
18. รุจา ภูไพบูลย์ และดารุณี จงอุดมการณ์. การประเมินความปวดและกลวิธีในการช่วยเหลือบรรเทาปวดแก่เด็กวัยเรียนหลังผ่าตัด. (รายงานวิจัย). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2532.
19. สมพันธ์ ธิญะระนันท์, วรณวิมล คงสุวรรณ. ความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 2544; 6(1): 42-52.
20. ดาราวรรณ อักษรวรรณ, แก่นแก้ว เชื้อวรวบ, ศรากุล นามแดง. การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมแก่ผู้ปกครองของเด็กป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ได้รับการผ่าตัด. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(2): 43-51.
21. สุนทรีย์ แจ่มแสง, ดารุณี จงอุดมการณ์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพกับความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวตำบลพังแดง อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 5-11.



22. กฤษญา คัชรินทร์, ดารุณี จงอุดมการณ์, สมพร วัฒนกุลเกียรติ. การจัดการในครอบครัวเมื่อมีสมาชิกป่วยด้วยโรคสโตรค: กรณีศึกษาในจังหวัด

ขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 6-16.

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวด จำแนกตามรูปแบบพฤติกรรมการจัดการความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	t	p-value
ด้านการประเมิน และรายงานความปวด				
กลุ่มควบคุม	3.31	0.49	7.40	0.00*
กลุ่มทดลอง	4.40	0.29		
ด้านการป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น				
กลุ่มควบคุม	3.36	1.14	2.60	0.01*
กลุ่มทดลอง	4.17	0.39		
ด้านการช่วยลดหรือบรรเทาความปวด				
กลุ่มควบคุม	3.95	0.58	3.06	0.00*
กลุ่มทดลอง	4.42	0.08		

*p < 0.05

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

รายการทดสอบ	\bar{X}	SD	t	p-value
คะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวด				
กลุ่มควบคุม	3.51	0.52	6.02	0.00*
กลุ่มทดลอง		4.41		

*p < 0.05



**ปัจจัยด้านองค์การที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
Organizational Factors Affecting Nurses' Burnout in
Thai University Hospitals**

กนกกร ศรีทาโส พย.ม.* วรณชนก จันทชุม วท.ด.**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยด้านองค์การ และความสามารถของปัจจัยด้านองค์การในการร่วมกันอธิบายความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประชากรที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพในทุกแผนกการพยาบาลผู้ป่วยใน จากฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ 8 แห่ง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนได้จำนวนตัวอย่าง 540 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามปัจจัยด้านองค์การและแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของ Maslach (Maslach Burnout Inventory: MBI) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน หาค่าความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ .92 และ .90 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามผ่านผู้ประสานงาน ซึ่งได้คืนกลับมา 473 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และวิเคราะห์ถดถอยพหุ

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความเหนื่อยหน่าย ด้านความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับปานกลาง ความรู้สึกลดความเป็นบุคคลและความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับต่ำ องค์ประกอบของปัจจัยด้านองค์การที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ปริมาณงาน วิชาการและการพัฒนา ค่าตอบแทนและสวัสดิการ สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน พฤติกรรมการบริหารงานของหัวหน้าตึก และลักษณะงาน ซึ่งมีเพียง 5 องค์ประกอบ ที่ร่วมกันอธิบายความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลได้ร้อยละ 29.1 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ซึ่งได้แก่ ปริมาณงาน ค่าตอบแทนและสวัสดิการ วิชาการและการพัฒนา สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน และพฤติกรรมการบริหารงานของหัวหน้าตึก

คำสำคัญ: ความเหนื่อยหน่าย ปัจจัยด้านองค์การ การทำงานของพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

Abstract

The purposes of this descriptive research study were to analyze and investigate organizational factors that affecting nurses' burnout in Thai university hospitals. The multi-stage random sampling of 540 nurses was taken from in-patient units of 8 government university hospitals in Thailand. The questionnaires of the organizational factors and the Maslach Burnout Inventory (MBI) were approved for content validity by 5 experts. Cronbach' alpha coefficients were .90 and .92 for their reliabilities. The data were collected by coordinators and 473 questionnaires were returned. Data were analyzed by average, percentage, exploratory factor analysis, and multiple regression analysis.

* พยาบาล ระดับ 6 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Findings: the nurses' burnout in emotional exhaustion was medium level, but the in depersonalization and reduced personal accomplishment dimensions were low level. The Organizational factors were extracted to 6 components including workload, academic focus and development, reward, peer relationship, head nurse leadership and hardiness work. Five dimensions including workload, reward, academic focus and development, peer relationship and head nurse leadership accounted for 29.1 % of variation in nurses' burnout ($P \leq .01$).

Keywords: burnout, organizational factor, nurse working, university hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคมทำให้พยาบาลทำงานอยู่ภายใต้แรงกดดัน การปฏิรูประบบราชการที่ลดจำนวนข้าราชการทำให้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลเพิ่มมากขึ้น^{1,2} ซึ่งงานพยาบาลนั้นเป็นงานที่เผชิญกับความทุกข์ของผู้ที่อยู่ตลอดเวลา ในสภาพที่อัตรากำลังขาดแคลน พยาบาลยังต้องทำงานหนักเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพสูงขึ้นเรื่อยๆ ให้ได้การรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล ต้องพัฒนาตนเองให้เป็นผู้มีทักษะ มีความรู้ที่ทันสมัยทันเหตุการณ์อยู่เสมออย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเหตุให้เกิดความเครียด ซึ่งการเผชิญความเครียดซ้ำๆ อย่างต่อเนื่องมีโอกาสสะสมให้กลายเป็นความเหนื่อยหน่ายได้

ความเหนื่อยหน่าย (burnout) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ความรู้สึกเหนื่อยล้า เป็นผลตามมาจากความเครียดในการทำงานที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง³ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) ความรู้สึกลดความเป็นบุคคล (depersonalization) และ ความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคล (reduce personal accomplishment)⁴ มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายจากการทำงาน ตั้งแต่ระดับต่ำถึงระดับสูง^{5,6} ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง เกิดผลเสียต่อคุณภาพการพยาบาลและส่งผลเสียทั้งต่อตัวพยาบาล องค์กร และวิชาชีพ ซึ่งทำให้อยากลาออก⁷ โดยมีสาเหตุจากตัวบุคคล เช่น ผู้ที่อายุน้อยและประสบการณ์การทำงานน้อยจะมีความเหนื่อยหน่ายมากกว่าผู้ที่อายุมากหรือประสบการณ์การทำงานมากกว่า ผู้ที่เป็นโสดมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส^{4,8,9} และคุณลักษณะภายในที่ทำให้บุคคลเกิดความเหนื่อยหน่ายได้แตกต่างกัน เช่น บุคลิกภาพทัศนคติ ความเชื่อ การรับรู้ การปรับตัว ความเข้มแข็ง^{8,9}

และสภาพแวดล้อมในงานทั้งด้านกายภาพ และด้านองค์กร ซึ่งได้แก่ ปริมาณงาน ลักษณะงาน การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในหน่วยงาน ค่าตอบแทนและสวัสดิการ และระบบบริหารมีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล^{10,11,12,13}

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นโรงเรียนแพทย์ที่มีศักยภาพสูงในระดับตติยภูมิ ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนรุนแรงทั้งแบบวิกฤตและเรื้อรัง ซึ่งต้องควบคุมคุณภาพการบริการให้ได้มาตรฐาน และพัฒนาให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นตลอดเวลา ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะในการบริการสูง และมีบทบาทตอบสนองการเรียนการสอน เมื่อมีนโยบายปรับเปลี่ยนเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ทำให้เกิดระบบบริหารการจ่ายค่าตอบแทนตามผลงาน โดยพิจารณาจากค่าน้ำหนักของงานและปริมาณงาน จึงทำให้พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสายสนับสนุนพยายามที่จะพัฒนาตนเองสู่ความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ เกิดความกดดันให้สร้างผลงานและคิดค้นนวัตกรรมควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วย ภายใต้้อัตรากำลังที่ขาดแคลน ซึ่งอาจทำให้พยาบาลเกิดความเครียดสะสมและกลายเป็นความเหนื่อยหน่ายได้

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัย โดยทำแบบสอบถามความคิดเห็นพยาบาล 15 คน พบว่า มีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง ได้แก่ รู้สึกรำคาญง่ายขึ้นร้อยละ 86 ให้ความสนใจผู้ป่วยน้อยลงร้อยละ 80 มีอาการท้อแท้ใจ รู้สึกซึมเศร้าเวลาทำงาน ไม่รู้สึกสนุกกับงานในแต่ละวันถึงร้อยละ 60 การตัดสินใจไม่ดีเท่าเดิมให้เวลากับการปฏิบัติกรพยาบาลน้อยลง ร้อยละ 53 บ่อยครั้งที่ไม่รู้รู้สึกสนุกกับงานในแต่ละวัน เฉื่อยชามากกว่าแต่ก่อนถึงร้อยละ 40 ไม่มีสมาธิในการทำงาน นานๆ ครั้งร้อยละ 47 บ่อยครั้งร้อยละ 53 อยากลาออกและหาอาชีพอื่นทำร้อยละ 60 จากอาการดังกล่าวสรุปได้ว่า



พยาบาลมีความเหนื่อยหน่าย เพื่อประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางบริหารงานของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และมองว่าปัจจัยส่วนบุคคลนั้นเป็นเรื่องที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายได้ยาก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านองค์การที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาองค์ประกอบของปัจจัยด้านองค์การที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล
2. ศึกษาความสามารถของปัจจัยด้านองค์การในการร่วมกันอธิบายความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปและไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ด้านบริหาร สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ในประเทศไทย จำนวน 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช รามาธิบดี ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาราชนคร เชียงใหม่ สงขลานครินทร์ ศรีนครินทร์ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร กลุ่มตัวอย่างเลือกโดยการสุ่มหลายขั้นตอน จำนวน 540 คน ซึ่งครอบคลุมขนาดตัวอย่างขั้นต่ำในการใช้สถิติวิเคราะห์หลายตัวแปร (multivariate statistics analysis) ที่จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 10 เท่าของข้อคำถาม¹⁴ (ในการศึกษาครั้งนี้มี 54 ข้อ จำนวนตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 540 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนปีที่ทำงาน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อองค์ประกอบปัจจัยด้านองค์การ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมด้านต่าง ๆ ได้แก่ ปริมาณงาน ลักษณะงาน การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในหน่วยงาน นโยบายการบริหาร ค่าตอบแทนและสวัสดิการ มี 54 ข้อ

เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้คะแนน 1- 5 คะแนน ตั้งแต่เห็นด้วยน้อยที่สุดถึงเห็นด้วยมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของ Maslach (Maslach Burnout Inventory: MBI)¹⁵ แปลโดยผู้วิจัย มี 22 ข้อ แบ่งเป็นด้านความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ 9 ข้อ (ข้อ 1-9) ความรู้สึกลดความเป็นบุคคล 5 ข้อ (ข้อ 10-14) และความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคล 8 ข้อ (ข้อ 15-22) เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ให้คะแนน 0-6 คะแนน ตั้งแต่ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย ถึงรู้สึกเช่นนั้นทุกวัน ซึ่งแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลางและระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความตรงของสำนวนภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอีก 1 ท่าน สำหรับส่วนที่ 3 จากนั้นำไปทดลองใช้และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกมหาวิทยาลัยต้นสังกัดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้รับความเห็นชอบและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ผ่านผู้ประสานงานแต่ละสถาบันจำนวนทั้งสิ้น 537 ฉบับ ได้คืนและมีความสมบูรณ์เพียงพอจะนำมาวิเคราะห์ 473 ฉบับ (ร้อยละ 82.5)

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ มีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความเหนื่อยหน่าย โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยด้านองค์การที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) สกัดองค์ประกอบโดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (principal component analysis) พิจารณาจำนวนองค์ประกอบจากค่าไอเกนที่มากกว่า 1 หมุนแกนแบบมุมฉากโดยใช้วิธีวาร์แมกซ์ (varimax) พิจารณาข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบที่มีน้ำหนัก



องค์ประกอบมากกว่า 0.30 และองค์ประกอบที่ได้มีข้อคำถามตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป จากนั้นนำไปแปลผลและตั้งชื่อเป็นองค์ประกอบปัจจัยด้านองค์การ

3. วิเคราะห์ความสามารถของปัจจัยด้านองค์การในการร่วมกันอธิบายความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 22-30 ปี ร้อยละ 40.2 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 34 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 59.6 รองลงมา คือ แต่งงานแล้ว ร้อยละ 36.6 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 88.8 ปฏิบัติงานในทุกแผนก โดยปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมมากที่สุด ร้อยละ 15.9 รองลงมาคือแผนกอายุรกรรม และกุมารเวชกรรม ร้อยละ 14.6 และ 9.9 ตามลำดับ ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ เมื่อแยกรายด้าน พบว่า มีความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลและด้านความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ

2. จากการวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยด้านองค์การที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ในเบื้องต้นผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูล ได้ค่า KMO = 0.89 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับดี Bartlett's test พบว่า เมตริกสหสัมพันธ์ไม่เป็นเมตริกเอกลักษณ์ (p-value = .00) และค่า Community ของตัวแปรมีค่าอยู่ระหว่าง 0.438-0.752 ซึ่งไม่มีค่าของตัวแปรใดต่ำกว่า 0.2 แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบ¹³ จากข้อคำถามเดิมจำนวน 54 ข้อ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เมื่อนำมาสังกัดองค์ประกอบ พบว่าบางข้อคำถามมีความหมายคาบเกี่ยวในหลายปัจจัย จนไม่สามารถจัดเข้าปัจจัยใดได้ชัดเจน จึงได้พิจารณาตัดข้อคำถามออกไปจำนวน 9 ข้อ เหลือข้อคำถามที่นำมาสังกัดองค์ประกอบใหม่จำนวน 45 ข้อคำถาม ได้องค์ประกอบปัจจัยด้านองค์การจำนวน 6 องค์ประกอบที่เป็นอิสระ

ต่อกันตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ กล่าวคือ เป็นองค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 และมีข้อคำถามตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป และมีน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่า 0.30 ซึ่งทั้ง 6 องค์ประกอบร่วมกันอธิบายความผันแปรของตัวแปรทั้งหมดได้ร้อยละ 50.12 (ตารางที่ 1) และได้ตั้งชื่อให้สอดคล้องกับความหมายของข้อคำถามที่เป็นสมาชิกในองค์ประกอบดังนี้ 1) ปริมาณงาน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3, 4,5,7,8,9,14 2) พฤติกรรมบริหารงานของหัวหน้าตึก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 22,50,51,52,53,54 3) สัมพันธภาพในหน่วยงาน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21,23,26, 27,28,29,31,32 4) ค่าตอบแทนและสวัสดิการ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 38,39,40, 41,49 5) วิชาการและการพัฒนา 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10,11,12, 13 และ 6) ลักษณะงาน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16,17,18,19,20

3. วิเคราะห์ความสามารถของปัจจัยด้านองค์การในการร่วมกันอธิบายความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ ในเบื้องต้นผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุเกี่ยวกับค่าความคลาดเคลื่อน พบว่า 1) การแจกแจงของความคลาดเคลื่อนเป็นปกติและมีค่าเฉลี่ยเป็น 0 2) ความแปรปรวนมีความเป็นเอกภาพ 3) ความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระต่อกันโดยทดสอบ Durbin-Watson ได้เท่ากับ 1.97 ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 1.65-2.35 แสดงว่าเป็นอิสระต่อกัน ข้อมูลเป็นไปตามข้อกำหนดถือว่ามีความเหมาะสม

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยด้านองค์การมี 5 ปัจจัยที่สามารถร่วมกันอธิบายความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้ตามลำดับ (พิจารณาจากค่า beta) ดังนี้ คือ ปริมาณ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ วิชาการและการพัฒนา สัมพันธภาพในหน่วยงาน และพฤติกรรมการบริหารของหัวหน้าตึก โดยร่วมกันอธิบายได้ร้อยละ 29.1 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

ระดับความเหนื่อยหน่าย การศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีความเหนื่อยหน่ายโดยรวมในระดับต่ำ แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลและความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับต่ำ แต่มี



ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติ⁵ ซึ่งมีความเหนื่อยหน่ายทั้งสามด้านอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในยุคปัจจุบันนี้มีการแข่งขันบริการสูง พยาบาลจึงได้รับการพัฒนาทั้งในด้านบริการและด้านวิชาการ นอกจากนี้จะมีความรู้ความสามารถแล้วยังต้องได้รับการพัฒนาให้มีจิตบริการมุ่งเน้นให้คำนึงถึงคุณธรรมจริยธรรมในการบริการสูง และยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง โดยให้ความสำคัญในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์และให้บริการพยาบาลที่ดีที่สุด ทำให้พยาบาลมีความตระหนักในคุณค่าความเป็นบุคคลสูง และเนื่องจากการอยู่ในองค์กรแห่งการเรียนรู้ พยาบาลจึงได้รับการส่งเสริมให้มีโอกาสได้พัฒนาความสามารถที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานได้โดยง่าย จากคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ถึงแม้พยาบาลจะมีภาระงานมาก (ค่าเฉลี่ย 3.31) จนทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายแต่ก็ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ (ค่าเฉลี่ย 3.61) ทั้งในด้านเครื่องมืออุปกรณ์ ที่ช่วยเหลือในการทำงานและด้านการสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ เช่นการมีส่วนร่วม การยอมรับ การได้รับความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพในหน่วยงานดี (ค่าเฉลี่ย 3.57) จึงเป็นเสมือนฉนวนที่ช่วยป้องกันและลดความเหนื่อยหน่ายได้ ทำให้มีความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ แต่การตอบแบบสอบถามที่ให้รายงานความรู้สึกเชิงลบด้วยตนเอง ผลที่ได้มีแนวโน้มที่อาจต่ำกว่าความเป็นจริงได้

องค์ประกอบปัจจัยด้านองค์การที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่าย จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้สรุปเป็นปัจจัย 6 ด้านได้แก่ 1) ปริมาณงาน 2) ลักษณะงาน 3) การสนับสนุนทางสังคม 4) สัมพันธภาพในหน่วยงาน 5) ค่าตอบแทนและสวัสดิการ และ 6) นโยบายบริหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 54 ข้อ แต่เมื่อใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเข้าช่วยแล้วสามารถจัดกลุ่มข้อคำถามได้ใหม่เป็น 6 ปัจจัยคือ 1) ปริมาณงาน 2) พฤติกรรมบริหารงานของหัวหน้าตึก 3) สัมพันธภาพในหน่วยงาน 4) ค่าตอบแทนและสวัสดิการ 5) วิชาการและการพัฒนา และ 6) ลักษณะงาน จะเห็นว่าปัจจัยที่คงความหมายเดิม 3 ปัจจัย และที่ได้ตั้งชื่อใหม่เปลี่ยนไปตามความหมายของตัวแปร คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริหารงาน

ของหัวหน้าตึก วิชาการและการพัฒนา และลักษณะงาน ซึ่งปัจจัยด้านวิชาการและการพัฒนาที่ได้นี้ทำให้มองเห็นลักษณะเด่นเฉพาะที่ตรงกับบริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ส่วนในด้านระบบการบริหาร จากการศึกษาที่ผ่านมาแม้จะมีการใช้คำที่แตกต่างกันไป แต่โดยความหมายก็สื่อให้เห็นลักษณะนโยบายและการบริหารองค์การ ส่วนการศึกษาครั้งนี้ก็ยังพบว่า มีบางข้อคำถามที่สื่อความหมายในเชิงนโยบายและการบริหาร แต่เมื่อจัดกลุ่มแล้วให้ความหมายค่อนข้างกระจาย และมีจำนวนข้อคำถามที่ร่วมกันเป็นสมาชิกองค์ประกอบน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จึงไม่สามารถจัดเป็นปัจจัยได้ ซึ่งนับว่าเป็นข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากการสร้างเครื่องมือของผู้วิจัยที่อาจจะยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร ซึ่งต้องมีการพัฒนาเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ปัจจัยด้านองค์การที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่าย จากสมการถดถอยพหุ พบว่า มี 5 ปัจจัยที่สามารถร่วมกันอธิบายความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลได้ร้อยละ 29.1 แสดงว่าอีกกว่าร้อยละ 70 มาจากตัวแปรอื่นๆที่ไม่ได้นำมาศึกษาในที่นี้

ปริมาณงาน เป็นปัจจัยที่อธิบายความเหนื่อยหน่ายได้สูงสุด ($\beta = .29$) แสดงถึงพยาบาลรู้สึกเหนื่อยหน่ายจากการมีภาระงานมาก เนื่องจากในยุคปัจจุบันนี้การแข่งขันคุณภาพบริการสูงมาก ประกอบกับอัตราค่าจ้างที่จำกัดทำให้พยาบาลทำงานภายใต้ความกดดันจนเกิดความเหนื่อยหน่าย^{6,8,12} ดังนั้นการจัดจำนวนพยาบาลต่อเวรที่เหมาะสมต่อภาระงานจึงจะสามารถลดความเหนื่อยหน่ายได้ และอาจจะเป็นเพราะพยาบาลรู้สึกว่าการทำงานหนักและทุ่มเทให้แก่องค์กรจึงมีความคาดหวังว่าองค์กรน่าจะให้ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่สูงเช่นกัน ถ้ารู้สึกว่าการค่าตอบแทนที่ได้นั้นไม่เหมาะสมจะเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ ($\beta = -.27$) โดยเฉพาะระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามผลลัพธ์ของงานที่มีการคำนวณให้น้ำหนักความสำคัญของงานที่ต่างกัน เนื่องจากลักษณะงานของพยาบาลนั้นวัดผลลัพธ์ได้ยาก และมีค่าน้ำหนักงานแบบสายสนับสนุน ซึ่งน้อยเมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่นที่สามารถนับปริมาณงานเป็นผลลัพธ์ได้ง่ายกว่า และมีค่าน้ำหนักความสำคัญมากกว่า จึงอาจจะเป็นสาเหตุของความคับข้องใจและนำไปสู่ความเหนื่อยหน่ายได้ เช่นเดียวกันในด้านการพัฒนางาน



และด้านวิชาการที่ร่วมอธิบายความเหนื่อยหน่าย (beta = .27) หมายความว่ายิ่งองค์การมุ่งเน้นในด้านวิชาการหรือเน้นด้านการพัฒนาสูงเท่าใดจะยิ่งทำให้มีความเหนื่อยหน่ายสูงเช่นกัน ซึ่งเป็นเรื่องปกติของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่นับว่าเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ ถึงแม้จะทำให้พยาบาลมีโอกาสดำเนินงานเองได้ศึกษาฝึกฝนทักษะและได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ซึ่งอาจจะเป็แรงจูงใจให้เกิดความกระตือรือร้นในการทำงานได้ก็จริง แต่ในทางตรงกันข้ามก็มักจะมีบรรยากาศของการแข่งขันสูงเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดให้บรรลุผลตัวชี้วัดผลลัพธ์ของงาน การแข่งขันภายใน เช่น การประกวดกิจกรรมคุณภาพ หรือภายนอกองค์การ เช่น การเทียบเคียงสถาบัน เป็นต้น^{16,17}

ด้านสัมพันธภาพในหน่วยงาน ร่วมอธิบายความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในทิศทางเป็นลบ (beta = -.18) หมายความว่า ถ้าสัมพันธภาพในหน่วยงานดีจะสามารถลดความเหนื่อยหน่ายได้ แสดงให้เห็นว่าสัมพันธภาพในหน่วยงานเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญทั้งด้านแรงกาย กำลังใจ อารมณ์ และสังคม กล่าวคือ ก่อให้เกิดความร่วมมือช่วยเหลือ เกิดความเชื่อถือศรัทธา ไว้วางใจ ตลอดจนเกิดความรักใคร่อบอุ่น เนื่องจากการปฏิบัติงานของพยาบาลนั้นเกี่ยวข้องกับผู้ร่วมงานหลายฝ่าย สัมพันธภาพในที่นี้จึงหมายถึง สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานทุกระดับ สอดคล้องหลายการศึกษา^{18,19}

พฤติกรรมบริหารของหัวหน้าดีก็สามารถร่วมอธิบายความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล (beta = .17) หมายความว่า ถ้าหัวหน้าดีหรือหัวหน้าหน่วยงานมีพฤติกรรมบริหารงานที่ดีเหมาะสม จะทำให้พยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายต่ำหรือช่วยลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลได้^{20,21} ถึงแม้นโยบายและการบริหารจะมีความสัมพันธ์ต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล แต่จากผลการศึกษานี้ก็อธิบายได้ว่า ลักษณะการบริหารงานนั้นมีผลโดยตรงต่อผู้ปฏิบัติงานซึ่งหัวหน้าดีหรือหัวหน้าหน่วยงานนั้น เป็นผู้บริหารชั้นต้นที่ทำงานอยู่เคียงข้างและใกล้ชิดพยาบาลมากที่สุด จึงมีอิทธิพลโดยตรงที่เป็นทั้งผู้ร่วมงานและผู้บังคับบัญชา^{22,23} ดังนั้นความสามารถในการบริหาร การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมถึงทัศนคติที่ดีของหัวหน้าดีก็จะส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีในผู้ใต้บังคับบัญชาเช่นกัน ทำให้เกิด

ทัศนคติที่ดีต่องาน ซึ่งจะทำให้ทำงานอย่างมีความสุข จึงเป็นแหล่งเสริมพลังที่ช่วยป้องกันหรือลดความเหนื่อยหน่ายได้

ลักษณะงานที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น การดูแลผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน และการทำงานที่ต้องใช้ทักษะสูง งานที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการปฏิบัติเป็นผลัดบ่ายดึก ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล (r = .08, p-value = .16) แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีความพร้อมในด้านสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนเป็นอย่างดี มีความพร้อมที่จะเผชิญกับความยุ่งยากและสามารถจัดการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคได้โดยง่าย

ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลทุกระดับ เพื่อเฝ้าระวังและป้องกัน ลดและแก้ไขความเหนื่อยหน่าย
2. ศึกษาเพิ่มปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ปัจจัยภายในส่วนบุคคล เช่นบุคลิกภาพ ทัศนคติ การรับรู้ ฯลฯ เป็นต้นที่มีความสัมพันธ์ต่อความเหนื่อยหน่าย
3. ศึกษาความเหนื่อยหน่ายเชิงคุณภาพในกลุ่มพยาบาลที่ลาออกเพื่อจะได้ทราบสาเหตุความเหนื่อยหน่ายที่แท้จริง
4. ศึกษาเชิงโครงสร้างเพื่อพัฒนาเครื่องมือแบบวัดความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านองค์การที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่าย ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมจิต หนูเจริญกุล. ความจำเป็นของการมีผู้ปฏิบัติการชั้นสูงในประเทศไทย. เอกสารประกอบการบรรยายพิเศษ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2549.
2. ประชาญ์ บุญวงศ์โรจน์. การประชุมวิกฤตสถานการณ์ภาคใต้ วันที่ 21 ก.ค.2550. ข่าวสาธารณสุข. [ออนไลน์] 2550 [อ้างเมื่อ 27 สิงหาคม 2550]. จาก www.manager.co.th/QOL/View/News.as



3. McConnell EA. Burnout in The Nursing Profession. London: The CV. Mosby; 1982.
4. Maslach C, Jackson ES. The Measurement of Experience Burnout. Journal of Occupational Behavior 2: 99-113.
5. สิริยา สัมมาวาจ. ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรามารัตน (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.
6. ทัชชา รักษาสุข. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขต 3 (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2544.
7. Behar ME, et al. The Impact of Social Environment, Teamwork Characteristics, Burnout, and Personal Factors Upon Intent to Leave Among European Nurses. Medical Care. 2007; 45(10): 939-950
8. พรทิพย์ สุโรยดี ณ ราชสีมา. อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
9. วรณัฐ กิตติสัมพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความเหนื่อยหน่าย ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2538.
10. Lee H, Song R, Cho YS, Lee GH, Daly B. A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. Journal of Advance Nursing 2003; 44(5): 534-545.
11. นวลอนง ศรีธัญรัตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
12. วิไล พัชรรักษา. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
13. จีรวรรณ ชาประดิษฐ์, ศรัญญา จุฬารี. การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 17-26.
14. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. หลักการและการใช้สถิติ การวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2548.
15. Maslach C, Jackson ES. The Measurement of Experience Burnout. Journal of Occupational Behavior 1981; 2: 99-113.
16. มณีรัตน์ อวยสวัสดิ์, เพชรไสว ลิ้มตระกูล. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วม อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 52-61.
17. สุรีย์ ธรรมิกบวร. การส่งเสริมสุขภาพในกระบวนการศึกษาใหม่: ผู้การศึกษาและการปฏิบัติ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 5-11.
18. Ilhan MN, Durukan E, Taner E, Bumin MA. Burnout and correlates among nursing staff: questionnaire survey. Journal Compilation 2007; 100-106.
19. Leiter MP, Laschinger HKS. Relationships of Work and Practice Environment to Professional Burnout: Testing a Causal Model. Nursing Research 2006; 5(2): 137-145.
20. อภิญญา จำปามูล. ผู้บริหารการพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(2): 24-32.
21. นงนุช ศิริศักดิ์. การวิเคราะห์พระดับตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.



22. วรรณชนก จันทชุม, บุญทิพย์ นิ่มสะอาด, วรรณภา นิवासะวัต. การวิเคราะห์องค์ประกอบการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติบทบาททางการบริหารของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(4): 23-31.
23. สุพัฒน์นา ศักดิ์ฐานานนท์, พูลสุข ศิริพูล. บรรยากาศองค์กรกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(1): 57-68.

ตารางที่ 1 ค่าไอเกน (eigen value) ร้อยละความแปรปรวน และร้อยละความแปรปรวนสะสมขององค์ประกอบ

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละความแปรปรวน	ร้อยละความแปรปรวนสะสม
1	10.043	10.466	10.466
2	6.243	10.188	20.654
3	2.744	9.332	29.986
4	1.971	7.542	37.528
5	1.797	6.523	44.051
6	1.621	6.073	50.124

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านองค์การในการร่วมกันอธิบายความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ

	unstandardized		Standardized		t	sig.
	coefficients		coefficients			
	B	std. Error	Beta			
(ค่าคงที่)						
ปัจจัยด้านองค์การ	37.426	.854			43.826	.000*
ปริมาณงาน	5.991	.855	.292		7.007	.000*
ค่าตอบแทนและสวัสดิการ	-5.550	.855	-.271		-6.491	.000*
วิชาการและการพัฒนา	5.412	.855	.264		6.330	.000*
สัมพันธภาพในหน่วยงาน	-3.773	.855	-.184		-4.413	.000*
พฤติกรรมบริหารของหัวหน้าตึก	-3.482	.855	-.170		-4.073	.000*

R = .540, R² = .291, SE of the estimate= 17.33, P* < .01