



## การพยาบาลสตรีที่ถูกสามีกระทำรุนแรง Nursing Care of Women who have Experienced Intimate Partner Violence

อมรัตน์ ศรีคำสุข ไซโโภ PhD\*

### บทนำ

ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว นอกจากจะเป็นปัญหาอซูกรรมทางสังคมแล้ว ยังทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพร่วมด้วย มีรายงานวิจัยทั่วไปในประเทศไทยที่ให้เห็นความถี่และความรุนแรงของปัญหานี้ว่ามีเพิ่มขึ้นในทุกสังคม พบรดในคนทุกเชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพและชนชั้น ไม่ว่าจากจนหรือร่ำรวย<sup>1,2</sup> ทั้งนี้ ความรุนแรงในครอบครัว หมายความถึง การที่สามีทำร้ายภรรยาหรือภรรยาทำร้ายสามี บิดาและหรือมารดาทำร้ายบุตร หรือบุตรทำร้ายบิดามารดา หรือญาติผู้ใหญ่<sup>3</sup> เนื่องจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการเกิดความรุนแรงในครอบครัวมีหลายสถานะ แต่ที่พบมากที่สุด คือ ความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดจากสามี<sup>3,4</sup>

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการทำร้ายภรรยาโดยสามี เช่น มีการศึกษาใน 10 ประเทศ ได้แก่ บังคลาเทศ บราซิล เอทิโอเปีย ญี่ปุ่น นามิเบีย เปรู ชามัว เชอร์เบียและมองเตเนโกร ไทย และแทนซาเนีย พบร่วม 15-71% ของสตรีในประเทศดังกล่าวเคยมีประสบการณ์ของการถูกสามีทำร้ายร่างกายและหรือทางเพศในบางช่วงของชีวิต<sup>5</sup> หรือการศึกษาในประเทศทางตะวันตก เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบร่วม หนึ่งใน 5 ของสตรีมีประสบการณ์การถูกกระทำรุนแรงจากสามี/คู่ครองอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงระยะเวลา 1 ปี และในประเทศคอสเตรเลีย พบร้อยละ 22 ของสตรีกลุ่มตัวอย่างถูกสามี/คู่ครองทำร้ายร่างกาย<sup>6,7</sup> นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเฉพาะในประเทศไทย พบร้อยละ 41 ของสตรีกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และร้อยละ 47 ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ถูกสามีกระทำรุนแรงทางร่างกายและหรือทางเพศ<sup>8</sup> จะเห็นได้ว่าการกระทำรุนแรงส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นไม่เพียงประเภทเดียวแต่มีการกระทำหลายอย่างรวมกัน กล่าวคือ สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายส่วนใหญ่จะถูกกระทำรุนแรงทางจิตใจและทางเพศร่วมด้วย

อย่างไรก็ตาม เชื่อได้ว่าอัตราการทำร้ายที่พบในปัจจุบันยังต่ำกว่าความเป็นจริงมาก เพราะเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัวอาจมีอีกมากที่ไม่ได้มีการบันทึกหรือรายงานไว้<sup>9</sup> ทั้งนี้เนื่องจากหลายสาเหตุที่ทำให้การทำร้ายคู่สมรสไม่มีการเปิดเผยออกไปสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับวัฒนธรรมไทยที่ลักษณะความคิดความเชื่อที่ว่าการทำร้ายคู่สมรสเป็นเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องภายในครอบครัวและเป็นเรื่องที่น่าอับอายที่ไม่ควรให้ผู้อื่นได้รับรู้หรือบุคคลภายนอกไม่ควรยุ่งเกี่ยว ดังคำพูดของสตรีคนหนึ่งที่บอกว่า “เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ฉันไม่ปรึกษาใคร เพราะว่าเป็นเรื่องในครอบครัว” นอกจากนี้อาจเกิดจากความเชื่อที่ว่าสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นผู้อยู่ดูหรืออยู่บ้านให้เกิดปัญหาและเป็นความผิดของสตรีเอง หรืออาจเกิดความกลัวต่อการถูกทำร้ายข้าหรือการไร้ที่พึ่งพิงเจ้าให้สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงไม่เปิดเผยข้อมูล<sup>10</sup>

\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



## ประเพณีความรุนแรง

ความรุนแรงในครอบครัวแบ่งออกเป็นหลายประเภท ซึ่งนักวิชาการหลายคนแบ่งไว้แตกต่างกัน<sup>2,11,12,13</sup> สำหรับประเภทที่มีคนกล่าวถึงบ่อยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ทางร่างกาย ทางจิตใจ/อารมณ์ และทางเพศ ซึ่งพอกลุบได้ดังนี้

1) ความรุนแรงทางร่างกาย (physical violence) เป็นการลงใจทำให้ได้รับอันตราย เช่น การชกต่อย เตะ ทุบตีด้วยวัสดุ กระทืบ ทำให้บาดเจ็บด้วยวิธีต่างๆรวมถึงการทำร้ายให้ถึงแก่ชีวิต

2) ความรุนแรงทางจิตใจ หรืออารมณ์ (psychological/ emotional violence) เป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตใจ เช่น การข่มขู่ การกักขัง หน่วยเหนี่ยว การดูถูกเหยียดหยาม การพูดหยาบคาย การด่าทอช่อมหัวญี่ปุ่น การพูดจาเยาเยี้ยถากถาง การบีบบังคับทางเศรษฐกิจและสังคม การปฏิเสธที่จะให้ความช่วยเหลือทางการเงิน การกีดกันไม่ให้ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคุณในครอบครัว สามีทอดทิ้ง สามีนอกใจ

3) ความรุนแรงทางเพศ (sexual violence) เช่น การข่มขืนการบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจ บังคับให้ร่วมเพศในท่าที่ผู้หญิงไม่เต็มใจ

## ภาระการเกิดความรุนแรง

ความรุนแรงในครอบครัวมักเกิดขึ้นในลักษณะเป็นวงจร<sup>14</sup> ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1) ระยะตึงเครียด (The tension- building stage) เป็นระยะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธ ในระยะนี้ สามีจะแสดงพฤติกรรมขาดการควบคุมตนเอง เช่น ปิดประตูเลียงดัง ทุบทำลายสิ่งของ ไม่ค่อยพูด หดหู่จิตจ้ายิ้มจุกจิกในทุกเรื่อง และโทรมลิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของภรรยา ส่วนภรรยาซึ่งเป็นเหยื่อของการกระทำรุนแรงจะรับว่าเป็นความผิดของตนไม่ใช่ความผิดของสามี ภรรยาพยายามทำให้ทุกอย่างสงบสุข อย่างไรก็ตามภรรยาไม่สามารถคาดเดาได้ว่าสามีต้องการอะไรในระยะนี้จะมีความรุนแรงทางร่างกายเล็กน้อย ส่วนความรุนแรงทางอารมณ์และจิตใจซึ่งแสดงออกโดยการใช้คำพูดที่มีชื่มเสียงจะเห็นได้อย่างชัดเจน จนทำให้ภรรยาเกิดความรู้สึกกลัว

2) ระยะใช้ความรุนแรง (The acute battering stage) เป็นระยะที่สามีระเบิดอารมณ์และแสดงพฤติกรรมทำร้ายต่อภรรยาอย่างรุนแรงไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ หรือทางเพศ ในระยะนี้อาจเกิดการทำรุณกรรมถึงขั้นทำให้ภรรยาเสียชีวิตได้ กล่าวคือ การก่ออาชญากรรมส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในระยะนี้ โดยภรรยาอาจมีการตอบสนองโดยการต่อสู้กลับ การแจ้งตำรวจหรือการหลบหนี

3) ระยะนำผู้พิพากษาจันทร์ (The honeymoon stage) เป็นระยะที่สามีแสดงพฤติกรรมที่ต่างกับระยะใช้ความรุนแรงอย่างสิ้นเชิง สามีจะแสดงพฤติกรรมที่ดี เช่น ขอโทษ แก้ตัว สัญญาว่าจะไม่ทำอีกและจะเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งมองมาปลอบใจ เช่น ของขวัญหรือดอกไม้ เอาอกเจาใจ ทำให้ภรรยาสงบและหายโกรธ ในขณะที่ภรรยาจะพยายามเชื่อว่าสามีจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ อย่างไรก็ตาม ระยะนี้ไม่ใช่ระยะนำผู้พิพากษาจันทร์ที่แท้จริง ทั้งนี้เพราะการให้อภัยของภรรยากลับจะทำให้สามีมีโอกาสทำร้ายตนเองได้ในครั้งต่อไปและจะมีความถี่และระดับของความรุนแรงเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ เพราะการคืนดีกัน หรือให้อภัยสามีนั้นจะทำให้ภรรยาอังคงอยู่ในความสัมพันธ์ที่รุนแรงนั้นต่อไป<sup>4</sup>

จากการเกิดความรุนแรงที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าสตรีจะรับรู้ว่าเริ่มมีความตึงเครียดเกิดขึ้นในชีวิตคู่ แต่อาจมีปัจจัยหลายปัจจัยที่ทำให้สตรีเหล่านั้นยังคงอยู่ในวงจรของความรุนแรงนั้น ดังนั้นพยาบาลควรทำความเข้าใจกับวงจรการเกิดความรุนแรง เมื่อเราทำความเข้าใจจะทำให้เราเข้าใจสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงที่มารับบริการจากเรา เช่น ช่วงที่สตรีมารับการรักษาพยาบาล สตรีบางคนอาจไม่ยอมบอกว่าถูกสามีทำร้ายไม่ยอมแจ้งความหรือบางคนรับรู้ว่าตนเองถูกกระทำรุนแรง แต่ยังทนอยู่กับสามีโดยเฉพาะในวัฒนธรรมไทยที่มองความรุนแรงในครอบครัวเป็นเรื่องของสามีภรรยา ดังนั้นภรรยาจึงไม่ควรເຄີດສາມື ผู้เขียนเคยพบผู้ป่วยที่บอกว่าทำไม่ได้แจ้งความເຄີດສາມືที่ทำร้ายร่างกายจนได้รับบาดเจ็บหรือไม่ยอมหนี ซึ่งผู้ป่วยบอกว่า “ผัวเมียก็เหมือนปากกับฟันที่อาจมีการกระทบกระทั่งกันได้” “เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ในครอบครัว ไม่ได้เป็นความรุนแรงที่ร้ายแรง และไม่ได้เกิดขึ้นบ่อย” ในขณะที่ผู้ป่วย



อีกคนบอกว่า “เข้าสัญญาว่าเขาจะไม่ทำร้ายเราอีก ยังไงเขาถึงเป็นพ่อของลูก สารัฐ กับลูกไม่มีพ่อ” และผู้ป่วยอีกคนที่บอกว่า “พยาบาลหนี้แล้วหลายครั้ง แต่เขามาบังคับให้กลับมาอยู่บ้านด้วยกันอีก จึงยอมรับสภาพความเจ็บปวดมาตลอด และสงสารลูก” จะเห็นได้ว่าการตัดสินใจดูติภาวะการกระทำรุนแรง ไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย เพราะฉะนั้นเราจะเข้าใจพฤติกรรมของสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงว่าทำไมสตรีบางคนถึงทนอยู่ในความสัมพันธ์ที่รุนแรงนั้น ถ้าเราเข้าใจจากการเกิดความรุนแรงเราก็จะไม่ต่ำนินทร์การตัดสินใจผู้ป่วย ทั้งนี้ความสามารถสอนให้สตรีเข้าใจจากการเกิดความรุนแรงในครอบครัวพร้อมทั้งให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ เพื่อให้สตรีใช้ในการตัดสินใจได้

### ผลกระทบของความรุนแรงจากคุณสอง

1) ผลกระทบต่อผู้ถูกกระทำพบว่าผลกระทบขึ้นอยู่กับประเทบทองความรุนแรง ที่เห็นได้ชัดคือถ้าสตรีถูกทำร้ายด้านร่างกายทำให้เกิดบาดแผลฟกช้ำ กระดูกหัก กระดูกเคลื่อน ถูกมาตรฐานและอาจได้รับบาดเจ็บจนทำให้เสียชีวิตได้<sup>15</sup> การศึกษาของ Davies และ Mouzos<sup>16</sup> พบว่า การมาตรฐานคู่สมรสเป็นหนึ่งในทักษะของการมาตรฐานทั้งหมดในอสเตรเลีย โดยพบสามี 4 ใน 5 คนจะมาตรฐานภาระของตนและในปี 2005-2006 พบรสตรี 59 คน ถูกมาตรฐานโดยสามี ทางด้านจิตใจและอารมณ์ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ลึ้นหวั่น ห้อแท้ เสียใจ หวานกลัว รู้สึกด้อยค่าและขาดความเชื่อมั่นในตนเอง<sup>17</sup> ทางด้านเพศสั่งผลให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และอวัยวะเพศฉีกขาด อย่างไรก็ตามเนื่องจากมนุษย์เป็นองค์รวม เราไม่สามารถแยกกายจิตออกจากกันได้ ดังนั้นมีอิทธิพลต่อความรุนแรงไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือทางเพศจะส่งผลกระทบทางจิตใจของสตรีด้วย ถ้าเป็นมากจะส่งผลให้เกิดภาวะโรคทางจิตเวชตามมา เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ปัญหาการใช้สารเสพติดหรือโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนหวั่น (Posttraumatic stress disorder)<sup>15,18</sup> และในสตรีบางคนเกิดการผ่าตัวตาย ดังการศึกษาของกุตยา แสงเจริญ และคณะ<sup>19</sup> ที่

พบว่า สตรีที่ถูกสามีทำร้ายบางคนพยายามฆ่าตัวตายโดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการกรีดแขนหรือข้อมือของตนเอง และดีมาร์เคนี เช่น น้ำยาล้างรถ

2) ผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ความรุนแรงในครอบครัวไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ถูกกระทำแต่ยังส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของเด็กหรือสมาชิกในครอบครัวได้ การศึกษาถูกตยา แสงเจริญ และคณะ<sup>20</sup> พบว่า การที่พ่อแม่ทำร้ายกันบ่อยๆ ทำให้ลูกๆ เกิดความทุกข์ใจ รู้สึกสับสนวุ่นวายและไม่มีความสุขในชีวิตครอบครัว นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า เด็กที่มาจากครอบครัวที่มีความรุนแรงจะมองว่าปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเป็นเรื่องปกติ เมื่อโตขึ้นเด็กจะเลียนแบบพฤติกรรมและมีการใช้พฤติกรรมรุนแรง และยังส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงสภาวะทางจิตใจและระยะพัฒนาการต่างๆ ของเด็กด้วย ถ้าความรุนแรงเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ลูกในครรภ์จะได้รับผลกระทบเช่นกัน จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในระหว่างตั้งครรภ์ จะคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ เกิดการคลอดก่อนกำหนด ทารกได้รับบาดเจ็บในครรภ์และมีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ<sup>21,22,23</sup>

ในขณะเดียวกันสามีซึ่งเป็นผู้กระทำรุนแรงก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน กล่าวคือ ถูกสังคมตราหน้า ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับคนในครอบครัวและครอบครัวอื่นๆ ได้รับบาดเจ็บ ถ้าภรรยาต่อสู้กลับ และได้รับโทษจำคุกหรือทั้งจำทั้งปรับ การศึกษาของกุตยา แสงเจริญ และคณะ<sup>20</sup> พบว่า การถูกภาคทัณฑ์เป็นผลกระทบหนึ่งในห้าอันดับแรกของการกระทำรุนแรงต่อภรรยา

3) ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ ทำให้เกิดครอบครัวแตกแยก การหย่าร้าง ครอบครัวไม่มีสุข<sup>20</sup> ชุมชนวุ่นวาย สังคมไม่สงบสุข รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านระบบบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาลมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านการช่วยเหลือ ป้องกันและให้คำปรึกษาแก่สตรีที่ถูกทำร้าย<sup>24</sup> นอกจากนี้รัฐต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ อีกด้วย มีสถิติเด็กและผู้หญิงถูกทำร้ายเข้ารับการรักษาในศูนย์พิทักษ์ในปี 2552 จำนวน 22,925 คน เนื่องจาก ชั่วโมงละ 3 คน เพิ่มจากปี 2547 ถึง 228 เปอร์เซ็นต์ (6,971 คน) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงถูกสามีทำร้าย



ร่างกาย<sup>25</sup> และในประเทศไทยเปรียบเทียบความรุนแรงในครอบครัวทำให้รู้สึกว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายต่อปีไม่น้อยกว่าหนึ่งหมื่นสามพันล้านบาทอยู่สหราชอาณาจักร<sup>24</sup> จะเห็นได้ว่า ความรุนแรงในครอบครัวทำให้เกิดภาระแก่สังคมอย่างมากมายมาศาล ทำให้ประเทศชาติสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งด้านบุคลากรทางการแพทย์ และค่ารักษาพยาบาลสำหรับทั้งสตรีที่ถูกกระทำการรุนแรง สามีและลูก

## **บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง**

สตรีที่ถูกกระทำการรุนแรงส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์หรือพยาบาลก็ต่อเมื่อมีการบาดเจ็บทางกายจนถึงขั้นเป็นอันตรายต่อชีวิตของตนเอง หรือการบาดเจ็บเป็นอันตรายถึงการในครรภ์<sup>26</sup> และส่วนใหญ่สตรีเหล่านี้จะขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลโดยเฉพาะที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นอันดับแรกด้วยสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ความรุนแรงในครอบครัวทั้งนี้ ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความรุนแรงในครอบครัวทั้งนี้เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญมากในสตรีที่ถูกกระทำการรุนแรงทั่วไป แต่เป็นปัญหาซับซ้อนที่ผู้ป่วยไม่ค่อยเปิดเผย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีเทคนิคในการค้นหาสตรีที่ถูกกระทำการรุนแรงเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากความรุนแรงและความต้องการของสตรี ซึ่งในส่วนนี้จะกล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการคัดกรองและการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำการรุนแรง

1) การคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำการรุนแรง จากที่กล่าวมาแล้วว่า สตรีที่ถูกสามีทำร้ายส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นพยาบาลโดยเฉพาที่แผนกดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีความสามารถในการค้นหาสตรีที่ถูกกระทำการรุนแรง ซึ่งสตรีที่ถูกกระทำการรุนแรงส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการเตือน (signs of abuse) เช่น บาดเจ็บโดยเฉพาะบริเวณศีรษะ ใบหน้า รอบตา บริเวณห้องรอยฟกช้ำตามหลัง แขนขาหัก บาดแผลจากการยุบหรี่ไฟไหม้ บาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุช้ำๆ ตกเลือด แห้ง ตื้นตกใจง่าย วิตกกังวล ซึมเศร้า เครียด นอนไม่หลับ เจ็บป่วยเรื้อรังโดยหาสาเหตุไม่พบ หรือมีความคิดทำร้ายตนเอง<sup>27</sup> เมื่อพบสตรีที่มีอาการดังกล่าวพยาบาลควรสงสัยเกี่ยวกับการถูกกระทำการรุนแรง และอาจเริ่มต้น

คำถามเกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วยว่า “อาศัยอยู่กับใคร ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยในครอบครัวหรือไม่” และตามด้วยคำถามที่เฉพาะเจาะจง เช่น “คุณเคยถูกสามีทำร้ายหรือไม่”

นอกจากการสังเกตจากการเตือนแล้ว พยาบาลอาจใช้เครื่องมือในการคัดกรอง เพิ่มการคัดกรองทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับสาเหตุมากกว่าและการถามสตรีเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวเป็นการช่วยให้สตรีรับรู้ว่าพยาบาลมองปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเป็นปัญหาสุขภาพไม่ใช่ความผิดของเข้า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีมีความต้องการให้ทีมสุขภาพคัดกรองเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว<sup>28</sup> เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองมีหลากหลาย เช่น แบบคัดกรอง Abuse Assessment Screen (AAS)<sup>29</sup> ซึ่งเป็นแบบคัดกรองที่ใช้คำสตรีตั้งครรภ์ โดยคำามครอบคลุมความรุนแรงด้านร่างกาย จิตใจและเพศ ในระหว่างตั้งครรภ์ และมีหนึ่งคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงทางร่างกายในช่วงก่อนตั้งครรภ์ด้วย แบบคัดกรองของ Webster และคณะ<sup>30</sup> เป็นแบบคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวที่เหมาะสมสำหรับสตรีทุกคนที่มารับบริการที่แผนกฝ่ายครรภ์และแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คำามครอบคลุมเฉพาะความรุนแรงด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้น แต่จะมีคำถามเกี่ยวกับความต้องการการช่วยเหลือในกรณีที่สตรีถูกกระทำการรุนแรง แบบคัดกรองนี้มีการใช้อ้างอิงพร้อมที่ในประเทศไทยเป็นแบบคัดกรองที่ใช้ง่ายและมีการทดลองใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 3 คำถามเกี่ยวกับการถูกทำร้ายด้านร่างกายและด้านจิตใจเท่านั้น

อย่างไรก็ตามแบบคัดกรองเหล่านี้ใช้คำความรุนแรงในครอบครัวโดยผู้กระทำไม่จำกัดเฉพาะสามี (ยกเว้นแบบคัดกรอง STaT) ดังนั้นพยาบาลต้องสามารถเลือกใช้แบบคัดกรองที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและจะเน้นผู้กระทำที่เป็นสามีเท่านั้น พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้คำถามให้เหมาะสมได้ สำหรับในบทความนี้ ผู้เขียนเลือกนำเสนอเฉพาะแบบคัดกรอง AAS เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมการกระทำการรุนแรงทั้ง 3 ประเภท และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับสตรีทุกคน เช่น ถ้าจะใช้ในสตรีไม่ตั้งครรภ์สามารถปรับคำถามโดยตัดคำว่า “ในขณะที่คุณตั้งครรภ์” ออกได้ (ตารางที่ 1)



จะเห็นได้ว่าการคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวนั้นมีความจำเป็น เพราะช่วยให้สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงได้รับการช่วยเหลือที่ตรงกับสาเหตุอย่างทันท่วงที สิ่งสำคัญในการคัดกรอง คือ พยาบาลต้องมีทักษะในการคัดกรอง และสามารถด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ไม่ทำให้สตรีรู้สึกถูก

ดำเนินหรือถูกตัดสินพร้อมทั้งมีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนรองรับเมื่อมีการคัดกรองเกิดขึ้น เพราะถ้าคัดกรองแล้วไม่มีกิจกรรมรองรับจะทำให้ไม่เกิดประโยชน์และทำให้เกิดปัญหา<sup>32</sup>

### ตารางที่ 1 แบบคัดกรอง AAS

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1) คุณเคยถูกสามี / คู่รัก หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตคุณ ทำร้ายร่างกายหรือจิตใจ หรือไม่		
2) ภายใน 1 ปี ก่อนตั้งครรภ์ คุณเคยถูกตี ตอบ เดช หรือทำร้ายร่างกายให้ได้รับบาดเจ็บ โดยวิธีใด ๆ ตาม โดยครคนใดคนหนึ่งหรือไม่		
3) ในขณะที่คุณตั้งครรภ์ คุณเคยถูกตี ตอบ เดช หรือทำร้ายร่างกายให้ได้รับบาดเจ็บ โดยวิธีใด ๆ ตาม โดยครคนใดคนหนึ่งหรือไม่		
4) ในขณะที่คุณตั้งครรภ์ คุณเคยถูกบังคับให้ร่วมเพศหรือมีความสัมพันธ์ทางเพศโดยไม่สมัครใจหรือไม่		
5) ในขณะที่คุณตั้งครรภ์ คุณรู้สึกหวาดกลัวสามี/คู่รัก หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตคุณหรือไม่		
6) ในขณะที่คุณตั้งครรภ์ คุณถูกสามีทำร้ายจิตใจ อารมณ์และความรู้สึกหรือไม่		

2) การช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง วิธีการที่พยาบาลสามารถนำมายield ช่วยเหลือสตรี มีหลากหลาย เช่น วงล้อการเสริมสร้างพลังอำนาจ หรือที่เรียกว่า The Advocacy Empowerment Wheel<sup>33</sup> ซึ่งเชื่อว่าสตรีที่ถูกสามีทำร้ายนั้นเป็นบุคคลที่มีสุภาพดีแต่ต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูล ความเข้าใจ การสนับสนุนและแหล่งช่วยเหลือทางลัษณะต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีที่ถูกสามีทำร้ายให้สามารถตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงหรือรับผิดชอบชีวิตตนเอง รูปแบบการดูแลสตรีที่ถูกทำรุณกรรมทางเพศ ของ Ross และคณะ<sup>34</sup> ซึ่งมีหลักการช่วยเหลือคุ้ยคลายคลึงกับวงล้อการเสริมสร้างพลังอำนาจ แต่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศ

สำหรับในบทความนี้ผู้เขียนได้สมมติฐานรูปแบบการดูแลสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์สุขภาพ

และความเท่าเทียมทางเพศ ประเทศสหราชอาณาจักร<sup>35</sup> และการช่วยเหลือที่เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจตามวงล้อการเสริมสร้างพลังอำนาจ<sup>33</sup> เนื่องจากเมื่อสมมติฐานทั้งสองรูปแบบแล้วทำให้มีความชัดเจนในการกำหนดและชี้แจงการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง เป็นการช่วยเหลือให้สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงได้รับการดูแลรักษาพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดยเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ เทคนิคการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง มีดังนี้

1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความสนใจรับฟังปัญหา โดยพยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ และเชื่อในสิ่งที่สตรีพูด เมื่อสตรีเปิดเผยข้อมูลพยาบาลควรระท้อนความคิดและความรู้สึกเพื่อให้สตรีรับรู้ว่าเขามิใช่เพียงคนเดียวที่ประสบปัญหานี้ ยังมีสตรีอีกหลายคนที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกันเข้าพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สตรีได้ระบายความรู้สึกับข้องใจ



ตลอดจนให้เวลา ไม่รีบดามาคำตาม สนใจห้องที่เป็นส่วนตัวและไม่มีสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วย จากประสบการณ์ของผู้เขียนสตรีส่วนใหญ่จะเล่าเรื่องราวการถูกสามีทำร้ายเมื่อไว้วางใจพยาบาล และมีความรู้สึกปลอดภัย ดังคำพูดของสตรีคนหนึ่งที่สามีใช้กำลังบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ทางปาก บอกว่า “คุณหมอเป็นคนแรกที่ฉันเล่าเรื่องนี้ให้ฟัง”

2) ให้ข้อมูลสตรีถึงสิทธิของเข้าและการปกปิดข้อมูลเป็นความลับ การปกปิดเป็นความลับเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและให้ความมั่นใจในความปลอดภัยของสตรี เมื่อสตรีเปิดเผยข้อมูลพยาบาลต้องบอกให้สตรีทราบว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความผิดของเข้าและไม่มีใครมีสิทธิที่จะทำร้ายเข้า พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและสามารถช่วยเหลือสตรีเหล่านั้นได้ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือทางกฎหมายในประเทศไทย ภารยาสามารถถ้องทุกช่องประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาถ้าต้องการดำเนินคดีสามี ในกรณีไม่สามารถถ้องทุกช่องได้ด้วยตนเองสามารถให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นผู้ร้องทุกช่องได<sup>30,31</sup>

3) ประเมินภาวะเสี่ยงต่ออันตราย (Assess for immediate danger) และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือ พยาบาลประเมินว่าสตรีรู้สึกว่าตนเองและลูกๆ ตกอยู่ในอันตรายหรือไม่ ถ้าสตรีรู้สึกว่าตกอยู่ในอันตรายควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนในสังคมรวมถึงแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ในชุมชน เช่น มีเพื่อนหรือญาติพี่น้องที่จะช่วยเหลือหรือไม่ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสายด่วน (Hot lines) บ้านพักชั่วคราวหรือศูนย์พิทักษ์สตรีและเด็กในพื้นที่ พร้อมทั้งเสนอตัวช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานให้ ในประเทศไทยนั้นทุกโรงพยาบาลจังหวัดจะมีศูนย์พิทักษ์สตรีและเด็ก ที่เรียกว่า One Stop Crisis Center (OSCC) ที่เปิดให้บริการผู้ถูกกระทำรุนแรง โดยมีหมายเลขติดต่อตลอด 24 ชั่วโมง คือ 1669 พยาบาลควรมีเบอร์ติดต่อรวมทั้งที่อยู่ของแหล่งช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรของรัฐหรือองค์กรเอกชนที่ให้การช่วยเหลือ เช่น มูลนิธิเพื่อนหญิง มูลนิธิปีศาจ แหงสกุล เป็นต้น จากการศึกษาของ Saito et al<sup>32</sup> พบว่า สตรีส่วนใหญ่ไม่ขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง

เพราะไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนในชุมชน ดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลควรให้ข้อมูลกับสตรีเหล่านี้โดยอาจทำเป็นบัตรข้อมูล (Help Card) ที่มีเบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหานี้เพื่อสตรีสามารถหยิบใช้ได้อย่างสะดวก

4) ให้การพยาบาลด้วยใจ พยาบาลต้องมีท่าที่เป็นมิตร ใส่ใจ และเข้าใจสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง เพื่อให้เข้าเกิดความไว้วางใจ ผ่อนคลาย โดยไม่รู้สึกเหมือนถูกข้อเติม เพราะส่วนใหญ่พยาบาลจะให้การช่วยเหลือด้านร่างกายแต่ละ部位ด้านจิตใจของสตรี ดังคำพูดของสตรีคนหนึ่งที่บอกว่า “อยากให้พยาบาลพูดกับเราเพราหน่อย ไม่ใช่พ่อเห็นเราถูกทำร้ายมากก็บอกว่าไปทำอะไรมาทำให้เข้าทำร้ายได้ เราถูกสามีทำร้ายจนไดรับบาดเจ็บจนต้องได้รับการเย็บแผล บอกว่า “อยากให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือเราด้วยใจจริง ไม่ใช่เย็บแผลให้เราแล้วก็พูดว่าเราไปทะเลาะอะไรกับสามีมาก็อีก” จากคำพูดดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าจากการให้การพยาบาลด้านร่างกายที่เหมาะสมแล้ว พยาบาลควรคำนึงถึงด้านจิตใจของสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นสำคัญ เพื่อให้สตรีรู้สึกว่าพยาบาลเข้าใจและเห็นใจเขอย่างลึกซึ้ง ดังนั้นพยาบาลไม่ควรใช้คำพูดที่เป็นการช้าเติม เพราะจะทำให้สตรีตกอยู่ในภาวะการกระทำการรุนแรงช้า

5) วางแผนความปลอดภัย (Develop a safety plan) ถึงแม้ว่าสตรีอาจไม่สามารถป้องกันไม่ให้ความรุนแรงเกิดขึ้นอีก และไม่แจ้งความเพื่อเอาผิดสามีอย่างไรก็ตามพยาบาลสามารถช่วยให้สตรีเข้าใจว่ามีวิธีการที่จะช่วยให้เข้าและลูกปลอดภัยได้ สำหรับสตรีเองควรเตรียมเอกสารที่สำคัญ เช่น บัตรประชาชน บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน ในขับชี้ ของใช้ที่จำเป็น เช่น กุญแจ เงิน เสื้อผ้าไล่ไว้ในกระเป๋าเดินทาง เพื่อให้มีไว้เป็นระบบเวลาเกิดปัญหาจะได้หยิบใช้ได้ทันที สำหรับลูกๆ ควรมีการเตรียมกันถึงสัญลักษณ์เพื่อให้ลูกรู้ว่าเมื่อใดที่ต้องขอความช่วยเหลือจากพ่อในบ้าน หรือค้าต้องหนีออกจากบ้านจะไปอย่างไร ฝึกการหนีออกจากบ้านอย่างปลอดภัยโดย พิจารณาว่าจะหนีทางประตู หน้าต่าง หรือทิศทางใดจึงจะปลอดภัยที่สุด พยาบาลควรร่วมกันกับสตรีในการวางแผนความปลอดภัย



6) เคราะห์ในการตัดสินใจของสตรี เน้นให้ตัดสินใจเอง ไม่บังคับว่าสตรีต้องแจ้งความหรือเลิกกับสามีแต่ช่วยให้สตรีคิดหาวิธีหยุดการกระทำของเขาร่วมถึงวิธีการดูแลป้องกันตนเองและลูกให้ปลอดภัย ไม่ให้ถูกกระทำรุนแรงซ้ำ พยาบาลต้องไม่ໂกรหรือต่ำหนินสตรีไม่ว่าสตรีจะตัดสินใจอย่างไร

7) บันทึกอาการของสตรี (Document women's condition) ในสถานพยาบาลหลายแห่งยังไม่มีการบันทึกอาการของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ดังนั้นพยาบาลควรบันทึกอย่างละเอียดครอบคลุมลักษณะการถูกทำร้าย กระทำโดยใคร เหตุการณ์เกิดขึ้นเมื่อใด อาการบริเวณและขนาดของบาดแผล (ถ้ามี) ข้อมูลเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญ นอกจากรสามารถใช้เป็นข้อมูลติดตามอาการของสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงแล้วยังเป็นหลักฐานกรณีที่สตรีต้องการฟ้องร้องหรือเอาผิดสามี จากประสบการณ์ทำงานของผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวในประเทศไทยสเตรเลีย พยาบาลจะต้องบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยให้ละเอียด เชี่ยวชาญคำพูดของสตรีและถ้ามีบาดแผลพยาบาลสามารถถ่ายภาพได้แต่ทั้งนี้ต้องขออนุญาตสตรีก่อนและต้องระบุในแฟ้มประวัติว่าได้มีการถ่ายภาพบาดแผลด้วย เพราะถ้าภายหลังสตรีตัดสินใจฟ้องร้องเอาผิดสามี ถึงแม้ว่าสามีจะปฏิเสธข้อกล่าวหาสามารถใช้การบันทึกทางพยาบาลเป็นหลักฐานอ้างอิงได้ในบางรัฐของประเทศไทยและเมริกาที่เข่นเตี้ยกวันที่มีการอนุญาตให้ถ่ายภาพบาดแผลการถูกทำร้ายของสตรีได้<sup>14</sup> จะเห็นได้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานอ้างอิงทางการพยาบาลที่สำคัญและมีประโยชน์มาก ถึงแม้ว่าในประเทศไทยอาจจะยังไม่มีการบันทึกที่ละเอียดถ้วนถี่ถ้วน ดังเช่นในต่างประเทศ เช่น ออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา พยาบาลสามารถพัฒนาทักษะการบันทึกได้ และเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องตระหนักรسمอ่วมว่าการบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่แสดงถึงศักยภาพของเราในการดูแลผู้ป่วย

## บทสรุป

ความรุนแรงในครอบครัวเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนที่ทุกคนในสังคมควรช่วยกันโดยไม่ยอมรับว่าเป็นเรื่องส่วนตัว เมื่อเกิดปัญหาดังกล่าวขึ้นควรมองว่าเป็น

ปัญหาสังคมที่ทุกคนควรเข้าไปช่วยเหลือ การป้องกันและช่วยเหลือควรทำอย่างเป็นระบบโดยครอบครัวและสังคมตระหนักและเข้าใจถึงปัญหาดังกล่าว พยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง จึงต้องมีทักษะในการประเมินคันทร์และคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง และสามารถให้การช่วยเหลือสตรีได้อย่างเหมาะสมด้วยท่าทีเป็นมิตร มีความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงอย่างลึกซึ้งและไม่ต่ำหนินสตรีเหล่านี้เพื่อให้สตรีเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ มีพลังงานในตนเองนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและตัดสินใจเลือกใช้วิธีการที่ดีที่สุดในการยุติความรุนแรง และสามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยไม่ถูกทำร้ายซ้ำ เมื่อกลับมาที่บ้านของตนหรือหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศ.ดร. ศิริพร จิรวัฒนกุล และ รศ.ดร. วิพร สนารักษ์ ที่กรุณาอ่านบทความต้นฉบับพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะให้บทความนี้สำเร็จด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. Hedin LW, Grimstad H, Moller A, Schei B, Janson PO. Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78(4): 310-315.
2. Hegarty K, Hindmarsh, ED, Gilles MT. Domestic violence in Australia: definition, prevalence and nature of presentation in clinical practice. *MJA* 2000; 173: 363-367.
3. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending Violence Against Women. Population Reports, Series L, No.11. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, December; 1999.
4. โซติมา กาญจนกุล, ศันสนีย์ เรืองสอน. การทำร้ายร่างกายภรรยา: อาชญากรรมเงี่ยบภายในครอบครัว. ใน กฤตยา อาชวนิจกุลและพิมพ์วัลย์ บุญมงคล (บรรณาธิการ). รือสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ. กรุงเทพฯ: เจนเดอร์เพรส; 2542.



5. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368: 1260-1269.
6. Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic violence against women: Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 1995; 273: 1763-1767.
7. Mazza D, Dennerstein L, Ryan V. Physical, sexual and emotional violence against women: A general practice-based prevalence study. *Med J Aust* 1996; 164: 14-17.
8. กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทธิ์ กาญจนะจิตรา, วานา อิ่มเออม, อุษา เลิศครีสันทัด. ความรุนแรงในชีวิตคู่ กับสุขภาพผู้หญิง. (รายงานการวิจัย). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัย มหิดล; 2546.
9. สุนีรัตน์ จันทร์ครี, อัจฉราพร สีธิรัญวงศ์, อทิตยา พรชัยเกต โภวยอง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาลในการพิทักษ์สิทธิของสตรีไทยที่ถูกสามี ทำร้าย. *วารสารสภากาชาดพยาบาล* 2552; 24(4): 19-28.
10. Kornblit AL. Domestic violence: An emerging health issue. *Soc. Sci. Med* 1994; 39(9): 1181-1188.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Understanding intimate partner violence. 2011 [cited 2011 Mar 8]. Available from: [http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/IPV\\_factsheet-a.pdf](http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/IPV_factsheet-a.pdf)
12. Healey K. Violence in the Family (Vol. 99). Balmain: The Spinney Press; 1998.
13. Australian Public Health Association. Domestic violence. Canberra: Australian Public Health Association; 1990.
14. Sateren J, Carson VB. Child, older, adult, and intimate partner abuse. In: Varcarolis EM, Halter MJ, editors, *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Saunders; 2010.
15. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359: 1331-1336.
16. Davies M, Mouzos J. Homicide in Australia: 2005-06. National Homicide Monitoring Program (NHMP) annual report, Research and Public Policy series, no. 77. Canberra: Australian Institute of Criminology; 2007.
17. Weinbaum Z, Stratton TL, Chavez G, Mothlewska-Link C, Barrera N, Courtney JG. Female victims of intimate partner physical domestic violence (IPP-DV), California 1998. *Am J Prev Med* 2001; 21(4): 313-319.
18. McFarlane J, Malecha A, Watson K, Gist J, Batten E, Hall I, et al. Intimate partner sexual assault against women: Frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 105(1): 99-108.
19. กฤตยา แสงเจริญ, อัมรัตน์ ศรีคำสุข ไซโโอะ, สมพร วัฒนนุกูลเกียรติ. รายงานวิจัยโครงการ เสริมสายใยในครอบครัว. ขอนแก่น: คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
20. กฤตยา แสงเจริญ, สมพร วัฒนนุกูลเกียรติ, นิลารรณ จันทะเบริดา, จิราวรรณ แท่นวัฒนกุล, กัณฑิลา อิฐรัตน์. การศึกษาความรุนแรงระหว่างคู่ ครองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสมาคม พยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2546; 21(3): 37-48.
21. สมพร วัฒนนุกูลเกียรติ และคณะ. ปัจจัยที่สัมพันธ์ กับความรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ* 2549; 24(1): 18-28.



22. Quinlivan JA, Evans SF. A prospective cohort study of the impact of domestic violence on young teenage pregnancy outcomes. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2001; 13: 17–23.
23. Sharps PW, Laughon K, Giangrande SK. Intimate partner violence and the childbearing year: Maternal and infant health consequences. *TVA* 2007; 8: 105 – 116.
24. Australia Network news. Domestic violence costing Australia \$ US13 billion a year. 7 March 2011. [cited 2011 Mar 8]. Available from: <http://australianetworknews.com/story.htm?id=37814>
25. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 1 ศูนย์คุณย์พึงได้ One Stop Crisis Center (OSCC) เพื่อผู้ถูกกระทำรุนแรง. 2552. [ออนไลน์] 2553 [อ้างเมื่อ 10 มีนาคม 2553]. จาก [http://203.157.7.36/news\\_index.php?sub=news\\_show&art=264](http://203.157.7.36/news_index.php?sub=news_show&art=264)
26. นันทนา ธนาโนวรรณ. เมื่อรักเป็นพิษทำไม่เรื่อง คิดหนี: คำรามที่มองข้ามความเป็นจริงในการแก้ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวระหว่างคู่สมรส. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2549; 24(1): 25–31.
27. Eisenstat S, Bancroft L. Domestic violence. *N Engl J Med* 1999; 341: 886–892.
28. Webster J, Stratigos SM, Grimes KM. Women's responses to screening for domestic violence in a health care setting. *Midwifery* 2001; 17: 289–294.
29. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy: Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA* 1992; 267(23): 3176–3179.
30. Webster J, Grimes K, Harris M, McMurray A. Initiative to combat the health impact of domestic violence against women. Evaluation report. Brisbane: Queensland Government, Queensland Health; 2000.
31. Paranjape A, Liebschutz J. STaT: A Three-Question Screen for Intimate Partner Violence. *Journal of Women's Health* 2003; 12(3): 233–239.
32. Saito AS, Cooke M, Creedy D, Chaboyer W. Thai women's experience of intimate partner violence during the perinatal period: A case study analysis. *Nursing and Health Sciences* 2009; 11: 382–387.
33. The Missouri Coalition Against Domestic Violence. The Advocacy Empowerment Wheel. [cited 2011 Mar 8]. Available from: <http://www.endingviolence.org/files/uploads/AdvocacyEmpowermentwheel.pdf>
34. Ross R, Roller C, Rusk T, Martsolf D, Draucker C. The SATELLITE sexual violence assessment and care guide for perinatal patients. *Women's Health Care* 2009; 8: 25–31.
35. The Center for Health and Gender Equity, Ending violence against women, Population Reports 1999; Series L, No 4: 19–44.
36. พระราชบัณฑิตคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550. [ออนไลน์] 2554 [อ้างเมื่อ 10 มีนาคม 2554]. จาก [http://www.oja.go.th/Lists/law2/Attachments/288/jrd\\_gent\\_14\\_08\\_2550.pdf](http://www.oja.go.th/Lists/law2/Attachments/288/jrd_gent_14_08_2550.pdf)



## การพัฒนาบริการการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืน

จินตนา บุญจันทร์ ค.ม.\*  
พวงรัตน์ เชาวะเจริญ ค.ม.\*\*

พรเพ็ญ ปทุมวิรัฒนา วท.บ.(พยาบาล)\*\*  
กฤสมา ชูศิลป์ พ.บ.\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ เพื่อพัฒนาบริการการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืน กลุ่มเป้าหมาย คือ มาตรตาที่เป็นบุคลากรปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ระยะเวลาดำเนินการ ปี 2549-2552 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการสำรวจทัศนคติและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือน ระยะที่ 2 พัฒนาบริการการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเตรียมความพร้อมบุคลากร พัฒนาสื่อการสอน พัฒนาการดูแลระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และระยะที่ 3 สรุปประเมินผล

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์พบว่า มาตรตาที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน พบร้อยละ 27 และผลการสำรวจทัศนคติ ส่วนใหญ่มีทัศนคติทางลบ ระยะที่ 2 การพัฒนาบริการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร การเตรียมความพร้อมของบิดามารดา ก่อนคลอด การจัดทำสื่อและสอนการดูแลในระยะคลอด หลังคลอด และในหน่วยดูแลทารกแรกเกิด พบร่วม บริการการส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีดังนี้ คือ บริการการติดตามดูแลช่วยวันหลังคลอด 6 เดือน การนัดมาตรวจน้ำหนัก ให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง มีบริการสายด่วน Hot Line บริการการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยจัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเสริมพลังอำนาจ การสร้างเครือข่ายแม่อาสา และขยายเครือข่ายผู้สนับสนุน ร่วมกัน ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ พบรัตภารการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ครบ 6 เดือน ในปี 2550 ปี 2551 และในปี 2552 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37 เป็นร้อยละ 42 และร้อยละ 46.6 ตามลำดับ ซึ่งสามารถบรรลุตามเป้าหมายของประเทศไทยได้

**คำสำคัญ:** การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืน การพัฒนาบริการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจุบัน

นั่นนั่นแม่เป็นอาหารธรรมชาติที่ดีที่สุดสำหรับเลี้ยงทารก มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกแล้ว เพิ่มความผูกพันระหว่างมาตรดาและบุตรรวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในบทบาทการเป็นมาตรดาอีกด้วย<sup>1,2</sup> กระทรวงสาธารณสุขของไทยผลักดันให้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สัมฤทธิ์ผลโดยร่วมมือกับองค์กรอนามัยโลก จัดให้มีโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูกขึ้น<sup>2,3</sup> แต่ยังพบว่า อัตราการให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว 4-6 เดือนแรกหลังคลอดต่ำกว่าเป้าหมายซึ่งกำหนดไว้ คือให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ได้ร้อยละ 30 เมื่อ

ลิปป พ.ศ. 2549<sup>2,4</sup> แต่จากการศึกษาโดยกรมอนามัยในปี พ.ศ. 2548 พบร่วม อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 14.5 และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน มีเพียงร้อยละ 20.7<sup>4</sup> เนื่องจากแม่ต้องทำงานบ้านมากขึ้น จะเห็นว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย การที่จะส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้บรรลุเป้าหมาย ทำได้รึทั้งนโยบายของประเทศไทย จัดสิ่งแวดล้อม การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และนำนโยบายไปใช้ การมีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (peer groups) มีการรณรงค์โดยใช้สื่อ (media campaigns) ให้ชุมชนมีส่วนร่วมและใช้หอหลายวิธีร่วมกัน<sup>2,5</sup> ดังนั้นบุคลากรทาง

\* รักษาการหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* พยาบาลชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาคุณรำ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



สุขภาพจะต้องค้นหากลุ่มที่เพื่อให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จต่อไป จากงานวิจัยที่ผ่านมา พนักจัจย์ที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ครบ 6 เดือน อย่างเดียว<sup>6-9</sup> คือ หัศนคติของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การมีกลุ่มช่วยเหลือ แม่ในชุมชน สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน แม่บ้านจะประสบความสำเร็จมากกว่าแม่ที่ทำงานนอกบ้าน สภาวะสุขภาพของลูกจะดีอยู่ในโรงพยาบาล ทราบที่เจ็บป่วยต้องแยกจากแม่ หรือได้รับการดูแลเป็นพิเศษจะประสบความสำเร็จน้อยกว่า และระบบบริการทางสาธารณสุข การปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>4</sup> ได้แก่ มีนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นลายลักษณ์อักษรที่สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขทุกคนได้เป็นประจำ ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนให้มีทักษะที่จะนำเสนอโดยบานานี้ไปปฏิบัติ ชี้แจงให้ห่วงดึงครรภ์ทุกคนทราบถึงประโยชน์และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยแม่เริ่มให้ลูกดูดน้ำนมในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด สอนให้แม่รู้วิธีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และวิธีทำให้น้ำนมคงมีปริมาณพอเพียงแม้ว่าจะต้องแยกจากลูก อย่าให้นมผสมน้ำ หรืออาหารอื่นแก่เด็กแรกคลอดนอกจากนมแม่ เว้นแต่จะมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ให้แม่และลูกอยู่ในห้องเดียวกันตลอด 24 ชั่วโมง สนับสนุนให้ลูกได้ดื่มน้ำตามต้องการ อย่าให้ลูกดูดหัวนมย่างและหัวนมปลอมส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และส่งแม่ไปติดต่อกลุ่มดังกล่าวเมื่อออกจากโรงพยาบาลหรือคลินิก

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นได้ดำเนินการตามนโยบายโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก มีกิจกรรมการให้ความรู้ คำแนะนำและฝึกทักษะมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีคลินิกติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด 2 สัปดาห์ แต่มาตรាត่อวันใหญ่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากการสำรวจปัญหาเบื้องต้น พบว่า เหตุผลสำคัญที่ทำให้แม่หยุดให้น้ำนมแม่และให้นมผสมแทน คือ แม่เข้าใจว่าปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอสำหรับลูกทำให้ลูกร้องกวนมาก ย้ายยืนบันสนุนการให้น้ำแก่ลูก แม่หัวนมล้นไม่สามารถให้นมลูกได้เอง แม่เตรียมตัวไปทำงานจึงเลิกให้

นมแม่และลูกอยู่กับบ้านย่าตายี่ที่ต่างจังหวัด ดังนั้นจึงมีโอกาสห้อยมากที่จะประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะมารดาที่เป็นบุคลากรในมหาวิทยาลัยที่ทำงานนอกบ้าน มีภาระงานด้านการสอน หรือบางกลุ่มทำงานในลักษณะเป็นเวรเช้า-บ่าย-ดึก มีที่พักทั้งในและนอกพื้นที่ของมหาวิทยาลัย ซึ่งมีลักษณะของประชากรที่แตกต่างจากที่อื่น ๆ ด้วยเหตุผลดังกล่าวทีมงานการดูแลแม่และเด็กจึงได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืน

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาการลิวีในการดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืน ในมารดาที่เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยขอนแก่น

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ (Action research)<sup>10</sup> เป็นกรอบในการศึกษาวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีพื้นที่ในการดำเนินงาน คือ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในคณะวิชาต่าง ๆ และในบ้านพัก เขตมหาวิทยาลัยขอนแก่น และในหมู่บ้านที่พักอาศัยของบุคลากรในเขตจังหวัดขอนแก่น โดยมีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2549–มิถุนายน พ.ศ. 2552

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสำรวจหัศนคติ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เครื่องมือที่ใช้ประกอบการสอนประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด วิธีการผ่อนคลายความเจ็บปวด การเลี้ยงหารด้วยนม มารดา และสมุดสุขภาพแม่และเด็ก เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เทปบันทึกเสียง สำหรับบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ และกล้องถ่ายรูป สำหรับบันทึกกิจกรรม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้ศึกษาได้ทำการสำรวจอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย



4-6 เดือนในนั้นแม่ที่มีลูกอายุระหว่าง 4-12 เดือน จากทุกคณะ/หน่วยงานในมหาวิทยาลัยขอนแก่น พร้อมทั้งทำการสำรวจทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มเป้าหมายในเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2549

ระยะที่ 2 พัฒนาการบริการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาความรู้ และทักษะแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลเมาการ และทางการเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีการเตรียมความพร้อมของคุณพ่อคุณแม่ก่อนคลอด เดือนละ 4 ครั้ง ระหว่างเดือนธันวาคม 2549-กุมภาพันธ์ 2550 พร้อมทั้งการจัดทำสื่อการสอน เอกสารแผ่นพับ และพัฒนาการดูแลในระยะคลอด ระยะหลังคลอด และหน่วยดูแลทางการแรกเกิดตามหลักน้ำดี 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งมีการจัดสภาพแวดล้อมในที่ทำงานโดยจัดมุ่มนัมแม่ในที่ทำงานที่กลุ่มเป้าหมายปฏิบัติงานและมีกิจกรรมการติดตามดูแลช่วยเหลือหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์ Hot Line ให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง การจัดให้มีคลินิกส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมีการเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายหลังคลอด 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ 2 เดือน 4 เดือนและ 6 เดือน ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จัดให้มีแรงสนับสนุนทางสังคม สำหรับแม่ ได้แก่ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดตั้งชมรมแม่อาสา โดยคัดเลือกจากแม่ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือน และการสร้างกระถางทางสังคมให้เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ระยะที่ 3 สรุปประเมินผล มีการประเมินผลแต่ละระยะ ในแต่ละกิจกรรมและในภาพรวมของการดำเนินงานโครงการการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืน

## ผลการวิจัยและภำพรายผล

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืนในระยะต่างๆ มีดังนี้ คือ

1. ระยะศึกษาสภาพการณ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนดำเนินการวิจัย

1.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ส่วนใหญ่เป็นบุคลากร

คณะแพทยศาสตร์ ร้อยละ 47.8 และเป็นข้าราชการร้อยละ 44.1 รองลงมาเป็นลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ 23.2 พนักงานมหาวิทยาลัยและลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ 16.3 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 42.6 รองลงมา กลุ่มอายุ 26-35 ปี ร้อยละ 33.1 กลุ่มอายุ 36-39 ปี ร้อยละ 14.1 กลุ่มอายุ 21-25 ปี ร้อยละ 9.9 และกลุ่มอายุ 18-20 ปี พนักงานที่สุด ร้อยละ 0.1

1.2 การสำรวจอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4-6 เดือน โดยใช้แบบสอบถามแม่ที่เป็นบุคลากรในมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีลูกอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 1 ปี ในช่วงเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2550 จากการสั่งแบบสอบถามทั้งหมด 50 ชุด มีผู้ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์เพียง 25 ชุด นำมาวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่พบแม่ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 3-4 เดือน ร้อยละ 31 รองลงมา สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ร้อยละ 27 และแม่ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเพียง 2 เดือนพนักงานที่สุด ร้อยละ 9 สำหรับแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน พบว่า อายุระหว่าง 30-41 ปี ส่วนใหญ่ อายุน้อยกว่า 35 ปี (5 ราย) การศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพพัรบราชการ สามีของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีอาชีพพัรบราชการ (6 ราย) ลักษณะครอบครัว ส่วนใหญ่ด้วยกันกับครอบครัวของฝ่ายหญิง (5 ราย) เป็นบุตรคนแรก (5 ราย) แม่ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ให้ข้อมูลว่า ตนเองมีน้ำนมเพียงพอหลังคลอดก่อนออกจากโรงพยาบาล มีความมั่นใจในระดับปานกลางถึงมาก และตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน แต่ยังต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการเลี้ยงการด้วยนมแม่เพิ่มเติม

1.3 การสำรวจทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า แม่มีทัศนคติในทางบวกเห็นด้วยทั้งหมดในบางประเด็น เช่น “รู้สึกภูมิใจเมื่อหลังคลอดได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่” “รู้สึกว่านมแม่นั้นให้ประโยชน์สูงสุดต่อชีวิตลูก” “รู้สึกมีความสุขและได้ทำหน้าที่แม่อย่างสมบูรณ์เมื่อได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่” และ “รู้สึกว่านมแม่ทำให้ลูกมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดี” และในบางข้อแม่เห็นด้วยบางส่วน เช่น “รู้สึกว่านมแม่เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างประชากรที่มีคุณภาพของ



ประเทศ” เห็นด้วย ร้อยละ 96 “หากทำนไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำนจะรู้สึกผิดหวัง” เห็นด้วย ร้อยละ 84 “รู้สึกว่าลูกที่เลี้ยงด้วยนมแม่ฉลาดกว่าลูกที่เลี้ยงด้วยนมผสม” เห็นด้วย ร้อยละ 72 และ “รู้สึกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นเป็นเรื่องง่าย” เห็นด้วยเพียง ร้อยละ 64 ซึ่งเป็นข้อความที่แสดงถึงทัศนคติในทางลบ ที่แม่แสดงความคิดเห็น ได้แก่ “รู้สึกว่าเห็นอยู่เมื่อต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงลำพัง” เห็นด้วยถึง ร้อยละ 100 “รู้สึกว่าการบีบหน้ามเก็บให้ลูกเป็นเรื่องยุ่งยาก” “รู้สึกว่าการให้อาหารเสริมเร็วกว่า 6 เดือนจะให้ประโยชน์กับลูกมากกว่า” และ “รู้สึกว่าหากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะทำให้หน้าอกหย่อนยาน” เห็นด้วย ร้อยละ 20 “รู้สึกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ย่างเดียวก็ 6 เดือน นำ้มมงคลไม่พอให้ลูก” เห็นด้วย ร้อยละ 12 “รู้สึกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมง่ายกว่าให้นมแม่” เห็นด้วย ร้อยละ 8 “รู้สึกเบื่อมื่อเมื่อพยายามให้ความรู้และสอนเรื่องการให้นมลูก” เห็นด้วย ร้อยละ 4

จากแบบสอบถาม มีข้อมูลเชิงคุณภาพ  
เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนให้  
ประสบความสำเร็จ พบร้า แม่ส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะ  
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4-6 เดือน โดยให้เหตุผล  
ว่า นมแม่มีสารอาหารที่สำคัญต่อลูก และเพิ่มความ  
สัมพันธ์ ความรัก ความอบอุ่นแก่ลูก แต่อย่างไรก็ตาม ถึง  
แม้ว่าแม่จะมีทัศนคติในภาพรวมดีที่จะเลี้ยงลูกด้วยนม  
แม่และมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว  
แต่ยังพบประเด็นปัญหาหลายประการ ทั้งปริมาณน้ำนม  
ไม่เพียงพอ มีภาระงานด้านการสอน หรือทำงานเป็นกะ  
เช้า-บ่าย-ดึก และเมื่อกลับมาทำงาน สถานที่ไม่สะดวก  
ในการให้นมแม่ จึงหยุดให้และให้นมผสมแทน

## 2. ระยะพัฒนาการบริการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาล

2.1 การพัฒนาความรู้และทักษะแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลเมาการดาและทางรกรเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานถือเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนางาน ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้จัดให้บุคลากรได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ คือ ประเทศไทย เนื่องจากประเทศไทยมีความเชี่ยวชาญด้านการ

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จ คือ โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลศิริราช ทำให้บุคลากรได้เรียนรู้เครื่องดัดและแนวทางการแก้ปัญหาของหน่วยงานอื่น และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับหน่วยงานของตนเองได้ ผลที่ได้รับ คือ มีการนำประสบการณ์มาใช้ในการปรับเปลี่ยนการให้บริการที่หอผู้ป่วยเด็กพัฒนาการบริการคลินิกส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การติดตามเยี่ยมหลังคลอดและสามารถเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้เพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี

2.2 การเตรียมความพร้อมของบิดาและมารดา ก่อนคลอด การส่งเสริมให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความมีการเตรียมการตั้งแต่ระยะก่อนคลอด เพื่อสร้างความตระหนักและให้เห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อันจะนำไปสู่การลงมือปฏิบัติตามหลังคลอด โดยมีการจัดอบรมทั้งในด้านทฤษฎี และฝึกปฏิบัติเตรียมความพร้อมของบิดา márดา ก่อนคลอด ทั้งหมด 3 เรื่อง ได้แก่ 1) การดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ (ANC) จัดสอนทุกวันที่ห้องฝึกครรภ์ 2) การเตรียมตัวเพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จัดขึ้นทุกวัน เวลา 13.30 น.-15.30 น. การให้ความรู้ในข้อนี้ กำหนดอายุครรภ์ ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป 3) การเตรียมตัวก่อนคลอด จัดขึ้นทุกวัน เวลา 08.30 น.-10.00 น. การให้ความรู้ในข้อนี้กำหนดอายุครรภ์ ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ ขึ้นไป ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นบุคลากรในมหาวิทยาลัยยังเข้ารับการเตรียมความพร้อมในระบบที่จัดให้น้อยมาก ทั้งนี้ เพราะการดำเนินการมีเฉพาะในเวลาราชการและมีการประชาสัมพันธ์ ค่อนข้างน้อย จึงได้ปรับเปลี่ยนวิธีการโดยจัดให้มีการอบรมเพิ่มขึ้น เป็นการให้ความรู้ในทุกหัวข้อภายใน 1 วัน จัดในวันหยุดราชการและมีการประชาสัมพันธ์เพิ่มขึ้น พบว่า มีผู้สนใจเข้ารับการอบรมเพิ่มขึ้น จึงได้จัดการบริการทั้ง 2 รูปแบบเป็นประจำต่อไป จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ที่ผ่านการอบรมทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด แม้และสามารถในครอบครัวมีความเครียดน้อย น้ำนมมาก เร็ว มีความพึงพอใจในการคลอด และมีความสุขในการเดลอกมาก

2.3 การจัดทำสื่อการสอนและเอกสาร  
แผ่นพับ การใช้สื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ที่ง่ายต่อการเข้าถึง  
ข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งในการสร้างความรู้และความ  
ตระหนักในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เบื้องต้น คณะผู้วิจัย  
ได้ใช้เอกสารที่ได้รับอภินันทานการมาจากการคุนย์นมแม่  
แห่งประเทศไทย ซึ่งมีความสวยงาม น่าอ่าน ภาษา  
เข้าใจง่าย รูปเล่มง่ายด้วย แต่มีจำนวนจำกัด ไม่เพียง  
พอ กับความต้องการ ดังนั้น คณะผู้ศึกษาจึงได้จัดพิมพ์  
เอกสารแผ่นพับใหม่ โดยใช้เอกสารจากคุนย์นมแม่แห่ง<sup>3,11</sup>  
ประเทศไทย เป็นต้นแบบ แลกให้กับหญิงหลังคลอด  
และผู้สนใจ นอกจากรูปแบบของการผลิตภาพพลิก (Flip chart)

สำหรับสำหรับเจ้าหน้าที่ และแม่อาสา ใช้เป็นสื่อในการสอนในห้องฝึกครรภ์ ห้องคลอด ตึกหลังคลอด และเมื่อให้คำปรึกษาหลังคลอด ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน พบว่ามีผู้สนใจสื่อเอกสารสิ่งพิมพ์มาก โดยเฉพาะหญิงหลังคลอดและสามีให้ความสนใจอ่านแผ่นพับเป็นอย่างดี จากการสอบถาม พบว่า เอกสารที่เผยแพร่ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีประโยชน์ และจากการสังเกต พบว่า ผู้ที่หยอดอ่านและเก็บไปด้วยจะเป็นสามีของหญิงหลังคลอด ซึ่งต้องมีการดำเนินการผลิตเพิ่มทุก ๆ เดือน ทำให้ต้องมีการผลิตเอกสารโดยเฉลี่ยถึงประมาณ 1,200 ชุด ต่อเดือน

2.4 การพัฒนาการดูแลในระยะคลอด  
หลังคลอด และหน่วยดูแลทารกแรกเกิดตามหลักบัน្ត 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการจัดกิจกรรมการดูแลให้สอดคล้องกับหลักการ โดยพัฒนาการดูแลในขณะคลอดด้วยการส่งเสริมมารดาให้คลอดโดยวิถีธรรมชาติ สนับสนุนให้สามี หรือญาติมีส่วนร่วมในการให้การช่วยเหลือการดูแลขณะคลอด และอนุญาตให้ญาติที่ผ่านการอบรมเตรียมความพร้อมอยู่ช่วยเหลือมารดาได้ตั้งแต่เวลาขณะคลอด ในด้านการดูแลทารกหลังคลอด ให้ลูกได้ดูดนมแม่ภายใต้ครึ่ง-1 ชั่วโมงหลังคลอด<sup>4</sup> ปฏิบัติได้ร้อยละ 86 เมว่าจะมีอัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 30-40 ในรายที่ไม่ได้เนื่องจากความไม่พร้อมของแม่และลูก ดูแลไม่ให้น้ำนมผสม และอาหารอื่น ๆ แก่ลูก ให้ลูกดูดนมตามที่ต้องการ จัดให้แม่และลูกได้ออยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง (Rooming In) มีการเข้าช่วยเหลือแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอนวิธี

การบีบหัวนมเก็บ เตรียมแม่และญาติในการดูแลตนเอง ก่อนกำหนดนัด ติดตามดูแลช่วยเหลือหลังคลอดอย่าง ต่อเนื่อง รวมทั้งในแม่ที่มีลูกแรก ลูกปักแห่งเพดาน โหว<sup>12</sup> สำหรับรายที่ลูกป่วย แม่ได้รับการเตรียมให้สามารถ บีบเก็บหัวนมให้ลูก และสนับสนุนให้มา Breast Feeding ที่ติดต่อกันป่วย โดยมีสถานที่เฉพาะในการให้นมลูก และมีตัวเย็นเก็บนมแม่

2.5 การจัดสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน มีการจัดมุ่มนัมเมื่อทุกคน/ สำนักงานที่กลุ่มเป้าหมายปฏิบัติงาน จัดมุ่มนัมเมื่อที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกสูติกรรม และตึกห้องคลอด โดยจัดเป็นมุ่นให้ความรู้ และประสานงาน มีการทำความเข้าใจกับแม่ในการดัดแปลงใช้สถานที่ในการบีบเก็บน้ำนมในระหว่างเวลางาน ทุกหน่วยงานอือในการใช้ถุงเย็นเก็บน้ำนม บางหน่วยงาน เอื้ออำนวยให้แม่นำลูกมาเลี้ยงในที่ทำงานได้โดยเฉพาะในคณะวิศวกรรมศาสตร์ คณะสัตวแพทยศาสตร์และคณะแพทยศาสตร์ แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้รับสิทธิพิเศษในการนำลูกเข้าฝากรูแลในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ สอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับบุคลากรที่ทำงานเป็นกะเช้า บ่าย ดึก จะเอื้อให้บุคลากรแลกเปลี่ยนได้หรือ บางหน่วยงานช่วยจัดให้ทำงานกะเช้าจนถึง 6 เดือนหลังคลอด พบร่วม หน่วยงานที่เข้าใจและให้การสนับสนุน จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงมีนโยบายให้หน่วยงานเอื้อโดยการจัดเตรียมให้ทำงานกะเช้าจนถึง 6 เดือนหลังคลอด

2.6 การติดตามดูแลช่วยเหลือหลังคลอด  
อย่างต่อเนื่อง กลวิธีในการดำเนินการติดตามดูแลแม่  
หลังคลอดอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การจัดตั้งศูนย์  
Hot Line ให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง การปรับการ  
บริการคลินิกส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการ  
ติดตามเยี่ยมแม่หลังคลอด ดังนี้

2.6.1 การจัดตั้งศูนย์ Hot Line ให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง ที่มีวิจัยได้รับการจัดตั้งศูนย์ Hot Line ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 4 พฤษภาคม 2549 โดย มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้บริการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง มีการบันทึกปัญหาที่พบ การให้คำแนะนำ และ



ผู้ให้คำปรึกษาในสมุดบันทึก ผลการดำเนินงาน พบว่า มีแม่โหรศัพท์มากของคำปรึกษาเฉลี่ยวันละ 4-5 คน เวลา ที่ให้คำปรึกษา 5-10 นาทีต่อคน จากการรวบรวมสถิติ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2549 - เมษายน 2550 มีผู้ ที่โทรศัพท์มาสอบถาม เป็นบุคลากรในมหาวิทยาลัย ขอนแก่นจำนวน 50 คน ปัญหาที่ได้รับการซักถามบ่อย ได้แก่ น้ำนมไม่พอ เด้านมคัดตึง ลูกติดนมแม่จะหย่านม ทำอย่างไร ลูกสำรองนม ลูกกินนมแม่แล้วไม่ถ่ายมา 4-5 วัน ส่วนปัญหาอื่น ๆ เป็นปัญหาด้านสุขภาพของห้อง แม่และลูก พบว่า ในบางกรณีไม่เอื้อต่อการตอบคำถาม หรือให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ พยาบาลจะแนะนำให้มี นำลูกมารับคำปรึกษาที่หอผู้ป่วยหลังคลอดทันที หรือ มาที่คลินิกนัมแม่ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและให้คำแนะนำ โดยตรง ปัจจุบันมีการเปิดศูนย์ Hot Line ตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลของตึกหลังคลอดเป็นผู้ให้คำปรึกษา และได้นำข้อคำถามมาพัฒนาเป็นแผนการสอนประจำวัน เพื่อพัฒนาทักษะของผู้ให้คำปรึกษา ประเมินและติดตาม ผลการให้คำปรึกษา มีการจัดทำสติ๊กเกอร์หมายเลขอ โทรศัพท์เพื่อติดสมุดสุขภาพแม่และเด็ก ซึ่งก่อให้เกิด การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและเกิดการเรียนรู้ใน ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา ตลอดจนมีการให้บริการที่ มีความสอดคล้องกับปัญหามากยิ่งขึ้น

**2.6.2 การปรับเปลี่ยนการให้บริการ** คลินิกส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในระยะเริ่ม ดำเนินการ มีการจัดกิจกรรมให้บริการการส่งเสริมเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ทุกวันอังคาร และนัดหมายให้มีกลับ มาติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์ มีบริการให้คำปรึกษาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ คันหน้าปัญหาเพื่อปักป้อง ส่งเสริม สนับสนุน ให้ กำลังใจ เพื่อให้แม่มั่นใจและมีกำลังใจในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ มีการประเมินความเพียงพอของน้ำนมแม่ วิธี การให้นม (LATCH SCORE) เปรียบเทียบน้ำหนักลูก กับวันจำหน่าย<sup>13</sup> สอนแม่ให้ใช้กราฟน้ำหนักในสมุด สีชมพู เพื่อให้แม่เกิดความมั่นใจในการเจริญเติบโต ของลูก จัดให้มีและผู้ดูแลได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์ชั้นกันและกัน การได้พูดคุยกันทำให้ แม่เกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น ที่สำคัญที่สุดคือ ทบทวน ให้แม่สามารถเก็บ กัก ตุน น้ำนมแม่ตั้งแต่สัปดาห์แรก

และแนะนำวิธีการนำน้ำนมแม่ออกมายใช้ นอกจากนี้ยัง มีการติดตามปัญหาสุขภาพของลูก เช่น ภาวะตัวเหลือง เป็นต้น ผลการดำเนินการ พบว่า แม่ยังบีบห้ามไม่ถูก วิธี ร้อยละ 50 ทำให้ต้องสอนและฝึกเพิ่มเติมจนกว่าจะ ผ่านการประเมิน แม่อุ้มลูกกินนมไม่ถูกต้อง ร้อยละ 50 ห้ามขอกของลูกไม่เพิ่ม ร้อยละ 2 แม่เมียปัญหาด้านเต้า นม ได้แก่ เด้านมคัดตึง ร้อยละ 1 เด้านมอักเสบ ร้อย ละ 0.5 หัวนมเป็นแผล ร้อยละ 10 หัวนมสัน บอด บุ๋ม ใหญ่ และยา ร้อยละ 20 ปัญหาที่พบที่บ้าน คือ ลูกร้อง ความมาก ร้อยละ 10 จำนวนแม่ที่มาใช้บริการ เนลี่ย วันละ 20-40 ราย พบว่า แม่ให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 95.8 เปรียบเทียบกับระยะก่อนการจำหน่าย คือ ร้อยละ 100 ให้นมแม่ร่วมกับการให้น้ำ ร้อยละ 0.7 เหตุผล คือ เนื่องจากยายบังคับให้กินน้ำ เพราะอยาก ให้ตาลูกใส่และกลัวปากลูกแห้ง มีการให้นมแม่และนม ผสมร่วมกัน ร้อยละ 3.5 เหตุผลที่ให้นมผสม เพราะเด็ก ป่วยต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษโดยได้นมผสมขณะอยู่ โรงพยาบาล เนื่องจากแม่กลัวลูกไม่อิ่ม และคิดว่าตนเอง มีน้ำนมไม่พอและลูกร้องความมาก นอกจากนี้ยังพบว่า แม่มีความตั้งใจที่จะให้นมแม่อย่างเดียวถึง 6 เดือน จำนวน ร้อยละ 66 และพบว่า มีแม่ทำงานต่างจังหวัด ต้องฝากลูกไว้กับยาย ร้อยละ 30 แม่เมียความกังวลเรื่อง น้ำนมไม่พอ ร้อยละ 50 สำหรับผู้ที่ให้ความช่วยเหลือใน การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากที่สุด คือ ย่าและ ยาย รองลงมา คือ สามี เมื่อพบร่วมกับการดำเนินงานในคลินิก ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถแก้ปัญหาและ สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการได้ ดังนั้น จึงได้มีการ ปรับการดำเนินการเป็นสัปดาห์ละ 2 วัน และมีการนัด ติดตามเพื่อให้การสนับสนุนภัยหลังการจำหน่ายให้เร็ว ขึ้นเป็น 1 สัปดาห์

**2.6.3 การติดตามเยี่ยมมารดาหลัง คลอด** ในระยะ 1 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ 2 เดือน 4 เดือน และ 6 เดือน ได้มีการจัดกิจกรรมการติดตามเยี่ยมแม่หลังคลอด เพื่อให้การสนับสนุนและช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่ที่บ้าน ติดตามปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ และช่วยเตรียมความพร้อมให้แก่แม่ที่ต้อง กลับไปทำงานในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นบุคลากรของ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากการวางแผนวิธีการเยี่ยม ที่จะทำการเยี่ยมที่บ้านทุกราย ในสถานการณ์จริง



พบว่า บริบทของบุคลากรในมหาวิทยาลัยมีสภาพด้านที่พักอาศัยและความรู้สึกเป็นส่วนตัวสูง ทำให้ไม่สะดวกต่อการเข้าเยี่ยมที่บ้าน ประกอบกับขาดแคลนอัตรากำลังของพยาบาลในการติดตามเยี่ยมจริง และในการเยี่ยมต้องใช้เวลา多く ทำให้ติดตามเยี่ยมได้ล่าช้า ไม่ทันต่อการแก้ปัญหาที่มีการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาสั้น จึงได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการเป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์แทน พบร้า ผลของการเยี่ยมที่บ้านและทางโทรศัพท์ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นกรณีแม่ที่มีภาวะเลี้ยง ซึ่งประเมินได้ตั้งแต่ก่อนการจำหน่าย เช่น แม่ที่ยังมีน้ำนมมาไม่มาก แม่ความวิตกกังวลสูง มีย่าและ/หรือยายที่มีอิทธิพลสูง ในกรณีเช่นนี้ จะมีการมอบหมายให้พยาบาลเข้าเยี่ยมติดตามที่บ้าน ภายใต้สัปดาห์แรกหลังการจำหน่าย

ผลลัพธ์จากการติดตามเยี่ยมแม่หลังคลอดและครอบครัว ทำให้แม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในระยะที่ต้องการ มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อกลับไปทำงาน นอกจากนี้บุคลากรยังได้รับทราบและร่วมแก้ไขปัญหาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่บ้าน เป็นผลให้จำนวนแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อายุเดียวครับ 6 เดือน ในเดือนกรกฎาคม 2550 เพิ่มขึ้นร้อยละ 37 และในเดือนพฤษภาคม 2551 เพิ่มขึ้นร้อยละ 42.3

ปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน พบร้า แม่ประสบปัญหาไม่มีคนเลี้ยงลูกทำให้ต้องฝากไว้กับยายที่ต่างจังหวัด เพราะที่พักอาศัยคับแคบ วิธีการเก็บรักษานมยังไม่ถูกวิธี การนำอาหารที่เก็บไว้มาใช้ไม่ถูกต้อง และแม่เข้าใจว่ามาระยะเวลามากลืนไม่ได้ แม่ดีมีน้ำนมอยู่แล้วจากที่ทำงานไม่มีน้ำเต็มหรือส้มดีมีน้ำขณะทำงาน ความเครียดของแม่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก เท่ากับเรื่องน้ำนม บทเรียนรู้ที่ได้จากการเยี่ยม พบร้า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของแม่ที่ต้องทำงานนอกบ้าน คือการบีบเก็บ กัก ตุนน้ำนม ไว้ให้มากตั้งแต่ 1-2 สัปดาห์หลังคลอด การได้ล้างงานครบ 90 วัน ตามระเบียบที่กำหนดในบุคลากรที่ทำงานเป็นกะ ได้รับการจัดให้ปฏิบัติงานเฉพาะในเรื่องเช้า ตลอด 6 เดือน การได้รับการสนับสนุนด้านสถานที่ในการบีบเก็บน้ำนมในที่ทำงาน การได้รับ

ความเข้าใจจากเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนความเข้าใจของญาติโดยเฉพาะ ย่า ยาย และสามี ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม<sup>14</sup> ทั้งนี้แม่ได้แสดงความรู้สึกต่อการติดตามเยี่ยมบ้านของพยาบาล ดังตัวอย่าง แม่เล่าว่า “โครงการนี้ดีจังเลยที่มีการโทรศัพท์ด้วย ขอบคุณมาก ๆ ยายฝากบอกว่า “หลานคือมีบุญหลายแท้ที่มีพยาบาลโทรศัพท์” และ “ยายไม่ยอมให้มาเพราะลงสารหลาน” เนื่องจากที่หอพักที่อาศัยของแม่มีสภาพคับแคบ พยาบาลที่ติดตามเยี่ยมของโครงการจึงได้ทำการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อถามช่วงของหลานและทักษะกับยายที่อยู่ต่างจังหวัด ต่อมาพบว่า ยายยอมให้หลานมาอยู่กับแม่ที่หอพัก ทำให้แม่สามารถให้นมลูกได้ต่อเนื่อง จากการติดตามเยี่ยมทั้งที่บ้านและทางโทรศัพท์ของพยาบาลในโครงการทำให้มีการสร้างสมัพันธ์ภาพที่ดีระหว่างมารดาครอบครัว และบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ถือเป็นจุดเริ่มของ การก่อตั้งให้เกิด “กลุ่มแม่อาสา” ในระยะต่อมาได้

**2.7 การจัดให้มีการสนับสนุนทางสังคม แก่แม่ มีการดำเนินการพัฒนาเพื่อให้มีการสนับสนุนทางสังคมแก่แม่อายุต่อเนื่อง ประกอบด้วย**

**2.7.1 การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการเยี่ยมแม่หลังคลอด** พบร้า มีแม่ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ยินดีจะนำประสบการณ์จากการความสำเร็จ มาเล่าสู่กลุ่มนิเทศแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน คณะกรรมการ จึงได้เชิญแม่หลังคลอดที่เป็นบุคลากรในมหาวิทยาลัย ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มาร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้ข้อมูลวิธีการเลี้ยงลูกว่า ทำอย่างไร จึงประสบความสำเร็จ และเมื่อทำสำเร็จแล้วมีความภาคภูมิใจและมุ่งหวังที่จะช่วยเหลือให้ผู้อื่นประสบความสำเร็จได้อย่างไร ต่อจากนั้นได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแม่ที่ประสบความสำเร็จและแม่อายุต่อเนื่อง การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประกอบด้วย การทำอย่างไรจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่หลังคลอด 1 เดือน ขึ้นไป เนื้อหาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย การทำอย่างไรจะให้ลูกด้วยนมแม่สำเร็จ ปัญหา อุปสรรค ที่พบ และวิธีการแก้ไข การเตรียมตัวเมื่อต้องทำงาน วิธีการให้นมลูก การเก็บน้ำนม การนำน้ำนมมาใช้ การรับวัสดุชนิดต่างๆ การดูแลลูก การกระตุ้นและล้างเกตพัฒนาการของลูก และการให้อาหารลูกหลัง 6 เดือน ซึ่งทั้งหมดนี้



เป็นหัวข้อที่อยู่ในความสนใจของแม่ในระยะให้นมลูก ผลการดำเนินงาน ทำให้มีการก่อตั้งเป็น “กลุ่มแม่อาสา” ที่มีแม่เสนอตัวเข้าช่วยเหลือแม่คนอื่นๆ ทำให้ได้แนวทางในการจัดดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จัดเนื้อหาของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีการขยายเครือข่ายผู้สนใจร่วมกันต่อไปได้

2.7.2 การก่อตั้งชุมชนแม่อาสา โดยอาสาสมัครจากแม่ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อายุต่ำกว่า 6 เดือน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินงาน และมีการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของแม่ในกลุ่ม คณะผู้วิจัย จึงได้จัดให้มีการประชุมแม่หลังคลอดโดยกลุ่มแม่อาสาต้นแบบเริ่มต้น 5 คน ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อายุต่ำกว่า 6 เดือน ร่วมกำหนดแนวทางในการทำงานร่วมกัน ได้แก่ วิธีการเข้าช่วยเหลือแม่ที่มีปัญหา ช่องทางการขอคำปรึกษาจากบุคลากรพยาบาลของโครงการ และการบันทึกการเยี่ยมหรือการให้คำปรึกษา มีการหาแนวทางในการพัฒนาแม่อาสาให้มีความมั่นใจและมีทักษะในการช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การพัฒนาความรู้และทักษะการเข้าเยี่ยม การจัดทำคู่มือการช่วยเหลือและการตอบคำถามที่พบบ่อย และแนวทางในการให้คำปรึกษา ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือแม่อาสา สมุดบันทึกการเยี่ยมของแม่อาสา ใบสมัครเข้าร่วมเป็นแม่อาสา และจัดให้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแม่อาสาและแม่ที่สนใจในระยะต่อมาได้มีการจัดประชุมทำพิธีมอบประกาศนียบัตรพร้อมของที่ระลึกให้แก่แม่ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแนะนำ “ชุมชนแม่mom ดินแดง” ขึ้น ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อชุมชนเป็น “ชุมชนแม่แม่ครีนคิวินทร์” พร้อมเปิดรับสมัครสมาชิก ในปัจจุบันมีสมาชิกแม่อาสาในชุมชนจำนวน 56 คน แม่อาสาได้ส่งบันทึกการเยี่ยมและมีการปรึกษากับทีมงานเป็นประจำ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับแม่หลังคลอดอย่างสม่ำเสมอจนครบระยะเวลาที่กำหนด และพบว่า ส่งผลให้มารดาไม่ลืมพันธนาภพที่ได้ต่อ กันในระยะต่อมาด้วย

2.7.3 การสร้างกระเสถางสังคมให้เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากบทเรียนรู้ว่าใน การพัฒนาโครงสร้างการการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ทำให้เกิดแนวคิดในการสร้างกระแสวงสังคม โดยการ  
อุกรายการวิทยุในสถานีเครือข่ายของมหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น มีการบันทึกเทปรายการโทรทัศน์ HOME  
TV เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการฯ ผ่านสื่อโทรทัศน์ ผลิต  
Flip chart สำหรับสอนในห้องฝึกครรภ์ ห้องคลอด  
และหลังคลอด สำหรับเจ้าหน้าที่และแม่老子 จัดทำ  
ชีดให้มารดาทราบว่าตั้งครรภ์สำหรับเจ้าหน้าที่และแม่  
老子เพื่อใช้เป็นสื่อในการสอนและการเรียนรู้ นอกจาก  
นี้ยังมีการจัดทำเสื้อทึม จัดนิทรรศการเรื่องการเลี้ยงลูก  
ด้วยนมแม่และความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับประโยชน์ของการ  
ให้น้ำนมแม่ และจัดให้มีโครงการ “ทูตนมแม่” ซึ่งดำเนิน  
การโดย นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น เพิ่มชื่นด้วย

### 3. การประเมินผลลัพธ์ โครงการส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

มีการประเมินผลการดำเนินงานโครงการ  
การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแต่ละระยะ และ  
แต่ละกิจกรรม รวมถึงการประเมินผลโดยภาพรวม สรุป  
ได้ว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการส่งเสริมการ  
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนให้ประสบความ  
สำเร็จในโครงการ มีความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้  
จากการทบทวนวรรณกรรม<sup>7-9,14,17</sup> อย่างไรก็ตามการ  
ประยุกต์ใช้ให้เป็นรูปธรรมในสถานการณ์จริงนั้น จำเป็น  
ต้องพัฒนาหลักให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับ  
บริบทของพื้นที่ ปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้า  
หมายที่แตกต่างกันไปในแต่ละบริบทที่ศึกษาสรุปปัจจัย  
ในการณ์ศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้แก่ ด้านทัศนคติ  
ในการเห็นคุณค่าของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา  
และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทาง  
สังคมจากครอบครัวและที่ทำงาน ด้านสภาพแวดล้อม  
ทางกายภาพของที่ท่องาน ด้านลักษณะงานของมารดา  
และการเลี้ยงดูบุตรในระยะหลังคลอด ด้านการให้บริการ  
ของสถานบริการทางสาธารณสุข และด้านสภาวะสุขภาพ  
ของทราบขณะอยู่ในโรงพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษา  
ที่ผ่านมา<sup>7-9</sup> ซึ่งผลลัพธ์ของการดำเนินการโครงการการ  
ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มีอัตราการเลี้ยงลูก  
ด้วยนมแม่สูงถึง ร้อยละ 42 ในปี 2551 และเพิ่มเป็น  
ร้อยละ 46.6 ในปี 2552 สามารถบรรลุเป้าหมายของ



ประเทศไทยได้ และมี “กลุ่มแม่老子” มีทุตนมแม่และมีการขยายเครือข่ายไปยังกลุ่มอื่น ๆ ในมหาวิทยาลัยขอนแก่นด้วย

### ข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนาการจนเกิดผลลัพธ์ของการดำเนินการโครงการการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่บรรลุเป้าหมายและมี “กลุ่มแม่老子” มีทุตนมแม่และมีการขยายเครือข่ายไปยังกลุ่มอื่น ๆ ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น มีข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีบทบาทในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบผลสำเร็จอย่างน้อย 6 เดือนอย่างยั่งยืนนั้น ต้องใช้กลวิธีคือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ยกย่องเชิดชูความสำเร็จ และเสริมพลังอำนาจ จนสามารถผลักดันให้เกิดนโยบายในที่ทำงาน จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เกิดความภาคภูมิใจทั้งคนทำงานและแม่ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างครบถ้วน<sup>18-22</sup> และเห็นควรที่จะมีการพัฒนากลวิธีส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการดำเนินการในบริบทอื่นต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้ทุนวิจัยผู้บริหารโรงพยาบาลศรีนครินทร์และบุคลากรทุกท่านที่มีส่วนในการจัดทำโครงการให้สำเร็จ

### เอกสารอ้างอิง

- Merewood A, Chamberlain LB, Cook JT, Philipp BL, Malone K, Bauchner H. The effect of peer counselors on breastfeeding rates in the neonatal intensive care unit: results of a randomized controlled trial. Arch Pediatr Adolesc Med 2006; 160(7): 681-5.
- WHO- World-health organization. The optimal duration of Exclusive Breastfeeding: Results of WHO systematic review. Geneva: World health organization; 2001.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
- Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of intervention to promote the initiation of breastfeeding. Health Technology Assessment 2000; 4(25): 1-7.
- Chaves RG, Lamounier JA, Cesar CC. Factors associated with duration of breastfeeding. J Pediatr (Rio J) 2007; 83(3): 241-6.
- กาญจนा เอกปัชฌาย์, ศรินยา พงศ์พันธุ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ครบร 4 เดือน ในจังหวัดเพชร. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยและสิ่งแวดล้อม 2545; 21(3).
- จินตนา พัฒพงศ์ธร, ศันสนีย์ เจตన์ประยุกต์. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลผ่านศึก; 2547.
- ธิติมา เงินมาก. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4-6 เดือน หลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการคลอดครบกำหนดในโรงพยาบาลรามาธิบดี. กรุงเทพฯ: มหิดล; 2549.
- อาการณ์ เชื้อประศิลป์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าคิริราชพยาบาล ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
- ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. สายホาร์รัก. จุลสารสำหรับผู้สนใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2550; 2(5).



12. พรเพ็ญ ปทุมวิฒนา, สุธิดา ทองสุขโข, รา哩ณี นราธิปกร, สุธิร้า ประดับวงศ์, กุสุมมา ชูศิลป์. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกที่มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหงว่าด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือน แรก หลังคลอดในทารกที่มารับการฟื้นฟูในห้องผู้ป่วยหลังคลอด (2ช.). โรงพยาบาลศรีนครินทร์. จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทย์ สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ 2553;93(Suppl 4): 71-7.
13. WHO/UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland2003.
14. รุจิรา ภู่ทวี. ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยร่วมและพฤติกรรม การเตรียมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องก่อนคลอด ไปทำงานของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
15. นิลารรณ จันทะปรีดา, ชนิษฐ์นันทบุตร, วรรณภา ศรีอัญรัตน์, ดาวรุณี จงอุดมการณ์. การพัฒนา นโยบายการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในสถานเลี้ยง เด็กก่อนวัยเรียน: กรณีศึกษาสถานเลี้ยงเด็กแห่ง หนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(2): 10-18.
16. ดาวารรณ อักษรวรรณ, แก่นแก้ว เชี่ยวรอง, ศรากุล นามแดง. การพัฒนาสื่อวีดีทัศน์ในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมแก่ผู้ปกครองของเด็กป่วย ปากแหว่งเพดานโหงว่าได้รับการผ่าตัด. วารสาร สมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(2): 43-51.
17. หทัยชนก บัวเจริญ, ดวงใจ สิมต์สกุล. การพัฒนา การเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นและปฏิบัติการ พยาบาลเด็กและวัยรุ่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 57-64.
18. ศิริณี จำสิงห์คำ. การประเมินผลโครงการ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
19. Keister D, Roberts KT, Werner SL. Strategies for breastfeeding success. Am Fam Physician 2008 Jul 15; 78(2): 225-32.
20. Kramer MS, Fombonne E, Igumnov S, Vanilovich I, Matush L, Mironova E, et al. Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child behavior and maternal adjustment: evidence from a large, randomized trial. Pediatrics 2008; 121(3): 435-40.
21. Perez-Escamilla R. Evidence based breast-feeding promotion: the Baby-Friendly Hospital Initiative. J Nutr 2007 ; 137(2): 484-7.
22. Tan KL. Factors associated with exclusive breastfeeding among infants under six months of age in peninsular Malaysia. Int Breastfeed J; 6(1): 2.



## Development of Services for Promoting Sustainable Breastfeeding

Jintana Boonjan M.Ed\*

Puangrat Chouwajaroen M.N.S. (Nursing Administration) \*\*

Pornpen Pathumwiwatana B.Sc.\*\*

Kusuma Chusilp M.D.\*\*\*

### Abstract

This action research aimed to develop services for promoting sustainable breastfeeding in mothers who worked for Khon Kaen University. The duration of research implementation was from 2008–2010. There were divided into 3 phases: Phase I, situational analysis of breastfeeding practices by exploring the attitudes and percentages of breastfeeding practices for at least 6 months of mothers in the study; Phase II, development of services for promoting breastfeeding of mothers by staffs preparedness, educational media development and development of care services in the units of before delivery, during delivery and after postpartum periods; and Phase III, evaluation phase.

**Results:** Phase I, the percentage of breastfeeding practices for at least 6 months of mothers in this study was 27% and most of the mothers had negative attitudes toward breastfeeding; Phase II, development of services comprised of the development of knowledge and skills of staffs, the preparation of fathers and mothers before delivery periods, the development of educational medias for teaching during delivery and after delivery periods, as well as in new born units. Services provided included follow up services for 6 months after birth, 24 hot-line consultation services, knowledge sharing among mothers, promotion of empowerment, breastfeeding ambassadors and networking; Phase III, evaluation phases reported the increasing breastfeeding rates from 2007, 2008 and 2009 of 37%, to 42% and 46.55%, respectively. The Thailand breastfeeding goals were met.

**Keywords:** promoting of sustainable breastfeeding, service development, action research

---

\* Acting Nursing Directors, Srinagarind Hospital, Khon Kaen University

\*\*Registered Nurse, Senior Professional Level, Srinagarind Hospital, Khon Kaen University

\*\*\*Associate Professor, Department of Pediatrice, Faculty of Medicine, Khon Kaen University



## ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี\*

ทองเปลา กันตอร์ พย.ม., APN\*\*  
มนพร ชาติชานนิ พย.ม.\*\*\*\*

จำภาพร นามวงศ์พรหม PhD \*\*\*  
อัญชลี ยงยุทธ พย.บ.\*\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 18 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนการพัฒนาระบบ เป็นผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 178 ราย และกลุ่มหลังการพัฒนาระบบ เป็นผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 186 ราย โดยใช้ CURN Model เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การแจกแจงปัญหา 2) กระบวนการพัฒนาระบบ 3) การประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น และ 4) การประเมินผลของการพัฒนาระบบ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 2 ด้าน คือ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยได้แก่ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน ใช้สถิติ Chi – Square และอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ใช้สถิติ Fisher's Exact Test และ ผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาลได้แก่ ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก และค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ใช้สถิติ Mann–Whitney U test

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาระบบการดูแลสามารถเพิ่มคุณภาพของการดูแลทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและโรงพยาบาล ซึ่งในด้านผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้าลดลงต่ำกว่ากลุ่มก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.001$ ,  $p= .042$  ตามลำดับ) ส่วนอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาระบบไม่แตกต่างกัน ( $p = .095$ ) และในด้านผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาล พบว่า หลังการพัฒนาระบบ จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงต่ำกว่ากลุ่มก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของพยาบาล ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) การประเมินผลการพัฒนาระบบ พบว่า หลังการพัฒนาระบบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจดีขึ้น

**คำสำคัญ:** การพัฒนาระบบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก

\*ทุนสนับสนุนการวิจัย จากสภากาชาดไทย

\*\*พยาบาลวิชาชีพ/ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ / หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี

\*\*\*พยาบาลวิชาชีพ/ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

\*\*\*\*พยาบาลวิชาชีพ/อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

\*\*\*\*\*พยาบาลวิชาชีพ/หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี



## ความเป็นมาและความสำคัญของปั๊มหายใจ

ภาวะการหายใจล้มเหลวจัดเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต และมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30-60<sup>1</sup> และร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ<sup>2</sup> เพื่อรักษาภาวะการหายใจล้มเหลวซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยที่สำคัญ คือ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia; VAP) ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระยะเวลาที่ใช้เครื่อง<sup>3</sup> และการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (Unplanned extubation) ซึ่งเกิดจากทั้งที่ผู้ป่วยดึงออกเอง (Self extubation) และการเลื่อนหลุดโดยไม่ตั้งใจของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การพยาบาล (Accidental extubation) ทำให้ต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาในการอยู่ในหอผู้ป่วยหนักนานขึ้น<sup>4,5,6,7,8,9</sup> การป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวคือ การหยุดเครื่องช่วยหายใจและการถอดท่อช่วยหายใจออกให้เร็วที่สุด<sup>10,11</sup> หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยเฉลี่ยปีละ 450 - 500 ราย (สถิติระหว่างปี 2550 - 2551) ยังคงพบภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจดังกล่าว ถึงแม้จะมีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแล้วก็ตาม คณานุพิจัยจึงต้องการแก้ปัญหาเชิงระบบโดยการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมาใช้ ร่วมกับการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก
2. เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ CURN model เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การแจกแจงปัญหาของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งปัญหาด้านการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาด้านผู้ป่วยและปัญหาที่เกิดจากการดูแล 2) กระบวนการพัฒนาระบบ โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจากหลักฐานเชิงประจักษ์ การจัดหาเครื่องมือที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ การพัฒนาบุคลากรโดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ การติดตามนิเทศการปฏิบัติ การนำปัญหาอุปสรรคที่พบประชุมปรึกษาเพื่อแก้ไข 3) การประเมินผลของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยการประเมินความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และ 4) การประเมินผลการพัฒนาระบบทั้งหมด โดยประเมินจากคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4.1) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (Patient outcomes) ได้แก่ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า และอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และ 4.2) ผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาล (Hospital outcomes) ได้แก่ จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักและค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative study) แบบ Retrospective Prospective Uncontrolled before and after Intervention Study โดยใช้ CURN model เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบ

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี 2) ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี ระหว่างเดือนกันยายน 2552 ถึงเดือนเมษายน 2553



**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม**  
**(คือ 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 18 คน และ 2) กลุ่มผู้ป่วยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ คือ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี ผู้ป่วยหรือญาติยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย กลุ่มผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 2.1) กลุ่มก่อนการพัฒนาระบบ เป็นผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ระหว่างเดือนกันยายน 2552 ถึง ธันวาคม 2552 จำนวน 178 ราย 2.2) กลุ่มหลังการพัฒนาระบบ เป็นผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ระหว่างเดือน มกราคม 2553 ถึงเมษายน 2553 จำนวน 186 ราย**

#### การดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มก่อนการพัฒนาระบบ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลเดิมที่ใช้อยู่ในหน่วยงานและใช้แนวปฏิบัติเดิมเป็นระยะเวลา 4 เดือนก่อนเริ่มการพัฒนาระบบใหม่ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตามระบบและแนวปฏิบัติเดิม

กลุ่มหลังการพัฒนาระบบ เพื่อใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) การแจกแจงปัญหา ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาล ร่วมกันระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในหอผู้ป่วยหนัก รวมทั้งข้อมูลของสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากเวชระเบียน โดยแบ่งปัญหาเป็น 3 ด้าน 1.1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยการประเมินความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ 1 วัน 1.2) ด้านผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนเกี่ยวกับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลา 1 สัปดาห์ และ 1.3) ด้านระบบการพยาบาล ทบทวนระบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่อยู่ในหน่วยงานตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ การดูแลขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ การหย่าเครื่อง

ช่วยหายใจ การถอดท่อช่วยหายใจจนกรະทั้งถึงการดูแล หลังการถอดท่อช่วยหายใจ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค ของระบบที่ใช้อยู่ร่วมกับพยาบาลในหอผู้ป่วย รวมทั้งทบทวนแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยใช้ระยะเวลา 1 วัน

2) กระบวนการพัฒนาระบบ ในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ไปใช้ โดยพัฒนาระบบใน 3 ด้าน คือ 2.1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เป็นรายบุคคลโดยการให้ทำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลและสรุปประเด็นที่ต้องเรียนรู้ (แบบไม่มีส่วนร่วม) จำนวน 48 ข้อ หลังจากนั้น อบรมแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยบรรยาย และสาธิตแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และให้พยาบาลวิชาชีพทำแบบทดสอบความรู้ซ้ำ เมื่อพยาบาลมีความพร้อมจึงนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไปใช้โดยพยาบาลทั่วหน้า ทั่วหน้าเริ่มเป็นผู้ติดตามนิเทศการปฏิบัติให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติ และส่งต่อข้อมูลในแต่ละวัน 2.2) ด้านผู้ป่วย นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และลงบันทึกทางการพยาบาลทุกวัน และ 2.3) ด้านระบบการพยาบาล จัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติเฝ้าระวังและติดตามความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้พร้อมใช้และพอเพียง และจัดระบบมอบหมายงานพยาบาลในแต่ละวัน โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยวิถีดูแลเป็นหัวหน้าเริ่ม ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติจะได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในอัตราส่วน พยาบาล: ผู้ป่วย = 1: 2 – 3 ซึ่งการดูแลจะเริ่มตั้งแต่การรับ-ส่งเริ่ม ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การดูแลตามแนวปฏิบัติที่คณะกรรมการผู้จัดสร้างขึ้น รวมทั้งการบันทึกทางการพยาบาล และการส่งเริ่ม หัวหน้าเริ่ม มีหน้าที่ในการตรวจสอบให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติที่



พัฒนาขึ้น ประเมินปัญหาหรืออุปสรรคการใช้แนวปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและส่งเร乖เกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ทุกware ปรึกษาปัญหาในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯในการประชุมประจำเดือน

**3) การประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3.1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จากการตอบแบบประเมินความรู้ คนละ 20 นาที และจากการสังเกตการปฏิบัติจากแบบสังเกตการปฏิบัติแบบไม่มีส่วนร่วม และจากการบันทึกข้อมูลตามแนวปฏิบัติ 3.2) ด้านผู้ป่วย รวมรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลังการพัฒนาระบบทว่างเดือนมกราคม ถึงเมษายน 2553 สรุปข้อมูลและรวมรวมข้อมูลทุกเดือน และ 3.3) ด้านระบบการพยาบาล ปรึกษาปัญหาในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯในการประชุมประจำเดือน เพื่อค้นหาแนวทางในการปรับปรุงระบบงานเดือนละ 1 ครั้ง สรุปการพัฒนาระบบเมื่อลื้นสุดการวิจัย**

**4) การประเมินผลการพัฒนาระบบ โดยประเมินจากคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยรวมเวชระเบียนของผู้ป่วย และบันทึกคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเกี่ยวกับอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของห่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า และอัตราการใส่ห่อช่วยหายใจซ้ำเพื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบทั้งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากรองพยาบาล จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก ค่าใช้จ่ายจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ**

#### เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 2.1) ระยะก่อนใส่ห่อช่วยหายใจและการใส่ห่อช่วยหายใจ เริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ในการใส่ห่อช่วยหายใจ จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการใส่ห่อช่วยหายใจ 2.2) ระยะการใช้เครื่องช่วยหายใจ

เริ่มตั้งแต่เริ่มใช้เครื่องช่วยหายใจจนกระทั่งพร้อมหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2.3) ระยะการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เริ่มตั้งแต่เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจจนกระทั่งถอดห่อช่วยหายใจออก และ 2.4) ระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เริ่มตั้งแต่ถอดห่อช่วยหายใจออกจนกระทั่งถึง 48 ชั่วโมงหลังถอดห่อช่วยหายใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของพยาบาลวิชาชีพ 2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้น จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลอาวุโสที่ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤต อีก 1 ท่าน ปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังโครงการผ่านการพิจารณาของโรงพยาบาลแล้ว คณบุรุษจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลย้อนหลัง จากเวชระเบียน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลไปข้างหน้า ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการ และขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้เข็นใบยินยอม โดยผู้ป่วยมีสิทธิ์ปฏิเสธและหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้โดยไม่มีผลต่อการให้การรักษาพยาบาล ในกลุ่มนี้ภายหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ทำการประเมินผลของ การพัฒนาระบบ เมื่อเก็บข้อมูลการพัฒนาระบบครบ 4 เดือน ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมทั้งสองกลุ่มจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วย และใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ



อัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้าระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ใช้สถิติ Chi – Square 3) เปรียบเทียบอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจชั่วคราวระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ใช้สถิติ Fisher's Exact Test 4) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ใช้สถิติ paired t-test และ 5) เปรียบเทียบจำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก และค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ใช้สถิติ Mann–Whitney U test

## ผลการวิจัย

**ลักษณะกลุ่มตัวอย่างพยาบาล เป็นพยาบาล วิชาชีพประจำการในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิริบูรี จำนวน 18 ราย เป็นเพศหญิง จำนวน 17 ราย เพศชาย 1 ราย มีอายุระหว่าง 27-45 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยอายุ 34.11 ปี (SD = 5.00) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีทั้งหมด ร้อยละ 56.3 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมากกว่า 6 ปี โดยมีค่าเฉลี่ย 7.19 ปี (SD = 6.67) ทุกราย เคยได้รับความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมาก่อน และครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 50 ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต**

### ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

ก่อนการพัฒนาระบบ เป็นผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิริบูรี ระหว่างเดือนกันยายนถึงธันวาคม 2552 จำนวน 178 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.2 เพศหญิง ร้อยละ 43.8 มีอายุระหว่าง 17-81 ปี ร้อยละ 73.0 อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยมีอายุเฉลี่ย 64.87 ปี (SD = 11.99) ร้อยละ 77.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.5 ประกอบอาชีพ รับจ้าง และร้อยละ 63.5 มีสิทธิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ร้อยละ 37.6 ต้องใส่ท่อช่วยหายใจจากโรงพยาบาล ร้อยละ 39.3 ใส่ท่อช่วยหายใจจากแผนกฉุกเฉิน ร้อยละ 66.8 เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม

และร้อยละ 30.3 เป็นผู้ป่วยศัลยกรรม ในจำนวนผู้ป่วยศัลยกรรม ร้อยละ 90.5 ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ในกลุ่มก่อนการพัฒนาระบบนี้ร้อยละ 75.3 มีระดับความรู้สึกตัวดี (Alert) ร้อยละ 25.3 มีค่าคะแนนความรุนแรงของที่โดยวัดจาก SAP II score มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน พบร้าอยู่ระหว่าง 31 – 40 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย 48.3 (SD = 24.17)

กลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนาระบบ เป็นผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสิริบูรี ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2553 จำนวน 186 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.8 เพศหญิง ร้อยละ 46.2 มีอายุระหว่าง 17-91 ปี ร้อยละ 71.5 อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยมีอายุเฉลี่ย 64.2 ปี (SD = 14.69) ร้อยละ 52.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56.4 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50 มีสิทธิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ร้อยละ 42.5 ต้องใส่ท่อช่วยหายใจจากโรงพยาบาล ร้อยละ 69.3 เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม และร้อยละ 28.5 เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมนี้ซึ่งร้อยละ 88.6 ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ในกลุ่มหลังการพัฒนาระบบนี้ จำนวน 186 ราย ร้อยละ 67.7 มีระดับความรู้สึกตัวดี (Alert) ร้อยละ 21.0 ก่อนการพัฒนาระบบมีค่าความรุนแรงของโรควัดจาก SAP II Score ซึ่งมีค่าคะแนนเต็ม 100 คะแนน พบร้าอยู่ระหว่าง 16.89-97.09 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย 49.09 (SD = 23.96) หลังการพัฒนาอยู่ระหว่าง 12.08-97.70 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย 47.53 (SD = 24.39)

ระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีผลต่อความรู้การปฏิบัติของพยาบาลและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยภาพรวม พบร้าระบบที่พัฒนาขึ้นมีผลทำให้คุณภาพของการดูแลทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและโรงพยาบาล ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้าลดลงต่ำกว่ากลุ่มก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.001$ ) ส่วนอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจชั่วคราวระหว่างกลุ่มก่อนและ



หลังการพัฒนาระบบไม่แตกต่างกัน ( $p = .095$ ) และผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาล พบร่วม หลังการพัฒนาระบบจำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดลงต่ำกว่ากลุ่มก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) การประเมินผลการพัฒนาระบบ พบร่วม หลังการพัฒนาระบบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจดีขึ้น

**1. ความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาระบบ** ข้อมูลจากตอบแบบทดสอบความรู้ของพยาบาล จำนวน 30 ข้อ พบร่วม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการพัฒนาระบบ มีค่าระหว่าง 14-28 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ย 21.9 คะแนน ( $SD = 3.29$ ) หลังการพัฒนาระบบ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของพยาบาล มีค่าระหว่าง 27-30 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย 29.17 คะแนน ( $SD = .92$ ) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบร่วม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลหลังการพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -3.731, p = .000$ )

**2. การปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาระบบ** ข้อมูลจากแบบสังเกตการพยาบาล (แบบไม่มีส่วนร่วม) พบร่วม ก่อนการพัฒนาระบบคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีค่าระหว่าง 30 – 41 คะแนน จากคะแนนเต็ม 48 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย 35.50 คะแนน ( $SD = 3.26$ ) หลังพัฒนาระบบคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลมีค่าระหว่าง 39 – 48 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย 44.89 คะแนน ( $SD = 2.54$ ) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ pair t-test พบร่วม ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -4.61, p = .000$ )

### 3. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (Patient outcomes)

มีรายละเอียดดังนี้

**3.1 อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ** กลุ่มก่อนการพัฒนาระบบจำนวน 178 ราย มีอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 29 ราย ร้อยละ 16.3 ในขณะที่กลุ่มหลังการพัฒนาระบบจำนวน 186 ราย มีอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 9 ราย ร้อยละ 4.5 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้สถิติ Chi – Square พบร่วม อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังการพัฒนาระบบที่ต่ำกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 14.796, p = .001$ )

**3.2 อัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า** กลุ่มก่อนการพัฒนาระบบจำนวน 178 ราย มีอัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า จำนวน 16 ราย ร้อยละ 8.9 ในขณะที่กลุ่มหลังการพัฒนาระบบจำนวน 186 ราย มีอัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า จำนวน 6 ราย ร้อยละ 3.2 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า โดยใช้สถิติ Chi – Square พบร่วม อัตราการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้าหลังการพัฒนาระบบที่ต่ำกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 6.354, p = .042$ )

**3.3 อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจชั้า** กลุ่มก่อนการพัฒนาระบบจำนวน 178 ราย ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจจำนวน 141 ราย ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจชั้า จำนวน 11 ราย ร้อยละ 7.8 กลุ่มหลังการพัฒนาระบบจำนวน 186 ราย ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจ จำนวน 150 ราย ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจชั้า จำนวน 5 ราย ร้อยละ 3.3 ถึงแม้ว่าอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจชั้า มีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อเปรียบเทียบอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจชั้า โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test พบร่วม อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจชั้า ในกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาระบบไม่มีความแตกต่างกัน ( $z = 2.793, p = .095$ )



4. ผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาล (Hospital outcomes) มีรายละเอียดดังนี้

#### 4.1 จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วย

หมายใจหลังการพัฒนาระบบที่มากกว่าก่อนการพัฒนาระบบ กลุ่มก่อนการพัฒนาระบบจำนวน 178 ราย มีจำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ อยู่ระหว่าง 0.50 – 22.00 วัน มีค่าเฉลี่ย 6.55 วัน ( $SD = 4.38$ ) ในขณะที่กลุ่มหลังการพัฒนาระบบจำนวน 186 ราย มีจำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ อยู่ระหว่าง 0.50 – 16.00 วัน มีค่าเฉลี่ย 3.39 วัน ( $SD = 3.13$ ) เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบร่วง จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มหลังการพัฒนาระบบที่มากกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mann-Whitney U test = 8480.50,  $p = .000$ )

การพัฒนาระบบที่กว่าก่อนการพัฒนาระบบกลุ่มก่อน  
การพัฒนาระบบจำนวน 178 ราย มีจำนวนวันนอนใน  
หอผู้ป่วยหนักอยู่ระหว่าง 0.02 – 21.54 วัน มีค่าเฉลี่ย  
8.02 วัน ( $SD = 4.82$ ) กลุ่มหลังการพัฒนาระบบจำนวน  
186 ราย มีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก อยู่ระหว่าง  
0.06 – 17.02 วัน มีค่าเฉลี่ย 4.73 วัน ( $SD = 3.51$ )  
เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบร่วม  
จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มหลังการพัฒนา  
ระบบที่กว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ (Mann-Whitney U test = 9498.50,  $p = .000$ )

4.3 ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังการพัฒนาระบบท่ากว่าก่อนการพัฒนาระบบ กลุ่มก่อนการพัฒนาระบบจำนวน 178 ราย มีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อยู่ระหว่าง 1,000-55,100 บาท มีค่าเฉลี่ย 12,643.82 ( $SD = 8,880.81$ ) ในขณะที่กลุ่มหลังการพัฒนาระบบจำนวน 186 ราย มีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อยู่ระหว่าง 1,000-30,400 บาท มีค่าเฉลี่ย 6,355.11 ( $SD = 5,883.23$ ) เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบร่วมค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มหลังการพัฒนาระบบท่ากกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mann-Whitney U test = 8,323.00,  $p = .000$ )

การอภิปรายญล

ด้านการพัฒนาระบบ ในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้ CURN Model เป็นกรอบแนวคิด สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้จริง โดยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีมาก่อนของยุคลันต์ ช. ชมเมือง<sup>13</sup> ซึ่งศึกษาผลของการพัฒนาระบบพยาบาล เพื่อนำแนวปฏิบัติการดูแลท่อช่วยหายใจไปใช้ ต่อความเสี่ยงของการใส่ท่อช่วยหายใจเข้าในผู้ป่วยหลังได้รับยาแรงน้ำความร้อนสีแบบทั่วไปที่มารับบริการผ่าตัด และให้ยาแรงน้ำความร้อนสีในโรงพยาบาลสมุทรปราการ และสอดคล้องกับการศึกษาของกรกัญ วงศ์สารคร<sup>14</sup> ซึ่งศึกษาผลของการพัฒนาระบบควรปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจไปใช้ต่อความรู้ การปฏิบัติของพยาบาลและคุณภาพของการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักตั้ลยกรรมโรงพยาบาลสมุทรปราการ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความล่าเร็วได้แก่ การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก ในทุกขั้นตอนของการบวนการพัฒนาระบบ ตั้งแต่ ขั้นตอนของการแจกแจงปัญหา การพัฒนาระบบ การประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น และ การประเมินผลการพัฒนาระบบ

ด้านความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล  
วิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก ข้อมูลที่ได้จากการวัดความรู้  
และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและ  
การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติ พบร่วม ความรู้  
และทักษะของพยาบาลยังอยู่ในระดับที่ไม่พอเพียง โดย  
พบร่วม ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนพัฒนาระบมีค่า  
21.89 คะแนน ( $SD = 3.29$ ) และจากการสังเกตการ  
ปฏิบัติของพยาบาลตามแบบสังเกต พบร่วม ก่อนการ  
พัฒนาระบบ คะแนนการปฏิบัติของพยาบาลมีค่าเฉลี่ย  
35.50 คะแนน ( $SD = 3.26$ ) คะแนนผู้จัดจึงได้จัดให้มีการ  
อบรมพยาบาลทั้งในด้านความรู้เรื่องแนวปฏิบัติในการ  
การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นรายกลุ่มพร้อม  
ทั้งสาธิตและฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคล เพื่อให้มีความรู้  
เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตลอดจน  
ทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่



ใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้น ผลคือทำให้คะแนนความรู้ของพยาบาล หลังการพัฒนาระบบ มีค่าเฉลี่ย 29.17 คะแนน ( $SD = .92$ ) ซึ่งสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) และทำให้คะแนนการปฏิบัติของพยาบาลมีค่า 44.89 คะแนน ( $SD = 2.54$ ) ซึ่งสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของภารกุณ วงศ์สารคร<sup>14</sup> ซึ่งพบว่า หลังการพัฒนาระบบคะแนนความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ,  $p = .003$  ตามลำดับ)

**ด้านคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การพัฒนาระบบการพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไปใช้มีผลต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (Patient outcomes) และผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาล (Hospital outcomes) ซึ่งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย คือ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการเกิดการเลื่อนหlod ของห่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .001$ ,  $p = .042$  ตามลำดับ) จึงเป็นผลให้ผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาลดีขึ้น โดยพบว่า จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก และค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) แสดงว่า แนวปฏิบัติที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับกระบวนการพัฒนาระบบตามกรอบแนวคิดของ CURN ทำให้คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจดีขึ้น ในด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแสดงว่า กิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดในแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ในระยะของการดูแลทั้งระยะก่อนใส่ ระยะที่ใส่ ระยะที่หยุดและระยะหลังหยุดมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีเครื่องมือ (Assessment tools) ช่วยในการประเมินผู้ป่วย เช่น การใช้ Weaning criteria ที่จะทำให้พยาบาลสามารถเริ่ม Wean ผู้ป่วยได้เร็วขึ้น และการใช้ Extubation criteria จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินว่าผู้ป่วยรายได้จะสามารถถอดห่อช่วยหายใจได้ และสามารถแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ<sup>15,16</sup> ทำให้ผู้ป่วยสามารถถอดห่อช่วยหายใจได้เร็วขึ้น**

ในด้านผลลัพธ์โรงพยาบาลนั้นเกือบทุกตัวมีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล จำนวนวันการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักและค่าใช้จ่าย เรื่องนี้อภิปรายได้ว่า เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น ทำให้ผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาลดีขึ้นตามมา<sup>17</sup> อัตราการใส่ห่อช่วยหายใจ ช้าลงได้รับการถอดห่อช่วยหายใจไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ( $p = .095$ ) อย่างไรก็ตามพบว่ามีความแตกต่างทางด้านคลินิกนั่นคือ จำนวนผู้ที่ใส่ช้าในกลุ่มก่อนพบร้อยละ 7.8 (11 ราย) ล่ากลุ่มหลังพบร้อยละ 3.33 (5 ราย) อาจเป็นไปได้ว่า การใส่ห่อช่วยหายใจช้าไม่สามารถป้องกันได้ด้วยแนวปฏิบัติที่มืออยู่ เนื่องจากความรุนแรงของโรค ซึ่งจาก การวิเคราะห์รายละเอียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใส่ช้ามีค่าคะแนนความรุนแรงที่วัดจาก SAP II อยู่ระดับสูง (48.30 และ 47.53 ตามลำดับ) ผลที่พบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของภารกุณ วงศ์สารคร<sup>14</sup> ซึ่งพบว่า ก่อนและหลังการพัฒนาระบบอัตราการใส่ห่อช่วยหายใจช้าไม่แตกต่างกัน ( $p = .330$ )

### ข้อเสนอแนะ

1. **ด้านการพัฒนาระบบการดูแล ควรนำขั้นตอนในการพัฒนาระบบ และการนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์นี้ไปใช้ น่าจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งการนำไปใช้ในแหล่งอื่นสามารถดัดแปลงขั้นตอนหรือวิธีการในการพัฒนาได้ โดยคงหลักการที่สำคัญตามกรอบแนวคิดของ CURN ไว้**

2. **ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในเรื่องความໄວ่เกณฑ์และความเฉพาะเจาะจงของการประเมินความพร้อมในการถอดห่อช่วยหายใจเพื่อให้สามารถนำมาใช้ในทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศต่อไป**

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสภากาชาดไทย สำนักสนับสนุนทุนการวิจัย และขอขอบคุณ พ.ศ. ศักดิ์ชัย นิลวัชรััง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี คุณสุวดี เอียวสะอาด หัวหน้า



กลุ่มการพยายาม อนุญาตให้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาล สิงห์บุรี พญ.ฐานิสรา กนกการ อายุรแพทย์และประณาน กรรมการห้องผู้ป่วยหนัก คุณวิลาวรรณ เจริญรักษ์ หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสิงห์บุรี และ อาจารย์มณี ดีประลิทธี จากวิทยาลัยพยาบาลรามราชนีชัยนาท

### เอกสารอ้างอิง

1. Shapiro MB, Anderson HL, Bartlett RH. Respiratory failure. Conventional and high-tech support Surg Clin North Am. 2000; 3(80): 871-3.
2. เพ็ญศรี ละอ. ผลของการพัฒนาระบบท่อน้ำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจไปใช้ ต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลและคุณภาพของการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.
3. Walsh TS, Dodds S, McArdle F. Evaluation of simple criteria to predict successful weaning from mechanical ventilation in intensive care patients. Br J Anaesth 2004; April (6); 92:793-799.
4. Marellich GP, Murin S, Battistella F, Inciardi J, Vierra T, Roby M. Protocol Weaning of Mechanical Ventilation in Medicine and Surgical Patients by Respiratory Care Practitioner and Nurses. Chest. 2000; Aug; 118(2): 459-67.
5. Thomas LA. Clinical management of stressors perceived by patients on mechanical ventilation. AACN Clin Issues. 2003; 14: 73-81.
6. Khwannimit B, Geater A. A Comparison of APACHE II and SAPS II Scoring Systems in Predicting Hospital Mortality in Thai Adult Intensive Care Units. J Med Assoc Thai 2007; 90(4): 643-652.
7. Salam A, Tilluckdharry L, Amoateng-Adjepong Y, et al. Neurologic status, cough, secretions and extubation outcomes. Intensive Care Med 2004; 30: 1334-1339.
8. Esteban A, Alia I, Ibanez J, Benito S, Tobin M. Modes of mechanical ventilation and weaning. A national survey of Spanish hospitals. The Spanish Lung Failure Collaborative Group. Chest 1994; 106: 1188-93.
9. Grap M, Strickland D, Tormey L, et al. Collaborative practice: development, implementation, and evaluation of a weaning protocol for patients receiving mechanical ventilation. Am J Crit Care. 2003; 9: 236-240.
10. Maccioli GA, Dorman T, Brown BR, Mazuski JE, McLean BA, Kuszaj JM, et al. Clinical Practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: use of restraining therapies--American College of Critical Care Medicine Task Force 2001–2002. Crit Care Med 2003; 31(11):2665-76. [online] 2010 [cite 2010 Oct 2]. Available from: [http://www.sccm.org/professional\\_resources/guidelines/table\\_of\\_contents/Documents/Macciolietal.pdf](http://www.sccm.org/professional_resources/guidelines/table_of_contents/Documents/Macciolietal.pdf)
11. Horsley JA, Crane J, Crabtree MK, Wood DJ. Using research to improve practice: A guide. New York: Grune & Stratton; 1983.
12. SAPS II SCORE (New Simplified Acute Physiology Score) OPUS 12 Foundation, Inc. [online] 2010 [cite 2010 July 27]. Available from: [http://www.opus12.org/SAPS\\_II.html](http://www.opus12.org/SAPS_II.html) (accessed 2010 July 27).
13. ภรกัญวงศ์สาร. ผลของการพัฒนาระบบปฏิบัติการพยาบาลเพื่อนำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจไปใช้ต่อคุณภาพของการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2552.
14. เยาวภา จันทร์มา. การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก หอผู้ป่วยหนัก คุณธรรมเวชกรรม โรงพยาบาลครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 12-21.
15. หทัยชนก บัวเจริญ, ธีระพงษ์ กรฤทธิ์, จุฬารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล. การสังเคราะห์ห้องค์ความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเอกชน: กรณีศึกษาศูนย์หัวเฉียวพิทักษ์ชีพ-ป้อเต็กตึ้ง โรงพยาบาลหัวเฉียว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(1): 29-39.
16. ศิริพร รองหวานາມ. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 22-30.



## Effects of Nursing System Development in Using Evidence-Based Protocol on Quality of Care in Patients with Ventilators in Intensive Care Unit, Singburi Hospital\*

Thongplew Kunurai M.N.S., APN\*\*  
Manaporn Chatchumni M.N.S.\*\*\*\*

Ampaporn Namvongprom PhD\*\*\*  
Unchalee yongyut B.N.S.\*\*\*\*\*

### **Abstract**

This retrospective and prospective uncontrolled before and after intervention study aimed to investigate the effects of nursing system development in using evidence-based protocol on quality of care in patients with ventilators. The subjects were assigned into two groups; before and after intervention groups of the 18 staff nurses, and patients receiving mechanical ventilation in intensive care unit. The retrospective group consisted of 178 patients with ventilators received a usual nursing care. The prospective group included 186 patients receiving evidence-based interventions for 4 months. CURN (Conduct and Utilization of Research in Nursing) model was used as a conceptual framework for the development and implementation the evidence – based protocol. The development comprised of four phases: 1) problem identification, 2) development process; 3) evaluation of protocol implementation; and 4) evaluation the quality of care regarding patient and hospital outcomes. Patient outcomes including Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) and unplanned extubation (UE) were compared between the two groups by using Chi – square and Fisher's exact test. Hospital outcomes including, nurses' knowledge and skills, duration with mechanical ventilator, (DMV), duration Hospital Ventilator (DHV), Length of stay (LOS) in ICU, and cost of using ventilator were analyzed by Mann-Whitney U test.

The findings revealed that the quality outcome, as measured from patients' outcomes, rates of VAP and UE were significantly lower than that of those with a usual care ( $p=.001$ ,  $p= .042$  respectively). The hospital outcomes i.e., nurses' knowledge and skill, DMV, LOS in ICU, cost of using ventilator were improved significantly as compared to those of a usual care ( $p=.000$ ). These findings showed the effectiveness of nursing system development in using evidence based protocol on quality of care in patients with ventilator.

**Keywords:** nursing system development, quality of care in patients with ventilator, intensive care unit

---

\*Research grant from Nursing Council of Thailand

\*\*Advanced Practice Nurse, I.C.U., Singburi Hospital

\*\*\*Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University

\*\*\*\*Instructor, School of Nursing, Rangsit University

\*\*\*\*\*Registered Nurse, I.C.U., Singburi Hospital



## ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง\*

ธนกรณ์ แก้วยศ พย.ม.\*\*  
อภิญญา วงศ์พิริยโยธา พย.ด.\*\*\* วัลยพร นันทศุภวัฒน์ ศศ.ด.\*\*\*

### บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่เกิดจากหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบบ่อยของภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองที่พัฒนาโดย Creer เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลภายใน 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวัดอาการหายใจลำบากของบอร์ก (Borg scale) และแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (The Veterans Specific Activity Questionnaire) ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สันแบบบัวด์ด์ 0.80 และแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test และ t-test

ผลการวิจัยผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $p<.05$ ) และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $p<.05$ ) โดยสรุป พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง สามารถทำให้อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยล้มเหลวเลือดคั่งลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงขึ้น

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ศตวรรษที่ 21 โรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งเป็นปัญหาของทั่วโลก เป็นภาวะที่เกิดขึ้นท้ายสุดของโรคหัวใจทุกชนิด เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร ในสหราชอาณาจักรพบว่ามีผู้เสียชีวิตประมาณ 30,000 คนต่อปีและเสียค่าใช้จ่ายประมาณปีละ 38.1 พันล้านดอลลาร์ สำหรับในประเทศไทย โรคหัวใจเป็นสาเหตุแรกของการเสียชีวิต และร้อยละ 70 ของการเสีย

ชีวิตจากโรคหัวใจในปี 2003 พนบฯ มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจล้มเหลว<sup>1-5</sup>

ภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (Congestive Heart Failure: CHF) เป็นโรคเรื้อรังและมีการดำเนินของโรคอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นภาวะที่เป็นผลจากโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจผิดปกติ ที่ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างเสียหน้าที่ไปในการรับเลือดและสูบฉีดเลือด<sup>6</sup> ทำให้ปริมาณเลือดออกจาก

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

\*\* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ไข้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

\*\*\* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

\*\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



หัวใจลดลง เกิดปัญหาน้ำคั่งในหัวใจและเกิดปอดบวมนำ ตามมา นำไปสู่การແລກเปลี่ยนก้าชลดลงและการหายใจ ที่ถี่ขึ้นประกอบกับการบีบตัวของหัวใจที่ลดลงทำให้ ออกรดูเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อยื่นลดลง ทำให้ความต้องการ อากาศเพิ่มขึ้น จึงเป็นสาเหตุของการหายใจลำบาก และเป็นอาการที่พบมากในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เลือดคั่ง<sup>7,8</sup>

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เลือดคั่ง ต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจากการ กำเริบอย่างรุนแรงของโรค มีผลกระทบต่อการดำเนิน ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ผลกระทบด้านร่างกายทำให้ ร่างกายล้า เมื่อยและเหนื่อยง่ายแม้จะทำกิจกรรมเพียง เล็กน้อย ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานที่ของ ร่างกายลดลงและคุณภาพชีวิตลดลง<sup>9,10,11</sup> ดังนั้นการมี พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วย ยับยั้งหรือชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดการเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยสามารถ ไว้ชีวิตรักษาระบบหัวใจที่มีสุขภาพดี การจัดการตนเองเป็นกิจกรรมเพื่อ จัดการกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อเป็นการพัฒนาการ ปฏิบัติตัวยั่งยืนเพื่อให้เข้าใจการจัดการกับโรค เรียนรู้บทบาทของตนเอง และการอาศัยอยู่กับโรค การจัดการ ตนเองต้องปฏิบัติทุกวัน เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น สามารถ ควบคุมภาวะเจ็บป่วยที่ให้ลดผลกระทบต่อสุขภาพ ทางกาย การทำงานที่ของร่างกายดีขึ้น ป้องกันและลด ความรุนแรงของโรค คงไว้ชีวิตรักษาระบบหัวใจที่ดี<sup>12-14</sup>

จากการบททวนศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งมีปัญหาสุขภาพ ที่สำคัญ คือ อาการหายใจลำบาก และส่งผลถึงความสามารถในการทำงานที่ของร่างกาย ผู้วิจัยตระหนักรถึง การส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อลด และป้องกันการหายใจลำบาก ช่วยให้ความสามารถในการทำงานที่ของร่างกายดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจใน การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง ที่เหมาะสมกับ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง โดยใช้กรอบแนวคิด ของเครียร์<sup>15</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันและจัดการกับ อาการซึ่งจะช่วยทำให้ความสามารถในการทำงานที่ของ ด้านร่างกายเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยคาดว่าผลของการวิจัยครั้งนี้

จะมีประโยชน์ต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้ม เหลวเลือดคั่ง

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่ออาการหายใจลำบาก และความสามารถในการทำงานที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดหลัก คือ การ จัดการตนเองของ Creer<sup>15</sup> กล่าวถึงการจัดการตนเอง ไว้ว่าเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อ จัดการควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง มี 6 ขั้น ตอน คือ 1) การเลือกເປົ້າໝາຍ 2) การรวบรวมຂໍ້ມູນ 3) การວິເຄາະທີ່ແລະປະເມີນຂໍ້ມູນ 4) การຕັດສິນໃຈ 5) การປົງປັບປຸດ ແລະ 6) การປະເມີນຕາງອື່ນເພື່ອໃຫ້ສາມາດ จัดการกับอาการหายใจลำบากໄດ້อย่างມีประสิทธิภาพ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ สุ่มสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (A pretest – posttest experimental design)<sup>16</sup> เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบาก และ ความสามารถในการทำงานที่ของร่างกายในผู้ที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือด คั่ง ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่านใจเจริญ เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากร ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ แบบสุ่มตัวอย่างแบบแบ่ง จำนวน 30 ราย นำเข้าสู่งานวิจัยโดยวิธีการสุ่ม โดยสุ่มเข้า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่ม ๆ ละ 15 คน กลุ่ม ควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้ รับโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้ม เเหลวเลือดคั่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคลผู้ที่มี ภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง



2) แบบวัดอาการหายใจลำบากของบอร์ก (Borg scale) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของลัตตา ตามพัฒน์<sup>17</sup> ที่แปลเป็นไทยจากแบบวัดอาการหายใจลำบากของบอร์ก เป็นแบบประเมินที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการหายใจหนักอย่าง ถึง 10 คะแนน หมายถึง รู้สึกหายใจหนักหนักอย่างมากจนแทบไม่ไหว ผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่น กับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งที่มีคุณสมบัติคล้าย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโลหิต แล้วนำ มาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบและทดสอบ ซ้ำโดยห่างกัน 30 นาที โดยใช้สูตรลัมประลิทธ์สหลัมพันธ์ ของเพียร์สัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

3) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของพิมพ์ใจฉุนจะปะ<sup>18</sup> ที่แปลเป็นไทยจาก The Veterans Specific Activity Questionnaire [VSAQ]) ของเมเยอร์ และคณะ เป็นแบบประเมินความสามารถในการใช้ออกซิเจนทาง อ้อม ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อคำถาม ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย และการมีกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรก มีหน่วยวัดเป็น MET อยู่ระหว่าง 1.00 – 13.00 METs คำามในข้อคำถามแรกมีจำนวน MET ต่ำที่สุด = 1 MET และค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนข้อสุดท้ายมีจำนวน 13 MET ผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโลหิต แล้วนำมาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบและทดสอบซ้ำ โดยห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยใช้สูตรลัมประลิทธ์สหลัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

4) โปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer<sup>15</sup> ประกอบด้วย 1) การเลือกเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือกระทำ และ 6) การประเมินตนเอง โดยการดำเนินตามโปรแกรมการจัดการตนเอง แบ่งเป็น 3 ระยะ

คือ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะที่สอง คือ การจัดการตนเอง และระยะที่สาม คือ การประเมินผลการจัดการตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

คู่มือการสอนสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย 2 แผนหลัก คือ 1) แผนการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง และ 2) แผนการสอนเพื่อส่งเสริมทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย สถานที่ดำเนินการ ระยะเวลาของกิจกรรม ผู้ดำเนินการ อุปกรณ์และสื่อ วิธีการ ขั้นตอนดำเนินการ และวิธีการประเมินผล

คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยแนวทางในการประเมิน และการจัดการตนเองตามรูปแบบการจัดการตนเองของ Creer<sup>15</sup>

สมุดรวมรวมข้อมูลสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง เป็นสมุดที่ผู้ป่วยต้องบันทึกทุกวัน โดยใช้ร่วมกับคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง

โปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาภายใต้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโลหิต จำนวน 3 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจสามารถใช้สมุดบันทึกข้อมูลคู่กับคู่มือการจัดการตนเองได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนทดลอง-หลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่ม



ควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินอาการหายใจลำบากโดยใช้แบบวัดอาการหายใจลำบากของบอร์ก และประเมินความสามารถในการทำงานที่ของร่างกาย โดยใช้เป็นแบบวัดความสามารถในการทำงานที่ของร่างกายสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ (The Veterans Specific Activity Questionnaire [VSAQ]) ของเมเยอร์และคณะ ก่อนการทดลองและหลังทดลองครบ 6 สัปดาห์

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เองว่ายินยอมเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือการรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยครบตามกำหนด กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา ข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยไม่เปิด เผยข้อมูลของผู้ป่วย การเผยแพร่ข้อมูลจะทำในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Normality ใช้ K-S test พบร้า การแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ ส่วนการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากและคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำงานที่ของร่างกายผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ใช้ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ใช้ Independent t-test

## ผลการวิจัย

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 59.13 (SD = 8.81) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 80 จบการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 80.0 รายได้เฉลี่ย 1,666.67 บาท/เดือน (SD = 879.67) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งเฉลี่ย 3.67 ปี (SD = 2.29) ส่วนใหญ่มี

โรคหัวใจขาดเลือดร่วมด้วย ร้อยละ 33.3 กลุ่มยาที่ใช้มากที่สุด คือ กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretic) ร้อยละ 86.7 รองลงมาอย่างกลุ่ม ACE inhibitors ร้อยละ 46.7 ตามลำดับ

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 59.67 (SD = 8.76) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.3 จบการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 93.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 86.7 รายได้เฉลี่ย 1,600.0 บาทต่อเดือน (SD = 686.61) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งเฉลี่ย 4.20 ปี (SD = 2.81) ส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ร้อยละ 46.7 กลุ่มยาที่ใช้มากที่สุด คือ กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretic) ร้อยละ 100 รองลงมาอย่างกลุ่ม ACE inhibitors ร้อยละ 60.0 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบาก เท่ากับ 2.33 (SD = .72) และหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากลดลง เป็น 1.63 (SD = .85) ในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบาก เท่ากับ 2.27 (SD = .59) และหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้นเป็น 2.40 (SD = .63) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำงานที่ของร่างกาย เท่ากับ 3.93 (SD = .70) หลังการทดลอง พบร้า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำงานที่ของร่างกายเพิ่มขึ้นเป็น 5.13 (SD = 1.46) เมื่อพิจารณาในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบร้า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำงานที่ของร่างกายเท่ากับ 4.20 (SD = .77) และหลังการทดลอง พบร้า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำงานที่ของร่างกายลดลงเป็น 4.13 (SD = .83) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำงานที่ของร่างกายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำงานที่ของร่างกาย



สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

### การอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเอง สามารถลดอาการหายใจลำบาก และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง จากพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง จะมีอาการหายใจลำบากเมื่อเกิดภาวะน้ำคั่งในร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก เมื่อทำการกิจกรรม<sup>7,19</sup> ดังนั้นมีผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ทำให้สามารถป้องกันภาวะน้ำคั่งในร่างกาย โดยการสังเกตอาการน้ำคั่งในร่างกาย เช่น อาการบวม น้ำหนักตัว เพิ่ม อาการหายใจลำบาก อาการหายใจลำบากขณะทำงานหรือเมื่อนอนราบ หรืออาการดื่นขึ้นมากางลงคืน เนื่องจากการหายใจลำบาก เมื่อผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการที่ผิดปกติได้โดยใช้ความรู้ที่ได้จากโปรแกรมการจัดการตนเอง มาใช้ในการจัดการกับอาการที่ผิดปกติได้โดยเฉพาะภาวะน้ำคั่งในร่างกาย จึงทำให้น้ำคั่งในปอดลดลง ทำให้อาการหายใจลำบากลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันการศึกษาด้านพยาบาล การเรียนการสอนเรื่องแนวคิดการจัดการสุขภาพ สามารถนำรูปแบบโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ไปเป็นตัวอย่างสำหรับนักศึกษาในเรื่องของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง

2. พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ควรนำรูปแบบของโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง

3. ควรมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างในระยะยาวทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อติดตามกระบวนการจัดการและประเมินอาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในระยะยาว

4. ควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของการหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งในระดับ 3 และระดับ 4 เพื่อให้ทราบถึงระดับอาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ได้สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ 2553 ขอบพระคุณศ.ดร.โพธิรักษ์สุขศรีงามและผศ.ดร.ชวนพิศ ทำนอง ที่ให้ข้อมูลและเป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

- Obe LN. Cardiovascular Problems: Heart Failure. Nursing & Residentail Care 2008; 10(5): 233-236.
- Thornhill K, et al. Experiences of Living with Congestive Heart Failure: A Qualitative Study. British Journal of Health Psychology 2007; 13: 155-175.
- Blue L, McMurray J. How Much Responsibility should Heart Failure Nurses Take. The European Journal of Heart Failure 2005; 7: 351-361.
- Zickmund SL, et al. Congestive Heart Failure Patients Report Conflict with their Physicians. Journal of Cardiac Failure. 2006; 12(7): 546-553.
- ทองทิว แซจอหอ, อัมพร คำหล้า, สุปรานี พัฒนจิตวิไล. การประเมินประสิทธิผลโครงการส่งเสริมการดูแลตนเองและป้องกันการเกิดโรคหัวใจโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support group) ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาลรามาธิราษฎร์เชิงสะเมิง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(4): 60-66.
- Hunt SA, et al. Focused Update Incorporated Into The ACC/AHA 2005 Guideline For the Diagnosis and Management Of Heart Failure in Adults. Journal of the American College of Cardiology 2009; 53(15): e1-e90.



7. ขวัญเนตรเกษชุมพล, ชวนพิศทำนอง, นพพลบัวสี. การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนาเรีย โรงพยาบาลศรีสะเกษา. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 30-39.
8. Wasserman K, Casaburi R. Dyspnea: Physiological and Pathophysiological Mechanisms. Annual Reviews Medicine 1988; 39: 503-515.
9. Jerant AF, Azari R, Nesbitt TS. Reducing the Cost of Frequent Hospital Admissions for Congestive Heart Failure. Medical Care 2001; 39(11): 1234-1245.
10. วิชาล คันธารัตนกุล. การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ (Cardiac Rehabilitation in Special Case). ใน เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ. กรุงเทพฯ: ชัมรวมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2546.
11. สมรภพ บรรหารรักษ์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันวารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2553; 28(3): 5-13.
12. Harvey IS. Assessing Self-Management and Spirituality Practice among Older Women. American Journal Health Behavior 2008; 32(2): 157-168.
13. ประพิมพรรณรัตนอัมพา, ไพบูลย์ ดาวสุดใส. การศึกษาเวลาการทำงานการพยาบาลโดยเทคนิคการสุ่มงานแบบสองมิติในห้องปฏิบัลผู้ป่วยผู้ตัดหัวใจ สิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(3): 28-36.
14. วิลาวัลย์ แก้วอ่อน, วาสนา รายสูงเนิน. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองหลังเกิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 33-40.
15. Creer TL. Self-Management of Chronic Illness. In Handbook of Self-Regulation. California: Academic; 2000.
16. Polit DF, Beck CT. Designing Quantitative Studies. In Nursing Research: Generation and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8<sup>th</sup>ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
17. ลัดดา จำพันธ์. ภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2549.
18. พิมพ์ใจ ฉุนจะโป. ผลของโปรแกรมการเดินออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำงานที่ของร่างกายในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
19. Hess O, Carroll JD. Clinical Assessment of Heart Failure in Braunwald's Heart Disease: A Text Book of Cardiovascular Medicine. 8<sup>th</sup>ed. Philadelphia: United State of America; 2008.



## Effects of Self-Management Program on Symptom of Dyspnea and Functional Capacity of Persons with Congestive Heart Failure

Thanakorn Kaewyok M.N.S.\* Apinya Wongpiriyayotha PhD\*\* Walaiparn Nantsupawat PhD\*\*\*

### Abstract

Congestive heart failure (CHF) is a chronic illness in which the heart cannot pump enough blood to meet the demand of the body. Dyspnea is a common symptom of CHF that impacts on functional capacity and daily activity of the patients. The research design was a pretest–posttest experimental design aimed to examine the effects of self-management program on symptom of dyspnea and functional capacity of persons with CHF. The concept of Creer's self-management was used to guide the study. Thirty persons with CHF who were treated at Amnartcharean Hospital and met the inclusion criteria were randomly assigned into the experimental and the control groups. Each group contained 15 participants. The experimental group received the self-management program and the control group received usual care. Data were collected with 6 weeks. Two instruments were the Borg scale for evaluating dyspnea and the Veterans Specific Activity Questionnaire (VSAQ) for evaluating functional capacity. Pearson's product moment correlation coefficient for the Borg scale was .80 and for the VSAQ was .86.

The results of study revealed that: The experimental group had significantly lower mean scores of dyspnea than before receiving the self-management program and lower than that the control group ( $p < .05$ ), and had significantly higher mean scores of functional capacity than before receiving the self-management program and higher than that the control group ( $p < .05$ ). In conclusion, the self – management program for persons with CHF could help the patients decrease dyspnea and increase functional capacity.

**Keywords:** Self- Management Program, Dyspnea, Congestive Heart Failure

\*Thesis of Master of Nursing Science, Faculty of Nursing Mahasarakham University

\*\*Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

\*\*\*Lecture, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

\*\*\*\*Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University



## ผลของการออกกำลังกายโดยการใช้ไม้ (บุญมี เครือรัตน์) ต่อระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

### โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสang อุบลราชธานี

อุไร เจนวิทยา พ.พย.บ. (ชั้นสูง)\*

#### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายโดยใช้ไม้ (บุญมี เครือรัตน์) ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายโดยการใช้ไม้กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2551 ถึง 31 กรกฎาคม 2551 กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสang จำนวน 80 คน วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ t-test

ผลการศึกษาสรุปได้ ดังนี้

1. ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบร้า ภายหลังการทดลอง ระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุม พบร้า ระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

2. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบร้า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Systolic ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Diastolic พบร้า ไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Diastolic และ Systolic สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาหรือควบคุมปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต นอกจากนี้จากความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเพิ่มอำนาจในการอธิบายประสิทธิผลของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายโดยการใช้ไม้ต่อระดับความดันโลหิตให้สูงขึ้น

**คำสำคัญ:** การออกกำลังกายโดยการใช้ไม้ ระดับความดันโลหิต

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิต เป็นแรงดันที่ควบคุมให้เลือดสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงทั่วร่างกาย โดยปกติความดันจะเพิ่มขึ้น เมื่ออุ่นในภาวะเครียด ตื่นเต้น โกรธ ดื่มน้ำร้อน หรือสูบบุหรี่ ความดันจะลดลงเมื่อรู้สึกผ่อนคลายหรือนอนหลับ แต่เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นและคงอยู่อย่างนั้นตลอดเวลาแม้ในขณะพักผ่อน แสดงว่ามี “ภาวะความดันโลหิตสูง” ในคนปกติความดันโลหิตไม่ควรจะเกิน 130/85 มม.ปรอท ระดับความรุนแรงของโรคจะพิจารณาจากค่าความดันตัวบน และความดันตัวล่าง

ทั้ง 2 ค่า ความดันโลหิตที่มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทซีลีโนดิก และ/หรือ 90 มิลลิเมตรปรอทไดแอลโอดิก จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง<sup>1</sup>

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุข และเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพ อุบัติการณ์และความชุกของโรคเพิ่มขึ้นทั่วโลกทั้งในประเทศไทยที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต การใช้ชีวิตอย่างคนเมือง การกินอาหารที่มีปริมาณไขมันสูง และขาดการออกกำลังกายที่พอเหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดโรคมากขึ้น

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสang



ในอดีตโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ค่อยพบในคนไทย ในปี พ.ศ. 2534-2535 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ได้สำรวจสถานะสุขภาพอนามัยในประชากร โดยอิงเกณฑ์ระดับความดันโลหิตที่สูงกว่า 160/95 มม. proto ผลการสำรวจพบว่า มีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 5.4 และ ร้อยละ 22.1 ในปี 2546-2547 โดยมากกว่า ร้อยละ 71.4 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ไม่เคยได้รับการคัดกรองหรือตรวจวินิจฉัยโรค จึงทำให้ไม่ได้รับการรักษา และไม่ได้รับข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ที่ถูกต้อง<sup>2</sup> การสำรวจสุขภาพอนามัยในครั้งนี้ นอกจากจะแสดงให้เห็นถึงอุบัติการณ์และแนวโน้มการเกิดโรคแล้ว ยังสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการเข้าถึงประชาชนในการให้บริการคัดกรอง และความตระหนักร่องของประชาชนต่อปัญหารोคความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนอวัยวะสำคัญอื่น ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา เมื่ออายุมากขึ้น ระดับความดันโลหิตที่สูงผิดปกติ มักจะมีระดับสูงขึ้นไปอีก ในผู้ที่รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง มักจะเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ไต ประสาทตา เป็นต้น เกิดความเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะเกือบทุกส่วน ร่างกายส่งผลกระทบต่าง ๆ ต่อผู้ป่วย อีกทั้งบั้นทอนสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และลิ้นเปลือง เศรษฐกิจ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน พิการหรือเสียชีวิต มีชีวิตสั้นลงกว่าบุคคลปกติ 10-20 ปี<sup>3</sup> จากการรายงานจำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2539-2543 พบว่า โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นของประชาชนชาวไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2539 อัตราการตายเท่ากับ 15.6 ในปี 2543 อัตราการตาย 18.9 และเมื่อพิจารณาอัตราการป่วยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2542 พบว่า กลุ่มโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราการป่วย 216.6<sup>4</sup>

การส่งเสริมประชาชนให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด จะส่งผลให้ป้องกันลด หรือชะลอการเกิดภาวะ

แทรกซ้อนที่กล่าวมาได้ นอกจากนี้การเรียนรู้และปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และมีชีวิตยืนยาวเหมือนกับบุคคลทั่วไป อีกทั้งยังเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายที่จะต้องสูญเสียไปเพื่อการบำรุงรักษา อันเป็นผลดีต่อเศรษฐกิจของบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ<sup>2</sup>

จากการเป็นมาและ ความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และจากการที่โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ถ้ามีการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างถูกต้อง ผู้วัยในฐานะพยาบาลที่มีหน้าที่ในการให้บริการด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย จึงมีความสนใจที่จะจัดกิจกรรมออกกำลังกาย และให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงแก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เนื่องจากผลการตรวจสุขภาพในปี 2550-2551 พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 7.3 และ ร้อยละ 8.3 ตามลำดับ นอกจากนี้จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยง ยังพบว่า เจ้าหน้าที่ในกลุ่มดังกล่าว ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 94.5 บริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ร้อยละ 78.8 มีความเครียด ร้อยละ 94.2<sup>5</sup> ดังนั้น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยนำศาสตร์ทางการแพทย์ผสมผสานกับภูมิปัญญาชาวบ้าน ด้วยวิธีการออกกำลังกายโดยการใช้ไม้ของบุญมี เครื่อรัตน์ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ให้บุคลากรสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และมีชีวิตยืนยาวเหมือนกับบุคคลทั่วไป โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ สอนให้เรียนรู้และปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยการใช้ไม้ (บุญมี เครื่อรัตน์) ต่อระดับความดันโลหิตของเจ้าหน้าที่ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์



## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Nonequivalent Control Group Pretest-Post test Design) รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2551 – 31 กรกฎาคม 2551

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสறรพสิทธิประสงค์ที่มีระดับความดันโลหิต  $\geq 130 \text{ mmHg}$  Systolic หรือ  $\geq 90 \text{ mmHg}$  diastolic และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษา และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายได้ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกความดันโลหิต อาการผิดปกติ ความสมำเสมอในการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา 3) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองจากโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งสร้างจาก การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง<sup>6-12</sup>

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) คู่มือให้ความรู้และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) คู่มือการออกกำลังกายโดยการใช้ไม้ข่องบุญมี เครื่อรัตน์ และ 3) เครื่องวัดความดันโลหิตที่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามความรู้เรื่องความดันโลหิต เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามการดูแลตนเองจากโรคความดันโลหิตสูงได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจัดยิธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ

โรงพยาบาลสறรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี แล้วดำเนินการทดลองโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 2) จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรค และการป้องกันตัวเองจากโรคความดันโลหิตสูงในทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกที่อาจมีผลต่อการทดลอง 3) จัดกิจกรรมออกกำลังกายโดยการใช้ไม้ข่องบุญมีทดลอง สัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 1 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 6 เดือน 4) วัดระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง โดยติดตามวัดความดันโลหิตทุก 1 เดือน ในทั้ง 2 กลุ่ม เป็นระยะเวลา 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติ Chi-square ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง<sup>13,14</sup> 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองจากโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ t – test

## ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบร้า กกลุ่มควบคุมที่มีอายุระหว่าง 34-59 ปี เพศชาย ร้อยละ 30.0 เพศหญิง ร้อยละ 70.0 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 87.5 ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.5 ส่วนกลุ่มทดลอง พบร้า มีอายุระหว่าง 34-60 ปี มีอายุระหว่าง 41- 50 ปี ขึ้นไปร้อยละ 52.5 ประกอบด้วย เพศชาย ร้อยละ 30.0 เพศหญิง ร้อยละ 70.0 สถานภาพการสมรสคู่ร้อยละ 75.0 ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.0 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบร้า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 1)

2. ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมการป้องกันตัวเองจากโรคความดันโลหิตความดันโลหิตสูง พบร้า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 2 และ 3)



ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		$\chi^2$ -test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>						
- ชาย	12	30.0	12	30.0	0.01	1.0
- หญิง	28	70.0	28	70.0		
<b>อายุ</b>						
-35 – 40	3	7.5	3	7.5	0.22	0.8
-41-50	23	57.5	21	52.5		
-51 – 60	14	35.0	16	40.0		
<b>สถานภาพการสมรส</b>						
- คู่	35	87.5	32	75.0	4.24	0.1
- โสด/หม้าย/หย่า/แยก	5	12.5	8	25.0		
<b>ระดับการศึกษา</b>						
- ประถมศึกษา	8	20.0	7	17.5	0.19	0.7
- มัธยมศึกษา	23	57.5	24	60.0		
- อุบัติภัยขึ้นไป	9	22.5	9	22.5		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
- ระดับต่ำ (0-7 คะแนน)	-	-	21.6	2.5	-	-	21.3	2.1
- ระดับปานกลาง (8-16 คะแนน)	2	5.0			-	-		
- ระดับสูง (17-25 คะแนน)	38	95.0			40	100		
t = 0.62 p-value = 0.53								

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรค ความดันโลหิตสูง	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
- ระดับต่ำ (0-1คะแนน)	-	-	2.1	0.2	-	-	2.1	0.2
- ระดับปานกลาง (1.01-2.00คะแนน)	16	40.0			13	32.5		
- ระดับสูง (2.01-3.00 คะแนน)	24	60.0			27	67.5		
t = 0.16 p-value = 0.53								



### 3. ระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง

3.1 ระดับความดันโลหิตของกลุ่มควบคุม พบว่า ระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างไปจากเดิม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ระดับความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference	S.D. difference	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
- ระดับความดัน Systolic	135.23	7.98	136.90	9.79	1.67	8.57	1.23	0.22
- ระดับความดัน Diastolic	85.58	8.12	85.25	8.31	0.32	5.99	0.34	0.73

3.2 ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง พบว่า ระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ระดับความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference	S.D. difference	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
- ระดับความดัน Systolic	142.95	8.78	128.20	10.18	14.75	13.00	7.17	0.01*
- ระดับความดัน Diastolic	86.68	7.87	76.20	5.20	10.47	8.35	7.92	0.02*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ a 0.05

3.3 ความแตกต่างของระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลอง พบร้า ระดับความดันโลหิต Systolic ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ล้วนระดับความดันโลหิต Diastolic พบว่า ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 6)

หลังการทดลอง พบร้า ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง

ระดับความดันโลหิต	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
- ระดับความดัน Systolic	135.23	7.98	142.95	8.78	4.11	<0.001*
- ระดับความดัน Diastolic	85.58	8.12	86.68	7.87	0.61	0.54

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ a 0.05



ตาราง 7 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

ระดับความดันโลหิต	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		<i>t</i>	p-value
	$\bar{X}$ *	SD	$\bar{X}$ *	SD		
- ระดับความดัน Systolic	136.77	10.30	132.55	8.71	3.18	0.03*
- ระดับความดัน Diastolic	84.41	8.48	79.15	6.12		0.002*
* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ < 0.05	$\bar{X}$ * ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต					

### การอภิปรายผล

กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายโดยการใช้มีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คล้ายคลึงกับการศึกษาของจิตรากรณ์ รุวี<sup>15</sup> และจากการวิเคราะห์งานวิจัยแบบ RCT (A Meta-analysis of Randomized control trials) ที่ศึกษาถึงผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercises) ต่อความดันโลหิต จำนวน 54 เรื่อง พบร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีความสัมพันธ์กับการลดลงของความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>16</sup> เห็นได้ว่าการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม และเพียงพอสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ทั้งนี้ เพราะการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจ หลอดเลือด และปอด อันจะส่งผลทำให้ความดันโลหิตลดลง เลือดไหลเวียนนำออกซิเจนไปยังอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น<sup>1,18</sup> การออกกำลังกายจะเพิ่มขนาดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจ เพิ่มความจุปอดและความสามารถในการแลกเปลี่ยนกําชทําให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดแรงต้านทานภายในหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้ร่างกายสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ หรือไอกลัดเคียงปกติได้ประกอบกับขณะของการออกกำลังกายจะทำให้มีการหลั่งสาร Catecholamine ลดลง<sup>17,19,20</sup> มีผลให้ลดการส่งผ่านของประสาท Sympathetic ไปยังหลอดเลือดส่วนปลาย การตอบสนองของหลอดเลือดต่อ Alpha-Adrenergic ลดลง จึงช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อหัวใจและหลอดเลือดได้ การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิต

จึงเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (Lifestyle modification) ทั้งในด้านของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การเฝ้าระวังสังเกตอาการเพื่อป้องกันและจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น แต่การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล เป็นสิ่งที่ทำได้ยากและมีความซับซ้อน ด้วยมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้งด้านความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ และประสบการณ์ การเรียนรู้ของบุคคล ดังนั้น พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการที่จะผสานกิจกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิต ให้เข้าเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต เพื่อคงไว้ชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรเผยแพร่ความรู้ และจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของการกำลังกายในสถานบริการสาธารณสุข และชุมชน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน
2. ควรมีระบบการติดตามผู้มีภาวะเสี่ยง เพื่อกระตุ้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน
3. ควรส่งเสริมการใช้ความรู้ทางการแพทย์ร่วมกับภูมิปัญญาชาวบ้านในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ
4. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต ด้านอื่นๆ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับไขมันในเลือด
5. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงร่วมด้วย โดยวัดผลการเปลี่ยนแปลงการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด เป็นต้น



## เอกสารอ้างอิง

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure—The JNC 7 Report. *JAMA* 2003; 289 (19): 2560–72.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงพ.ศ. 2548 [ออนไลน์] 2004 [อ้างเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2004]. Available from: <http://www.bangkokhealth.com>
4. จักษณ์ ชัยพรหมประลิท. โรคความดันโลหิตสูง. ใน: วิทยาครีมada, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์ 4. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
5. โรงพยาบาลสรรพสิทธิชัยวงศ์. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2547. (เอกสารอัดสำเนา).
6. พิสิษฐ์ หุตะยานนท์. แนวทางใหม่ในการรักษาความดันโลหิตสูง. วารสารอายุรศาสตร์ธรรมศาสตร์ 2547; 3(4): 7–13.
7. จักษณ์ ชัยพรหมประลิท. โรคความดันโลหิตสูง. ใน: วิทยาครีมada, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์ 4. พิมพ์ครั้งที่ 4 (ฉบับปรับปรุงแก้ไข). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
8. Bittner V, Oparill S. Hypertension. In: Doughlas PS (ed.). *Cardiovascular health and disease in woman.* (2<sup>nd</sup> ed.). Pennsylvania: W.B. Saunders; 2002.
9. Kaplan NM. Clinical hypertension (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
10. Gibbon GH. The pathophysiology of hypertension: The importance of angiogenesis II in cardiovascular remodeling. *Am J Hypertens* 1998; 11:177S–181S.
11. Inoue I, Nakajima T, Williams CS, Quackenbush J, Puryear R, Power M, et al. A nucleotide substitution in the promoter of human angiotensinogen is associated with essential hypertension and effects basal transcription in vitro. *J Clin Invest* 1997; 99: 1786–97.
12. ศุภวรรณ มโนสุนทร, ฉายศรี สุพรรณศิลป์ชัย. สุขศึกษา กับ โรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: ส่วนพฤษติกรรมและสังคม สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
13. สำเริง จันทร์สุวรรณ. สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544
14. กัญญา วนิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชย์ศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
15. จิตรากรณ์ อรุ. ผลของการออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็วและการเดินแอโรบิก ต่อความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (รายงานการศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
16. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of Aerobic Exercise on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. *Ann Intern Med* 2002; 136(7): 493–503.
17. Pender NJ. Health Promoting in Nursing Practice. *Exercise and Health* 1996; 50(3): 185–205.
18. ชญานินิ ลือวนิช, กฤตพร เมืองพร้อม, กัญญา พฤฒิสืบ. การรับการคัดกรองความดันโลหิตและการไม่มารับการตรวจซ้ำของผู้ที่เลี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงกรณีศึกษาตำบลศรีสุนทร จังหวัดภูเก็ต. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 48–56.
19. รัตนา มะชะสวัสดิ์. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ตำบลหลวงโจน อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(2): 53–61.
20. พนิชญา พานิชาชีวะกุล, อัมพร เจริญชัย. การพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2553; 28(2): 5–13.



## Effects of Exercise with Stick (Boonmi Kruarat) to Blood Pressure Level of Clients with Risk of Hypertension, Sappasithiprasong Hospital, Ubonrachathani

Urai Janvitaya B.N.Sc.\*

### Abstract

This was a quasi-experimental research to study the effect of rod-assisted exercise (well-known as Pa Bunmi Kruearat style of exercise) on the blood pressure fluctuation of the hypertensive-prone persons. The trial group was those who had exercise; while the control group was those without such exercise. All of them were the hospital employees prone to have hypertension, eighty in number. The study was performed during January 1<sup>st</sup> and July 31<sup>st</sup>, 2008. The statistics was descriptive and analytical t-test. The results were as follows:

1. The trial group had lowering of the average diastolic and systolic blood pressures with the significant difference (at the level of 0.05) against the control group which had no change in blood pressure, both diastolic and systolic.

2. Before the exercise, the average systolic blood pressure of the trial group was higher than that of the control group, while the average diastolic blood pressure was not different in both groups. After the exercise, both diastolic and systolic blood pressures of the trial group were significantly higher in the control group (at the level of 0.05).

In the following investigation, it was suggested to study the possibly confounding factors, especially the education and life-style of both groups, to explain more about the effect of rod-assisted on the hypertensive-prone persons.

**Keywords:** Rod-assisted exercise, blood pressure

---

\* Registered Nurse, Senior Professional Level, Supervisor of Out Patient Department, Sappasithiprasong Hospital, Ubonrachathani

การนำโมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเออด์ที่ได้รับ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเออด์ไปใช้ในพื้นที่

เพลินตา ศิริปการ พย.ม.\*  
วงศ์ เจ้าศิริวงศ์ ปร.ด. \*\*\*  
นิรมล ลีรัตนเพชร พ.บ. \*\*\*\*

สุวรรณ บุญยะลีพรัตน ปร.ด. \*\*  
ภัทระ แวนไซริยา ปร.ด. \*\*\*\*  
สิรินทิพย์ คุณาดีศร พ.บ. \*\*\*\*\*

เจิมจิต แสงสุวรรณ ปร.ด. \*\*  
อําพัน ศรีวัชชา ศ.ม. \*\*  
ประกายทิพย์ เหล่าประเสริฐ พย.ม. \*\*\*\*\*  
ทวารัตน์ โคตรภูเวียง พย.บ. \*\*\*\*\*

ບໍລິສັດ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ได้นำโมเดลการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเดอส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเดอส์ที่ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างขึ้น มาใช้ในสถานพยาบาลทั้งระดับตติกูมิ ทุติกูมิ และปฐมกูมิ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 – กันยายน 2552 โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมวิจัยและเจ้าหน้าที่ 20 คน จากโรงพยาบาลขอนแก่น ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นและศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้ป่วย 51 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น และผู้ป่วย 25 คน จากโรงพยาบาลบ้านไผ่ ดำเนินการวิจัยโดยมีกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายทั้งผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและผู้วิจัยในการประชุม และดำเนินการจัดระบบบริการตามรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและการติดตามประเมินผล

ผลการศึกษาพบว่าในการจัดระบบบริการตามรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเออดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ต้องมีการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องกับงานด้านโรคเอดส์ให้ทราบว่าตกลงประสังค์และประโยชน์ของการสร้างเสริมสมรรถนะผู้ป่วยเออดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในการการป้องกันการตื้ออย่า การป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออีโคไวร์ในผู้ป่วยรายใหม่ โดยการสื่อสารให้ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเข้าใจ และมีการร่วมกันดำเนินการดังนี้ 1) กำหนดขั้นตอนในการให้บริการ ในระบบ One - stop service ซึ่งเริ่มจากการให้บริการตรวจประเมินสภาพร่างกายและจิตสังคม การให้การรักษา การให้คำปรึกษา กระบวนการกรอกลุ่ม เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การฝึกอาชีพและการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ ซึ่งต้องมีการเตรียมการห้องสถานที่ บุคลากร เวชภัณฑ์ องค์ความรู้และเทคโนโลยี เครื่องมือ และระบบข้อมูล 2) กำหนดขั้นตอนเพื่อความต่อเนื่องของการบริการในการเยี่ยมบ้านทั้งโดยเจ้าหน้าที่ และกลุ่มผู้ป่วย ระบบส่งต่อ และการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคม 3) มีการพัฒนาแนวทางการดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ เช่น แนวทางการดำเนินการการเตรียมผู้ป่วยที่จะได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ แนวทางการให้คำปรึกษา 4) สนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีการบริหารงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากแหล่งทุนต่างๆ ในการช่วยเหลือด้านงานอาชีพเพื่อหารายได้ของผู้ป่วย จัดตั้งเป็นกองทุนหรืองบส่วนกลางโดยมีผู้ดูแลเชื่อและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเป็นคณะกรรมการในการบริหารงบประมาณและการเบิกจ่ายเงินของกองทุนในการทำกิจกรรมหารายได้ในงานอาชีพ โดยผ่านความเห็นชอบจากผู้ร่วมพิจารณาอนุมัติการใช้เงินของโครงการ 5) ร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลให้ต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้าน สนับสนุนงบประมาณแก่โครงการการเยี่ยมบ้านและวางแผนพัฒนาบรรจุในแผนแม่บทของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืนของโครงการ 6) พัฒนาและสนับสนุนโครงการรวมกลุ่มผู้ดูแลเชื่อในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยเหลือกันซึ่งกันและกัน 7) การพัฒนาระบบการเชื่อมต่อของการดูแลผู้ดูแลเชื่อในสถานพยาบาลแต่ละระดับ โดยเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเออดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์นี้สามารถประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลทุกระดับได้ โดยปรับให้เหมาะสมกับบทของแต่ละพื้นที่

**คำสำคัญ:** ไม่เดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเออดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเออดส์ การนำโมเดลไปใช้ในพื้นที่

\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณšeสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*\*\* แพทย์หญิง โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

\*\*\*\*\* แพทย์หญิง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

\*\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

## \*\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างเป็นระบบที่ครอบคลุมปัญหาอย่างครบถ้วน และต่อเนื่องจากสถานพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่ต้องมีการดูแลให้ผู้ป่วยมี Medication adherence ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 การเสริมสร้างสมรรถนะของตน (Self-efficacy) ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส (AIDS patients receiving antiretroviral therapy) จัดเป็นกลยุทธ์เชิงรุกสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพครัวบ้านมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน เพราะผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้ที่เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นผลพวงมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นส่วนใหญ่<sup>1,2</sup> อีกทั้งเป็นโรคเรื้อรังซึ่งยังไม่มียารักษาให้หายขาดและเป็นโรคที่ทำให้เกิดตราบาป (Stigma) ทำให้ผู้ป่วยประสบปัญหาซับซ้อนทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง ซึ่งการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนของ Bandura<sup>3</sup> มีแนวคิดว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลทั้งนี้ เพราะโรคที่เกิดจากพฤติกรรม เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้นแม้การรักษาโรค จะได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพแต่เมื่อโปรแกรมทางด้านจิตสังคมไม่ได้รับการสนับสนุนในการให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง อัตราการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ก็เพิ่มสูงขึ้นอีก<sup>4</sup> ผู้วิจัยจะนำเอาโมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไปใช้ในสถานบริการสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Bandura<sup>3</sup> โดยสุวรรณบุญยะลีพรัตน และคณะ<sup>5</sup> ซึ่งมองค์ประกอบอยู่ในโมเดล ได้แก่ 1)นโยบาย (Policy) 2) ทีมสหสาขา (Multidisiplinary team) 3) จุดให้บริการแบบครบวงจร (One-stop service) 4)สายด่วน(Hot-line) 5)การเยี่ยมบ้าน (Home visit) 6)กลุ่มผู้ป่วยที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Peer group) 7) การฝึกฝนทักษะพิเศษ (Special training) 8)ผู้ดูแล (Caregiver) 9) การให้คำปรึกษา (Counseling) 10) การประเมินผล (Evaluation) เพื่อที่

จะสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์อย่างยั่งยืน โดยให้บรรลุเป้าหมายของการมี Medication Adherence ที่ดีอย่างต่อเนื่องและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อนำโมเดลการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสไปใช้ในสถานบริการระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิและปฐมภูมิ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ (Action research) เพื่อนำโมเดลการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสไปใช้ในสถานบริการระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิและปฐมภูมิ โดยเลือกโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ และโรงพยาบาลบ้านไผ่ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ และเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลขอนแก่น และศูนย์สุขภาพชุมชนที่โรงพยาบาลบ้านไผ่และรับผิดชอบเป็นสถานบริการสุขภาพในการศึกษาการนำโมเดลการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสไปใช้ ซึ่งเป็นการเลือกตามคุณสมบัติที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและทุติยภูมิที่เป็นเครือข่ายในการรับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ทีมวิจัย เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องรวมทั้งหมด 20 คน แบ่งเป็นโรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 11 คน โรงพยาบาลบ้านไผ่จำนวน 9 คน ซึ่งเป็นแพทย์ เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก งานชันสูตร งานกุมารเวชกรรม-นรีเวชกรรม งานห้องคลอด งานผู้ป่วยในหญิง งานผู้ป่วยในชาย งานสุขาภิบาลและป้องกันโรค นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ผู้ให้คำปรึกษา และเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ติดเชื้อที่มารับบริการของโรงพยาบาลบ้านไผ่ และโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 25 ราย และ 51 ราย ตามลำดับ

การเก็บข้อมูลที่เป็นข้อมูลทุติยภูมิเก็บจากบันทึกรายงาน และสถิติที่เกี่ยวข้อง และการเก็บข้อมูล



เชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมินสมรรถนะแห่งตน แบบประเมินความพึงพอใจ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการศึกษาจากรายงานการประชุมกลุ่มย่อย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กระบวนการสารสนเทศ

### ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบร่วมกับ ในการนำโมเดลการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ มาใช้ในระบบบริการสุขภาพในครั้งนี้ มีจุดเริ่มต้นจากหน่วยงานต่างๆ ที่รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ร่วมกันวิเคราะห์งาน และประสิทธิผลของงานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผ่านมาตามกรอบของรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และมีการวางแผนการพัฒนาภารกิจกรรมการให้การบริการต่างๆ ตามกรอบของรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยสอดแทรกภารกิจการที่ขาดหายไป และพัฒนาภารกิจกรรมที่มีอยู่เดิมให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ภายใต้การระดมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสานความร่วมมือของทุกฝ่ายทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ รวมทั้งความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญภายนอก นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารการถ่ายทอดแนวคิดและวิธีปฏิบัติให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและเข้าใจตรงกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการสร้างเสริมสมรรถนะผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในการป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเช่น ไอวีในผู้ป่วยรายใหม่อย่างทั่วถึง

การพัฒนาภารกิจกรรมในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับเพื่อให้ครอบคลุมตามโมเดลการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ได้แก่ 1) พัฒนาระบบ One - stop service ใน การให้บริการสุขภาพโดยกำหนดขั้นตอน

ในการให้บริการ (Service flow) ในระบบ One - stop service ซึ่งเริ่มจากการให้บริการตรวจประเมินสภาพร่างกายและจิตสังคม การให้การรักษา (Treatment) พัฒนาระบบการให้คำปรึกษา (Counseling) 2) พัฒนาระบบการกรอกกลุ่ม เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งต้องมีการเตรียมการทั้งสถานที่บุคลากร เวชภัณฑ์ องค์ความรู้และเทคโนโลยี เครื่องมือและระบบข้อมูล 3) พัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการพัฒนาการเยี่ยมบ้าน สนับสนุนงบประมาณแก่โครงการเยี่ยมบ้านและวางแผนพัฒนาบรรจุในแผนแม่บทของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืนของโครงการ และมีการกำหนดขั้นตอนการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องของบริการในการเยี่ยมบ้านทั้งโดยเจ้าหน้าที่ และกลุ่มผู้ป่วย ระบบส่งต่อ และการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคม 4) พัฒนาแนวทางการดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ (Practice guideline) เช่น แนวทางการดำเนินการการเตรียมผู้ป่วยที่จะได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ แนวทางการให้คำปรึกษา 5) พัฒนาด้านการฝึกอาชีพ เพื่อสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีการบริหารงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากแหล่งทุนต่างๆ ใน การช่วยเหลือด้านการฝึกอาชีพ และการสนับสนุนทางเศรษฐกิจเพื่อหารายได้ของผู้ป่วย จัดตั้งเป็นกองทุนหรือองค์กรล้วนก่อตั้งโดยมีผู้ติดเชื้อและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเป็นคณะกรรมการในการบริหารงบประมาณและการเบิกจ่ายเงินของกองทุนในการทำกิจกรรมหารายได้ในงานอาชีพ โดยผ่านความเห็นชอบจากผู้ร่วมพิจารณาอนุมัติการใช้เงินของโครงการ 6) พัฒนาและสนับสนุนโครงการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยเหลือกัน เช่น กองทุน 7) พัฒนาระบบการเชื่อมต่อการดูแลผู้ติดเชื้อในสถานพยาบาลแต่ละระดับ

การประเมินผลกระทบก่อนการนำโมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไปใช้ในสถานบริการระดับตติยภูมิ พบร่วมกับ สถานบริการระดับนี้สามารถทำกิจกรรมตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยมีนโยบายที่ชัดเจนและทีมสุขภาพหลากหลายสาขาวิชาชีพที่สามารถให้บริการผู้ป่วยแบบ One-stop service ให้บริการข้อมูล



ข่าวสารและการให้คำปรึกษาแบบ Hot line 24 ชั่วโมง และมีการประเมินผลด้านต่างๆ ตามเกณฑ์ของการกิจที่กำหนดไว้ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 100 แต่สถานบริการระดับนี้ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายในเรื่องการเยี่ยมบ้าน ดำเนินการได้เพียงร้อยละ 40 การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของผู้ป่วยในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดำเนินการได้ร้อยละ 50 และการฝึกทักษะที่จำเป็นรวมทั้งงานอาชีพ ดำเนินการได้เพียงร้อยละ 40

เมื่อประเมินผลกระทบจากการนำโมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไปใช้ในสถานบริการระดับทุติยภูมิ พบว่า สถานบริการระดับนี้สามารถทำกิจกรรมตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยมีนโยบายที่ชัดเจน และทีมสุขภาพหลากหลายสาขาวิชาชีพที่สามารถให้บริการผู้ป่วยแบบ One-stop service ให้บริการข้อมูลข่าวสารและการให้คำปรึกษาแบบ Hot line 24 ชั่วโมง และมีการประเมินผลด้านต่างๆ ตามเกณฑ์ของการกิจที่กำหนดไว้ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 100 แต่สถานบริการระดับนี้ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายในเรื่องการเยี่ยมบ้าน ดำเนินการได้เพียง ร้อยละ 70 การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของผู้ป่วยในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดำเนินการได้ ร้อยละ 90 การพัฒนาผู้ดูแลเป็นระบบคู่กับแกนนำ ดำเนินการได้ ร้อยละ 70 และการฝึกทักษะที่จำเป็นรวมทั้งงานอาชีพ ดำเนินการได้เพียง ร้อยละ 80 เมื่อประเมินผลกระทบจากการนำโมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไปใช้ในระยะ 6 เดือน พบว่า สามารถสร้างเสริมสมรรถนะด้านการเยี่ยมบ้านจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 90 ได้รับการสนับสนุนของเยี่ยมบ้านจากโครงการวิจัยในปีงบประมาณ 2552 ส่วนในปีงบประมาณ 2553 โรงพยาบาลจะวางแผนไว้ในแผนการดูแลผู้ป่วยเอดส์ต่อไป (กรณีที่ผู้ป่วยเปิดตัวดำเนินการได้ร้อยละ 100) การเข้ากลุ่มของผู้ป่วยในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 90 สามารถดำเนินการได้เพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีรายได้จากการอาชีพ โดยได้รับการสนับสนุนจากโครงการวิจัยในเรื่องการปลูกมะลิและโครงการสู๊เพื่อน้อง การพัฒนาผู้ดูแลเป็นระบบคู่กับแกนนำ ดำเนินการ จากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 70 เท่าเดิมเนื่องจากมีเด็กติดเชื้อ 1 ราย ที่มีผู้ดูแลเป็นยาย แต่เด็กที่ติดเชื้อมี Medical adherence ไม่ดี เนื่องจากยังไม่สามารถเข้าถึงผู้ดูแลเด็กได้ และเด็กที่ติดเชื้อมีแกนนำผู้ติดเชื้อบ้านอยู่ใกล้กันแต่ไม่ได้ดูแล เนื่องจากเป็นภาระให้แก่แกนนำซึ่งทางโรงพยาบาลจะต้องประสานความร่วมมือต่อไป และการฝึกทักษะที่จำเป็นรวมทั้งงานอาชีพจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 90 เนื่องจากผู้ติดเชื้อสามารถประกอบอาชีพมีรายได้

การประเมินผลกระทบจากการนำโมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไปใช้ในสถานบริการระดับทุติยภูมิ พบร่วมกับ สถานบริการระดับนี้สามารถทำกิจกรรมตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยมีนโยบายที่ชัดเจน และทีมสุขภาพหลากหลายสาขาวิชาชีพที่สามารถให้บริการผู้ป่วยแบบ One-stop service ให้บริการข้อมูลข่าวสารและการให้คำปรึกษาแบบ Hot line 24 ชั่วโมง และมีการประเมินผลด้านต่างๆ ตามเกณฑ์ของการกิจที่กำหนดไว้ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 100 แต่สถานบริการระดับนี้ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายในเรื่องการเยี่ยมบ้าน ดำเนินการได้เพียง ร้อยละ 70 การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของผู้ป่วยในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดำเนินการได้ ร้อยละ 90 การพัฒนาผู้ดูแลเป็นระบบคู่กับแกนนำ ดำเนินการได้ ร้อยละ 70 และการฝึกทักษะที่จำเป็นรวมทั้งงานอาชีพ ดำเนินการได้เพียง ร้อยละ 80 เมื่อประเมินผลกระทบจากการนำโมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไปใช้ในระยะ 6 เดือน พบว่า สามารถสร้างเสริมสมรรถนะด้านการเยี่ยมบ้านจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 90 ได้รับการสนับสนุนของเยี่ยมบ้านจากโครงการวิจัยในปีงบประมาณ 2552 ส่วนในปีงบประมาณ 2553 โรงพยาบาลจะวางแผนไว้ในแผนการดูแลผู้ป่วยเอดส์ต่อไป (กรณีที่ผู้ป่วยเปิดตัวดำเนินการได้ร้อยละ 100) การเข้ากลุ่มของผู้ป่วยในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 90 สามารถดำเนินการได้เพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีรายได้จากการอาชีพ โดยได้รับการสนับสนุนจากโครงการวิจัยในเรื่องการปลูกมะลิและโครงการสู๊เพื่อน้อง การพัฒนาผู้ดูแลเป็นระบบคู่กับแกนนำ ดำเนินการ จากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 70 เท่าเดิมเนื่องจากมีเด็กติดเชื้อ 1 ราย ที่มีผู้ดูแลเป็นยาย แต่เด็กที่ติดเชื้อมี Medical adherence ไม่ดี เนื่องจากยังไม่สามารถเข้าถึงผู้ดูแลเด็กได้ และเด็กที่ติดเชื้อมีแกนนำผู้ติดเชื้อบ้านอยู่ใกล้กันแต่ไม่ได้ดูแล เนื่องจากเป็นภาระให้แก่แกนนำซึ่งทางโรงพยาบาลจะต้องประสานความร่วมมือต่อไป และการฝึกทักษะที่จำเป็นรวมทั้งงานอาชีพจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 90 เนื่องจากผู้ติดเชื้อสามารถประกอบอาชีพมีรายได้



ของตนเอง กรณีที่ผู้ติดเชื้อไม่ได้ประกอบอาชีพทางโรงพยาบาลบ้านไม่มีโครงการสามารถช่วยเหลือได้ และโรงพยาบาลบ้านไม่มีแผนระยะยาวในการดำเนินการสำหรับการประเมินผลสัมฤทธิ์ในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่มารับยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนสมรรถนะแห่งตน คะแนนความพึงพอใจในบริการที่ผู้ป่วยได้รับ และคะแนนความพึงพอใจของผู้ให้บริการในภาพรวมสูงขึ้น (ตารางที่ 1, 2 และตารางที่ 3 ตามลำดับ)

สถานบริการระดับปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายจะเน้นการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อรายโอกาสและเจ็บป่วยเล็กน้อย การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และมีระบบส่งต่อผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาซับซ้อน

## การอภิปรายผล

ระยะก่อนนำโน้ตเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไปใช้ในสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมินี้ แม้จะพบว่าผู้ป่วยเอดส์มีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง มี Medication Adherence > ร้อยละ 95 ถึงร้อยละ 98.9<sup>6</sup> องค์ประกอบในโน้ตเดลส่วนใหญ่มีจุดเด่น สามารถดำเนินการได้ในระดับสูงร้อยละ 100 ได้แก่ การทำกิจกรรมตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างชัดเจนและต่อเนื่องโดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพหลัก หลายสาขาวิชาชีพมาให้บริการการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างครบวงจรใน One – stop service การบริการข้อมูลข่าวสารและการให้คำปรึกษาตลอดจนการประเมินผลด้านต่าง ๆ ตามเกณฑ์ของการกิจได้ตามที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน โดยที่สถานบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิเน้นการดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในระยะที่ติดเชื้อรายโอกาสหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย การคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีเบื้องต้นในหญิงตั้งครรภ์ และมีระบบการนำส่งเพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนไปยังสถานบริการสุขภาพระดับทติยภูมิและตติยภูมิท่อไปแต่ไม่มีนโยบายการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ณ สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU)

แต่ผลการวิจัยพบว่า มีประเด็นที่ต้องพิจารณาในสถานบริการสุขภาพในระดับตติยภูมิที่ยังดำเนินการได้ไม่เป็นตามเป้าหมายร้อยละ 100 ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน

การเข้ากลุ่มของผู้ป่วยในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การทำงานอาชีพของกลุ่มผู้ป่วยที่มีเป้าหมาย รวมทั้งการจัดสรรงประمامขององค์กร หรือการประสานความร่วมมือในระดับองค์กรในการนำงบประมาณสนับสนุนสู่ผู้ป่วยเอดส์ด้านอาชีพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมินี้ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสและความซับซ้อนของสูตรยาตลดลง การเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากกว่าสถานบริการสุขภาพระดับทติยภูมิทำให้กิจกรรมดังกล่าวมีการดำเนินการได้น้อยกว่าสถานบริการสุขภาพระดับทติยภูมิซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพในชุมชนที่มีการขยายตัวในด้านโครงสร้างพื้นฐาน การขยายงานบริการด้านการรักษาพยาบาล และเป็นที่รวมของบุคลากรวัยหุ่นสาวที่มีการศึกษาดีอยู่ในวัยทำงาน ทำให้ผลงานที่ผ่านมาสามารถเป็นที่พึงพาด้านสุขภาพของประชาชนในชนบทได้มาก<sup>7</sup> อีกทั้งโรงพยาบาลระดับทติยภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชนยังเป็นสถานบริการในชุมชนที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (สถานอนามัย) และสถานพยาบาลอื่น ๆ รวมทั้งเชื่อมโยงกับชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและชุมชนอย่างเบ็ดเสร็จและผสมผสานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ รวมทั้งเป็นสถานบริการที่ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและดำเนินการในรูปขององค์กรมหาชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตลอดจนมีความเชื่อมโยงกับบริการชั้นสูง (ระดับตติยภูมิ) อย่างเป็นรูปธรรมทั้งในเชิงวิชาการและการสนับสนุนด้านทรัพยากรในอีกสองทศวรรษหน้า<sup>8</sup>

นอกจากนี้จากการศึกษาพฤติกรรมการเลือกสถานพยาบาลของคนจนในชุมชนชนบท พบว่า ถ้าระยะเวลากาเริ่บป่วยเนื่นนานออกไป คนจนในชนบทส่วนใหญ่จะเลือกสถานพยาบาลของรัฐเป็นลำดับก่อน กล่าวคือสถานพยาบาลของรัฐเป็นที่พึ่งของคนจนในชนบทส่วนใหญ่<sup>9</sup> อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมา แม้โรงพยาบาลชุมชนจะมีรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ได้มีผู้ป่วยอยู่บ้านในชุมชน และเป็นแหล่งสนับสนุนทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แต่การดำเนินงานที่ผ่านมาเกี่ยงพบปัญหาและอุปสรรคที่ต้องการการปรับปรุง เช่น การขาดแคลนการ



ประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการประเมินผลอย่างมีระบบและต่อเนื่องเป็นต้น<sup>10</sup> อีกทั้งนโยบายการให้ยาต้านไวรัสเออดส์เข้าสู่ระบบบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบกับแนวทางการบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเออดส์ในสถานบริการสุขภาพต้องการการพัฒนาและส่งเสริมให้เกิดการรับประทานยาต้านไวรัสเออดส์อย่างต่อเนื่อง เช่น บริการการให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายเข้ามาช่วยในการจัดระบบบริการด้านยาต้านไวรัสให้มีประสิทธิภาพ<sup>11</sup>

ระยะหลังการนำโมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไปใช้ในสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ พบร่วมกับผู้ป่วย (51 คน) มีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับในระดับสูงขึ้น เช่นเดียวกันโดยมีจุดเด่นที่ยังพัฒนาและสามารถดำเนินการต่อได้ในระดับร้อยละ 100 ได้เช่นเดียวกับระยะก่อนนำโมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไปใช้ได้แก่ การทำกิจกรรมตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขโดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพหลากหลายสาขาวิชาชีพมาให้บริการการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างครบวงจรใน One – stop service การบริการข้อมูลข่าวสารและการให้คำปรึกษาตลอดจนการประเมินผลด้านต่างๆ ตามเกณฑ์ของภารกิจได้ตามที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน โดยที่สถานบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิเน้นการดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในระยะที่ติดเชื้อจวบถือการสหหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย การคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีเบื้องต้นในหมุนตั้งครรภ์ และมีระบบการนำส่งเพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนไปยังสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิต่อไปแต่ไม่มีนโยบายการให้การรักษายาต้านไวรัสเอดส์ณ สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

แต่ประเด็นที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและทุติยภูมิได้นำโมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเออดส์มาใช้ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมินั้นได้เกิดการพัฒนาเพิ่มขึ้นและสามารถดำเนินการได้ผลดีในระดับหนึ่งได้แก่ ด้านการเยี่ยมบ้าน การเข้ากลุ่มของผู้ป่วย

ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการจัดประชุมเพื่อปรึกษาหารือการสนับสนุนงานอาชีพที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เนื่องจากมีการสนับสนุนทุนประกอบอาชีพที่ผู้ป่วยดำเนินการอยู่เดิมโดยศักยภาพของระบบในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับร่วมกับการสนับสนุนของโครงการวิจัยทำให้เกิดการขยายงานของผู้ป่วยให้เกิดวงกว้างในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ประสานความร่วมมือกันและนำทุนเดิมคืนสู่กองทุนกลางที่ถูกจัดสรรโดยคณะกรรมการของกลุ่มผู้ติดเชื้อและเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านโรคเอดส์เป็นผู้พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้ผู้ป่วยรายใหม่มีโอกาสพัฒนาด้านงานอาชีพเพื่อเพิ่มคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของบุคคล ซึ่งนับว่าเป็นการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง แต่ควรมีการประสานความร่วมมือ การพัฒนาองค์กรที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลกับองค์กรอื่น เช่น องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินงานด้านโรคเอดส์ไปพร้อมกับงานด้านการรักษาพยาบาลด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบองค์กรที่ให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน คือ องค์กรภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน สาธารณประโยชน์ชนและองค์กรชุมชน ทั้งนี้ เพราะกิจกรรมการดำเนินการส่วนใหญ่ พบร่วมกัน องค์กรภาครัฐมีการให้บริการครอบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ สำหรับองค์กรเอกชนและองค์กรในชุมชน ส่วนใหญ่มีการให้บริการด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และพบว่าปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนมีปัญหาในเรื่องการขาดแคลนทรัพยากรมากที่สุด โดยเฉพาะงบประมาณและบุคลากรในด้านการดำเนินงาน ส่วนความต้องการของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการในด้านสังคม เศรษฐกิจมากที่สุด โดยเฉพาะเรื่องเงิน อาชีพ และการศึกษาบุตร<sup>12</sup> สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่า องค์กรในชุมชน ได้แก่ สมาชิกองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลัง มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่มีทัศนคติทางบวกต่อโรคเอดส์และผู้ป่วยเอดส์นั้น มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองและการนับถือและเห็นคุณค่าในตนเองในฐานะสมาชิก อบต. ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เพิ่มขึ้น โดย อบต. สามารถกำหนด



นโยบายวางแผน ดำเนินงานตามแผน กำหนดผู้รับผิดชอบ และติดตามการประเมินผลโครงการที่ดำเนินการ เช่น โครงการส่งเสริมอาชีพ/ กองทุนเดอส์ โครงการแกนนำ เครือข่ายประสานงานเดอส์ เป็นต้น<sup>13</sup> ซึ่งสอดคล้องกับผล การศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิเองก็ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็น กระบวนการสำคัญที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนา บริการสุขภาพด้านต่างๆ งานสร้างเสริมสุขภาพชุมชนใน หลายลักษณะเกิดจากการผลักดันจากนโยบายล้วนก็ แต่และเกิดจากการดำเนินงานโดยสร้างเสริมการมีส่วนร่วม ของชุมชน<sup>14</sup> และสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า การนำรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วย เดอส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาใช้สามารถเพิ่ม สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยในระดับสูงขึ้น โดยสนับสนุน แนวคิดทางจิตสังคมที่นำมาใช้ในการพัฒนาผู้ป่วย ด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมว่ายังมีความจำเป็นต้อง ใช้กลยุทธ์ในการดำเนินการทั้งในระยะก่อนและภายหลัง การรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและ สม่ำเสมอต่อไปอีก ทั้งนี้ เพราะโรคที่เกิดเนื่องจาก พฤติกรรมของบุคคล เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ พบว่า แม้จะมีการรักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและ การรักษาไม่ชัดช้อนหรือยุ่งยาก แต่เมื่อโปรแกรมทาง ด้านจิตสังคมไม่ได้รับการสนับสนุนในการให้ความรู้กับ ประชาชนอย่างต่อเนื่อง อัตราการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ จะเพิ่มสูงขึ้นได้อีก<sup>4</sup> และสอดคล้องกับการรักษาด้วยยา ต้านไวรัสเอดส์นั้นต้องการการกระตุ้นสนับสนุนให้เกิด ความร่วมมือในการปฏิบัติพุติกรรมที่เหมาะสมอย่าง เคร่งครัดและสม่ำเสมอตลอดชีวิตเพื่อให้ได้ Medication adherence> ร้อยละ 95 ในผู้ป่วยทุกคนตลอดเวลาที่ต้อง รับประทานยา ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดการต้องยาเพราะเมื่อ เกิดการต้องยาต้านไวรัสเอดส์จะส่งผลเสียร้ายแรงทั้งต่อ ตัวเองและสาธารณชน ผลต่อตัวเองก็คือใช้ยาตัวนั้นไม่ได้ อีกต่อไปและยากในการหายานิดใหม่มาใช้ด้วย เพราะ นักจะมีการต้องยาขั้นนิดได้และผลต่อสาธารณะก็คือ เป็นการสร้างเชื้อชนิดต้องยาแก่ผู้อื่นได้<sup>15,16,19</sup> นอกจากนี้ ยาชนิดใหม่ที่ต้องใช้มีต้องยาไม่แพงมากกว่าสูตร พื้นฐาน<sup>17,18</sup> การจัดการอุปนิสัยหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ ส่งเสริมสุขภาพจัดเป็นการรักษาที่ดีกว่าสิ่งอื่นใด ดังนั้น

เมื่อบุคคลได้รับการส่งเสริมให้ได้รับแหล่งประโยชน์หลัก ด้านข้อมูลที่สำคัญและมีผลต่อการเสริมสร้างสมรรถนะ แห่งตนตามแนวคิดของ Bandura<sup>3</sup> จะทำให้ผู้ป่วยมีความ มั่นใจที่จะปฏิบัติพุติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหรือหลีก เลี่ยงการปฏิบัติพุติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้อย่าง มีเป้าหมายซึ่งจะส่งผลต่อพุติกรรมการรับประทานยา ด้านไวรัสเอดส์ยังมีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มสมรรถนะ แห่งตนของผู้ป่วยให้สูงขึ้น มีความพึงพอใจต่อบริการ ทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการในระดับที่สูงขึ้น อันจะส่งผลให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดการต้องยาในอนาคตต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ด้านงาน โรคเอดส์โรงพยาบาลชั้นแก่นและโรงพยาบาลบ้านไฟ ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการ วิจัยครั้งนี้รวมทั้งมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้งบประมาณ ในการสนับสนุนการทำวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. Glanz K, Rimer KB, Lewis MF. (Eds). Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. (3<sup>rd</sup> Ed.). Foreword by Noreen. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint; 2002.
2. Barkley Jr TW, Burn JL. Factor analysis of the Condom Use Self-Efficacy Scale among multicultural college students. Health Education Research Theory & Practice 2000; 15(4): 485-489.
3. Bandura A. Self- Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman & Company; 1997.
4. Culter CJ, Arnold RC. Venereal Disease Control by Health Departments in the Past: Lesson for the Present. American Journal of Public Health 1988; 78(4): 372-76.



5. สุวรรณ บุญยะลีพรรณ และคณะ. โนเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
6. เจียมจิต แสงสุวรรณ และคณะ. สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
7. อำนาจจันดาวัฒนาและคณะ. กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง เพื่อกำหนดภาพลักษณ์และกลยุทธ์ การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในสองทศวรรษหน้า. สรสท. ในตรีจิต บรรณาธิการ. นนทบุรี: ยุทธริทร์การพิมพ์; 2546.
8. ปรีชา แต้อารักษ์ และคณะ. ภาพลักษณ์และกลยุทธ์ การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในสองทศวรรษหน้า: มุ่งมองของผู้ทรงคุณวุฒิ. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานนโยบายและแผนพัฒนา กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข; ม.ป.ป.
9. สันทัด เสริมครี, สมอาจ วงศ์มหอง, โยธิน แสงดี, เพ็ญแข ปัญญาจาม, ศิริรักษ์ ปั่มแม่นปีน. การใช้สถานพยาบาลของรัฐของคนจนในชนบท. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสังคมศาสตร์คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
10. สมปอง เสนา. การดำเนินงานของศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อआगेचुमแพर จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
11. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์นโยบายและแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายการจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เข้าสู่ระบบบริการหลักประกันสุขภาพทั่วหน้า. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547.
12. เกียรติคุณ เพ่าทรงฤทธิ์, จิราภรณ์ ယาชมนู. โครงการศึกษาการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนของประเทศไทย; 2543.
13. ลalinี ไทยสวัช. การพัฒนาศักยภาพองค์กรบริหารส่วนตำบลในการดำเนินการป้องกันและควบคุมเอดส์โดยกระบวนการสร้างพลัง ตำบลลือ อําเภอปทุมราชวงศ์ จังหวัดอํานาจเจริญ. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
14. จิราวรรณ แท่นเว็มกุล และคณะ. การพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัย. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
15. วิชัย โชคิวัฒน์. จากเจนีวาความหวังห่วงไกลอกไปอีก: การประชุมเอดส์โลก ครั้งที่ 12 ในงานควบคุมโรคเอดส์และการโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการโรคเอดส์ที่เจนีวา. หน้า 1-8; 2541.
16. นิภาพร หอมหวาน, บําเพ็ญจิต แสงชาติ. การจัดการกับอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(3): 21-33.
17. Kittimunkong C. Resurveillance of HIV/AIDS Epidemic in Thailand. AIDS Cluster, Bureau of AIDS, TB & STIS, Department of Disease control, MOPH, Thailand; 2006.
18. สมพงษ์ โพธิบดี, พนิชฐาน พานิชาชีวะกุล, ลักษี ปิยะบัณฑิตกุล. การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในวัยรุ่น โดยใช้รูปแบบการประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว: กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 29-36.
19. ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ. มุ่งมองเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส: หน้าที่หรือความสุข. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554; 29(1): 8-17.



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยรายด้านจำแนกตามพื้นที่

สมรรถนะแห่งตน	โรงพยาบาลบ้านไฝ			โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น		
	จำนวน (ก่อน/หลัง)	ก่อน ( $\bar{X}$ , SD)	หลัง ( $\bar{X}$ , SD)	จำนวน (ก่อน/หลัง)	ก่อน ( $\bar{X}$ , SD)	หลัง ( $\bar{X}$ , SD)
ด้านความรับผิดชอบต่อการรับประทานยาต้านไวรัส	25/25	16.68 (2.91)	38.20 (4.57)	51/51	20.14 (7.43)	37.73 (4.08)
ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย	25/25	3.32 (1.21)	6.44 (1.23)	51/51	4.71 (1.46)	6.16 (1.39)
ด้านโภชนาการ	25/25	5.04 (1.65)	10.04 (1.62)	51/51	6.55 (2.23)	9.75 (1.78)
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์	25/25	5.16 (1.49)	10.32 (1.63)	51/51	6.45 (2.59)	9.82 (1.96)
ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	25/25	3.12 (1.05)	7.00 (1.08)	51/51	4.24 (1.95)	6.92 (1.21)
ด้านการจัดการกับความเครียด	25/25	6.64 (1.68)	12.88 (2.35)	51/51	8.73 (3.34)	13.04 (2.22)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้ป่วยในบริการที่ได้รับในการพำนักระยะที่

ความพึงพอใจ ของผู้ป่วยในบริการที่ได้รับ	โรงพยาบาลบ้านไฝ			โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น		
	จำนวน (ก่อน/หลัง)	ก่อน ( $\bar{X}$ , SD)	หลัง ( $\bar{X}$ , SD)	จำนวน (ก่อน/หลัง)	ก่อน ( $\bar{X}$ , SD)	หลัง ( $\bar{X}$ , SD)
ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการพำนักระยะ	25/25	39.71 (7.16)	84.88 (10.20)	51/51	50.80 (16.78)	83.41 (9.94)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้ให้บริการในการพำนักระยะที่

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ	โรงพยาบาลบ้านไฝ			โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น		
	จำนวน (ก่อน/หลัง)	ก่อน ( $\bar{X}$ , SD)	หลัง ( $\bar{X}$ , SD)	จำนวน (ก่อน/ หลัง)	ก่อน ( $\bar{X}$ , SD)	หลัง ( $\bar{X}$ , SD)
ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน การพำนักระยะ	9/9	77.33 (7.16)	78.44 (5.83)	11/11	66.63 (5.73)	70.82 (5.25)



## Self-Efficacy Promotion Model of AIDS Patients Receiving Antiretroviral Therapy in Clinical Setting

Ploenta Siripakarn M.N.S.\*  
 Wongsa Laohasiriwong PhD\*\*  
 Niramol Leeratanapetch M.D.\*\*\*

Suwanna Booonyaleepun PhD\*  
 Pattara Sanchaisuriya PhD\*\*  
 Silintip Kunadison M.D.\*\*\*

Jiamjit Saengsuwan PhD\*  
 Ampon Siraksa M.Ed.\*  
 Prakaytip Laoprasert M.N.S.\*\*\*\*  
 Thawarat Khotphuwiang B.N.S.\*\*\*

### **Abstract**

This study is an action research which implementing the developed model on self-efficacy development of AIDS patients receiving (ART) in tertiary, secondary and primary health care facilities between October 2008 and September 2009. Emphasizing participation of stakeholders which included 20 members of research team and staff of Khon Kaen Regional Hospital, primary care units (PCU) and Banphai Community Hospital; 51 AIDS patients receiving ART at the Khon Kaen Regional Hospital and 25 patients from Banphai Community Hospital. The research process fully emphasized participation of all stakeholders including health team, patients and research team in jointing the meeting, implementing the planed health service system and evaluation of service system.

The results showed that in order to implementing the developed model in self efficacy development of AIDS patients receiving ART, cooperation with relevant stakeholders on AIDS issues to understand the objectives and benefits of self efficacy development of AIDS patients receiving ART on prevention of drug resistance and prevention of spread of the disease in new patients. Communication to make both health personnel and patients understands and jointly implementing: 1) Identified the service flow in one-stop service which was starting from assessing the physical and psychosocial status, provide treatments and counseling, group process to improve psychosocial and spiritual capacity, occupational training and economic development which needed various preparation including venue, personal, knowledge ad technology, medicines , equipments and information system 2) Identify the process for continuity of home visit both by the health personnel and patient group, referral system and social and economic development. 3) Development of practice guidelines such as patient preparation for ART and counseling practice guidelines. 4) Supporting patients to live happily in the society, management of financial support from various sources for income generating activities of the patients, established the funds for patients' income generating activities with the support of health personnel as administrative board members 5) Corporately developing continuity of care system development through home visit, financial support on home visit project and incorporate it to the hospital master plan for continuity of care 6) Developed and support the patient group activities to share their experiences and supporting each other 7) Developed the referral system among each health facility levels. Self- efficacy development model for AIDS patients receiving ART could be applied in all level of health care facilities by adapting to fit each area context.

**Keywords:** Self-Efficacy Promotion Model, AIDS Patients Receiving Antiretroviral Therapy, Clinical Setting

\*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

\*\*Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

\*\*\* Associate Professor, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

\*\*\*\* Assistant Professor, Faculty of Public Health Khon Kaen University

\*\*\*\*\* Doctor, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province

\*\*\*\*\* Doctor, Ban Phai Hospital, Khan Kaen Province

\*\*\*\*\* Registered Nurses, Professional Level, Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province

\*\*\*\*\* Registered Nurses, Professional Level, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province



## ความต้องการของชุมชนในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต ของแรงงานนอกระบบ\*

สมจิต แวนส์แก้ว ศศ.ด.\*\* รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง พย.ม.\*\*\*

### **บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ใช้การประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิตตามมุมมองของแรงงานในระบบที่รวมกลุ่มเล็กๆ ทำงานในชุมชนกิ่งเมือง ผู้วิจัยสนับสนุนให้แรงงานและชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของแรงงานกลุ่มนี้ โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทางวิธีทั้งการสังเกตการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการประชุมแบบมีส่วนร่วม จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา สรุปความต้องการของชุมชนเพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการร่วมกันออกแบบและขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบต่อไป

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายรวมถึงการผสมผสานของสามองค์ประกอบคือ 1) การมีสุขภาพดี 2) การมีงานทำที่ให้มีรายได้มั่นคง และ 3) การได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นสุข ทั้งนี้ชุมชนระบุความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตว่า 1) ต้องการพัฒนาฝีมือของแรงงานเพื่อให้มีรายได้เพิ่มขึ้นจากคุณภาพบริการที่ดีขึ้น 2) ต้องการลดความขัดแย้งกับชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันผลกระทบจากการเสียทรัพย์ รบกวนที่เกิดขึ้นจากการทำงานนี้ 3) ต้องการพัฒนาระบบประกันที่ครอบคลุมด้านสุขภาพ รายได้และสังคม เพื่อให้มีความมั่นใจว่าหากมีอุบัติเหตุหรือป่วยหายาได้ จะทำการทำงานจะมีระบบดูแล สามารถลาพักรโดยที่ยังมีโอกาสกลับมาทำงานต่อได้ มีรายได้และเป็นที่ยอมรับของสังคม นอกจากนี้ชุมชนมีข้อเสนอแนะว่า แรงงานนอกระบบเป็นความต้องการของชุมชนซึ่งถือเป็นกลไกหลักในการแก้ไขปัญหาเร่งด่วนในชีวิตประจำวันของคนในชุมชน ดังนั้นกลุ่มนี้จึงควรได้รับการสนับสนุนจากรัฐให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นอย่างจริงจังต่อไป

**คำสำคัญ:** ความต้องการของชุมชน การสร้างเสริมคุณภาพชีวิต แรงงานนอกระบบ

### **ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

แรงงานนอกระบบ เป็นแรงงานหลักในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับโครงสร้างเศรษฐกิจของชุมชนและสังคมจากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะในภาวะที่โลกและประเทศไทยกำลังประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ<sup>1,2</sup> จึงทำให้แรงงานที่เคยทำงานในภาคอุตสาหกรรมประสบภัยทางเศรษฐกิจให้ออกจากงานเนื่องจากโรงงานอุตสาหกรรมต้องการลดจำนวนคนงานและลดต้นทุนการผลิต จึงมีคนงานที่มีฝีมือนำประสบการณ์ที่ได้รับจากโรงงานมาบูรณาการกับ

ภูมิปัญญาของชุมชนที่ถ่ายทอดมา ทำให้แรงงานมีศักยภาพพอที่จะไปประกอบอาชีพโดยอิสระตามครอบครัวของตนโดยยังไม่เข้าสู่ระบบอุตสาหกรรมที่มีการควบคุมโดยองค์กรวิชาชีพและรัฐ<sup>3,4</sup>

จากการทบทวนเกี่ยวกับนโยบายของรัฐในการควบคุมดูแลกระบวนการผลิตของแรงงานนอกระบบ นั้นพบว่า ยังขาดการเข้าไปสนับสนุนอย่างจริงจังทั้งด้านสวัสดิการและความปลอดภัย<sup>5</sup> โดยเฉพาะในมิติของระบบบริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ในท้องถิ่นยังขาดรูปแบบและวิธีการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบ

\*เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย เรื่อง ศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบ ที่ได้รับการสนับสนุนทุนโดยศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ และรองผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลรามราชนนี ขอนแก่น



อย่างชัดเจน<sup>6,7</sup> ขาดพยาบาลหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย รวมถึงสถานที่ให้บริการนั้นยังไม่เพียงพอ กับความต้องการ ด้านบริการสุขภาพ การส่งเสริมสุลัดการและการพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่แรงงานนอกระบบและกลุ่มอาชีพต่าง ๆ พบว่า หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายหรือมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่แรงงานนอกระบบและครอบครัวอย่างแท้จริง<sup>8</sup>

แรงงานนอกระบบท้องเผชิญกับสภาพการทำงาน ปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาสังคมโดยลำพัง หรือมีการช่วยเหลือกันเองในกลุ่ม สถานบริการด้านสุขภาพยังไม่มีโครงการที่ดูแลสุขภาพเฉพาะกลุ่มวัยแรงงานหรือผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง ขาดความเชื่อมโยงกับสภาพความจำเป็นพื้นฐานหรือบริบทด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ หรือความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของคนในชุมชน<sup>9</sup> แรงงานนอกระบบจึงประสบปัญหาหลายประการที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของแรงงานกลุ่มนี้ และครอบครัว<sup>10,11,12,13</sup>

การพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือการดูแลความเป็นอยู่ที่ดีทั้งด้านการทำงานและสุขภาพแก่แรงงานนอกระบบนั้น<sup>14</sup> จำเป็นต้องมีความเข้าใจวัฒนธรรมสุขภาพและการพึงต้นของด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบบนพื้นฐานแนวคิดทางสังคมและมนุษยวิทยาให้ได้รับบริการหรือการดูแลที่เหมาะสมในชุมชน<sup>15</sup>

จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยที่เป็นอาจารย์พยาบาลชุมชนที่นำักศึกษาไปฝึกปฏิบัติงานในชุมชนก็เมื่อ พบร่วม พบว่า การทำงานนอกระบบท้องวัยแรงงานในพื้นที่นี้เกิดจากความพยายามที่จะพึ่งพาตนเองเพื่อหารายได้ให้เพียงพอ กับค่าใช้จ่ายของครอบครัวมากกว่า การทำงานให้เกิดสุขภาพและคุณภาพชีวิต<sup>16</sup> นอกจากนั้นยังพบว่า การบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน โดยเฉพาะการควบคุมสิ่งแวดล้อม การกำจัดสิ่งปฏิกูล หรือการควบคุมขนาดของเสียง แสง และการระบายอากาศขณะทำงาน ยังขาดความเหมาะสม จึงยังไม่มีกลไกที่สอดรับกับวิถีชีวิตของแรงงานนอกระบบที่มีอยู่จริงในชุมชน<sup>17</sup>

การศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจวิเคราะห์ชุมชนแบบมีล้วนร่วมในการค้นหาศักยภาพของประชาชน ผู้ประกอบการ องค์กรชุมชน รัฐ และเอกชน ที่เคยมีส่วน

สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบ และร่วมกับชุมชนหาแนวทางส่งเสริมให้กลุ่มแรงงานนอกระบบ ภาครัฐและภาคเอกชนในการร่วมกันเรียนรู้เพื่อวิเคราะห์ความต้องการซึ่งจะนำไปสู่แนวทางการแก้ไขที่ปัจจัยเงื่อนไขของปัญหาในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบทอย่างแท้จริงและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของแรงงานนอกระบบที่มีอยู่ในแต่ละห้องคืนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการทำงานของแรงงานนอกระบบที่ชุมชนที่ร่วมกันเป็นกลุ่มอย่างน้อย 5 คน
2. เพื่อศึกษาการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตตามมุมมองของแรงงานนอกระบบที่ชุมชน
3. วิเคราะห์ความต้องการในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งรวบรวมข้อมูลอันเป็นข้อเท็จจริง ต่าง ๆ ตามการรับรู้ของกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ชุมชน ก็เมือง โดยใช้กระบวนการประเมินชุมชนแบบมีล้วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA) ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มาอธิบายสภาพการทำงานและคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบที่ชุมชน วิเคราะห์ความต้องการของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบที่ชุมชน และได้ข้อมูลพื้นฐานในการให้ข้อเสนอแนะแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบท่อไป

**สถานที่ศึกษา** คือ เลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากพื้นที่เขตเทศบาลตำบลที่มีอาณาเขตติดกับเทศบาลครอบคลุม จังหวัดขอนแก่น จึงเป็นชุมชนก็เมืองที่มีชุมชนรอบ ๆ 19 ชุมชน โดยพิจารณาจากทุนทางสังคม ความร่วมมือ ความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาทางด้านสาธารณสุข ครอบคลุมลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นหมู่บ้านในชุมชนก็เมืองที่มีการคมนาคมสะดวก เช้าถึงได้ง่าย

**ผู้ร่วมวิจัย** คือ นายจ้างผู้ประกอบอาชีพอิสระ และลูกจ้างที่ร่วมกันทำงานไม่น้อยกว่า 5 คนในกลุ่มนี้ ๆ รวมถึงผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ



เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย การศึกษานี้เป็นการร่วมมือกันของผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีชุมชนเป็นศูนย์กลางในการทบทวนข้อมูลในด้านต่างๆ ให้ชุมชนมีฐานความรู้ ความเข้าใจในสถานการณ์ชุมชนและนอกชุมชน สู่การตัดสินใจกำหนดความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนฐานความรู้ และเปิดโอกาสให้ชุมชนแสดงศักยภาพของตนเอง โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลาย ได้แก่

1) แบบบันทึกภาคสนาม เป็นเครื่องมือสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้ศึกษาได้ทำการบันทึกข้อมูลที่เป็นจริงจากการสังเกต การสัมภาษณ์ การสavena กลุ่ม ซึ่งช่วยให้ได้ข้อมูลทุกรายละเอียดเพิ่ม ความชัดเจนในการวิเคราะห์ประเด็นการศึกษา ป้องกันการลืมข้อมูล และทำให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

2) แนวคิดในการสัมภาษณ์เชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับความหมายของคุณภาพชีวิต ปัจจัย เนื่องจาก แนวทางการพัฒนาและความรู้สึกที่มีอยู่ในใจ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่างในแต่ละคน

3) แนวคิดในการสัมภาษณ์เชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับความหมายของคุณภาพชีวิต ปัจจัย เนื่องจาก แนวทางการพัฒนาและความรู้สึกที่มีอยู่ในใจ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่างในแต่ละคน

4) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ใช้เป็นแนวทางสังเกตการณ์ส่วนร่วมทุกช่วงเวลาที่มีการสัมภาษณ์เชิงลึก เสวนากลุ่ม และขณะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ซึ่งแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย สภาพการทำงาน ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเอง วิถีชีวิตและคุณภาพชีวิต ของแรงงานนอกระบบในชุมชนกึ่งเมือง ศักยภาพชุมชนในการเสริมสร้างสุขภาพและคุณภาพชีวิตของแรงงาน นอกระบบที่มีในชุมชนกึ่งเมือง

5) แนวทางการจัดเรื่องที่ชุมชน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ นำเสนอข้อมูลที่ได้ผ่านเวทีชุมชน ร่วมกันหาแนวทางการ เสริมสร้างศักยภาพชุมชนขยายเครือข่ายในการดูแลร่วม กันตามบริบทของชุมชนที่สามารถดำเนินการได้

6) อุปกรณ์เสริม ได้แก่กล้องถ่ายภาพซึ่งผู้วิจัย จะนำบันทึกข้อมูลขณะทำการล้มภาษณ์ เพราะสามารถทำให้ได้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วน และไม่บิดเบือนข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เริ่มจากการเข้าพื้นที่สร้างสัมพันธภาพกับชุมชนและกลุ่มแรงงาน การประชุมผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เทศบาลตำบล องค์กรชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ประกอบการกลุ่มแรงงานนอกระบบเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์โครงการวิธีการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการประชุม การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม

ความเชื่อถือได้ของ การศึกษา การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่สามารถบ่งบอกถึงความมีคุณภาพและความเคร่งครัดของผู้ทำการศึกษาวิจัย ในเรื่องของการเอาใจและการพิสูจน์ถึงข้อค้นพบ เป้าหมายของความเคร่งครัดในงานวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การเป็นตัวแทนที่ถูกต้องของประสบการณ์ผู้ร่วมวิจัย ความน่าเชื่อถือ (credibility) ความไว้ใจได้ (dependability) การยืนยันความไม่มีอคติ (conformability) และการอ้างอิงได้ (transferability) เริ่มโดยการตรวจสอบแบบสามเล้า (triangulation) ได้แก่ 1) การตรวจสอบสามเล้าด้านข้อมูล (data triangulation) เป็นการตรวจสอบสามเล้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) ความไว้ใจได้ (Dependability) เป็นการสร้างข้อสรุปจากข้อค้นพบก่อนสรุปผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลก่อน และนำมาผ่านกระบวนการตีความ เมื่อได้ข้อสรุปย่อจากข้อมูลชุดต่างๆ จึงนำข้อค้นพบมาสร้างเป็นข้อสรุปใหญ่เชื่อมความสัมพันธ์ของข้อมูล เพื่อให้ตอบคำถามงานวิจัย 2) การยืนยันความไม่มีอคติ (conformability) เป็นกระบวนการของการตัดสินงานวิจัยว่ามีความเป็นกลางหรือไม่มีอคติในข้อค้นพบ ทำให้เข้าใจชัดเจนถึงความเป็นไปได้ของหลักฐานตลอดจนกระบวนการของการสรุป 3) การอ้างอิงได้ (Transferability) เป็นการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาแยกประเภท จัดเป็นหมวดหมู่ให้ง่าย สะดวกต่อการวิเคราะห์ ในแต่ละวันและในแต่ละครั้งที่เก็บข้อมูล<sup>18</sup> โดยมีขั้นตอนดังนี้



**1) การตรวจสอบข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลทุกด้านและทุกประเด็น ย่อ喻ว่าข้อมูลที่ได้มานั้นครบถ้วน ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่ หากไม่ครบถ้วนต้องเก็บเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด จนแล้วเสร็จทุกขั้นตอนของกระบวนการศึกษา ตรวจสอบความตรงของข้อมูล ข้อมูลเรื่องเดียวกันทำการตรวจสอบทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ เชิงลึก การสำรวจกลุ่ม การบันทึกเทป การจดบันทึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม<sup>19</sup>**

**2) การจัดระเบียบข้อมูล นำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาจัดระเบียบโดยการแบ่งประเภทข้อมูล ตามวัตถุประสงค์ คัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออก**

การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นใช้การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยพิจารณาเชิงเหตุผล และนำมาอภิปรายร่วมกับผู้ร่วมวิจัยเพื่อสามารถนำเสนอผลการศึกษาได้ชัดเจนยิ่งขึ้นซึ่งข้อมูลที่เก็บมาได้มาต่อค้า เพื่อนำมาวิเคราะห์แยกแยะตามความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องและหลักการทางทฤษฎี สรุปประเด็นหลัก วิเคราะห์และพรรณาข้อความอย่างละเอียดเพื่อให้ได้ภาพและทราบถึงสภาพการทำงาน ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเอง วิถีชีวิตและคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบที่ชุมชนกิ่งเมือง<sup>18</sup> ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) คัดข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเทป 2) อ่านบททวนข้อมูลที่ได้เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหา 3) แยกหน่วยข้อมูลเกี่ยวกับหมวดหมู่ การจำแนกข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิกภาพของชุมชน 4) นำข้อมูลประโภค หรือลีฟ์ที่ได้มาตีความหรือให้ความหมาย หากพบว่าข้อมูลยังไม่ชัดเจน 5) นำข้อมูลที่ได้มาจำแนกหัวข้อย่อย โดยพิจารณาความสอดคล้องของคำถ้าการศึกษา และทำการวิเคราะห์หาคุณลักษณะของหัวข้อตามข้อมูลที่ได้

จริยธรรมการวิจัย การดำเนินการวิจัยได้รับมั่นคงไม่ให้มีการกระทำใด ๆ ที่คุกคามต่อสภารั่งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ร่วมวิจัย ได้รับการรับรองจากกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยมีการซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูลของนักวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยซักถามจนมีความ

เข้าใจ และให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ วิจัย ในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเขียนใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมวิจัย เพื่อบันทึกเทป บันทึกการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และแจ้งเอกสารอื่นในการตัดสินใจ เพื่อให้ได้คำตอบได้ฯ ไม่เป็นการบังคับ ระมัดระวังในประเด็นที่เป็นเรื่องส่วนตัว การนำเสนอข้อมูลนั้นได้นำเสนอภาพรวม ไม่ระบุชื่อผู้ร่วมวิจัย

## ผลการวิจัย

**1. สภาพการทำงานของแรงงานนอกระบบที่ชุมชน เป็นการรวมกลุ่มย่อย ๆ ทำงานที่บ้านมี 10 ประเภท**

**1) อู่เคเพ่นสีรอยนต์ มี 3 แห่ง เป็นบ้านสองชั้นตั้งอยู่ในพื้นที่ 50 ตารางวา ใช้บ้านของเจ้าของธุรกิจเป็นที่ทำงาน ทั้งสามแห่งมีเนื้อที่กว้างข้าง ๆ ซึ่งเป็นที่ส่วนบุคคลของคนอื่นจึงขอเช่าต่อ เดือนละ 1,500 – 2,000 บาท ให้ได้พื้นที่ติดกันกว้างขึ้นเพื่อใช้เป็นที่จอดรถ และบางร้านใช้ที่สาธารณะ หรือใช้ที่ซึ่งชุมชนกันเนื้อที่ไว้เพื่อทำถนนแต่ยังไม่มีการใช้ จึงทำเป็นที่จอดรถ แรงงานส่วนมากเป็นคนในชุมชนมากอีกงาน ทุกคนมีบ้านเป็นของตนเอง อาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชนเดินมาทำงาน การทำงานเริ่มตั้งแต่เช้า 8.00 น. เลิกงาน 17.00-18.00 น. บางวันเลิก 21.00 น. และส่วนมากหยุดในวันอาทิตย์ นอกจากบางสპดาที่มีงานมากต้องขอให้มาช่วยกัน การพักกลางวัน 1 ชั่วโมงนอนพักสูบบุหรี่ทั้งๆ ที่ตลอดเวลา ก็สูบได้ ส่วนการทำความสะอาดทำเองทุกวันหลังเลิกงาน**

**2) ร้านซ่อมเครื่องยนต์ร้อยนต์ มี 1 แห่ง มีแรงงาน 5 คน เป็นเด็กหนุ่ม ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยมีเฉพาะเจ้าของร้าน และครอบครัวอาศัยอยู่ จำนวนแรงงานไม่แน่นอน ขนาดเป็นบ้าน 2 ชั้น ตั้งอยู่ในพื้นที่ 100 ตารางวา โดยใช้บ้านของเจ้าของธุรกิจเป็นสถานที่ทำงาน แรงงานส่วนมากเป็นคนในชุมชน มาขอทำงาน หรือมาขอฝึกงาน เจ้าของกิจการเคยซ่อมเครื่องยนต์รถทุกชนิด จากอู่ซ่อมรถที่ขอนแก่น และที่กรุงเทพฯ รู้สึกว่าตนลำบาก ไม่ได้อยู่กับภราดร性和บุตร จึงกลับมาเมื่อเก็บเงินได้บ้าง เริ่มทำงานตั้งแต่เช้าประมาณ 8.30 เลิกงานเวลา 17.00 น. ส่วนมากหยุดในวันอาทิตย์ คงงานดีมีสุราและสูบบุหรี่ทุกราย**



3) ร้านล้างรถ เจ้าของกิจการและภรรยาต่อบ้านที่มาเข้าอาทัยอยู่ติดทางหลวง เพื่อล้างรถยนต์ทำเป็นร้านเล็กๆ แต่พอมีคนหนุ่มมากการทำด้วย จึงเป็นร้านที่มีรายได้พอเลี้ยงครอบครัวและลูกน้องมีแรงงานมากที่สุดไม่เกิน 3 คน รวมมีคนทำงาน 5 คน จากการสัมภาษณ์พบว่าแรงงานทุกคนเป็นเด็กหนุ่มอยู่ใกล้ที่ทำงาน เดินทางมาทำงานโดยรถจักรยานยนต์ มาเช้ากลับเย็น เจ้าของร้านและครอบครัวอาทัยอยู่ที่ตั้งเป็นบ้านชั้นเดียว ไม่มีถาวร และเช่าที่ห้างบ้านอีกประมาณ 50 ตารางวา ใช้เป็นที่ล้างรถต่อชาขายออกไป และมีที่ล้างรถเป็นปูนซีเมนต์ทุกคนสูบบุหรี่ดื่มน้ำชาทั้งในเวลาทำงานและหลังเลิกงาน

4) ร้านซ่อมจักรยานยนต์ ข้อมูลจากเจ้าของร้านทั้ง 3 ร้าน ระบุว่า ได้ริเริ่มทำงานด้วยตนเองทั้ง 3 ร้าน เจ้าของเคยไปทำงานในต่างถิ่น เช่น กรุงเทพและต่างจังหวัด ไปรับจ้างซ่อมรถ แต่เมื่อมีครอบครัวจึงตัดสินใจกลับบ้าน โดยคาดหวังว่าจะได้อุยร่วมกับครอบครัว ใช้ตุนบ้านของตนเองเป็นที่ทำงาน อาทัยว่าบ้านอยู่ติดถนนเข้าหมู่บ้าน จึงตั้งใจตักซ่อมรถ เข้า-ออก หมู่บ้าน ทำเป็นร้านเล็กๆ คนหนุ่มที่มาซ่อมรถได้มากมายและติดใจจึงมาขอเข้าหุ้น ทำให้ดูเป็นร้านใหญ่ขึ้น บางร้านมีคนหนุ่มมาขอทำด้วย และมีรถเพิ่มขึ้น จึงเป็นร้านที่มีรายได้พอเลี้ยงครอบครัวและลูกน้อง มีแรงงานมากที่สุดไม่เกิน 3 คน รวมมีคนทำงาน 5 คน

5) โรงชนมผิง มีเจ้าของกิจการเป็นคนจากต่างถิ่น คือ นครสรวรรค์ เดย์ช่วยพี่ชายทำงานมาส่งขายที่ขอนแก่น เห็นว่าเป็นตลาดที่ขายดีจึงตัดสินใจย้ายมาทำที่นี่ จึงมาสร้างโรงชนม ซึ่งใช้บ้าน 2 ห้องของตึกแคล้ว 2 ชั้น เป็นที่อาศัยและทำงาน มีกระทะสำหรับกวนขนมเป็นสถาณเลสขนาดใหญ่ มีเตาอบ แท่นเป็นโต๊ะ ขนาด 2X1 เมตร สูง 1 เมตรเพื่อใช้ผสมแป้ง และตัดแป้งเป็นขนาดเล็ก การทำงานมีความต่างกัน กลุ่มทำขนมมีหน้าที่ผสมแป้ง นวดแป้ง กวนขนม และอบขนม แรงงานเป็นชายหนุ่ม 5 คน ร่างกายแข็งแรง ยืนทำงานตลอด หน้าเดงจากความร้อน เหื่อย宦 และมีฝุ่นแป้งติดหน้า กลุ่มที่ยกขนมจากห้องผลิตไปห้องบรรจุ กลุ่มนี้เป็นสตรีวัยสาวคล่องตัว ยกของหนักได้ และทำหน้าที่จัดเก็บสถานที่ อีกกลุ่มบรรจุถุงพลาสติก มี 6 คน กลุ่มนี้เป็นสตรีต่างวัย มีทั้งวัยสาว วัยเด็กและวัยชรา นั่งบรรจุกับพื้น นานต่อเนื่องกันจนกว่างานจะแล้วเสร็จ และยังมีอาการร้อนอีกเนื่องจากเปิดพัดลมไม่ได้ จะ

ทำให้น้ำตาลที่เคลือบขนมละลาย บรรจุวันละประมาณ 4 ชั่วโมง ไม่สูบบุหรี่ ดื่มน้ำชาขณะทำงาน พอดีเจริญงานเจ้าของธุรกิจนำข้ามออกไปฝากที่ร้านขายของส่งห่างจากบ้านประมาณ 10 กิโลเมตร ขนมยังไม่ผ่านการรับรองของกระทรวงอุตสาหกรรม ไม่ได้ติดชื่อ หรือการโฆษณาประชาสัมพันธ์ใดๆ

6) โรงชนมถัวตัด เจ้าของเคยไปรับจ้างทำงานถัวตัดในเมืองขอนแก่น ทำงานหนักไม่ได้รับการสอนจึงตัดสินใจลาออกจากบริษัททำสิ่งให้ร้านค้าในบ้านต่อมากขึ้นไปยังหมู่บ้านไกลเคียง โดยใช้รถจักรยานยนต์ไปส่ง จ่ายแรงงานเป็นวันไม่ได้ให้เป็นเดือน คนที่ทำงานหนักคือกลุ่มผสมหรือกวน ได้วันละ 200-300 บาท ส่วนแรงงานหญิงมี 3-5 คน ให้อยู่ร่วมกับบรรจุสูงเจ้าของกิจการซึ่งต้องขับรถ เก็บเงิน ทำบัญชีเอง ปัจจุบันมีร้านค้าที่ต้องส่งใน 4 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

7) โรงชนมจิน สถานที่ทำงานใช้บ้านของตนเอง มีการต่อเป็นเพิง มีเตาขนาดใหญ่คืออยู่ตั้มหน้าใช้ทั้งไฟและแกลบเผาเป็นพลังงานในการหุงต้มจากการเผาให้เป็นความร้อน การทำงานจึงหนักและเหนื่อย แต่ทำด้วยกันทั้งครอบครัว รายได้ขึ้นกับการสั่งและเป็นของครอบครัว นำมาแบ่งกัน การจ่ายค่าแรงงานจึงเป็นไปในลักษณะคนในครอบครัวมีการให้การเก็บ และการขอขึ้นค่าแรง ขึ้นอยู่กับความจำเป็น แม้จะมีรายได้พอ แต่เป็นงานที่หนัก อยู่กับความร้อน กับน้ำ กับกลิ่นที่ไม่ดี มีการร้องเรียนบ้างต้องพยายามดูแลสถานที่ให้สะอาด น้ำเสีย ระบายได้ดี ไม่มีแมลงวันตอม แรงงานนั้นดีมีเบียร์ไปด้วยขณะพักงาน

8) โรงเฟอร์นิเจอร์ มี 2 แห่ง มีเจ้าของกิจการเป็นคนในหมู่บ้านที่เคยไปรับจ้างทำเฟอร์นิเจอร์ จากโรงงานในต่างถิ่น หันมาทำงานของตน ใช้บ้านตนเอง เช่าที่เพิ่มบ้าง งานงานเป็นผู้ชายหมด แบ่งหน้าที่ตามความถนัด เช่น ช่างไม้ ช่างออกแบบ ช่างสี ช่างผ่านการทำงานมา 10 ปีแล้ว การทำงานมาเช้ากลับเย็นเป็นบางราย บางรายค้างที่ทำงานเลย เนื่องจากอยู่ต่างจังหวัดทำงานตั้งแต่เช้า 8.00 น. เลิกเย็น 17.00 น. ไม่ทำตอนมีเดพระมาองสีไม้ชัดเจนจึงไม่ได้ทำ พอดีช่วงกันทำกับข้าว ตั้งวงตีมสุราทุกวัน มีการสูบบุหรี่เกือบทุกราย ไม่มีการสวมถุงมือ ไม่สวมหน้ากาก ไม่ได้ป้องกันทั้งกลิ่นทินเนอร์และฝุ่นไม้ทั้งๆ ที่รับทราบว่ามีอันตราย



**9) กลุ่มทอและตัดเย็บเสื่อ เป็นกลุ่มสตรีมีการรวมหุ้นแบ่งปันหุ้น การทำงานมีสถานที่ทอเสื่อ และตัดเย็บเสื่อร่วมกัน ทุกคนระบุว่าที่บ้านมีอุปกรณ์ทำพื้นที่หด มีการสั่งของมากอาจทำไม่ทัน โดยเฉพาะการตัดเย็บเป็นเสื่อที่พับได้ หมู่บ้านนี้มีผู้ซึ่งเป็นพืชล้มลูกชนิดหนึ่งเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือนำมาปลูกเพาะพันธุ์ได้ สตรีกลุ่มนี้ได้นำผ้ามาเป็นวัสดุในการทอเสื่อ เกิดตามแหล่งธรรมชาติ เช่น หนองบึง และความรู้ในการทอเสื่อจะถูกถ่ายทอดมาจากครอบครัว และมีอุปกรณ์ที่ใช้สืบทอดกันมา แรงงานบ่นปวดเมื่อยทุกคน**

**10) กลุ่มสตรีเด็ดพริก เป็นกลุ่มของสตรีเฝ้าบ้าน ไปไหนไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ต้องทำงานบ้านและเฝ้าบ้าน แต่ต้องการมีรายได้ และไม่ได้มีความรู้ด้านใดเฉพาะ จึงไปรับผ้าที่ฟื้นค่าจ้างนำไปขายตลาดมาทำความสะอาด เนื่องจากพื้นที่ศักย์เป็นที่อุดมสมบูรณ์มีการปลูกผักมาก จึงมีพ่อค้านำมายังตัวเอง ไม่ได้ไปขาย เช่น 1) พริก ต้องนำมาเด็กกันออกและล้างให้ดี พร้อมนำไปขายที่ตลาดสด 2) หอม ต้องลอกใบแห้ง และดินออกจากรากผักและมัดเตรียมพร้อมขาย 3) ขิง ต้องนำมาลอกเปลือกออกอกรกนำไปล้าง และหั่นฝอยเป็นชิ้นเล็ก ๆ ยาว ๆ พร้อมใช้ผัดหรือทำอาหารได้เลย รายได้แบ่งกันได้รายวันคนละ 50-70 บาท ได้ทุกวันยกเว้นวันพระ ซึ่งต้องไปปฏิบัติธรรมที่วัด**

## **2. คุณภาพชีวิตของแรงงานอุตสาหกรรม**

**2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตของแรงงานอุตสาหกรรม ตามมุ่งมองของแรงงานอุตสาหกรรม หมายถึง “ความพอใจในสภาพชีวิตที่ผสมผสานกัน ทั้งด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต เศรษฐกิจ ชีวิตครอบครัวและชีวิตในสังคม”**

**2.2 ระดับคุณภาพชีวิตในปัจจุบันของแรงงานอุตสาหกรรม เกือบทุกคน ประเมินว่า อุยร์ระดับพอใจและดี ไม่ต้องการให้ได้ถึงดีมาก เพราะพอใจแล้ว และโดยการสนทนากลุ่มได้ยืนยันว่าส่วนมากมีความพอใจในสภาพชีวิต ด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพการทำงาน และสังคม**

**1) คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ แรงงานในแต่ละกลุ่มมีรายได้แตกต่างกันมาก ระหว่าง 1,500 – 10,500 บาท อุยร์ต้องการเกือบทุกคนบอกว่า แรงงานพอใจในค่าจ้าง รายจ่าย การออมเงิน แรงงานในแต่ละ**

กลุ่มไม่มีการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน แต่มีปัญหาเล็กน้อยที่ต้องดูแล มีกลุ่มเด็ดพริกเท่านั้นที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่ถือเป็นศักยภาพที่ยังทำงานได้อย่างไร้ความสามารถมาก่อนบวกกับ พ่อใจในสุขภาพ มีความเสี่ยงแต่ไม่ถึงขั้นอันตราย ที่ต้องหยุดทำงาน และจากการสัมภาษณ์มุ่งมองของผู้นำชุมชน พบว่า การประกอบอาชีพทุกกลุ่มมีความเสี่ยง และระบุว่าทุกอาชีพในชุมชนมีความเสี่ยงอย่างนี้ทุกคน เมื่อนานว่า แต่ต้องระมัดระวังป้องกันตนเองจากโรคต่าง ๆ

**2) คุณภาพชีวิตด้านสังคม แรงงานมองคุณภาพชีวิตครอบคลุมด้านสังคม เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มแรงงาน กับเจ้าของกิจการ กับครอบครัวและชุมชน แรงงานมีความพอใจในสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มแรงงานด้วยกันมาก จนรู้สึกเสมือนเป็นญาติกัน เห็นอกเห็นใจ ให้ยืมเงิน ทำงานแทน สอนงาน ดูแลเมื่อเจ็บป่วยเข้าร่วมกิจกรรมหากแรงงานมีกิจกรรมสังคม เช่น บัวช แต่งงาน ญาติถึงแก่กรรม ส่วนความสัมพันธ์กับแรงงานที่เป็นลูกน้องกับเจ้าของกิจการดีมาก เคารพกันเสมือนญาติฝ่ายใหญ่ ที่แรงงานยอมให้ดูแลตน ให้สั่งสอนอบรมทักษะชีวิตเมื่อสอนทำงาน และเป็นตัวอย่าง เป็นแรงศรัทธาจุ่งใจ ให้เลียนแบบ เพราะต้องการทำธุรกิจเช่นนี้ บางรายแรงงานพัฒนาฐานะมาเป็นผู้ถือหุ้นแบบไม่เป็นทางการ ไม่มีการทำสัญญาแบ่งหุ้น เนื่องจากเชื่อใจทำงานด้วยกันนานๆ จากข้อมูลเบื้องต้นของการตัดสินใจเลือกทำงานนอกระบบ เพราะเลือกการอยู่ร่วมกับครอบครัว จึงไม่ย้ายถิ่นไปทำงานที่อื่น และจากการสัมภาษณ์พบว่า แรงงานส่วนมากมีความสัมพันธ์กับครอบครัวดี รักสามัคคีกันดีช่วยกันทำงาน ได้มีเวลาล้อมเกล้านบุตรหลานรับส่งบุตรหลานไปเรียนและไปรับกลับ จึงเป็นการทำงานที่มีรายได้และกระชับให้ครอบครัวเป็นปึกแผ่น**

**ความสัมพันธ์ระหว่างแรงงานกับชุมชน ส่วนมากดี มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนดี ช่วยชุมชนทำงานเพื่อส่วนรวม เช่น ซ้อมเครื่องตัดหญ้า ทาสีที่สาธารณะ ทำอุปกรณ์ เฟอร์นิเจอร์ ทำงานมาร่วมงาน แม้จะมีบางอย่างที่ก่อให้เกิดการรบกวน เช่น เสียงดังกลิ่นเหม็น ขยายเพิ่มขึ้น แต่สามารถชุมชน เจ้าของกิจการมองเป็นวิถีชุมชน ต่างถ้อยที่ถ้อยคำด้วย มีเรื่องกีဂล่อกเลี้ยกันไป จึงเป็นแรงสนับสนุนให้ชุมชนเป็นปึกแผ่น**

3) คุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบทด้านการพัฒนาศักยภาพและการรับข้อมูลข่าวสาร ไม่่อ่านหนังสือพิมพ์ไม่ได้ดูข่าวโทรทัศน์ได้ดูเฉพาะตอนเย็นแต่บางวันทำงานเห็นอย่างมากเย็นมาก็เข้านอนไม่ได้ดูข่าวหรือละคร ไม่ได้อ่านหนังสือพิมพ์ เพราะตื่นแต่เช้า

ไม่เคยได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ  
พอกิจกรรมประกอบอาชีพในปัจจุบันซึ่งมีการเรียนจากพาก  
แรงงานด้วยกัน ปรึกษาแก้ไขเวลาเมื่องานถ้าได้อ่านทุกคนระบุ  
ว่าหากได้อ้อมคงดีแต่เป็นไปได้ยาก ทุกกิจกรรมจะไม่หยุด  
งานเพราะจะทำให้หลายคุณไม่มีกิน

พอใจในการทำงานที่ผ่านมา แต่ทุกคน  
ยอมรับว่าถ้าจะให้ดีมากกว่านี้ควรมีการอบรมเพิ่ม  
อย่างมีกิจกรรมเป็นของตัวเอง

### 3. ความต้องการในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของแรงงานอกรอบบูรณาการ

จากการประชุมในกลุ่มแรงงานอุตสาหกรรม  
ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในชุมชน มีผู้ร่วมประชุมที่หลากหลาย  
มีการจัดประชุมทั้งหมด 3 ครั้ง มีมุ่งมองว่าคุณภาพชีวิต  
จะเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ การกินอยู่ ความอบอุ่น  
ในครอบครัว ความพร้อมหน้าพร้อมตาของสมาชิกใน  
ครอบครัว ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ยกตัวอย่างกรณีอยู่ช่อง  
รถจักรยานยนต์ จะมีเสียงดังรบกวนชาวบ้าน มีเขม่าดำเน  
และน้ำมันเครื่องติดเลือพ้า

3.1 การพัฒนาฝีมือเพื่อเพิ่มรายได้และเพิ่มความมั่นคงทางเศรษฐกิจ พบว่า กลุ่มที่มีกิจการเป็นของตนเองจะมีรายได้ดีกว่าไปรับจ้างเข้า ส่วนกลุ่มที่เป็นลูกจ้าง ผู้นำชุมชนได้สะท้อนว่า การได้ทำงานอยู่บ้าน ลูกหลานได้อยู่กับบ้าน อยู่พร้อมหน้ากันถึงแม้รายได้จะน้อยแต่ก็มีความสุขใจไม่เต็อดร้อนแม้รายได้น้อย

3.2 ต้องการลดความขัดแย้งกับชุมชน  
โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันผลกระทบจากของเสีย  
หรือลิ่งรบกวนที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน แรงงาน  
นอกระบบส่วนมากต้องการทำงานในชุมชนของตนเอง  
เพื่อให้ได้อยู่กับญาติพี่น้องแต่การทำงานกลับทำให้เกิด  
ความไม่เข้าใจกันในบางเรื่อง เนื่องจากบกวนเพื่อนบ้าน  
เช่น อุ่นทารีกการทำให้เหม็นกลิ่นสี อุ่นรถทั้งเสียงดัง กลิ่น  
เป็นซึ้นและควันรถ โรงงานขนาดใหญ่คือรบกวนและ  
เขม่าควันจับเลือดผ้า เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการร้อง  
เรียนโดยที่แรงงานเองเข้าใจและต้องการป้องกันแต่ด้วย  
ข้อจำกัดของรายได้จึงไม่สามารถสร้างอุปกรณ์ป้องกัน

สิ่งที่บกวนดังกล่าว จึงต้องการประสานขอความร่วมมือ  
จากชุมชนและองค์กรท้องถิ่น รวมถึงภาครัฐและเอกชน  
ที่เกี่ยวข้องเข้าไปให้การช่วยเหลือ

3.3 การพัฒนาระบบประกันทางสุขภาพ  
รายได้และสังคม แรงงานนอกระบบไม่มีหลักประกัน  
อะไรเลย ซึ่งประดิษฐ์ผู้นำชุมชนก็ให้ความสนใจว่าจะทำ  
อย่างไร ความไม่แน่นอนของงาน ของรายได้ เปลี่ยนงาน  
บ่อย และการไม่มีเงินค่าประกัน การเข้าถึงบริการด้าน<sup>สุขภาพ</sup>และความปลอดภัย กรณีเจ็บป่วยไม่มีสวัสดิการ  
อะไร ไม่มีค่ามารดาตรวจสุขภาพ แต่ก็มีบัตรรักษาพยาบาลฟรี  
ซึ่งก็ไม่ค่อยได้ใช้ เพราะไม่มีเวลา ส่วนเงินชดเชยไม่มี  
เหมือนแรงงานในระบบ ซึ่งประชาชนในชุมชนที่เป็น<sup>แรงงาน</sup>  
แรงงานนอกระบบยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ  
ประกันสังคม ซึ่งมีผู้นำชุมชนที่มีประสบการณ์จากการที่  
มีบุตรทำงานและเป็นแรงงานในระบบ ได้อธิบายว่าการ  
ทำประกันสังคมต้องเกี่ยวข้องกับหลายส่วน ซึ่งแรงงาน  
นอกระบบมีการทำงานที่ไม่แน่นอน วันนี้ทำงานนี้ วันต่อ  
ไปอาจเปลี่ยนไปทำงานอย่างอื่นจึงประกันไม่ได้

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิต มีความหมายรวมถึงการผสานของสามองค์ประกอบ คือ 1) การมีสุขภาพดี 2) การมีงานทำที่ให้รายได้มั่นคง และ 3) การได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นสุข มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>14,15</sup> ที่กล่าวว่าความรู้สึกพึงพอใจนั้นแตกต่างกันออกไปตามมิติการรับรู้ของแต่ละคนในด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม สภาพการทำงานที่ปลดภัยมั่นคงก้าวหน้าในงานและโอกาสในการพัฒนาสามรถภาพของบุคคล

ส่วนความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิต  
พบว่า 1) ความต้องการพัฒนาฝีมือของแรงงานเพื่อให้  
มีรายได้เพิ่มขึ้นจากคุณภาพบริการที่ดีขึ้น เนื่องจากค่า  
ตอบแทนน้อย ไม่มีงานทำอย่างต่อเนื่อง ทำงานหนัก ไม่  
ได้รับสวัสดิการ ชั่วโมงทำงานมากกว่าปกติ ไม่มีวันหยุด  
วันล้า 2) ความต้องการลดความชัดแย้งกับชุมชน โดย  
เฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันผลกระทบจากของเสียหรือสิ่ง  
รบกวนที่เกิดขึ้นจากการทำงานนี้ อย่างไรก็ตาม  
แรงงานกลุ่มนี้เป็นคนในชุมชน มีความเป็นชุมชน สนใจ  
งานของชุมชนและการรวมกลุ่ม สร้างเครือข่ายในชุมชน



เป็นอย่างดี เครือข่ายผู้ใช้บริการจึงไม่ยากต่อการแก้ปัญหาร่วมกัน การใกล้เคลียร์แม้จะมีบอยครั้งแต่ก็ไม่ใช่ขอขัดแย้งที่รุนแรง เป็นเพียงการหารือร่วมกันและยอมรับการช่วยกันแก้ไข 3) ความต้องการพัฒนาระบบประกันที่ครอบคลุมด้านสุขภาพ รายได้และสังคมเพื่อให้มีความมั่นใจว่าหากมีอุบัติเหตุหรือปัญหาใดๆ จากการทำงานจะมีระบบดูแล สามารถถลาก้ำโดยที่ยังมีโอกาสกลับมาทำงานต่อได้ มีรายได้และเป็นที่ยอมรับของสังคม การเข้าไปดูแลเรื่องสุขภาพ การส่งเสริมพัฒนาศักยภาพเพื่อยกระดับฝีมือ เป็นความจำเป็นเร่งด่วนเช่นกัน อย่างไรก็ตามได้มีการให้ข้อคิดว่า แรงงานที่ดีเขามีอยู่กับเรา หรือ แรงงานที่ไม่ดีจะอยู่กับเรา (เมาประจा) สภาพการทำงานที่ไม่มีเสถียรภาพ สถานภาพของแรงงานที่ไม่ชัดเจน สภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่เหมาะสม การขาดการส่งเสริมศักยภาพเพื่อยกระดับฝีมือ การได้รับค่าจ้างค่าตอบแทนในการทำงานที่ต่ำ การไม่ได้รับสวัสดิการและการคุ้มครองแรงงาน การขาดหน่วยงานที่ทำหน้าที่บริหารและรับผิดชอบงานโดยตรง จะเห็นได้ว่าปัญหาสำคัญที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตแรงงานในประเทศไทยอยู่ตลอดเวลา คือ ปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะปัญหาจากอันตรายและความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน ซึ่งประเทศไทยยังขาดระบบการป้องกันและดูแลอย่างเหมาะสมและทั่วถึง ซึ่งเมื่อพูดถึงการดูแลกลุ่มแรงงาน รัฐมักให้ความสำคัญเฉพาะด้านรายได้และปากห้องเป็นหลัก โดยมักจะเลยต่อปัญหาด้านสุขภาพ และความปลอดภัยในการทำงานหรือที่เรียกว่า กันว่า “ปัญหาด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน<sup>16,17</sup>

ประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและได้รับการกล่าวถึงเกี่ยวกับแรงงานอุตสาหกรรม การรับงานที่เสี่ยงหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ประเภทหรือสภาพการทำงานที่มีผลต่อสุขภาพ การทำงานที่รีบเร่ง การทำงานเป็นระยะเวลายาวนาน การขาดข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ การขาดหลักประกันในการคุ้มครองสวัสดิการแรงงาน แนวทางในการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพสำหรับแรงงานอุตสาหกรรม การปรับปรุงระบบบริการสุขภาพและสร้างเสริมระบบการประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานอุตสาหกรรม ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ป้องกัน / การไม่คุ้นเคยในการ

ใช้อันตรายจากเครื่องจักร/อุปกรณ์ ทำทางการทำงาน (การยกเศษ) สภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น (ผู้/ ความร้อน/ แสงสว่าง/ เสียง สารเคมีฟุ้งกระจายรวมถึงการสูบบุหรี่) ซึ่งมีผลการทำงานยาว ความรู้ความเข้าใจเรื่องอาชีวอนามัย จะเห็นว่าแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีสภาพการจ้างงานที่ไม่แน่นอน สภาพแวดล้อมในการทำงานไม่เอื้ออำนวยต่อการติดต่อกันหน่วยงานราชการหรือนายจ้าง แรงงานอุตสาหกรรมต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพ<sup>19,20</sup> แรงงานทุกคนเป็นประชากรไทยมีหลักประกันสุขภาพ มีบัตรทองทุกราย แต่การเข้าถึงสิทธิแรงงานขั้นพื้นฐานนั้นมีปัญหาเนื่องจากไม่ว่าจะไปรับบริการสุขภาพ แต่กลุ่มนี้จะดูแลตนเองได้ เช่น ไปคลินิกเอกชน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาที่แรงงานอุตสาหกรรมได้อยู่ในระบบประกันสังคม ส่งผลทำให้แรงงานที่ได้รับอุบัติเหตุไม่สามารถที่จะเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เมื่อตนกับแรงงานที่อยู่ในระบบได้ ซึ่งถือว่าเป็นข้อเสียเปรียบของแรงงานอุตสาหกรรมที่ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้น<sup>20</sup> จากข้อเสนอแนะว่า แรงงานอุตสาหกรรมเป็นความต้องการของชุมชนซึ่งถือเป็นกลไกหลักในการแก้ไขปัญหาระดับแรงงานในชีวิตประจำวันของคนในชุมชน ดังนั้นกลุ่มนี้จึงควรได้รับการสนับสนุนจากรัฐให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นอย่างจริงจังต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

1. ภาครัฐควรสนับสนุนการพัฒนาฝีมือของแรงงานอุตสาหกรรม การบริหารจัดการเพื่อเพิ่มรายได้และเพิ่มความมั่งคงทางเศรษฐกิจ
2. ควรสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิต การเข้าถึงสิทธิพื้นฐานของรัฐสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่สุด และบริการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยในการทำงานและสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมให้ครอบคลุมแรงงานทุกกลุ่ม
3. ควรมีการบริการแก่กลุ่มแรงงานนอกระบบในการตรวจสุขภาพทั่วไปก่อนการทำงาน ตรวจสุขภาพรายปี และการตรวจตามความเสี่ยงจากการทำงาน การปรับสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสม สำหรับนายจ้าง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับลูกจ้าง เพื่อลดความเสี่ยง



4. ควรศึกษาเชิงปฏิบัติการถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานอกระบบและการได้รับสวัสดิการของภาครัฐของแรงงานอกระบบที่ให้ได้ข้อรูปแบบการพัฒนาที่เหมาะสมต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. ILO. Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture. In: sector E. International Labour Office Geneva; 2002.
2. กลุ่มสถิติแรงงาน. การสำรวจแรงงานอกระบบ พ.ศ. 2552. In: สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2553.
3. กุศล สุนทรรดา. ความหลากหลาย สุขภาวะ และหลักประกันของแรงงานอกระบบใน กทม. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
4. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. แนวทางการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ ในการทำงานของแรงงานอกระบบ ปี พ.ศ. 2553. In: กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค; 2553.
5. Valentina F. Improvement of working conditions and environment in the informal sector through safety & health measures. In: Branch OSaH, editor.: International Labour Office; 1999.
6. อนิรุจน์ มะโนธรรม. การศึกษาปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มแรงงานอกระบบที่จังหวัดภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต; 2548.
7. พูลทรัพย์ สวนเมือง ตุลาพันธุ์. ปัญหาสุขภาพอนามัย ความปลอดภัยในการทำงานและสิ่งแวดล้อมของผู้ทำการผลิตที่บ้านในประเทศไทย; 2010.
8. เปญญา จิรภัทรภิมล, กรณิการ เลิกบุญญาลิน, นลินี ตันรุวนิตย์, มาลี สิทธิประเสริฐ, บุญสม น้ำสมบูรณ์. สภาพการทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้าน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
9. สุวิทย์ อินนามา. แรงงานอกระบบ: วิถีชีวิต สภาพการทำงาน การดูแลสุขภาพและสังคม กรณีศึกษากลุ่มเย็บผ้า ตำบลบ้านเมือง อ.หนองเรือ จ.ขอนแก่น. ขอนแก่น: สถาบันอ่านมายบังเมือง จังหวัดขอนแก่น; 2550.
10. ทวีสุข พันธุ์เพ็ง. แนวทางการวิจัยของกรมอนามัยในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549). กรุงเทพฯ: กองแผนงาน กรมอนามัย; 2549.
11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลเบื้องต้นการสำรวจแรงงานอกระบบ พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร; 2549.
12. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข. สาระสุขภาพ 2551; 1(29): 29 กันยายน – 3 ตุลาคม 2551.
13. สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน กระทรวงแรงงาน. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจแรงงานอกระบบ พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2551.
14. Stanhope M, Lancaster J. Community Public Health Nursing. 5th, editor. St. Louis, Missouri: Mosby, Inc; 2000.
15. สถาบันวิจัยทรัพยากรมนุษย์. ร่างรายงานการศึกษาโครงการวิจัยการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานอกระบบ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.
16. Johannes PJ, Juan RL. Forgotten workers. Organisation for Economic Cooperation and Development; 2009 74(ABI/INFORM Global).
17. สุรัตน์ ยิ่งแย้ม, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ทำงานไม่มีแก๊สลักษณ์. พยาบาลสาร 2550; 34(4): 68-79.
18. สุกังค์ จันทวนิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
19. ประภารัตน์ ณ พักลุง, เกษรวัลลณ์ นิลวรางกูร. พฤติกรรมเลี้ยงทางสุขภาพจากการทำงานของคนทำงานวัยกลางคน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 22-29.
20. สุตา หันกลาง, พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, ปราณนา สถิติภานี, เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของครอบครัวกรณีศึกษาผู้รับงานดัดเหล็กเส้นไปทำที่บ้าน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554; 29(1): 59-67.



## Community needs for Strengthening Quality of Life of Small Group Informal Workers\*

Somjit Daenseekaew PhD\*\* Ratdawan Klungklang M.N.S.\*\*\*

### Abstract:

The present qualitative study adopted a participatory rural appraisal (PRA) as an approach to investigate the meaning of quality of life (QOL) perceiving by informal working-age people (WAP) who work in a small group gathering in one sub-urban community, and to facilitate the workers together with community leaders in analyzing community needs for strengthening quality of life of workers. The study was carried out for learning with communities through observations, in-depth interviews, focus group discussions, and participatory meeting. A content analysis was performed to analyze the data and summarized the needs for improving the QOL of informal WAP.

Result revealed that QOL is a composition of three aspects: 1) good health, 2) sustain economy with sufficiency income, 3) having harmonious living with family in their own community. The community needs for strengthening quality of life of small group informal workers as follows: 1) promoting income through strengthening their ability for higher quality services, 2) reducing community conflict which causing by waste product or nuisance from their working process, 3) insurance system development including health, income and social insurance to confirm in case the worker face to accident or get any problem from their working process, they will have a chance to continue their work, getting best caring, and receiving well social support. Moreover, communities give a usefulness suggestion that, informal small group workers are a needed person which is the main community mechanism for releasing emerging problem in communities' normal life. Then, community need to request from the government to take seriously concern for developing quality of life of these small groups informal workers.

**Keywords:** community needs, strengthening quality of life, informal workers

---

\* A part of a research on title "Community Capacity for Strengthening Quality of Life of Small Group Informal Workers. Supported by Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working-Age People, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

\*\* Associate Professor, Faculty of Nursing, and Vice Director of Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working-Age People, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

\*\*\* Professional Nurse, Boromarajonani College Nursing Khon Kaen



## การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุจราจรตามถนน ณ เมืองไกสونพมวิหาร แขวงสะหวันนะเขต ส.ป.ป. ลาว\*

นគรคำ แสงจันทร์ พย.ม\*\* ชนิษฐา นันทบูตร PhD\*\*\*

### **บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ซึ่งได้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามล้มภายน์ผู้เข้าชื่อรัฐกรายนนต์ และรถยนต์ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรผู้ที่พูดคุยกับและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องการเกิดอุบัติเหตุในระยะ 2 เดือน มีจำนวน 60 ราย และล้มภายน์ประชาชนที่ว่าไปที่ขับขี่รถจักรยานยนต์และรถยนต์ ตามโรงเรียนและที่สาธารณะจำนวน 191 คน รวบรวมข้อมูล และนำมายิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับวิเคราะห์โดยใช้การแยกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ และรถยนต์ที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่พูดคุยกับและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแขวงสะหวันนะเขตถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุจราจร และความรุนแรงของการบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุจราจร พบร่วม เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.7 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 25.08 ปี ( $SD = 9.01$  ปี) มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.0 รถที่ได้อุบัติเหตุเป็นรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 95.0 ได้รับอุบัติเหตุจากการชนกันร้อยละ 55.0 อุบัติเหตุเกิดขึ้น ในช่วง 6.00 - 18.00 น. ร้อยละ 53.3 ดื่มสุรา ร้อยละ 33.3 ขับรถเร็ว ร้อยละ 58.3 ไม่สามารถนิรภัยร้อยละ 75.0 ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ ร้อยละ 71.7 ไม่ได้รับการฝึกอบรม ร้อยละ 83.3 ไม่ได้ตรวจสภาพรถประจำปีร้อยละ 53.3 ไม่ได้ตรวจสอบรถก่อนขับขี่ร้อยละ 58.3

2. ประชาชนที่ว่าไปที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ รถยนต์ตามโรงเรียน และที่สาธารณะถึงพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจร และการลดความรุนแรงของการบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุจราจร พบร่วม เป็นเพศชายร้อยละ 64.9 มีอายุเฉลี่ย 30.17 ปี  $S.D. = 10.53$  ปี มีประสบการณ์ขับขี่ 1-5 ปี ร้อยละ 38.7 เดย์ได้รับอุบัติเหตุหนึ่งครั้ง ร้อยละ 30.4 เดย์ได้รับอุบัติเหตุมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 14.1 ได้รับอุบัติเหตุจากการชนกัน ร้อยละ 25.7 ขับรถเร็วบางครั้ง ร้อยละ 63.9 ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายบางครั้ง ร้อยละ 46.6 ไม่เปิดไฟสัญญาณเลี้ยวบางครั้ง ร้อยละ 47.1 คุยโทรศัพท์บางครั้ง ร้อยละ 54.5 ดื่มสุรา ก่อนขับขี่บางครั้ง ร้อยละ 44.5 ง่วงขณะขับขี่บางครั้ง ร้อยละ 45.0 สวมหมวกนิรภัยบางครั้ง ร้อยละ 39.0

**คำสำคัญ:** ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การเกิดอุบัติเหตุจราจรตามถนน

\*วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



## គារមេត្តិកសាស្ត្រ

ปัญหาระบบเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลกจากสถิติองค์กรอนามัยโลกปีค.ศ. 2002 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทั่วโลกกว่า 1.18 ล้านคนเฉลี่ย 3,243 คนต่อวันโดยร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตมีอายุน้อยกว่า 45 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชากรวัยแรงงานอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรจะแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค องค์กรอนามัยโลกคาดว่าในปีค.ศ.2020 หากไม่มีการป้องกัน ปัญหาอุบัติเหตุจราจรจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากอันดับ 9 มาเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคซึมเศร้า

สำหรับสาธารณรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาวซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจสังคมสากลราชได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะ 1 ปี จากปีค.ศ.2005-2006 จำนวนyanพานะได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 32 ตั้งนั้น อุบัติเหตุจากการจราจรเงื่อนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยในปีค.ศ.2006 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจำนวน 492 คนเพิ่มขึ้นร้อยละ 19 จากปีค.ศ.2005 และมีคนที่ได้รับบาดเจ็บจำนวน 7,825 คน

แขวงสะหวันนะเขตซึ่งเป็นแขวงที่ใหญ่อันดับหนึ่งของประเทศไทยด้านเนื้อที่และประชากร มีภูมิลักษณ์ฐานตั้งอยู่ภาคกลางของประเทศไทย มีถนนหมายเลข 13 ซึ่งเป็นถนนหลักผ่านจากภาคเหนือลงถึงภาคใต้ของลาวและมีชายแดนเชื่อมต่อระหว่างประเทศไทย เวียดนามทางทิศตะวันออกและราชอาณาจักรไทย ทางทิศตะวันตกโดยมีสะพานข้ามแม่น้ำโขงซึ่งเป็นสะพานมิตรภาพแห่งที่สองเป็นเส้นทางเชื่อมต่อระหว่างจังหวัดมุกดาหารเพื่อมุ่งหน้าไปสู่ประเทศไทยเวียดนามตามเส้นทางหมายเลข 9 ของลาว จากเงื่อนไขที่ได้รับการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจสังคม จึงทำให้มีيانพานหนาแน่นขึ้นเรื่อยๆ ในขณะเดียวกันนั้นการพัฒนาเส้นทางยังไม่เพียงพอ กับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน จึงพบว่าปัญหาที่ตามมาคือ อุบัติเหตุซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับที่ 4 ใน 10 อันดับต้นๆ ของปัญหาการเงินป่วยที่พบจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแขวงสะหวันนะเขต ซึ่งรองจากโรคใส่ตั้งอักเสบที่เป็นอันดับหนึ่ง ไข้เลือดออกอันดับที่สอง ปอดอักเสบอันดับที่สาม และอุบัติเหตุอันดับที่สี่

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอบดีเทจาระและพฤติกรรมการ

ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร และการลดความรุนแรงของurbation การเกิดอุบัติเหตุจราจรที่เทศบาลเมืองไกส่อนพนมวิหาร แขวงสะหวันนะเขต สาธารณรัฐประชาชนไทย ประชาชนลาว ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลเพื่อใช้ในการระดูให้ทุกภาคส่วนในสังคมตื่นตัว และดำเนินถึงความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่การลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุจราจรต่อไป และได้ความรู้ที่เป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การปรับนโยบายและปรับกลยุทธ์การวางแผนการป้องกันอุบัติเหตุการจราจรในอนาคต

## ວັດຖຸປະສົງຄໍການວິຈີຍ

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุจราจร
  2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร

វិវីតាំបើនការវិគ្យ

- ศึกษาข้อมูลจากเอกสารตำราและหนังสือต่าง ๆ เพื่อทบทวนวรรณกรรม ศึกษาข้อมูลจากหน่วยงานสหกิจสัมพันธ์ที่ตนบริเวณโรงพยาบาลแขวงสะหวันนะเขต
  - ทำหนังสือเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องติดต่อประสานงานและขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลหน่วยบริการแต่ละตึกของโรงพยาบาลแขวงสะหวันนะเขต เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลหรือทำการสัมภาษณ์พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กำหนดเวลาที่จะออกเก็บรวบรวมข้อมูล
  - จัดทำลำเนาแบบสัมภาษณ์ให้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา
  - อธิบายชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการสัมภาษณ์ให้ผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทราบและให้ผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์จนสามารถทำได้ถูกต้อง
  - ลงมือเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ดังนี้
    - ผู้นำเดจันจากอุบัติเหตุจราจร ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานแต่ละตึกของโรงพยาบาลแขวงสะหวันนะเขต เป็นผู้เก็บรวบรวม



ข้อมูลนำผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่พูดคุยได้ในขณะที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลแขวงสะหวันนะเขตในช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคมปี พ.ศ. 2552 โดยผู้วิจัยเอง เป็นผู้ดำเนินการควบคุม ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลให้สำเร็จในแต่ละวัน

2) ประชาชนทั่วไปที่เป็นผู้ที่ช่วยเหลือและรายงานตัว ผลกระทบจากการจราจร ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการสัมภาษณ์ข้อมูล จากผู้ชักขร่องจราจร รายงานตัวที่ทำการศึกษาในโรงเรียนและที่สาธารณะในเขตเทศบาล เมืองไกสอนพมวิหาร แขวงสะหวันนะเขต โดยผู้วิจัยเองเป็นผู้ดำเนินการควบคุม ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลให้สำเร็จในแต่ละวัน

6. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาตรวัด สอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลและทำการลงรหัส ให้กับแบบสัมภาษณ์เพื่อจะรอบันทึกลงในคอมพิวเตอร์

7. ทำการบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์พร้อม พั้งตรวจสอบความถูกต้องก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล

## ผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุ จราจร และความรุนแรงของการบาดเจ็บจากการเกิด อุบัติเหตุจราจร

ข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ชักขร่องจราจร รายงานตัว และรายงานตัวที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แขวงสะหวันนะเขต ระยะ 2 เดือน (1 ก.ย. - 31 ต.ค. 2552 จำนวน 60 คน) เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.7 มีอายุระหว่าง 12-54 ปี เฉลี่ย 25.08 ปี S.D. = 9.01 ปี ผู้ชักขร่องจราจร รายงานตัว และรายงานตัวที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 35.0 มีอาชีพ รับจ้าง รองลงมา ร้อยละ 31.7 เป็นนักเรียน ร้อยละ 95.0 ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะในการเดินทาง ร้อยละ 55.0 ได้รับอุบัติเหตุ เนื่องจากชนกัน ร้อยละ 53.3 ได้รับอุบัติเหตุในช่วงกลางวัน ระหว่าง 6.00 น.-18.00 น ร้อยละ 75.0 ได้รับอุบัติเหตุอยู่ใน ตัวเมือง ร้อยละ 65.0 ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ไม่ได้ นอนโรงพยาบาล ร้อยละ 51.7 ได้รับอุบัติเหตุโดยมี บาดแผลนักขาดต้องได้รับการเย็บแผล

ปัจจัยด้านคนขับ พฤติกรรมของผู้ชักขร่องจราจร รายงานตัว และรายงานตัวที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

จราจร มีพฤติกรรมดื่มน้ำสุราก่อนขับขี่ ร้อยละ 33.3 มี พฤติกรรมขับรถเร็ว ร้อยละ 58.3 มีพฤติกรรมไม่สวม หมวกนิรภัย / ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่ ร้อยละ 75.0 มีสภาพร่างกายผิดปกติทางด้านอารมณ์จิตใจ เป็นคนที่มีอารมณ์ปกติ และเป็นคนที่มีอารมณ์ ใจร้อน เท่ากัน ร้อยละ 46.7 มีประสบการณ์ในการขับขี่พาหนะมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 83.3 ไม่มีความรู้เรื่องกฎหมายจราจร ร้อยละ 56.7 ไม่ได้สอนนุญาตขับขี่พาหนะ ร้อยละ 71.7 ไม่ได้รับการฝึกอบรมการขับขี่จากโรงเรียนสอนขับรถ ร้อยละ 83.3 ส่วนมากใช้ความเร็วระหว่าง 30-60 กม / ชั่วโมง ร้อยละ 61.7

ปัจจัยด้านพาหนะ ผู้ชักขร่องจราจร รายงานตัว และรายงานตัวที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ส่วนมากรถที่ใช้ เป็นของตนเอง ร้อยละ 73.3 รถที่ใช้ขับขี่ได้รับการตรวจสภาพรถทำเป็นประจำทุกปี ร้อยละ 53.3 ไม่ได้ตรวจก่อนขับขี่ ร้อยละ 58.3 ไฟหน้าใช้ได้ดี ร้อยละ 88.3 ไฟท้ายใช้ได้ดี ร้อยละ 91.7 มีไฟเบรกใช้ได้ดี ร้อยละ 91.7 มีไฟเลี้ยวใช้ได้ดี ร้อยละ 90.0 มีกระจกมองหลัง และข้าง ร้อยละ 95.0 มีแทรดี ร้อยละ 93.3 มีพวงมาลัย/คันเร่ง ดี ร้อยละ 90.0 มีสภาพยางล้อดี ร้อยละ 93.0

ปัจจัยด้านถนน ผู้ชักขร่องจราจร รายงานตัว และรายงานตัวที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรซึ่งเกิดจากปัจจัย ด้านถนนผิวน้ำจราจรเรียบ ร้อยละ 80.0 ปัจจัยด้านถนนเนื่องจากช่องทางจราจรกว้าง ร้อยละ 80.0 ลักษณะถนน เป็นทางตรง ร้อยละ 80.0 สภาพจราจรไม่แออัด ร้อยละ 90.0 ความสว่างของถนนมีไฟล่อลงสว่าง ร้อยละ 75.0 ถนนไม่มีลิงกิดขวาง ร้อยละ 91.7

ปัจจัยด้านลิงแวดล้อม ผู้ที่ชักขร่องจราจร รายงานตัว และรายงานตัวที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจนเนื่องจากปัจจัย สิ่งแวดล้อมเกิดอุบัติเหตุขณะมีฝนตก และมีพายุ/ลมแรง เท่ากัน ร้อยละ 6.7 เกิดอุบัติเหตุขณะมีสัตว์เลี้ยงที่ชอบ ถนน ร้อยละ 18.3

2. พฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ จราจร และการลดความรุนแรงของการบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุจราจร

ข้อมูลทั่วไป จากการสัมภาษณ์ประชาชน ทั่วไปที่ชักขร่องจราจร รายงานตัว และรายงานตัวตามโรงเรียน และที่สาธารณะในเขตเทศบาล เมืองไกสอนพมวิหาร แขวงสะหวันนะเขตถึงพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ



จราจและ การลดความรุนแรงของการบาดเจ็บจาก การเกิดอุบัติเหตุจราจรจำนวน 191 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.9 มีอายุระหว่าง 14-65 ปี เฉลี่ย 30.17 ปี S.D. 10.53 ปี ส่วนมากมีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 27.2 รองลงมาเป็นนักศึกษา ร้อยละ 21.5 มีประสบการณ์ในการขับขี่อยู่ระหว่าง 1-36 ปี เฉลี่ย 8.93 ปี S.D. = 6.49 มีประสบการณ์ในการขับขี่ 1-5 ปี ร้อยละ 38.7 รองลงมา มีประสบการณ์ในการขับขี่ 6-10 ปี ร้อยละ 35.1 ร้อยละ 30.4 เคยได้รับอุบัติเหตุหนึ่งครั้ง ร้อยละ 14.1 เคยได้รับอุบัติเหตุมากกว่าหนึ่งครั้ง ลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุส่วนมากรถชนกัน ร้อยละ 25.7 รองลงมาเกิดอุบัติเหตุจากรถชนสัตว์เลี้ยง ร้อยละ 9.9 ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยไม่ได้นอนโรงพยาบาล ร้อยละ 34.6 ประเภทของการบาดเจ็บ พบร้า ผู้ได้รับ อุบัติเหตุส่วนมากไม่มีบาดแผลฉีกขาด ร้อยละ 27.7 รองลงมา มีบาดแผลฉีกขาดต้องได้รับการเย็บ ร้อยละ 14.7

พฤติกรรมการขับขี่ในการป้องกันการเกิด อุบัติเหตุจราจร และการลดความรุนแรงของการบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุจราจร ประชาชนทั่วไปที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ รถยกต์ตามโรงเรียน และที่สาธารณะในเขตเทศบาล เมืองไกส่อนพนมวิหาร แขวงสะหวันนะเขต ประเทศไทย公然รู้ประชาริปไตยประชาชนลาว มีพฤติกรรมการขับขี่รถเร็วเป็นบางครั้ง ร้อยละ 63.9 มีพฤติกรรมเคยขับขี่รถในตัวเมืองเร็วเกิน 30 กม./ชั่วโมงเป็นบางครั้ง ร้อยละ 43.5 มีพฤติกรรมเคยขับขี่รถยกตัวเมืองเร็วเกิน 80 กม./ชั่วโมงเป็นบางครั้ง ร้อยละ 35.1 มีพฤติกรรมเคยขับขี่รถโดยไม่ปฏิบัติตามกฎจราจรเป็นบางครั้ง ร้อยละ 46.6 มีพฤติกรรมเคยขับขี่รถผิดกฎหมายโดยถูกต่อว่าปรับใหม่เป็นบางครั้ง ร้อยละ 60.7 แซงในที่คับขันทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 35.6 ไม่เปิดไฟสัญญาณก่อนเลี้ยวทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 47.1 มีพฤติกรรมเคยขับขี่รถตัดหน้าคนอื่นอย่างกระซิบทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 25.1 มีพฤติกรรมเคยขับขี่รถบรรทุกของหนักทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 35.6 มีพฤติกรรมเคยขับขี่รถโดยหยุดรถกะทันหันทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 33.0 มีพฤติกรรมเคยขับขี่รถโดยจอดในที่ห้ามจอดทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 22.5 มีพฤติกรรมเคยขับขี่รถเคียงคู่กันไปกับเพื่อนทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 51.3 มีพฤติกรรมเคยขับขี่รถโดยคุยกับโทรศัพท์มือถือเป็น

บางครั้ง ร้อยละ 54.5 มีพฤติกรรมคุยกับเพื่อนขณะขับขี่รถเป็นบางครั้ง ร้อยละ 66.5 มีพฤติกรรมเคยขับขี่รถโดยข้อนท้ายมากกว่า 2 คนทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 34.6

พฤติกรรมการดูแลสภาพร่างกายในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรและการลดความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่พานะทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 44.5 มีความรู้สึกง่วงนอนขณะขับขี่พานะเป็นบางครั้ง ร้อยละ 45.0 กินยากล่อมประสาทก่อนขับขี่ทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 20.4 ขับขี่พานะขณะไม่สบายเป็นไข้ บางครั้ง ร้อยละ 33.0

พฤติกรรมการตรวจสอบพานะในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร และการลดความรุนแรงของการบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุจราจร จากการสัมภาษณ์ประชาชนทั่วไปที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ และรถยกต์ตามโรงเรียน และที่สาธารณะในเขตเทศบาล เมืองไกส่อนพนมวิหาร แขวงสะหวันนะเขต มีพฤติกรรมการตรวจสอบพานะด้วยตนเองก่อนขับขี่ทำเป็นประจำ ร้อยละ 59.7 นำพานะของตนไปตรวจสอบสภาพรถทุกๆ ปี ทำเป็นประจำ ร้อยละ 57.6

พฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงในการบาดเจ็บขณะขับขี่รถโดยการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ทำเป็นประจำ ร้อยละ 60.3 มีพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงในการบาดเจ็บขณะขับขี่รถโดยการคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่รถยกต์ ทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 46.0 การดูแลความพร้อมของร่างกายก่อนการขับขี่ จากการศึกษาพบร้า ผู้ที่ขับขี่yanพานะ มีพฤติกรรมการดูแลสภาพร่างกายก่อนขับขี่ทั้งกลุ่มผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และกลุ่มประชาชนทั่วไปที่ขับขี่พานะ พบร้า มีการดื่มน้ำก่อนขับขี่ร้อยละ 33.3 และดื่มน้ำสูตรเป็นบางครั้งก่อนขับขี่ร้อยละ 44.5 พบร้า ผู้ขับขี่yanพานะที่มีอาการไม่ใช้ร้อน ร้อยละ 46.7 มีความรู้สึกง่วงนอนบนบานะครั้ง ร้อยละ 45.0 กินยากล่อมประสาทบานะครั้ง ร้อยละ 20.4 ขับขี่รถขณะไม่สบายบานะครั้ง ร้อยละ 33.0

การเครื่องครัดในการขับขี่ตามกฎหมาย พบร้า ผู้ขับขี่คุยกับโทรศัพท์บานะครั้งขณะขับขี่ ร้อยละ 54.5 ขับรถเร็ว ร้อยละ 58.3 ขับรถเร็วบานะครั้ง ร้อยละ 63.9 แซงในที่คับขันบานะครั้ง ร้อยละ 35.6 พบร้า ผู้ขับขี่พานะไม่มีวิ



ความรู้เรื่องจราจร ร้อยละ 56.7 ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ ร้อยละ 71.7 ไม่เปิดไฟสัญญาณเลี้ยวบางครั้งร้อยละ 47.1 ขับรถเดียงคู่กับเพื่อนบางครั้ง ร้อยละ 51.3 มีคนนั่งขับท้ายมากกว่า 2 คนบางครั้งร้อยละ 34.6

การใช้อุปกรณ์เพื่อลดความรุนแรงของอุบัติเหตุ พบว่า ผู้ขับขี่ยานพาหนะไม่สวมหมวกนิรภัย / ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 75.0 ไม่สวมหมวกนิรภัย เป็นบางครั้งร้อยละ 39.0 คาดเข็มขัดนิรภัยบางครั้ง ร้อยละ 46.0 ด้านการตรวจสภาพยานพาหนะ พบร้า ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรไม่ได้นำรถไปตรวจสภาพประจำปี ร้อยละ 46.7 และไม่ได้ติดรวมรถด้วยตนเองก่อนขับขี่ ร้อยละ 58.3 ประชาชนผู้ขับขี่พาหนะไม่ได้นำรถไปตรวจสภาพร้อยละ 19.9 นำรถไปตรวจสภาพบางครั้ง ร้อยละ 22.5 ไม่ได้ตรวจสภาพรถด้วยตนเองก่อนขับขี่ ร้อยละ 9.9 ตรวจสภาพรถด้วยตนเองบางครั้ง ร้อยละ 30.4 ด้านถนน พบร้า ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุจราจร ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุเกิดจากถนนเป็นหลุมเป็นบ่อ ร้อยละ 20.0 เกิดจากถนนแอบร้อยละ 28.3 เกิดจากถนนเป็นทางโค้ง ร้อยละ 20.0 ถนนเป็นทางคล้อหรือเนิน ร้อยละ 11.7 ถนนเป็นทางแยก/ทางร่วม ร้อยละ 8.3 ถนนแออัดร้อยละ 10.0 ถนนไม่มีไฟส่องสว่าง ร้อยละ 25.0 ถนนมีลิงกิดขวาง ร้อยละ 8.3

การศึกษาผลกระทบที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ผลกระทบที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการเกิดอุบัติเหตุจราจร และพฤติกรรมการป้องกัน การเกิดอุบัติเหตุจราจร พบร้า ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เช่นงส่วนหนึ่งของชีวิต มีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ไม่ได้นอนโรงพยาบาล ร้อยละ 65.0 มีบาดแผลฉีกขาด ต้องได้รับการเย็บ ร้อยละ 51.7 มีบาดแผลฉีกขาด และกระดูกแตกหัก ร้อยละ 11.7 ส่วนคนทั่วไปที่ขับขี่ยานพาหนะ พบร้า ผู้ขับขี่เคยได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บเล็กน้อย ไม่ได้นอนโรงพยาบาล ร้อยละ 34.6

## การอภิปรายผล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุจราจร พบร้า เพศชายเป็นผู้ขับขี่พาหนะมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายค่อนข้างเป็นคนใจร้อนชอบขับขี่รถเร็ว<sup>2,3</sup> ปัจจัยด้านอาชีพ พบร้า อาชีพรับจ้างและนักศึกษา

ส่วนมากจะใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะและคนกลุ่มนี้ ส่วนมากจะเป็นวัยรุ่นชอบขับขี่รถเร็วจึงทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยซึ่งสอดคล้องกับสุนันทา ศรีวิวัฒน์ และคณะ<sup>6</sup> ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรที่มารับบริการที่ตึกอุบัติเหตุชุกเฉินที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นผู้ใช้แรงงานมากที่สุด รองลงมา คือ นักเรียนนักศึกษา และเกษตรกรรม สอดคล้องกับวิทยาชาติบัญชาชัย และคณะ<sup>4</sup> กล่าวว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมา คือ นักเรียน นักศึกษา

จากการศึกษานี้ยังพบว่า ผู้ขับขี่พาหนะเป็นคนใจร้อน ไม่มีความรู้เรื่องกฎหมาย ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมจากโรงพยาบาลเรียนสอนขับรถทั้งนี้ เนื่องจากผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ส่วนมากจะเป็นวัยรุ่นที่ชอบความคึกคักของและเป็นวัยที่กำลังศึกษาที่มาจากต่างถิ่นจึงไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมและสอบใบอนุญาตขับขี่สอดคล้องกับศึกษาที่ผ่านมา พบร้า ผู้ขับขี่ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ร้อยละ 83.4 และส่วนใหญ่เป็นเจ้าของรถมีการตรวจสอบสภาพรถจึงทำให้มีความมั่นใจในสภาพของรถ ดังนั้นก่อนขับขี่ผู้ขับขี่ส่วนมากจะชะล่าใจไม่ตรวจสภาพรถด้วยตนเองเจิงจังทำให้เกิดอุบัติเหตุ<sup>7,8</sup> ปัจจัยด้านถนน พบร้า ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรเกิดบนถนนที่มีผู้จราจรเรียบและช่องทางจราจรกว้าง ร้อยละ 80.0 ถนนที่มีไฟส่องสว่าง ร้อยละ 75.0 และถนนไม่มีลิงกิดขวาง ร้อยละ 91.7 เนื่องจากผู้ขับขี่ส่วนมากเป็นวัยรุ่นเมื่อถนนที่มีผู้จราจรและกว้างมีไฟส่องสว่างและไม่มีลิงกิดขวางจึงขับขี่รถด้วยความเร็วและมีความคึกคักของเจิงจังทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย<sup>9,10</sup>

พฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร พบร้า ผู้ขับขี่มีประสบการณ์ในการขับขี่ส่วนมาก 1-5 ปี มีประสบการณ์เกิดอุบัติเหตุ 1 ครั้ง ร้อยละ 30.4 ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุรถชนกัน ร้อยละ 25.7 บาดเจ็บเล็กน้อยไม่ได้นอนรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 34.6 รถที่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์ชนรถจักรยานยนต์จึงมีการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยสอดคล้องกับการศึกษาขององค์ เทมพิระ<sup>8</sup> ส่วนพฤติกรรมการขับขี่ที่พบ คือ การขับขี่รถเร็ว การแซงในที่คับขัน การไม่เปิดไฟสัญญาณเลี้ยว คุยโทรศัพท์ขณะขับขี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่<sup>11</sup> ทั้งนี้เนื่องจากผู้ขับขี่



ส่วนมากเป็นเพศชายที่มีความคึกคบของ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเทพมนตร์ คำสอง และคณะ<sup>3</sup> สำหรับประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ พบว่า เคยได้รับอุบัติเหตุร้อยละ 45.5 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ได้รับอุบัติเหตุ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันอุบัติเหตุจากการจัดการียนยนต์จึงเป็นสิ่งที่สำคัญและควรมีมาตรการในการป้องกันที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม<sup>12</sup>

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีมาตรการตรวจวัดแลอกอสอล์ และจับปรับอย่างเคร่งครัด เพราะที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่มีด่านตรวจแต่ไม่มีเครื่องตรวจวัดแลอกอสอล์ และไม่ได้ทำต่อเนื่องเป็นประจำ

2. ควรมีกฎหมายบังคับให้ผู้ขับขี่พำนะที่ใช้เครื่องจักรทุกประเภทต้องได้เข้าอบรมเกี่ยวกับเรื่องกฎหมายและสอบใบอนุญาตขับขี่ให้ถูกต้องกับกฎหมายการจราจรของลาว

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ เพย์แพร์ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ การลดความรุนแรงของอุบัติเหตุจราจรและกฎหมายจราจรตามสถานบันต่าง ๆ

4. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ควรประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทำโครงการพร้อมรณรงค์ให้ผู้ที่มีพำนะนำพำนะของตนมาตรวจสอบ โดยจัดเป็นประจำ 2-3 ครั้ง / ปี

5. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรจะมีการตรวจสอบและซ่อมแซมถนน ป้ายสัญญาณจราจรในส่วนที่ชำรุด และปรับปรุงให้ถูกต้องตามหลักวิศวกรรมคอมมนาคม

6. หน่วยงานหรือองค์กรที่รับผิดชอบควรมีการจัดการเพื่อรับรองค่าให้ผู้ขับขี่พำนะปฏิบัติตามกฎหมายโดยจัดโครงการฝึกอบรมให้ผู้ขับขี่ยานพำนะได้รู้จักกฎหมายและขับขี่ไปปลอดภัย

7. ควรจัดให้มีการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ตำรวจน้ำรู้วิธีการในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและควรจัดให้มีหน่วยงานเฉพาะออกแบบไปรับผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุพิเศษจัดตั้งเครื่องขยายใน การส่งต่อผู้ป่วยที่ได้อุบัติเหตุเพื่อให้ได้รับความปลอดภัย

8. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุโดยขยายเวลาในการดำเนินการวิจัยให้มากกว่า 2 เดือน

คือ อย่างน้อย 6 เดือนเพื่อให้ได้ข้อมูลให้มากกว่านี้

9. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในรูปแบบเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อประเมินผลการดำเนินการวิจัยและปรับปรุงพัฒนาการวิจัย เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่yanพำนะที่ปลอดภัยและถูกต้องตามกฎหมายที่ยั่งยืนต่อไป

10. ควรศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินโครงการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรของชุมชนโดยนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการดำเนินงาน

### เอกสารอ้างอิง

- หน่วยงานลตติโรงพยาบาลแขวงสะหวันนะเขต; 2007.
- กฤณเนตร เกษสร. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรรถจักรยานยนต์ กับนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง). (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2548.
- เทพมนตร์ คำสอง และคณะ. พฤติกรรมการใช้รถในถนนของนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: ฝ่ายกิจการพิเศษมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
- วิทยา ชาติบุญชาชัย. สถานการณ์อุบัติเหตุในจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ขอนแก่นการพิมพ์; 2545.
- สมเกียรติ ภิญโญทัย. อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุจราจรถทางบกในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลอุทัยธานี พ.ศ. 2538. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2540.
- สุนันทา ศรีวิวัฒน์ และคณะ. รายงานอุบัติเหตุจราจรผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ตึกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น (Trauma Registry). ขอนแก่น: โรงพิมพ์ขอนแก่นการพิมพ์; 2546.
- สุมาลัย รัตน์. ผลงานโปรแกรมสุขศึกษาต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจาก การขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดศรีสะเกษ. (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.



8. องค์ เห็นพิระ. บุคลิกภาพ ทัศนคติ การรับรู้ โอกาสเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ของนักเรียนปีที่ 1 ในสถาบันการศึกษาสังกัดกรมอาชีวศึกษาแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
9. อ้อมฤทธิ์ มั่นในบุญธรรม. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา กรณีศึกษาโรงเรียนขอนแก่นพัฒนาศึกษา ตำบลสำราญ จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
10. พนอ เตชะอธิก และคณะ. การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน: ผลการประเมินพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชา ตะวันออกเฉียงเหนือ 2553; 28(4): 53-62.
11. ณิชาภัทร บุญสวัสดิ์กุลชัย, สมจิต แตนสีแก้ว. การป้องกันการตีมสูร้าย่างมีส่วนร่วมในกลุ่มนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชา ตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 56-66.
12. สุรีย์ ธรรมิกบวร. การส่งเสริมสุขภาพในกระบวนการทัศน์ใหม่: สู่การศึกษาและการปฏิบัติ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชา ตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 5-11.



## The Evaluation Factor on Road Traffic Accidents in Kaison Phomvihan District, Savannakhet Province, Lao PDR

Nakhonkham Sengchanh M.N.S.\* Khanitta Nuntaboot PhD\*\*

### Abstract

This survey and cross-sectional study aimed to examine the evaluation factors on road traffic accidents in Kaison Phomvihan District, Savannakhet Province, and Lao People's Democratic Republic. The data were collected during September and October in 2009, by using questionnaires and interviews. The samples included: 1) 60 people with motorcycle or car accident injured riders, hospitalized and speaking ability; and 2) 191 volunteers from the public schools and general public. The data were analyzed using a computer statistics program with frequencies, percentage, mean, and standard deviation.

The results showed that

1. Most of the injured riders were males (76.7%), average age of 25.08 years, working as a general labor (35%). The major accidents were from motorcycle (95%), occurred during the 6.00 am to 6.00 pm (53.3%). The causes of accidents were riding without helmet, with an over exceed high speed and with alcohol drinking, correspondingly (75%, 58.3%, and 33.3%). Of the injured riders, they did not have a driver license (71.7%) and have not had a driving training (83.3%), a vehicle checking prior riding (58.3%) and an annual vehicle inspection (53.3%).
2. More than a half of volunteers from the public schools and general public were males (64.9%) with an average age 30.17 years. Of the volunteers, they have had experiences with driving for 1–5 years(38.7%), have ever had an accident(30.4%) and more than one time(14.1%), have injured from a car collision accident(25.7%), have had sometimes an over exceed driving speed(63.9 %), have failed to comply sometimes(46.6%), have driven with calling(54.5%),without turning on light(47.1%), alcohol drinking prior driving(44.5%), feeling sleepy(45.0%) and wearing helmet sometimes(39.0%).

**Keywords:** factor on road traffic accidents

---

\*Thesis of Master Nursing Science (Community Nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

\*\*Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University