



พฤติกรรมเริ่มแรกของเด็กออทิสติก: มุมมองของบิดามารดา

Early Behavior of Autistic: Parents' Perception

พัชราภรณ์ เจนใจวิทย์ พย.ม.* พลodus ศิริพูล PhD**
นิรนมา พัจนะสุนทร พบ.วว. จิตเวชศาสตร์***
ดารณี จงอุดมการณ์ PhD****

บทคัดย่อ

การค้นหาเด็กออทิสติกตั้งแต่อายุน้อยๆ ให้เร็วที่สุด และให้การช่วยเหลือระยะแรกเริ่มแก่เด็กออทิสติกส่งผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อเด็กและครอบครัว จากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมเริ่มแรกของเด็กออทิสติกตามการรับรู้ของบิดามารดา จากผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 24 คน พบว่า ในขบวนี้แรก บิดามารดาเห็นว่าเด็กมีลักษณะแตกต่างจากเด็กอื่นๆ 6 ด้าน ได้แก่ 1) เด็กเลี้ยงง่าย อ่ายดี หรือเลี้ยงยาก 2) พฤติกรรมการพูดและฟัง 3) ปฏิสัมพันธ์กับคนและสิ่งของ 4) ความสนใจ และทำอะไรเดิมๆ ซ้ำๆ 5) พฤติกรรมการทรงตัว เคลื่อนไหว 6) พฤติกรรมอื่นๆ ผลการวิจัยได้ที่ผู้วิจัยนำมาระบุเป็นรายการพฤติกรรมแรกเริ่มของออทิสติกในทางการจากการรับรู้ของบิดามารดาเพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้า (Input) ในการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาความตรงของแบบพฤติกรรมเริ่มแรกของออทิสติกในการรับรู้ของบิดามารดา ด้วยกระบวนการเดลฟายต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมเด็กออทิสติก มุมมองของบิดามารดา การศึกษาเชิงคุณภาพ

Abstract

The aim of this study was to understand parents' perception of early behavior of autistic by qualitative study. That was phase one of the development an early behavior assessment of autistic in infant for parents. Participants were parents or caregiver of autistic disorder children. Data was collected by in-depth interview participant observation and document study, was analyzed using content analysis. The results of this study indicate that parents perceived early behavior of autistic in infant in 6 component as easily child (not cry, easily feed and sleep), social and emotional behavior, speech and listen behavior, interested, sameness behavior, position and motor behavior, and sensory behavior. This data was integrated with literature and expert in Delphi for the early behavior assessment tool of autistic in infant for parents.

Keywords: behavior autistic children, parent perception, qualitative study

*นักศึกษาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ออทิสติก (Autistic Disorder) เป็นความบกพร่องของพัฒนาการด้านต่างๆ ในเด็กซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก จากรายงานวิจัยเกี่ยวกับระบบวิทยาใน 17 ประเทศ พบว่า มีความชุกของกลุ่มอาการออทิสติกประมาณ 6–7 คนต่อประชากร 1,000 คน¹ และมีความชุกเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 57 จากปี 2002 ถึง 2006² สำหรับประเทศไทย พบรความชุกของออทิสติกในเด็ก 1 ถึง 5 ปี เท่ากับ 9.9 ต่อ 10,000³

ออทิสติกเป็นความผิดปกติของพัฒนาการสมอง (Neurodevelopmental disorder) ทำให้มีพฤติกรรมบกพร่องด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ภาษาและการสื่อสาร และพฤติกรรมความสนใจที่มีลักษณะจำกัด ทำซ้ำๆ หรือมีแบบแผนที่แน่นอน ที่แสดงออกก่อนอายุ 3 ปี⁴ จากความบกพร่องที่ก่อขึ้นเป็นระยะเวลานานตลอดชีวิต⁵ และความผิดปกติของพัฒนาการสมองทำให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการผิดปกติและล่าช้ากว่าเด็กวัยเดียวกันหลายอย่าง เช่น ปัญหาปฏิสัมพันธ์โดยต้องกับคนอื่น⁶ ไม่ยอมเล่นกับเพื่อน⁷ แยกตัว ปัญหารอมล์และวิตกกังวลง่าย⁸ ไม่พูด หรือเคยพูดได้แล้วเงิบไม่พูดอีก⁹ สามารถรุนแรง ก้าวร้าว กรีดร้อง ทำร้ายตนเอง ทำลายสิ่งของ เคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ รับประทานอาหารยาก กลัวบางสิ่งบางอย่างเป็นพิเศษ และต่อต้านความเปลี่ยนแปลง⁷ รวมทั้งมีปัญหาการเรียนรู้มาก many เช่น ความบกพร่องการคิด ความบกพร่องการรับรู้สิ่งเร้า เลือกสนใจสิ่งเร้าเฉพาะอย่าง (Stimulus overselectivity)⁹

อย่างไรก็ตามหากเด็กออทิสติกได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early intervention) เด็กจะมีพัฒนาการก้าวหน้าขึ้นหลายด้าน^{10,11} โดยเฉพาะในช่วงชีวิตปีแรกซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญที่มีการพัฒนาของสมองส่วนที่ทำหน้าที่ในการมองเห็น ได้ยิน รับรู้และเข้าใจภาษา มีการสร้างประสบการณ์ใหม่ๆ ของสมองมากที่สุด ช่วงเวลาดังกล่าวจึงถือว่าเป็นช่วงที่สมองมีการเจริญเติบโตเต็มที่พร้อมที่จะเรียนรู้และเป็นโอกาสสำคัญในการเรียนรู้ (Window of opportunity) ของการรับรู้ประสาทสัมผัสการมองเห็นและได้ยินเสียงรวมทั้งการรับรู้และเข้าใจภาษาอีกด้วย หากมีการค้นพบเด็กและให้การช่วยเหลือเด็กในช่วงเวลาดังกล่าว ย่อม

เป็นการส่งเสริมให้สมองสามารถปรับเปลี่ยนโครงสร้างหรือการทำงานของสมองอย่างมีประสิทธิภาพ (Plasticity) และมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ ความคิด และพฤติกรรมของมนุษย์ไปตลอดชีวิต¹² การค้นหาเด็กที่มีความผิดปกติตั้งแต่เนื่นๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญ

แม้ว่าการค้นพบเด็กออทิสติกตั้งแต่เริ่มแรก และการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มจะส่งผลดีต่อเด็ก รวมทั้งการวินิจฉัยออทิสติกสามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่เป็นการและเด็กวัยเดาะแต่โดยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกแต่ในสภาพความเป็นจริงมีเด็กจำนวนน้อยมากที่จะได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนอายุ 2 ปี เนื่องจากบิดามารดาส่วนใหญ่เต็กลมารับการวินิจฉัยโรคเมื่อเด็กมีอายุมากแล้ว โดยเฉลี่ยอายุ 37.8 เดือน¹³ และผลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยออทิสติกในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2541–2551 พบว่า บิดามารดาเด็กไปรับการวินิจฉัยจากแพทย์เมื่อเด็กอายุเฉลี่ย 32 เดือน⁶ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลประวัติเด็กออทิสติกของสถานพยาบาลระดับตติภูมิ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบร้า ในปี พ.ศ. 2547 บิดามารดาเด็กมาพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยเมื่อเด็กอายุ 3 ปี ขึ้นไปร้อยละ 42 (จากเด็กออทิสติกจำนวน 145 คน) และร้อยละ 34 ในปี พ.ศ. 2548–2549 โดยส่วนใหญ่บิดามารดาเด็กมาพบแพทย์ด้วยปัญหาเด็กไม่พูด มีพัฒนาการด้านภาษาไม่สมวัย ร้อยละ 75.5

ออทิสติกมีอาการแสดงเริ่มแรกของเด็กเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วัยทารก แต่ภาวะออทิสติกไม่มีลักษณะการซึ้บออกทางชีววิทยา (Biological marker) ที่ชัดเจนต้องใช้การลังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออกของเด็กจากผู้ใกล้ชิดเกี่ยวข้องกับเด็ก แม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่ามารดาบางคนเริ่มสังเกตเห็นความผิดปกติของเด็กตั้งแต่อายุเฉลี่ย 20 เดือน ขณะที่มารดาบางคนที่สังเกตเห็นความผิดปกติของเด็กในช่วงปีแรก และเมื่อเด็กอายุน้อยที่สุด 6 เดือน⁶ แต่ยังไม่มีรายงานว่า พฤติกรรมแสดงให้บังของเด็กออทิสติกที่บิดามารดาหรือผู้ดูแลสามารถสังเกตได้จากการเฝ้าติดตามตั้งแต่เริ่มแรกดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาถึงพฤติกรรมของไรบ้างที่บิดามารดาจะสังเกตได้ในระยะเริ่มแรกของเด็กออทิสติก



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเริ่มแรกของเด็ก ออทิสติกตามการรับรู้ของบิดามารดา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ ข้อมูลที่เป็นจริง และมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยได้ใช้การ เก็บข้อมูลลายวิธี ได้แก่ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็ก เชิงลึก และการศึกษาจากแหล่งข้อมูลที่เป็นเอกสารต่างๆ ซึ่งการสัมภาษณ์เชิงลึกบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็ก ออทิสติก ที่ใกล้ชิดเลี้ยงดูเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เช่น ย่า ยาย โดยเด็กออทิสติกได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ เด็กและวัยรุ่นมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชราชสีมาราชคฤหิศรี เก็บรวบรวม ข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2550 จนถึงเดือนสิงหาคม 2551 จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นบิดามารดาหรือยาย ของเด็ก จำนวน 24 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิง คุณภาพไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งโดย การนำเทปบันทึกการสนทนาร่วมกับบิดามารดาของ เด็กออทิสติกมาออดเทปร่วมและบันทึกการสังเกตมา วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ความน่าเชื่อถือ (Credibility) และความเข้มงวด (Rigor) ของการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินถึงคุณภาพของ การวิจัยเพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่เชื่อถือได้ดังนี้

1. บทบาทของผู้วิจัย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่ สำคัญในการวิจัย เพื่อยืนยันว่าผู้วิจัยมีความเข้มงวด และน่าเชื่อถือนั้นบ่งบอกได้จากลักษณะคุณวุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงานและภูมิหลังเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลเด็กที่มีประสบการณ์การวิจัย เชิงคุณภาพโดยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการวิจัยเชิง คุณภาพ และการศึกษาระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพใน วิชาเระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลขั้นสูงในหลักสูตร ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลและฝึกงาน วิจัยเชิงคุณภาพในโครงการ Resilience and disability in Australia and Southeast โดยมีส่วนร่วมในกระบวนการ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้บริการแก่ผู้พิการ การสังเกต การสนทนาอย่างลุ่มและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใน

ทุกขั้นตอนของการวิจัยผู้วิจัยต้องระมัดระวังการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ ตีความหมายของข้อค้นพบที่ได้ให้มีความ น่าเชื่อถือมากที่สุด

2. กระบวนการได้มาซึ่งข้อค้นพบ ผู้วิจัยดำเนิน ความน่าเชื่อถือในกระบวนการวิจัยดังนี้ แต่การเข้าถึงข้อมูล การเก็บรวบรวม และการวิเคราะห์ข้อมูล การสร้าง สัมพันธภาพและความไว้วางใจด้วยการพัฒนาสัมพันธภาพ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เข้าถึงข้อมูล โดยผู้วิจัยเปิดเผย ตนเองกับผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นนักศึกษาปริญญาเอกที่ศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูล และบวกกับตุณประสงค์ของการวิจัย พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามจนเกิดความไว วางใจ ผู้วิจัยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลทั้งการสัมภาษณ์ เชิงลึก การวิเคราะห์เอกสาร การสังเกตเพื่อตรวจสอบ ยืนยันซึ่งกันและกันนอกจากนี้ผู้วิจัยมีการทบทวนประเด็น และสรุปข้อมูลต่างๆ ที่ได้ในขณะที่เก็บข้อมูลกับผู้ให้ ข้อมูลเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบความ ถูกต้อง และมีการนำข้อมูลมาสะท้อนกับเพื่อนโดยไม่ ระบุชื่อและระวังไม่ให้เข้าถึงผู้ให้ข้อมูล เพื่อสะท้อนนุ่ม มองของผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องในมุมมองที่แตกต่างออกไป นอกเหนือนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนไม่เกิดข้อมูลใหม่ ขึ้นในกระบวนการเก็บข้อมูล เพื่อแสดงถึงความอิ่มตัว ของข้อมูลด้วย

จริยธรรมการวิจัยผู้วิจัยได้ดำเนินถึงหลักจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์ โดยดำเนินถึง หลักการเคารพความ เป็นบุคคล (Respect of autonomy) หลักผลประโยชน์ (Beneficence) และหลักความยุติธรรมตลอดกระบวนการ การวิจัย และงานวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแลเด็กออทิสติก ทั้งหมด 24 คน ส่วนใหญ่ อายุ 3 ปี จำนวน 9 คน รองลงมาเด็กอายุ 2 ปี จำนวน 5 คน อายุน้อยที่สุด อายุ 1 ปี 11 เดือน อายุมากที่สุด 5 ปี 11 เดือน เป็นเพศชาย จำนวน 22 คน และเป็นบุตรคนแรกจำนวน 13 คน มีพี่น้อง 1 คน จำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เด็กคลอดโดย การผ่าตัด จำนวน 11 คน ทุกคนมีสุขภาพแข็งแรง หลังคลอด และได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่ออายุ 2 ปี จำนวน 19 คน



ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็ก จำนวน 15 คน อายุอยู่ในช่วง 31-35 ปี ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 13 คน การศึกษาระดับป्रิมารี่ จำนวน 1 คน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย จำนวน 11 คน และส่วนใหญ่ขณะตั้งครรภ์มารดา สุขภาพแข็งแรง จำนวน 17 คน แต่ขณะตั้งครรภ์มารดา มีความเครียดมาก จำนวน 7 คน มีสาเหตุแตกต่างกันอาทิ การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม การเรียนระดับปฐมภูมิ ปัญหาครอบครัว สามีประสบอุบัติเหตุ และหลังคลอด ส่วนใหญ่มารดาสุขภาพแข็งแรงดี มารดา 1 คน ที่มีอาการตกเลือดหลังคลอด ส่วนใหญ่เด็กอาศัยอยู่ใน ครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดียว จำนวน 14 คน และมีหนึ่งครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่กับบิดาคนเดียว เนื่องจาก บิดามารดาแยกทางกัน

พุฒิกรรมเริ่มแรกของเด็กออกอพาร์ทเม้นต์ตามการรับ รู้ของบิดามารดาจากการรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 24 คน และผู้ให้ข้อมูล รองทั้งหมด 7 คน ร่วมกับการสังเกต และศึกษาเอกสาร ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บันทึกประวัติการรักษาของเด็กทุกคน สมุดบันทึกสุขภาพของเด็ก จำนวน 5 คน และภาพถ่าย ของเด็กขณะเป็นทารก จำนวน 12 คน และบันทึกวิดีโอ ทัศน์ของเด็ก 1 คน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงพุฒิกรรม เริ่มแรกของเด็กออกอพาร์ทเม้นต์ที่บิดามารดาสังเกตได้เป็นการ แสดงออกการกระทำของเด็กที่บิดามารดาสังเกตได้ตั้ง แต่ก่อนที่เด็กจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอพาร์ทเม้นต์ที่ เด็กอายุช่วงปีแรก โดยบิดามารดาสังเกตพุฒิกรรม ของเด็กเปรียบเทียบกับพุฒิกรรมของพี่ หรือน้องของ เด็กขณะอายุเท่ากับเด็ก ในกรณีที่เด็กเป็นบุตรคนที่ 2 (จำนวน 12 คน) และเปรียบเทียบพุฒิกรรมของเด็ก อพาร์ทเม้นต์กับพัฒนาการของเด็กในช่วงอายุต่างๆ ใน สมุดบันทึกสุขภาพของเด็กในกรณีบิดามารดาไม่บุตรคน แรก (จำนวน 5 คน) หรือเปรียบเทียบพุฒิกรรมของ เด็กกับเด็กคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกัน และเพศเดียวกัน (จำนวน 4 คน) ซึ่งบิดามารดาเห็นว่า เด็กมีพุฒิกรรม บางอย่างที่บิดามารดาไม่ได้นึกถึงในขณะนั้น โดยเด็ก แสดงพุฒิกรรมหลากหลายแตกต่างกัน จัดเป็นกลุ่ม พุฒิกรรมได้ทั้งหมด 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) เลี้ยงง่าย อุยดี เปี่ยบ เรียบร้อย หรือ เลี้ยงยาก 2) พุฒิกรรมการรุด และฟัง 3) พุฒิกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับคน สิ่งของ

และการแสดงอารมณ์ 4) พุฒิกรรมการเคลื่อนไหว ทรงตัว 5) ทำอะไรเดินๆ ช้าๆ 6) พุฒิกรรมอื่นๆ (ภาพที่ 1)

1. เลี้ยงง่าย อุยดี เปี่ยบ เรียบร้อย เลี้ยงยาก ลักษณะพุฒิกรรมของเด็กออกอพาร์ทเม้นต์ที่บิดามารดาสังเกต เห็นชัดเจนพันธ์กับการเลี้ยงดูและพื้นฐานอารมณ์ที่แสดงออก สามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ เลี้ยงง่าย อุยดี เปี่ยบ เรียบร้อย บิดามารดาของเด็ก จำนวน 12 คน เห็นว่า ในช่วงปีแรกเด็กออกอพาร์ทเม้นต์เป็นเด็กเลี้ยงง่าย อุยดี เปี่ยบ เรียบร้อยซึ่งเป็นลักษณะเหมือน “เด็กอุยดี” (ภาษาอีสาน หมายถึง เด็กที่ไม่ร้องกวน อุยูกับที่ เชือฟัง ว่าจ่าย) “เด็ก เมื่อันดี เพอร์ฟิก” ซึ่งบิดามารดาสังเกตว่า ขณะบิดามารดาดูแลกิจวัตประจําวัน เช่น ขณะให้นม นอน พาเด็กไปปั้งนอกบ้าน เด็กมีพุฒิกรรมไม่ร้องไห้ งอแง ไม่ เรียกร้อง ดีมนนง่าย เมื่อถึงเวลาที่บิดามารดาคาดว่า เด็กอาจจะหิว บิดามารดาจัดทานให้เด็กดีมโดยที่เด็ก ไม่ร้องหรือแสดงออกและเด็กดีมนมได้ง่าย เช้านอนง่าย และนอนได้นาน เมื่อเด็กตื่นนอนบิดามารดาปล่อยเด็ก นอนเล่นในเปลคนเดียว หรือเปิดโทรทัศน์ให้เด็กดูหรือ ให้เด็กนั่งดูภาพที่เด็กชอบ เด็กอยู่เปี่ยบๆ ได้ หรือนั่ง เล่นอยู่กับที่ได้นานและไม่ร้อง เมื่อบิดามารดาพาออก นอกบ้านเด็กไม่ค่อยงอแง ซึ่งบิดามารดาสวัสดิ์ใจ คิดว่า โชคดีที่มีบุตรเลี้ยงง่าย ทำให้บิดามารดาไม่ค่อยได้สนใจ เด็กเท่าใดนัก และหากมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเป็นแม่บ้านก็ จะทำงานบ้านไปด้วยหรือทำกิจกรรมอื่นๆ ไปด้วยขณะที่ เด็กตื่นนอน หรือปล่อยให้เด็กนอนเล่นในเปลหรือนั่งเล่น ยิ่งทำให้เด็กไม่มีโอกาสสื่อสารกับบุตรคนที่สองได้

“...เลี้ยงง่ายแบบพิดปกดเลย เพราะว่าคือ ไม่แยะ ไม่อ้วร้าย ไม่จริงๆ คือเปี่ยบๆ เป็นคนเปี่ยบๆ และวักษ์ ไม่เคยว่าร้องกวนคุณแม่ อุยดี เปี่ยบๆ ...ไม่มีร้องกวนจริงๆ เลย ค่ะ ให้ท่านนัมลูกก็ทานทานเสร็จแล้ว..ให้กินข้าว กิน กิน อร่อยไม่รู้อยู่ก็ไม่รู้กินเลี้ยงง่ายมากๆ ไม่มีเจ็บไข้ ได้... ก็คิดว่าทำไม่เลี้ยงง่ายที่สุดเลยให้กินกิน ให้หนอน นอนอย่างเดียวไม่มีอะไรไม่ดีอะไรมาเป็นอุบัติเหตุ ไม่อะไร....เลี้ยงง่ายที่สุด...” (IRM เก้า 14/10/50: IR=บันทึกการสัมภาษณ์ M=มารดาของน้องเก้า 14/10/50=วันที่ 14 ตุลาคม 2550)

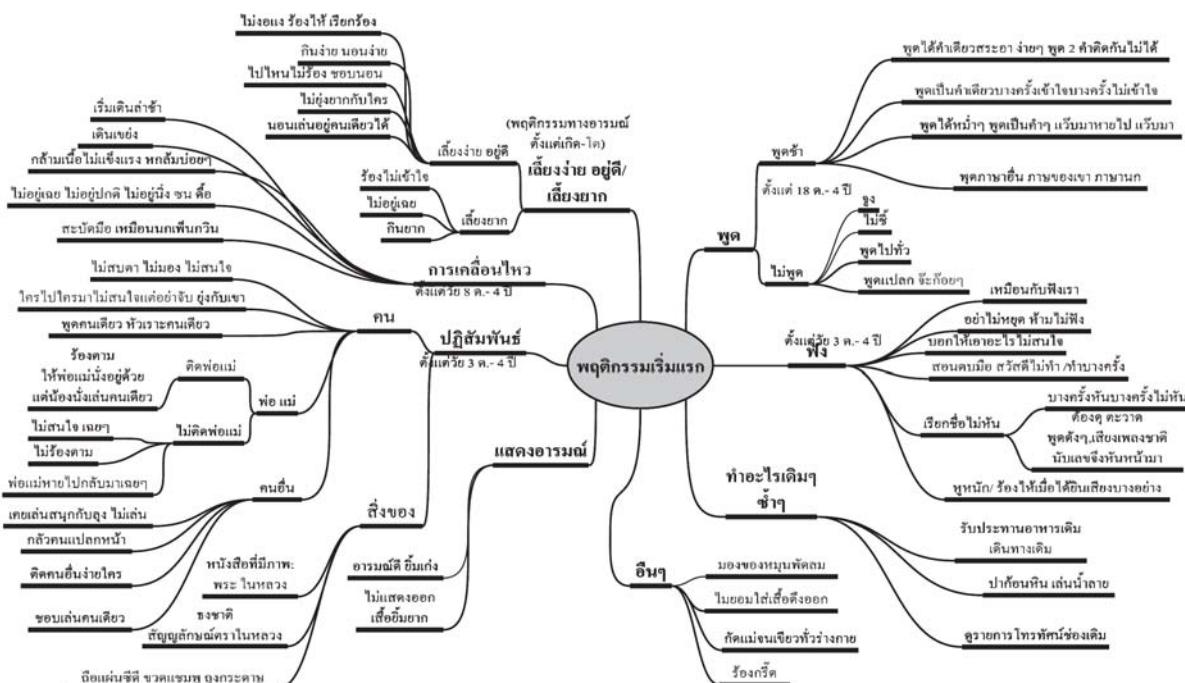
สำหรับบิดามารดาบางคนเห็นว่าเด็กเป็นเด็ก เลี้ยงยาก เนื่องจากช่วงช่วงปีแรกเด็กเจ็บป่วยบ่อย



ร้องงอang บิดามารดาไม่เข้าใจและตอบสนองความต้องการได้ เช่น น้องลิบหกหลอดลมอักเสบตั้งแต่อายุ 2-3 เดือน น้องลิบสามเป็นหวัด ท้องผูก บ่อยครั้ง

“เขาร้องไม่เข้าใจ ...เรา蕊ไม่เข้าใจ...คืนตอนนั้นเขากินนมขาด ตอนสมัยนั้นแม่เขามีค่านิยมว่าไม่่อยาก

ให้ลูกกินนม ตั้งแต่ อายุ ๒-๓ ปี...เขายังไม่ค่อยเข้มงวดเรื่องให้ลูกกินนมแม่ พอมาให้ลูกกินนมแม่ ...เขาร้องมาก แม่เขาก็ไม่ให้กิน...ร้องบ่อยกลางคืนเรามิรู้ว่าเขานี่ไข้หรือเปล่านะ เพราะเขานี่ไข้บ่อย ร้องแบบไม่เข้าใจ ...” (IRM สิงห์สาม 10/10/50: F สิงห์สาม = บิดาของน้องลิบสาม)



ภาพที่ 1 พฤติกรรมเริ่มแรกของเด็กอุทิศติดตามการรับรู้ของบิดามารดา

2. พฤติกรรมการพูดและฟัง บิดามารดาของเด็กอุทิศติดตามทุกคนให้ความสำคัญและกังวลเกี่ยวกับการพูดของเด็กและเป็นปัญหาที่ทำให้บิดามารดาพาเด็กมาพบแพทย์ โดยบิดามารดาสังเกตเห็นว่าเด็กมีปัญหาเด็กพูดช้า ไม่พูด เมื่ออายุ 2-3 ปี ขณะเด็กออกทิสติกอยู่ช่วงปีแรกเด็กส่งเสียงอ้ออ้อ อ้อแอ้อี้ แต่น้อยครั้ง (จำนวน 15 คน) และส่งเสียงที่ริมฝีปาก ปานما และ 2 เสียงติดกัน ปานปาน มาๆ และบางคนสามารถเรียก ตา ปานปาน ได้เฉพาะจะเจาะกับบุคคลหรือปานปาน เมื่อชี้ปลาได้ หรือส่งเสียงหมาๆ เมื่อบิดามารดาป้อนนม อาหารได้ แต่ต่อจากนั้นเด็กไม่พัฒนาต่อ บางคนหยุดส่งเสียงไปเลย เมื่ออายุ 2 ปี และบางคนพูดเป็นภาษาตัวเองที่คนอื่นฟังไม่เข้าใจ ซึ่งบิดามารดาของเด็กบางคนเรียกว่า “ภาษาคน” “ภาษาต่างดาว” “พูดไปทั่ว”

ขณะที่เด็กบางคนเริ่มพูดเป็นคำ ได้ช้ากว่าวัย เช่น 1 ขวบ ส่งเสียงพูดป่า ได้คำเดียว แล้วไม่พูด บิดามารดาของเด็กอุทิศติดตามคนสังเกตว่าเด็กไม่มีคำพูดส่งเสียงเลย จนกระทั่งเด็กอายุ 2-3 ปี บิดามารดาจึงพาเด็กไปตรวจวินิจฉัย

“....หัดพูดอ้ออี้ได้แล้ว แต่พ้อซักพักหนึ่ง เข้าพูดได้น้อยลง....ไม่พูด...อย่ามากชี้นแทนที่จะพูดได้ กลับพูดได้น้อยลง หยุดการพูด ...ก่อนมาพบหมอ 2 ขวบครึ่ง ไม่ยอมเรียกแม่ ไม่พูดเป็นภาษาเลย พูดเป็นภาษาอื่น ภาษาของตัวเอง...” IRM สี่ 3/09/50

นอกจากนี้ ในช่วงช่วงแรกการแสดงท่าทางเพื่อสื่อสารน้อยมาก เมื่อบิดามารดาบอกหรือสอนให้เด็กทักษะ สวัสดีหรือบัญชาดี เด็กทำไม่ได้ หรือบางคนบัญชาดีพันฝ่ามือเข้าหากันตัวเอง เมื่อเด็กดินได้ เด็ก



จับมือหรือจูงมือบิดามารดาไปเจ้าสิ่งของที่ตนเองต้องการ หรือถ้าเด็กหิบเง้อได้เด็กจะเดินไปเจ้าเง้อ แต่เด็กไม่ซึบกลิ่นที่ตนเองต้องการ เมื่อบิดามารดานำเจ้าสิ่งของที่คาดว่าเด็กต้องการให้ แต่ไม่ใช่ลิ่งที่เด็กต้องการจริงๆ เด็กใช้มือปัดออก หรือโยนทิ้งแต่ไม่แสดงท่าทางปฏิเสธด้วย การส่ายหน้า ขณะที่เด็กบางคนเมื่อหิวนม หรือง่วงนอน เด็กจะไม่ส่งเสียง ไม่พูดบอกบิดามารดาแต่เข้าไปหาบิดามารดา หรือย้ายแล้วดึงแขน ขข่องบิดามารดา หรือย้ายไปกอด ซึ่งทำให้ผู้เลี้ยงดูคาดเดาว่าเด็กหิวนมหรือง่วงนอนเมื่อเกิดขึ้นulatoryครั้ง ผู้เลี้ยงดูจะเกิดการเรียนรู้ว่าการแสดงออกของเด็กเข่นหน้ายังถึงหิวนมหรือง่วงนอน

“...อยากรได้อีกนักบอกไม่ได้ อยากได้ของก็ไม่บอกอยากให้คนอื่นทำอะไรให้กับบอกไม่ได้คือไม่สามารถแสดงความต้องการของตัวเองได้นอกจากดึงไปกอดแขนกอดขาอะไรอย่างนี้ แต่อยากจะให้อุ้มเขากับได้นะเขาก็จะยกแขนให้อุ้ม ๆ แต่ไม่พูด ...” IRF สิบสอง 8/11/50

สำหรับพฤติกรรมการฟัง เมื่อบิดามารดาบอกให้เด็กหยุด ห้ามไม่ให้ทำอะไร เด็กไม่ฟังคำสั่งห้าม ไม่หยุด บางครั้งต้องไปจับตัวหรืออ้อมอกมา ไม่ค่อยหันมามอง เมื่อเรียกชื่อเด็ก แต่เด็กสนใจหยุดฟังเสียงเพลง เสียงปิดประตูหรือเสียงเรียกชื่อเด็กเสียงดังๆ หรือตะหัวดับ บิดามารดาของเด็กอธิสติกเห็นว่า เด็กสามารถได้ยินเสียงประตูลมพัดเด็กหันไปมอง หรือเมื่อได้ยินเสียงเพลงชาติ เด็กแสดงท่าทีสนใจฟัง ซึ่งแสดงว่าเด็กได้ยินเสียง แต่เมื่อบิดามารดา เรียกชื่อของเด็ก เด็กไม่ค่อยหันมามอง ยิ่งอายุเพิ่มขึ้น ยิ่งเห็นได้ชัดขึ้น ซึ่งแรกๆ บิดามารดาคิดว่าเด็กอาจจะยังเล็กอายุน้อยเกินไป จึงไม่รู้จักชื่อตัวเองหรือยังไม่รู้เรื่อง เมื่อเรียกชื่อ เด็กจึงยังไม่หันตาม แต่บางครั้งถ้าเด็กสนใจเด็กหันตาม

“...ถ้าเป็นเรื่องปกติการได้ยินก็ได้ยินแน่นอน ได้ยินแต่ถ้าเรียกไม่หัน...เรียกเข้าแล้วเข้าเฉย..เราเข้าใจตอนนั้นว่าเด็กอาจจะไม่รู้เรื่องอะไรอย่างนี้” IRF สิบสี่ 29/11/50

3. พฤติกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับคน สิ่งของ และการแสดงอารมณ์

3.1 พฤติกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับคน บิดามารดาของเด็กอธิสติกเห็นว่า ขณะที่ทำกิจวัตรประจำวันให้เด็ก เช่น ให้นม หรือให้จับขวดนมเข้าปาก เด็กไม่ค่อยมองหน้าบิดา บางคนมองหน้าบิดาบานๆอยครั้ง บิดา

บิดาส่วนใหญ่ไม่ได้ตั้งใจสังเกตมากนัก และเมื่อนำรูปถ่ายของเด็กในช่วงช่วงปีแรกมาดู เด็กมองกล้องดีมีเพียง 1 คน ที่ไม่ค่อยมองกล้อง มองไปข้างๆ ขณะถ่ายรูป แต่อย่างไรก็ตาม บิดามารดาเห็นว่า เด็กมองเห็นได้ดี ไม่มีปัญหาการมองเห็นเพียงแค่เด็กไม่ค่อยมองหน้า บิดา กับคนที่พูดคุยด้วยนั้น แต่เด็กสนใจมองลิ่งของ เช่น โนบายที่แขวนให้ดูดี มีเด็กบางคน ที่มองหน้ากับตาของบิดามารดาได้ดี แต่เมื่ออายุเพิ่มขึ้น เด็กไม่ค่อยหันมองหน้า บิดา กับบิดามารดา และไม่สบตาหากขึ้นพร้อมๆ กับไม่พูด หรือพูดชา บิดามารดาของเด็ก 1 คน เห็นว่าเด็กชอบพูด ล่งเสียง และหัวเราะคนเดียว ไม่ค่อยสนใจใคร เมื่อบิดามารดา เล่น หยอกล้อกับเด็ก เด็กไม่แสดงท่าทางสนุกสนาน โดยเฉพาะการเล่นจังเอ๊ะ เด็กบางคน เล่นจังเอ๊ะ ไม่เป็นหรือไม่แสดงท่าทางสนุกสนานขณะเล่น หรือกว่าจะเล่นได้เมื่อเด็กอายุเพิ่มขึ้นเป็น 2 ขวบ

“...คือตอนเล็ก ๆ ก็เหมือนกับเขาก็ไม่ได้ลืมตา นะครับมองเรารอยู่แต่ไม่สบตา...ตอนนั้นเรามาไม่ได้ตั้งใจสังเกต...มองสบตา..ก็น้อยครั้ง” IRF สิบสี่ 29/11/50

“...เออ แต่พอเริ่มคลานได้เดินได้นี่ตอนนี้ไม่สนใจกันของเขากันเดียวอะไรอย่าง...ตอนเล็ก ๆ เขายังไม่ลิ่งที่ผิดปกติอยู่เหมือนกันนะ อย่างเช่น หัวเราะคนเดียว...จะหัวเราะคนเดียวหัวเราะแบบสนุกสนานด้วย นะหัวเราะแบบယว... นอนกินนมอยู่เขาก็หัวเราะของเขากันเดียวไม่เมื่อไรอยู่เลยนะเขาก็นั่งกันอยู่คุณลามุมเปลเขาก็จะอยู่อีกมุมหนึ่ง...” IRF สิบสอง 8/11/50

ไม่ติดบิดามารดา บิดามารดาของเด็กอธิสติก บางคนเห็นว่าเด็กไม่ติดบิดามารดา ไม่ร้องตาม เมื่อบิดามารดาอุทานอุทาน หรือเมื่อกลับบ้านมาเด็กไม่แสดงออก ท่าทางดีใจ ไม่ติดบิดามารดา บิดามารดาจึงคิดว่าเด็กยังไม่รู้เรื่อง บางคนคิดว่าเด็กไม่รักตนเอง และไม่ได้ติดอะไร ขณะที่เด็กบางคนติดมารดามาก ขณะที่บิดามารดาบางคนเห็นว่าเด็กจะร้อง เด็กจะร้องตามเมื่อบิดามารดาเดินจากไป เมื่อบิดามารดาманนั่งด้วยเด็กนั่งเล่นคนเดียวข้างๆ บิดามารดา ขณะที่เด็กบางคนเดินตามมารดาตามดูขณะที่มารดาทำงานบ้าน

“เขามีสนใจเราเราก็ไม่ได้ร้องตามไม่ได้ออะไร เลยตอนเรามาไม่อยู่...เวลาเรากลับมาก็พอยเข้าเห็นเขาก็ธรรมด啊เขาก็ไม่ได้จะอะไรเลย...เออดีลูกเราไม่ร้องตาม...” IRM สิบแปด 11 /10/50



“... เขาชอบร้องตาม ...เวลาเราจะขึ้นไปเปลี่ยน เลือดผ้าหางบน หรืออะไรนี่ก็ต้องแบบย่องๆไป แต่เขาจะ หูดีมากเวลาที่เลียงบันไดบ้านดังอย่างนี้เข้าจะร้องตามเรา หนีเข้าไม่ค่อยได้ แต่เขาจะสนใจแต่นั้น...” IRM สิบสอง 21 / 11 / 50

เด็กอุทิสติกจะเป็นทางร ก บิດามารดาบางคน สังเกตเห็นว่าเด็กเคยเล่นกับลุง เด็กสนุกสนาน หัวเราะ แต่ต่อมาเมื่อเด็กอายุประมาณ 6 เดือน จะไม่แสดง ท่าทางสนุกสนาน อีกหัวเราะเมื่อมีคนเล่นด้วย

“...ลุงก็จะเอานี่มานั่งเล่นมันก็จะเล่นอีก ลุงเขาก ชอบทำหน้าตาลอก หัวเราะคิดคึก ๆ อะ ใจอย่างจังตลอด ช่วง ตั้งแต่ลีดีอนห้าเดือน ...ไม่ค่อยเล่นแทบจะไม่เล่นเลย ถ้าช่วงนั้นเออช่วงตั้งแต่ก่อนถึง 6 เดือนนี่เริ่มเล่น...ลุง หลอกก็เออหัวเราะอีกแย้มแย้มแต่เฉพาะกับลุงนะ...พ่อแม่ กับพมี่จะไม่ค่อยเล่นด้วย...บางที่เล่นเขาก็เฉย ๆ...เล่น ลี้เจ๊เขาก็เฉย ๆ อย่างนี้...” IRF ซี 14 / 2 / 51

3.2 ปฏิสัมพันธ์กับลิงของ บิดามารดา บาง คนเห็นว่าเด็กอุทิสติกในช่วงปีแรก หารากเริ่มชอบ สนใจ บางสิ่งบางอย่าง เมื่อตนกับการติดลิงของที่พับได้ใน เด็กทั่วไป เช่น ติดผ้าอ้อม ตุ๊กตา แต่ลิงของที่เด็ก อุทิสติกสนใจ ชอบ และบางคนถือติดตัวตลอดเวลา มัก เป็นลิงของที่ไม่เหมือนบางเด็กทั่วไปสนใจติด เช่น งูชาติ รูปในหลวง ตราสัญลักษณ์ ถุง แผ่นชีดี หลอดยาสีฟัน หนังสือรูปพระ โดยแรกๆ เด็กมองอย่างสนใจ และ สามารถนั่งดูรูปได้นาน หรือบางคนต้องถือติดมือไว้ ตลอดเวลาอีกไม่ได้ ซึ่งการสนใจติดลิงของของเด็กเมื่อ อายุเพิ่มขึ้นเด็กชอบติดมากกินไปต้องเอาให้ได้ และ ถ้าไม่ได้เด็กจะร้องอาละวาด แต่เด็กบางคนที่ชอบถือ ลิงของติดมือในช่วงการเมื่ออายุเพิ่มขึ้นกลับหายไป

“...ก็จะมีรูปภาพที่ว่าด้วยเหมือนในหลวงหรือว่า ตือหนังสือที่บ้านยา (ชื่อเล่นของมารดา) มันเยอะมาก ค่ะ...ถ้าเจอนี่จะแบบชอบมาก...ตั้งแต่เล็ก ๆ เลยนะ ค่ะ...อยู่กับตายายเข้าจะเอาหนังสือไปให้อย่างจีเพรำ ที่บ้านหนังสือหมายถึงของที่เข้าชอบพอเข้าชอบตายายก เอาให้ในเปลนี่เขานั่นได้เป็นช้ำโงกนั่นได้นะ...” IRM สิบ 3 / 11 / 50

3.3 ไม่แสดงสีหน้า เสือย้มยาก ขณะที่ บิดามารดาของเด็กอุทิสติกบางคนเห็นว่าเด็กเป็นเด็ก อารมณ์ดี อีกน่ำ ก แต่บิดามารดาของเด็กอุทิสติกบาง

เห็นว่าเด็กไม่ค่อยยิ้ม เสือย้มยาก ไม่แสดงสีหน้า ถึง ความรู้สึกอารมณ์ของตนเอง หรือส่งเสียงร้องไห้ หัวเราะ น้อยกว่าปกติ

“...คือการได้ตอบเขางานน้อย เสือย้มยาก หน้าตา ดีนั่นแต่ไม่ค่อยคุยเลย ยังคุยกับเข้าแล้วก็ไม่ค่อยยิ้ม ...ยิ้ม ยาก พูดน้อยนะ... การได้ตอบน้อย ร้องไห้น้อย ดื้อ น้อย...” IRM หก 3 / 9 / 50

4. พฤติกรรมการเคลื่อนไหวทรงตัว บิดา มาตรดาวงเด็กอุทิสติกส่วนใหญ่เห็นว่าเด็กมีพัฒนาการ ด้านการเคลื่อนไหว ทรงตัว ไม่ดีจากเด็กปกติ มีเด็ก บางคนที่มีการเคลื่อนไหวและการทรงตัวที่ต่างจากเด็ก ทั่วไป เช่น เริ่มเดินล่าช้า กล้ามเนื้อไม่แข็งแรงหลบล้ม บ่อยๆ ชน ไม่นิ่ง ไม่อยู่เฉย รื้อคันของ เด็กบางคนที่ บิดามารดาเห็นว่าเด็กมีพัฒนาการการเคลื่อนไหวทรงตัว ยืนชักว่าเด็กวัยเดียวกัน มาตรดาวงนองสี สังเกตว่า เด็กพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กปกติ 2-3 เดือนเมื่อเทียบ ในตารางสมุดพัฒนาการ บิดาของเด็กเห็นว่าเด็กมีการ เคลื่อนไหว ทรงตัว คลาน ยืนสะบะสะบะอ่อนแรง เหมือนกล้ามเนื้อไม่แข็งแรง หลบล้มบ่อยๆ เดินเช่น เป็น เมื่อผู้วัยลังเกตจากบันทึกพาพิธีทัศน์ของน้องปอช่วง อายุประมาณ 6-8 เดือน น้องปอคลานในลักษณะใช้ ท่อนแขนข้างเดียวянทึบและลากตัวไปข้างหน้า แต่ ขณะนั้นบิดามารดาไม่ได้สังเกตว่าต่างจากปกติ แต่เมื่อ น้องปอโตขึ้น บิดาเห็นว่าน้องเดินล้มง่ายเหมือนกล้าม เนื้อไม่แข็งแรง

“ไม่ยู่จริง ๆ....คลานเร็วมากคลานปุ๊บเร็วมาก แล้วไม่นิ่งพอยืนมา จับกอดไว้ก็ดื้นก็จะหลุดออกให้ได้ จะ... ลงพอกล่อยืบบไปแล้วไม่ยู่ ไม่อยู่กับที่เลยคลาน ไปเล่นเฉยๆ ครับ เล่นนุ่นเล่นนี่...พวgnี้ดีมากแต่ อาการของเขามีอย่างไรเรียนรู้บ้างครั้งเราก็มองว่า เหมือนอย่างเรียนรู้...” IRF สิบสี่ 29/11/50

การเคลื่อนไหวส่วนของร่างกายช้า ๆ เช่น สะบัดมือ เดินชัก บิดามารดาสังเกตเห็นว่าเด็กอุทิสติกในช่วง ปีแรกทำท่าสะบัดมือ ดีใจเมื่อบิดากลับบ้านมา ซึ่ง มาตรดาวงนั้นว่าเด็กน่าจะสะบัดมือน้อยลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น แต่เด็กกลับสะบัดมือบ่อยๆ ชั้น นอกจากรนี้เด็กบางคน เดินชัก ซึ่งบิดามารดาสังเกตว่าเด็กเดินชักเมื่อเด็กดีใจ อารมณ์ดี หรือบิดามารดาเห็นว่าอาจเป็น เพราะพื้นบ้าน หยาบทำให้เด็กเดินชักได้ โดยทั่วไปแล้วหากปกติมี



การเคลื่อนไหวช้าๆได้ แต่ลดลงเมื่ออายุ 12 เดือน โดย ส่วนใหญ่ในทุกๆ 2 เดือน ในช่วงปีแรก หารักเคลื่อนไหว ชาและมือช้าๆ พับมากที่สุดในช่วง 24 สัปดาห์ และลดลงเมื่ออายุ 1 ปี

“แบบท่านมือ” อาย่างนี้ เมื่อตน “นักเพนกวิน” นั่ง เช้า (คนในครอบครัว) ก็เลยตั้งจาบมันว่า ไอ้คนเพนกวิน นั่น ทำอย่างนี้ตลอดเลย จะบินเหมือนนกนั่น....” IRG สิบห้า 10/1/51

5. ทำอะไรเดิม ๆ ช้าๆ บิดามารดาสังเกตเห็นว่าเด็กอุทิสติกบางคนทำพฤติกรรมบางอย่างเหมือนเดิม ช้าๆ เป็นน้ำพิกา เช่น ชอบรับประทานอาหารไม่ก่ออย่างหนักสือดูแล่นเดิมๆ เปิดกลับไปกลับมา เอาเล่นใหม่ให้ ก็ไม่เอา ถึงเวลาทุกวันศุกร์ต้องรอพร้อมลับบ้านเหมือนอัดโน้มติ ถึงเวลาเดินไปปากก้อนหินไส่คันเดินผ่านหน้าบ้าน เป็นต้น

“...ถ้าช่วงเล็กๆ นี่คือเหมือนกับว่าทำไม่เข้าถึงรู้ว่าวันศุกร์นี้พ่อต้องกลับมา วันศุกร์ก็คือจะไม่ยอมนอนตีกังไข่ก็ไม่นอน...แล้วก็เป็นเหมือนอัดโน้มติวันศุกร์นี่ต้องรอว่าพ่อต้องกลับมา พอกลับมาก็ดูหน้าแบบดีใจ...” IRM มอส 13/2/51

6. พฤติกรรมอื่นๆ นอกจากนี้เด็กอุทิสติกมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อการมองลิ่งของ การสัมผัส การใช้ปากกัด และร้องกรีด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บิดามารดาเห็นว่าเด็กต่างจากเด็กปกติ โดยบิดามารดาของเด็กอุทิสติกบางคนเห็นว่าเด็กชอบมองลิ่งของหมุนสนใจเล่นของหมุนๆ เช่น พัดลม หมุนลับยานหม่อง เล่นของเล่น แกะออกเป็นชิ้น โยน ปล่อยให้กลิ้ง แล้วชอบใจ นอกจากนี้บิดามารดาของเด็กลังเกตว่าเด็กบางคนไม่ร้องแสดงความเจ็บปวดเมื่อยลูกความร้อน และน้องสอง ไม่ร้องเมื่อสัมผัสรู้ความเย็น บิดามารดาของเด็กลังเกตว่าเด็กบางคนชอบกัดมารดาตามแขน ขา และตัวจนเขียว จนมารดาถูกล้า น้องเก้ามีช่วงหนึ่งที่เด็กไม่ชอบใส่เสื้อ เมื่อมารดาใส่เสื้อให้เด็กดึง ถอดออกเงงแต่ยังใส่กางเกงตามปกติ

“...มองแบบมองพัดลมค่ะ เขารอบพัดลม เวลาพัดลมหมุนเข้าจะชอบมอง ...มองพัดลมเรื่อ ตั้งแต่เขารีมเดินได้ค่ะ เวลาเราเปิดพัดลมอย่างนี้เวลาพัดลมมันเป่าเขาก็จะมองตามที่มันเป่าถ้าเรามีพัดลมหมุนเขาก็จะนั่งมองดูมันหมุน ...”IRM เจ็ต 28/11/50

การอภิปรายผล

จากการวิจัยจะเห็นว่า เมื่อบิดามารดา nickel ถึงพุติกรรมของเด็กอุทิสติกในช่วงปีแรก บิดามารดาเห็นว่าหากมีพุติกรรมที่หลอกหลอน โดยส่วนใหญ่บิดามารดาเห็นว่าหากมีลักษณะเลี้ยงง่าย อุยดี ไม่ร้องไห้ ไม่เรียกร้องแสดงออกความต้องการของตนเอง ให้บิดามารดาสรับรู้ แสดงให้เห็นถึงความสามารถของเด็กอุทิสติกในการมีปฏิสัมพันธ์กับบิดามารดาขณะทำกิจวัตรประจำวันให้เด็กโดยเด็กส่วนใหญ่ไม่แสดงออกถึงความต้องการของตัวเอง³ ทำให้บิดามารดาตอบสนองหรือทำกิจวัตรประจำวันให้เมื่อคาดว่าเด็กจะต้องการ หรือเด็กบางคนที่เป็นเด็กเลี้ยงยาก เด็กมีพุติกรรมแสดงออกที่อยากสื่อให้บิดามารดาเข้าใจและตอบสนองต่อความต้องการได้

บิดามารดาส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับเรื่องการพูดได้ ออกเสียงได้ของเด็ก โดยการสื่อสารกับเด็ก บิดามารดาเรียนรู้คาดเดาว่าเด็กต้องการอะไร และตอบสนองให้เมื่อบิดามารดาเห็นว่าถึงเวลาที่เด็กควรจะได้รับดังคำล่าวของมารดาของน้องห้า “...เหมือนว่าลูกคนอื่นเขาเลี้ยงก็คงไม่ได้ เพราะสื่อสารกับเขามาได้ คือเราเข้าใจ แต่เราเข้าใจรู้ว่าเขาร้องการอะไร สื่อสารยังไม่ได้ อะไรอย่างนี้...” ส่วนใหญ่บิดามารดาเห็นว่าเด็กพูดช้ากว่าเพื่อนวัยเดียวกัน โดยเด็กมีการพูดได้แตกต่างกันไป ซึ่งในช่วงช่วงปีแรกเด็กส่วนใหญ่เริ่มล่วงเสียงได้อ้อแอลได้แต่น้อยครั้ง พูดเป็นคำๆ ป่า มาได้ แล้วล่วงเสียงน้อยลง ไม่พูดคำที่มีความหมายขณะที่เด็กบางคนมีภาษาพูดของตนเองที่คุณอื่นฟังไม่รู้เรื่อง หรือบางคนหยุดไม่พูด เมื่อหยุดไม่พูดเมื่ออายุ 2 ปี 6 เดือน หรือเด็กบางคนล่วงเสียง ป่าป่า มาได้จน 1 ปี 6 เดือน พูดน้อยลงแล้วหยุดไปแล้วพูดได้อีกครั้งเมื่ออายุ 2 ปี ส่งเสียงเป็นภาษาของตนเอง และเด็กบางคนพูดเป็นคำๆ มีความหมายได้ เมื่ออายุ 2 ปี 6 เดือน เมื่อไปโรงเรียนไม่พูดคุยกับเพื่อน แต่เข้าใจทำงานคำสั่งได้ พูดกับบิดามารดาตอบคำตามเป็นคำๆ แต่ไม่สนใจโตตอบจนอายุ 5 ปี หรือเริ่มพูดเป็นคำที่มีความหมาย พูดเป็นประโยคที่มีคำ 3 คำติดกันแต่คำสุดท้ายล่วงเสียงสูงๆ ต่ำๆ ไม่ชัดจากข้อมูลที่ได้ จะเห็นว่าเด็กอุทิสติกบางคนมาล่วงเสียงพูดเลียงจนอายุ 1 ปี 6 เดือน จนถึง 2 ปี ขณะที่อีกกลุ่มเริ่มล่วงเสียงพูดคำที่ไม่มีความหมาย แต่ไม่พัฒนาการ



ต่อในระยะต่อไปจนกระทั่งหยุดส่งเสียงและพูดภาษาของตนเอง หรือเด็กบางคนหยุดพูดแล้วพูดขึ้นได้ใหม่ อีกครั้งแต่ไม่สามารถเริ่มพูดคุยสนทนาโดยต้องได้ชิง เป็นลักษณะที่เกิดขึ้น ในช่วงเปลี่ยนผ่านระยะพัฒนาการ ด้านการใช้ภาษาส่งเสียงพูด เช่น จากส่งเสียงเป็นคำง่ายๆไปเป็นสองคำติดกัน หรือจากสองคำติดกันเป็นคำที่มีความหมายและเป็นประโยชน์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่เป็นการล้มภาษณ์บิดามารดาของเด็กอุทิสติก เกี่ยวกับระยะเวลาที่บิดามารดาตระหนักถึงปัญหาพัฒนาการของเด็กอุทิสติกตระหนักถึงปัญหาพัฒนาการของเด็ก ในช่วงอายุต่ำกว่า 11 เดือน ซึ่งเป็นระยะมีปฏิสัมพันธ์กับบิดามารดาช่วงก่อนพัฒนาการภาษาพูด และช่วงอายุมากกว่า 18 เดือน เป็นระยะเด็กต้องพัฒนาการบูรณาการพัฒนาการลังค์^{12,13} การใช้ภาษาลีสอสารและลัญลักษณ์ที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้น โดยช่วงดังกล่าวบิดามารดาเห็นว่าเด็กมีลักษณะถดถอยพัฒนาการหลายอย่างที่สำคัญ¹⁴ เช่น การเปลี่ยนแปลงจากก่อนมีภาษาไปยังการแสดงการจงใจด้วยคำพูด การเรียนรู้การใช้ภาษาและการเข้าใจภาษาเพิ่มขึ้น การพัฒนาทักษะการทดสอบ (Representational) ความทรงจำและการเลียนแบบ การล่สมมุติ การมีปฏิสัมพันธ์ทางลังค์และการพัฒนาความรู้สึกของตนเอง^{15,16}

จากการวิจัยพบว่าบิดามารดาเชื่อว่าเด็กไม่พูดพูดช้าเป็นเด็กปากหนัก ลูกผู้หญิงปากเบา ลูกผู้ชายปากหนัก หรือเป็นพันธุกรรมบิดาหรือญาติของเด็กเคยพูดช้า โตขึ้นพูดได้เร็ว การใช้เขี้ยด กบ หรือรองเท้าตีปัก หรือให้เด็กรับประทานอวัยวะเพศของหมู เพื่อให้เด็กพูดจากความเชื่อถ่องกล่าวทำให้บิดามารดาลี้ยงเด็กไปประโยชน์เด็กไม่พูดได้ แต่อย่างไรก็ตามแม่บิดามารดาเห็นว่าเด็กไม่พูด พูดช้าเหมือนกับเด็กคนอื่นวัยเดียวกันแต่เด็กอุทิสติกพูดอีกคนอื่น ๆ ร่วมด้วยที่บิดามารดาเห็นว่าต่างจากเด็กคนอื่น จากพฤติกรรมดังกล่าว ทำให้บิดามารดาเริ่มสงสัย ตระหนักถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเด็ก และบิดามารดาจึงเริ่มค้นหาคำตอบ หรือแสวงหาการวินิจฉัย

แม้ว่าบิดามารดาเห็นว่าเด็กอุทิสติกในช่วงปีแรกแสดงพฤติกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับคน และการแสดงอารมณ์แตกต่างจากเด็กปกติหลายเรื่อง และเมื่อเด็กอุทิสติกอายุมากขึ้นเด็กพูดช้า ไม่พูดและมีพฤติกรรม

อื่น ๆ ร่วมด้วยที่บิดามารดาเห็นว่าต่างจากเด็กคนอื่น แต่การที่บิดามารดาให้ความสำคัญกับการพูดได้ ความเชื่อเกี่ยวกับเด็กพูดช้าทำให้บิดามารดาเห็นความผิดปกติของเด็กได้ชัดเจน เมื่อเด็กอายุมากขึ้นแล้วและความเชื่อของบิดามารดาต่อลักษณะของเด็กที่ว่าไปและการเลี้ยงดูที่เชื่อว่าเลี้ยงให้เด็กโตขึ้นเองตามธรรมชาติ เมื่อถึงวัยเด็กสามารถทำได้เอง

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมสุขภาพในทุกระดับที่ดูแลเด็กควรตระหนักและค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับลักษณะเริ่มเป็นและการดูแลเด็กอุทิสติกเพื่อที่จะสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่บิดามารดาของเด็ก
2. ควรเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเริ่มแรกของเด็กอุทิสติกและการดูแลแก่บิดามารดาเนื่องจากบิดามารดาส่วนใหญ่ต้องการความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอุทิสติก
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาให้การค้นพบเด็กอุทิสติกตั้งแต่เริ่มมีอาการ เช่น การพัฒนาแบบประเมินอาการเริ่มเป็นอุทิสติกสำหรับบิดามารดา การพัฒนาแบบคัดกรองอุทิสติก เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณบัณฑิตวิทยา มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้ทุนสนับสนุนส่วนหนึ่งของงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. Pediatric Research 2009; 65(6): 591–8.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2002 Principal Investigators; Prevalence of autism spectrum disorders—autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2002. MMWR Surveill Summ 2007; 56(1): 12–28.



3. ครีวารณา พูลสรรพลิทช์ และคณะ. การศึกษาภาวะออทิสซึมในประเทศไทยและการดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548; 3(1): 10-16.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
5. Volkmar FR, Pauls D. Autism. Lancet 2003; 362(9390): 1133-1141.
6. สร้อยสุดา วิทยากร, มยุรี เพชรอักษร, วรรณนิภา บุญยะยงค์, สุภาพร ชินชัย. ชุมชนกับการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา: กรณีศึกษามารดาภัยบุตร ออทิสติก. (รายงานวิจัย). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
7. นฤมล ชัยคุณ. การศึกษาบทบาทของผู้ปกครองในการให้ความช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกเริ่มแก่เด็กออทิสติกระดับปฐมวัยในกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย; 2541.
8. White WS, Keonig K, Scahill L. Social skills development in children with autism spectrum disorders: a review of the intervention research. Journal of Autism and Developmental Disorders 2007; 37 (10):1858-68.
9. อุมาพร ตรังคสมบัติ. ช่วยลูกออทิสติก: คู่มือสำหรับพ่อแม่ผู้ไม่ยอมแพ้. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว; 2545.
10. McConachie H, Diggle T. Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2007; 13: 120-129.
11. McConnell SR. Intervention to facilitate social interaction for young children with autism: review of available research and recommendations for education intervention and future research. Journal of Autism and Developmental Disorder 2002; 32(5): 351-372.
12. Dawson G, Ashman SB, Carver LJ. The role experience in shaping behavioral and brain development and its implications for social policy. Development and Psychopathology 2000; 12: 695-712.
13. Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children: Confirmation of High Prevalence. The American Journal of Psychiatry 2005; 162(6): 1133-1141.
14. Chawarska K, Paul R, Klin A, Habibgen S, Dichtel LE, Volkmar F. Parental Recognition of Developmental Problems in Toddlers with Autism Spectrum Disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders 2007; 37: 62-72.
15. นิลวรรณ ฉันทะปรีดา, ชนิษฐา นันทบุตร, วรรณภา ศรีอัจญรัตน์, ดาวรุณี จงอุดมการณ์. การพัฒนานโยบายการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในสถานเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน : กรณีศึกษาสถานเลี้ยงเด็กแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(2): 10-18.
16. อนงค์ นันทสมบูรณ์, ทิวารรณ ปิยกุลมala, ไฟบูลย์ ดลเนลิมยุทธนา, นพมาศ จีระเวนศักดิ์, สมคิด สุทธิพร. การพัฒนาบทบาทครูและผู้ปกครองแบบมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(1): 64-71.



ผลการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท Effects of Health Promotion and Competency Development of Schizophrenic Patient's Relatives

สมจิตต์ อุบลวงศ์ ศศ.ด.*
เทพินทร์ บุญกระจ่าง ศศ.ม.* กุณฑ์ชลี เพียรทอง พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระคริมหาโพธิ์ รวม 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบมีระบบ กลุ่มทดลองได้รับการสอนตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2550 ถึง มกราคม 2551 โดยใช้แบบสอบถาม 3 ชุด คือ แบบทดสอบความรู้ เจตคติ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินสุขภาพ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัย พบว่า ญาติผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีคะแนนความรู้ เจตคติ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าญาติผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ญาติผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมาก คือ ร้อยละ 93.3 ผู้ป่วยจิตเภทในความดูแลของญาติที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้นานเกิน 1 เดือน โดยไม่ได้เข้ารักษา ร้อยละ 100 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทในความดูแลของญาติที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลับมารับการรักษาก่อนกำหนด 1 เดือน และต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 1 ราย

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพญาติ, ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This quasi experimental research aimed to study the effects of health promotion and competency development of schizophrenic patient's relatives. Samples were 30 relatives of schizophrenic patient who admitted in Prasrimabhodi Hospital, divided into an experimental group and a control group of each 30. Systemic random sampling method was used to select two groups, randomly assigned as an experimental group and a control group respectively.

The experimental group was taught with a teaching program of health promotion and competency development of caring schizophrenic patient, control group was taught as usual of each care setting. Data were collected during November, 2550 –January, 2551 by 3 instruments which consisted of test of knowledge,

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระคริมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



attitude and skill of caring the schizophrenic patient; health and satisfaction on activities of program. Data were analyzed by t-test.

The results showed that the schizophrenic patient's relatives who was taught by program of health promotion and competency development of caring the schizophrenic patient had significantly higher total mean scores of knowledge, attitude and skill of caring the schizophrenic patient, and health more than mean scores of the schizophrenic patient's relatives who was taught as usual of each care setting after the experiment ($p < 0.05$), and were more to most satisfied on activities of program about 93.3%. The schizophrenic patient who was looked after by relatives who was taught by program of health promotion and competency development of caring the schizophrenic patient had length of stay within the family more than 1 month about 100% and the schizophrenic patient of the relatives who was taught as usual of each care setting after the experiment had length of stay within the family more than 1 month about 96.6% and 1 person was admitted in the hospital.

Keywords: health promotion and competency development, schizophrenic patient's relatives

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยทางจิตเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดผลเสียหายด้าน ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติโดยรวม¹ ซึ่งในบรรดาผู้ป่วยโรคจิตนั้น ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) เป็นผู้ป่วยโรคจิตที่พบมากที่สุด² ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด และการรับรู้เป็นพื้นฐาน ทำให้มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม ในขณะที่ความรู้สึกตัวและความสามารถทางสติปัญญาดังปกติ และลักษณะการดำเนินโรคมักจะกล้ายเป็นผู้ป่วยเรื่องรังในที่สุด ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ที่อยู่ในชุมชนจึงมักจะไม่หายขาด เพียงแต่อារทุเลาสภาพความผิดปกติยังคงเหลืออยู่และมีความอดทนน้อย เมื่อถูกกดดันจึงเกิดอาการกำเริบได้ง่าย จากรายงานพบว่ามีการกลับเข้ารับการรักษาข้าในโรงพยาบาล ภายใน 2-6 เดือน ถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจำหน่ายพัฒนาและภายใน 2 ปี สูงถึงร้อยละ 70¹

การกลับเข้ารับการรักษาข้าในโรงพยาบาลในอัตราที่สูงและความเป็นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน กล่าวคือ ผลกระทบต่อผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยต้องอดทนต่ออาการข้างเคียงของยา.rักษาโรคจิตที่ต้องใช้ในปริมาณที่สูงขึ้น มีฐานะยากจนลงอันเนื่องมาจากขาดความสามารถในการทำงาน และขาดอิสรภาพจากการถูกควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด³ ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า สมาชิกในครอบครัวพยายามแยกตัว

ออกจากสังคม เนื่องจากเกิดความรู้สึกอับอายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม และไม่มีเวลาร่วมกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ขาดการสนับสนุนทางสังคม⁴ และหลายครอบครัวต้องสูญเสียเศรษฐกิจเป็นจำนวนมาก อันเนื่องมาจากค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาระหว่าง และเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการในแต่ละครั้ง⁵ รวมทั้งครอบครัวยังเกิดความเครียดสูงจากการต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน⁶ ซึ่งส่งผลต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ทำให้เกิดความขัดแย้งได้ง่ายขึ้น กล่าวคือ ถ้าหากความเครียดนั้นคงอยู่นานและเป็นอย่างเรื้อรัง จะส่งผลให้บุคคลมีความบกพร่องในด้านสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว การเรียน การทำงาน การจัดการกับปัญหาต่างๆ ตลอดจนทำให้มีความไม่สุข สนับสนุนร่วมกันลดลง ทำให้ต้องแสวงหาการรักษาไปทุกๆ แห่ง ที่คิดว่าจะช่วยรักษาให้หายได้ ทำให้สูญเสียทั้งเวลาและเศรษฐกิจ สูญเสียทางด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และการประกอบอาชีพการทำงาน จึงเพิ่มความทุกข์ของครอบครัวมากขึ้นอีกทางหนึ่ง ถ้าหากมีความเครียดมากเกินไป จะมีผลทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง และหากไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้อง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ตามมา และเกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ ที่สำคัญ คือ การสูญเสียด้านศักยภาพหรือสุขภาพของบุคคลในครอบครัว⁷ ส่วนผลกระทบต่อ



สังคม พบร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการกำเริบจะควบคุมตนเองไม่ได้ จึงอาจจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคมได้ ดังนั้น แต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง คือ การทำร้ายผู้อื่น สำหรับผลกระทบต่อประเทศไทยนั้น มีทั้งขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน

แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน มี 2 ลักษณะ คือ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเป็นหลัก และการรักษาด้วยการช่วยเหลือทางจิตสังคมควบคู่กันไป ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่จากสภาพการณ์จริงพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคจิตจำนวนมากที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และต้องวนเวียนเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน อันเนื่องมาจากการทางจิตกำเริบรุนแรง โดยปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยไม่รับยาสม่ำเสมอ บรรยายกาศการแสดงอารมณ์ในครอบครัวไม่เหมาะสม และเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังในที่สุด เนื่องจากโรคจิตเทพไม่ได้เป็นอาการป่วยจากโรคอย่างเดียว ส่วนหนึ่งมาจากปัญหาความยุ่งยากในครอบครัว มีการศึกษาถึงผลของการรักษาที่เกี่ยวเนื่องกับอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเทพ⁸ พบร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเทพที่ไม่ได้รับการรักษา มีอัตราการเป็นซ้ำร้อยละ 60-80 ถ้าได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว จะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 15-40 ส่วนการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเทพเมื่อหยุดยาพบร้อยละ 80 และในระหว่างการรักษาด้วยยา อาจพบการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 30 ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับการให้ความรู้และเสริมทักษะทางสังคมให้แก่ครอบครัว ไม่พบอัตราการกลับเป็นซ้ำหรือพบได้ประมาณร้อยละ 10-20 ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับทิศทางการดูแลรักษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลสันทิสุด และกลับไปอยู่กับครอบครัว ชุมชนโดยเร็วที่สุด โดยให้ความสำคัญกับญาติซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเทพและอยู่ที่บ้าน จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเทพ ดังแต่เริ่มต้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดย

การส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ เจตคติ ทักษะ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล และเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพต่อความรู้เจตคติ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเทพ และสุขภาพของญาติผู้ป่วยจิตเทพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)

ประชากร คือ ญาติผู้ป่วยจิตเทพที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระคริมมาโพธิ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ป่วยจิตเทพที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระคริมมาโพธิ์ ปีงบประมาณ 2551 ระหว่างเดือนพฤษภาคม-ธันวาคม 2550 โดยกำหนดคุณสมบัติตั้งนี้ 1) เป็นญาติผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเทพ ที่มีบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือและรับภาระในเรื่องค่าใช้จ่าย มีภูมิลำเนาในจังหวัดอุบลราชธานี เลือกกลุ่มตัวอย่าง ครอบครัวละ 1 ราย 2) อายุระหว่าง 20-60 ปี 3) สามารถฟัง พูด อ่านออก เขียนได้ 4) มีความเต็มใจและยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยจนครบกระบวนการ

การสุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนดจนครบ 60 ราย หลังจากนั้นใช้การสุ่มแบบมีระบบ (Systemic random sampling) เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเทพ และแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด คือ แบบทดสอบความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเทพ และแบบประเมินความพึงพอใจ ซึ่งคณะกรรมการสร้างขึ้นโดยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปตรวจสอบความเที่ยงในการกลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเทพที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระคริมมาโพธิ์ ใน



เดือนพฤษภาคม 2550 จำนวน 30 ราย แบบทดสอบความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเทา กัน 0.81 ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2550 – มกราคม 2551 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มทดลองได้รับการสอนตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 ครั้ง/อาทิตย์ 1 วัน ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในเดือนธันวาคม 2550

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย แผนการสอน 7 แผน ได้แก่ 1) การสร้างความสัมพันธ์ 2) การสร้างแรงจูงใจ 3) เจตคติของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) ความรู้เรื่องโรคจิตเภท 4) การสื่อสาร 5) บทบาทของญาติในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเภท 6) ความเครียด ซึ่งพัฒนาจากข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คะแนนสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ t-test

ประเด็นด้านจริยธรรมและการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย เป็นประเด็นที่ไม่ต่อความรู้สึกด้านลบที่จะเกิดขึ้น มีความเสี่ยงต่อสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วัยจัดคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย จึงซึ่งแจ้งทำความเข้าใจและคัดเลือกเฉพาะรายที่มีความเต็มใจและยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยจนครบกระบวนการ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างคล้ายกัน เพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 75 (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 80 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 83.3) อายุ 41-50 ปี มากที่สุด (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 33.3 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 36.4) สถานภาพคู่มีมากที่สุด (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 66.7 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 60) อาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 76.7 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 80) การ

ศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 33.3 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 40) ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะบิดา/มารดามากที่สุด (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 53.5 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 60) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-5 ปี มากที่สุด (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 46.7 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 53.4)

2. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ญาติผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง สูงกว่าญาติผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมติฐานการวิจัย (ตารางที่ 1)

3. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ก็ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง ญาติผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าญาติผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมติฐานการวิจัย (ตารางที่ 1)

4. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง การประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ดำเนินการเฉพาะในกลุ่มทดลองซึ่งเป็นญาติผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลอง ความพึงพอใจในภาพรวมพบว่าญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมาก จำนวน 28 คน (ร้อยละ 93.33) และระดับปานกลาง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.67)



เมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายข้อ พบว่า ประเด็นที่ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ วิธีการจัดกิจกรรมเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเต็มที่ 28 คน (ร้อยละ 93.33) รองลงมาคือความคุ้มค่า 26 คน (ร้อยละ 86.67) ประโยชน์ที่ได้รับและสถานที่จัดประชุม จำนวนเท่ากันคือ 25 คน (ร้อยละ 83.33) ส่วนประเด็นที่ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับน้อย คือ ความเหมาะสมของล้วง อุปกรณ์โลหิตศูนย์ปราณี 2 คน (ร้อยละ 6.67) รองลงมาคือ ความชัดเจนของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ 1 คน (ร้อยละ 3.33)

5. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวหลังจากหายระหว่างผู้ป่วยจิตเภทในความดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้นานมากกว่า 1 เดือน ร้อยละ 100 ล้วนผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติที่ได้รับการดูแลตามปกติกลับมารับการรักษาอีก่อนกำหนด 1 เดือน จำนวน 1 ราย ร้อยละ 96.6 เนื่องจากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ดีมสุราทำให้อาการกำเริบจนต้องรับไวรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		<i>t</i>
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนทดลอง	8.6	2.6	8	3.1	0.99
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังทดลอง	15.9	1.9	8.3	2.9	5.69*
3. คะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพก่อนทดลอง	75.3	10.3	74.0	9.1	0.5
- ด้านร่างกาย	21.5	7.6	23.0	5.5	1.5
- ด้านจิตใจ	18.2	6.4	18.0	3.9	0.1
- ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.2	6.9	8.0	6.4	0.9
- ด้านสิ่งแวดล้อม	25.0	7.1	23.0	3.7	0.9
4. คะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพหลังทดลอง	116.5	8.4	80.2	10.2	5.5*
- ด้านร่างกาย	35.2	5.5	27.5	9.0	5.0*
- ด้านจิตใจ	26.7	5.5	19.3	6.8	4.6*
- ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	14.4	4.9	10.5	7.2	5.2*
- ด้านสิ่งแวดล้อม	39.9	2.9	24.5	3.8	3.9*

* $p < 0.05$



การอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และคะแนนคุณภาพชีวิต หลังการทดลองสูงกว่าญาติผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสนับสนุนการวิจัยที่พิพากษาการสอนโดยใช้กิจกรรมกลุ่มมีผลต่ออัตตโนหัตน์ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้คะแนนอัตตโนหัตน์เพิ่มขึ้น อาทิเช่น พบร่วม วัยรุ่นที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมการสอนโดยใช้กิจกรรมกลุ่มมีคะแนนอัตตโนหัตน์สูงกว่ากิจกรรมกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม⁸ และนักเรียนระดับประถมศึกษาที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มมีคะแนนอัตตโนหัตน์สูงกว่านักเรียนที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม⁹ รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มมีคะแนนภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง¹⁰ และโปรแกรมการพยาบาลองค์รวมมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น¹¹

จากการทดลองนี้ แสดงให้เห็นว่ากระบวนการสอนตามโปรแกรมการสอนที่พัฒนามาจากชุดเทคโนโลยีทางสุขภาพจิตและจิตเวชของกรมสุขภาพจิต¹ โดยเน้นญาติผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Client center) ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มทั้ง 7 แผนการสอน มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และคะแนนคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วย เนื่องจากเกิดการเรียนรู้จากกลุ่มด้วยกันเอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นความรู้สึกในทางลบ และการที่ญาติผู้ป่วยได้รับความรู้สึกเบื้องหน่าย ห้อแท้ หมวดกำลังใจ กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกัน ก็จะช่วยผ่อนคลายความเครียดได้อีกด้วยหนึ่ง รวมทั้งแผนการสอนทั้ง 7 แผนของโปรแกรมฯ ได้พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานสุภาพปัญญาของ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พบร่วมส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเบื้องหน่าย ห้อแท้ หมวดกำลังใจ อันเนื่องจากขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่สำคัญ คือ มีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย เกิดความเครียดสูงและทางออกไม่ได้ ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ขาดความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวัน จนในที่สุดทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบข้าและต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำแล้วซ้ำเล่า⁵

จากการทดลองที่ให้ผลในทางสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยในครั้งนี้ มีปัจจัยสำคัญที่นำสนับสนุนให้การทดลองคือผู้วิจัยเป็นพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางหลักสูตรการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชระหว่าง 12-35 ปี ทำให้มีพื้นฐานความรู้ และทักษะในการพยาบาลจิตเวชเป็นอย่างดี รวมทั้งมีความสามารถในการใช้โปรแกรมการสอนที่พัฒนาขึ้น^{12,13} จึงช่วยให้การใช้โปรแกรมการสอนดำเนินไปได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ญาติผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมด้วยความเป็นกăลัยมัติตร ให้การยอมรับความคิดเห็น ให้กำลังใจ ให้ความเห็นใจและเข้าใจ ให้โอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ทำให้ญาติผู้ป่วยได้รับรายความคับข้องใจอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยาวนาน translate ระหว่างกัน ตระหนักรถึงความสามารถของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมในกิจกรรม และเกิดพลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ผลการทดลองยังแสดงให้เห็นอีกว่า ก่อนการทดลองญาติผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน คือมีคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างร率为 61-95 คะแนน ซึ่งเชื่อว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้ญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมไปในทางที่สร้างสรรค์ภายหลังการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลเนื่องจากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุภาพและพัฒนาศักยภาพญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ญาติผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง ความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งมีระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าเดิม ดังนั้นจึงควรพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการสอนตามแนวทางของโปรแกรมฯ และสนับสนุนให้พยาบาลทุกคนได้สอนญาติผู้ป่วยทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม จะช่วยเอื้อประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทที่จะได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตลอดกระบวนการวิจัย ขอขอบคุณพยาบาลหอผู้ป่วยจิตเวชหญิง 1 จิตเวชชาย 4 และจิตเวชชาย 5 โรงพยาบาลพระคริมหาโพธิ์ที่อำนวยความสะดวกในการวิจัย ขอขอบคุณคณะผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเนื้อหา และขอขอบคุณ สปสช. ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2545 – 2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีงบประมาณ 2545. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
- Sullinger N, Relape. Journal of Psychological Nursing 1988; 26(60).
- Ip GSH, Mackenzie E. Caring for relatives with severe mental illness at home: The experiences of family carers in Hongkong. Archives of Psychiatric Nursing 1988; 12(5).
- สมจิตต์ ลุ่รัสสก์, วชิระ เพ็งจันทร์, อัญชลี ศิลากาญช, สุภาพร ประดับสมุทร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. นครพนม: โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม; 2540.
- เลิศฤทธิ์ บัญชาการ. ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอำเภอเมืองจังหวัดนครพนม (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนธิ์. โรคจิตเภท. ชุดโครงการตำราและเอกสารทางวิชาการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
- สมจิตต์ ลุ่รัสสก์. ผลการสอนโดยใช้กิจกรรมกลุ่มต่ออัตตนิยมทัศน์ของวัยรุ่น (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2534.
- Papenfuss RL, Curtis JD, Beier BJ, Menze JD. Teaching positive self-concepts in the classroom. Journal of School Health 1983; 53:618–620.
- นางลักษณ์ ทรงจำเจียก. การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวท โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (การศึกษาอิสระ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
- ปพิชญา ศรีจันทร์. การศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระพุทธบาทสาระบุรี (การศึกษาอิสระ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, คงลันต์ บุสภา, ณัฐพร ชัยพรเมธีร์. การพัฒนาระบบการดูแลทางจิตลังคม ในโรงพยาบาลชุมชนโดยใช้พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและการประสานงาน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(3): 26–35.
- ศรชนก สุทาวัน, ปัญญารณ์ ตั้งชุกร, มนตรดา ชัยมี. บทบาทการพยาบาลจิตเวช การปรึกษาและการประสานงานในโรงพยาบาลศรีษะเกศ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(3): 20–27.



การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดและใช้ยาระงับความรู้สึก ในโรงพยาบาลนราธิราษฎร์ Incidents and Related Factors to Hypothermia in Patient's Operation under Anesthesia at Nakornnayok Hospital

วรรณพร ทองประมูล ป.พ.ส.*

บทคดีย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดโดยใช้ยาระงับความรู้สึก ในโรงพยาบาลนราธิราษฎร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 39 ราย วัดอุณหภูมิแกนกายทุก 30 นาทีด้วยเครื่องวัดอุณหภูมิทางช่องหู ในห้องผ่าตัดผ่าตัดและห้องพักฟื้น บันทึกอุณหภูมิแกนกายตามแบบบันทึกที่จัดทำไว้ นำข้อมูลที่ได้มามวิเคราะห์หาอุบัติการณ์ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยค่า chi-square

ผลการวิจัยพบว่า 1) อุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในระยะเวลาเริ่มและเวลาที่ 30 นาที หลังให้ยาระงับความรู้สึก ร้อยละ 10.3 เท่ากัน ต่อมาในระยะเวลาที่ 60, 90 และ 120 นาที พบร้อยละ 23.1, 28.2 และ 12.8 ตามลำดับ ในระยะเวลาที่ 150, 180 นาที พบร้อยละ 7.7 และ 5.2 ตามลำดับ ในห้องพักฟื้นที่เวลาเริ่มพบร้อยละ 25.6 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำของกลุ่มตัวอย่างที่เวลา 30 นาที ในขณะผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก ได้แก่ เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก อุณหภูมิห้องผ่าตัด ระยะเวลาที่ 60 นาที ได้แก่ อายุ ตำแหน่งการผ่าตัด ระยะเวลาที่เริ่มในห้องพักฟื้น ได้แก่ จำนวนเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัดและจำนวนสารน้ำที่ได้รับระหว่างผ่าตัด ระยะเวลาที่ 30 นาทีในห้องพักฟื้น ได้แก่ จำนวนเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัด อุณหภูมิห้องพักฟื้น จากการทดสอบทางสถิติด้วยค่า coefficient มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ดังนั้นวิสัยทัศน์พยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด ต้องตระหนักรถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำและการคำนวณร่วมมือในการพัฒนาและป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดและใช้ยาระงับความรู้สึก

คำสำคัญ: อุบัติการณ์ ความสัมพันธ์ ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

Abstract

The purpose of this research was to study incidents and related factors to hypothermia at Nakornnayok hospital, Nakornnayok province. The sample consisted of 39 cases. These samples received to check core temperature via ear canal by the infrared IR 1 DE1-1 ear temperature, frequency check every 30 minutes at operation and recovery room, then record it on the form was applied. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and chi-square.

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลวิสัญญี) โรงพยาบาลนราธิราษฎร์



The result showed that: 1) The incidents of hypothermia at start and 30 minutes, were 10.3% as equal. Then at 60, 90, 120, 150, 180 minutes were 23.1%, 28.2%, 12.8%, 7.7%, 5.2%. In recovery room, the incidents of hypothermia at start were 25.6%. 2) The factors relation of hypothermia at 30 minutes was type of anesthesia and room temperature, at 60 minutes was age and procedure of surgery. Recovery room, the factors relation of hypothermia at start was estimate blood loss and intravenous replacement, at 30 minutes was estimate blood loss and recovery room temperature, at 60 minutes was duration of anesthesia, estimate blood loss, and recovery room temperature. The relationship between these factors and patient's hypothermia were significant ($p<.05$).

So that anesthetist nurse and scrub nurse be aware the result of hypothermia, and such for the collaboration to development and protection of hypothermia in patients' operation under anesthesia.

Keywords: Incidents, factors relation & hypothermia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจัย

ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (hypothermia) เป็นภาวะที่ร่างกายมีอุณหภูมิลดลงต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส¹ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภาวะอุณหภูมิกายต่ำเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ในระหว่างผ่าตัดและระหว่างอยู่ในห้องพักฟื้น ซึ่งพบอุบัติการณ์การเกิดได้ถึงร้อยละ 60-90² โดยพบในผู้ป่วยที่ได้รับยาจับความรู้สึกแบบทั่วไปร้อยละ 5-65 และผู้ป่วยที่ได้รับยาจับความรู้สึกเฉพาะส่วน ร้อยละ 33³ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ภาวะอุณหภูมิต่ำถึงร้อยละ 83⁴

ภาวะอุณหภูมิกายต่ำของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนั้น มีผลต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและสมองต้องใช้ออกซิเจนปริมาณมากขึ้น⁵ ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขทันทีอาจเกิดผลลัพธ์ต่อการทำงานหัวใจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน ภาวะอุณหภูมิกายต่ำที่มีอาการหนาวสั่นร่วมด้วย จะกระตุ้นระบบประสาಥอตโนมัติชนิดซิมพาธิคิอย่างรุนแรงทำให้เกิดภาวะกรดจากเมtabolism กลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เสี่ยงต่อเกิดการติดเชื้อของแผลหลังผ่าตัดได้ง่าย การทำลายเยื่อบุ腔ทางเดินหายใจ ฟื้นหายใจลำบากใช้เวลานานขึ้น ทำให้ต้องพักรักษาตัวในห้องพักฟื้นนานขึ้น³

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำได้จากการสูญเสียความร้อนออกจากการร่างกายในขณะผ่าตัด ร้อยละ 75 เกิดจากขบวนการนำความร้อน

พาความร้อน และการแพร่งร้อน แล้วร้อยละ 25 เกิดจากขบวนการระเหยของน้ำ³ ในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับบริการให้ยาจับความรู้สึกแบบทั่วไปและแบบเฉพาะส่วนมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำได้สูง เนื่องจากยาจับความรู้สึกที่ใช้มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดและกดขบวนการสร้างความร้อนจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิส่วนกลางของร่างกาย⁶ และยาหย่อนกล้ามเนื้อจะระงับอาการสั่นเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้ร่างกายสูญเสียความร้อนเพิ่มขึ้น⁷ ทั้งนี้ผลของการระงับความรู้สึกทำให้มีความแตกต่างระหว่างอุณหภูมิกายต่ำสิ่งแวดล้อมจะทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ และยังขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการผ่าตัดที่นานมากกว่า 3 ชั่วโมง หรือการให้ทัดแทนด้วยสารน้ำหรือเลือดในปริมาณมาก³

ภาวะอุณหภูมิกายต่ำสามารถตรวจพบและป้องกันได้ด้วยการลดการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายขณะอยู่ในห้องผ่าตัด¹ จากด้านล่างแวดล้อมโดยเพิ่มอุณหภูมิในห้องผ่าตัดให้สูงกว่า 24 องศาเซลเซียส ในด้านตัวผู้ป่วยป้องกันได้โดยห่มผ้าให้ผู้ป่วยขณะหายใจห้องผ่าตัดและขณะนำสลบ การอ่นสารน้ำและเลือดที่ให้ทางหลอดเลือดดำ การอุ่นสารน้ำที่ใช้ล้างห้อง การห่อหุ้มผู้ป่วยบริเวณแขนและขาด้วยผ้าหานาหรือพลาสติก ปิดหุ้มอวัยวะภายในด้วยถุงพลาสติก การให้ลมหายใจที่ชั้นและอุ่น (32 องศาเซลเซียส) หรือใช้ผ้าห่มอุ่น (warmer blanket) วางบนตัวผู้ป่วย หรือใช้เครื่องอุ่นเพื่อเพิ่มอุณหภูมิ เช่น Air-warming การรักษาผู้ป่วย



หลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกมีภาวะอุณหภูมิภายในต่ำและมีภาวะหนาวสั่นร่วมด้วย โดยให้รักษาด้วยการให้ออกซิเจนร่วมกับการใช้ air-warming และการให้ยาแก้ปวด narcotic ได้แก่ ยา Pethidine 25 mg ทางหลอดเลือดดำเพื่อยืดยั้งภาวะหนาวสั่น³

กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลนครนายก มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดในเดือนพฤษภาคม ลิงกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ร้อยละ 5.6 ของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและแบบเฉพาะส่วน ซึ่งพบผู้ป่วยเกิดภาวะอุณหภูมิภายในขณะที่ทำการผ่าตัดโดยยังไม่มีการควบรวมข้อมูลอุบัติการณ์และวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและยังไม่มีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิภายในผู้ป่วยต่อ การปฏิบัติของวิสัญญีพยาบาลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยและกลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลนครนายก จึงเล็งเห็นความสำคัญของภาวะอุณหภูมิภายในผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดผลกระทบอาจถึงชีวิตต่อผู้ป่วยได้ จึงสนใจที่จะศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิภายในผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดโดยใช้ยาและยาระงับความรู้สึก ในโรงพยาบาลนครนายก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิภายในผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดโดยใช้ยาและยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลนครนายก

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิภายในผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดโดยใช้ยาและยาระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนครนายก

กรอบแนวคิดการวิจัย

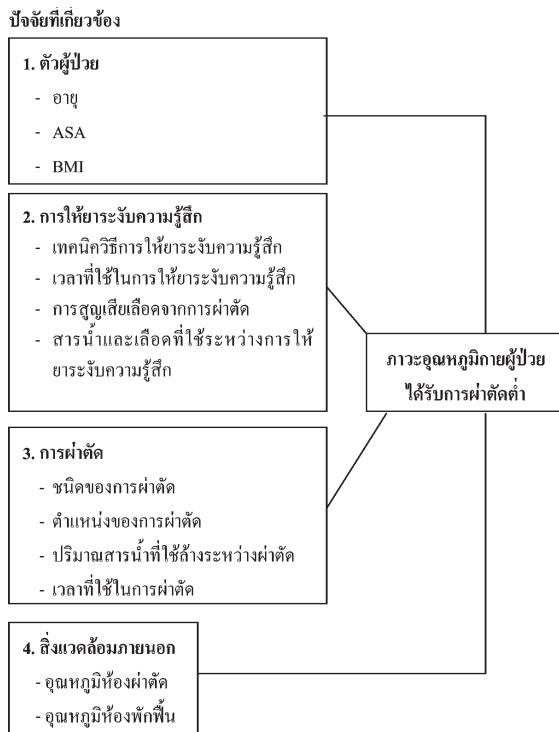
กระบวนการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายมีศูนย์ควบคุมอยู่ที่สมองส่วนไฮปोราลามัส ซึ่งจะรับสัญญาณประสาทจากผิวนังของร่างกายผ่านทางเส้นประสาทแล้วส่งผ่านยังสมองทางสไปโนราลามิกแพร็ค ไปยังตัวรับการกระตุ้นที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิภายในต่ำ มีดังนี้ (ภาพที่ 1)

1. ปัจจัยจากผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ผู้ป่วยสูงอายุ มีการตอบสนองต่อกระบวนการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายได้น้อยลงเมื่อได้รับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก ผลของยาระงับความรู้สึก ความแตกต่างระหว่างอุณหภูมิภายในต่อสิ่งแวดล้อมมากจะทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิภายในต่ำ³ หากหรือเด็กเล็กมีพื้นที่ผิวภายในต่อน้ำหนักตัวมากกว่าผู้ใหญ่และความสามารถในการควบคุมอุณหภูมิภายในไม่ได้เท่าผู้ใหญ่^{7,8}

2. ปัจจัยจากการให้ยาและยาระงับความรู้สึก ได้แก่ 1) ปัจจัยจากการใช้เทคนิคหรือการระงับความรู้สึก คือ การให้ยาและยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป การให้ยาและยาที่ใช้ในการให้ยาและยาระงับความรู้สึก 2) เวลาที่ใช้ในการให้ยาและยาระงับความรู้สึก ในการให้ยาและยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเริ่มตั้งแต่การฉีดยา naïve จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบหรือเวลาที่วิสัญญีแพทย์เริ่มทำการให้ยาทางไขสันหลังผู้ป่วยจนถึงผ่าตัดเสร็จใน การให้ยาและยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน 3) สารน้ำและเลือดที่ใช้ระหว่างการให้ยาและยาระงับความรู้สึก ให้คิดคำนวณตามเวลาการให้ยาและยาระงับความรู้สึก 4) การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ให้คิดคำนวณตามเวลาการให้ยาและยาระงับความรู้สึก

3. ปัจจัยจากการผ่าตัด ได้แก่ ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งของการผ่าตัด ปริมาณสารน้ำที่ใช้ล้างระหว่างผ่าตัด เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเริ่มตั้งแต่ศัลยแพทย์ลงมือทำการผ่าตัดจนถึงสิ้นสุดการผ่าตัด

4. สิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ อุณหภูมิห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น ภาวะอุณหภูมิภายในต่ำในขณะผ่าตัดเป็นผลจากการให้ยาและยาระงับความรู้สึกร่วมกับอุณหภูมิห้องผ่าตัดที่เย็น พบร่องรอยอุณหภูมิห้องผ่าตัดที่ 22 องศาเซลเซียสผู้ป่วยจะสูญเสียความร้อนจากร่างกายให้กับสิ่งแวดล้อม^{9,10}



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (correlational descriptive design) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่าในผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดโดยใช้ยาและจับความรู้สึกในโรงพยาบาลศูนย์ฯ ประจำวันที่ 20 เดือนกันยายนถึงวันที่ 20 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 (ระยะเวลา 1 เดือน)

ประชากร คือ ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับบริการผ่าตัดโดยใช้ยาและจับความรู้สึกในโรงพยาบาลศูนย์ฯ ประจำวันที่ 20 เดือนกันยายนถึงวันที่ 20 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 (ระยะเวลา 1 เดือน) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับบริการผ่าตัดโดยใช้ยาและจับความรู้สึกในโรงพยาบาลศูนย์ฯ ประจำวันที่ 20 เดือนกันยายนถึงวันที่ 20 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 (ระยะเวลา 1 เดือน) ใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป มี American Society Anesthesiologist (ASA) 1-3 2) ก่อนผ่าตัดไม่มีไข้และมีอุณหภูมิกายที่ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส 3) ไม่เป็นโรคหรือทำผ่าตัดเกี่ยวกับสมองและหัวใจ เนื่องจากทำการทำผ่าตัดสมองจะมีผลกระทบต่อศูนย์ควบคุม

อุณหภูมิของสมองที่ไฮโปราลามัสโดยตรง ส่วนการผ่าตัดหัวใจต้องใช้อุณหภูมิที่เย็นเพื่อลดการใช้ออกซิเจน และลดการทำงานของหัวใจ 4) ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวัด ได้แก่ 1) เครื่องวัดอุณหภูมิกายส่วนแกน อินฟราเรด รุ่น IR 1 DE1-1 จำนวน 1 เครื่องวัดจากช่องหูด้วยเครื่องวัดอุณหภูมิทางช่องหูระบบ ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงจากบริษัทผู้จำหน่ายเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ.2552 2) protoวัดอุณหภูมิกายในห้องผ่าตัด 1 เครื่อง และห้องพักฟื้น 1 เครื่อง 3) นาฬิกาจับเวลา ภายใต้ห้องผ่าตัด 1 เครื่อง และห้องพักฟื้น 1 เครื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดโดยใช้ยาและจับความรู้สึก ประกอบด้วย ข้อมูลที่นำไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนการให้ยาและจับความรู้สึก (ASA) ดัชนีมวลกาย (BMI) ชนิดการผ่าตัด วิธีการใช้ยาและจับความรู้สึก ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการให้ยาและจับความรู้สึก ปริมาณเลือดที่เสียไประหว่างผ่าตัด จำนวนสารน้ำและเลือดที่ได้รับในระหว่างผ่าตัดระยะเวลาที่อยู่ในห้องพักฟื้น อุณหภูมิห้องผ่าตัด อุณหภูมิห้องพักฟื้น การป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่า การแก้ไขภาวะอุณหภูมิต่า 2) แบบบันทึกภาวะอุณหภูมิกายผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดและใช้ยาและจับความรู้สึก โรงพยาบาลศูนย์ฯ ได้แก่ 2.1) แบบบันทึกภาวะอุณหภูมิกายผู้ป่วย ขณะได้รับการผ่าตัดและให้ยาและจับความรู้สึก ระยะเวลา อุณหภูมิช่องหู อุณหภูมิห้องผ่าตัดและสัญญาณชีพ 2.2) แบบบันทึกภาวะอุณหภูมิกายผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ได้แก่ ระยะเวลา อุณหภูมิช่องหู สัญญาณชีพ ระดับความรุนแรงของภาวะหน้าวสั่น การพยาบาลและการรักษาภาวะอุณหภูมิกายต่าและภาวะหน้าวสั่นที่ได้รับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยครั้งนี้มาตรวจสอบความเที่ยงตรง โดยเครื่องวัดอุณหภูมิทางช่องหูระบบอินฟราเรดรุ่นIR 1 DE1-1 ตรวจสอบความเที่ยงตรงจากบริษัทผู้จำหน่าย เครื่องวัดอุณหภูมิในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น นาฬิกา



จับเวลา ผ่านการสอบเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานกับช่างซ่อมเครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาล ส่วนแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผ่านการเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลหัวหน้างานวิสัญญี และพยาบาลวิสัญญี ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดและใช้ยาระงับความรู้สึกจำนวน 3 ราย ที่ตรงตามลักษณะของประชากรในงานวิจัย โดยมีอัตราประส่งค์เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือประเมินความเป็นไปได้ ความเหมาะสมสมกับสถานการณ์และบริบทก่อนนำไปใช้จริง และนำปัญหาและอุปสรรคที่พบมาปรับปรุงแก้ไขก่อนการนำไปใช้ในจริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่มีอุณหภูมิ 20-24 องศาเซลเซียส และห้องพักฟื้นที่มีอุณหภูมิ 24-26 องศาเซลเซียส โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาพที่ 2) ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานหัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญี และหัวหน้างานวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิสัญญี เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

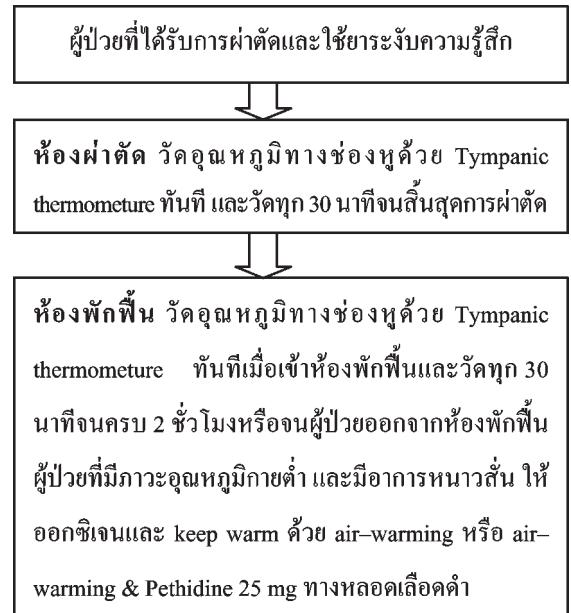
2. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำต้นเรื่อง วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและความยินยอมผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัยเมื่อผู้ป่วยยินยอมแล้วจึงดำเนินการตามขั้นตอน 1) วัดอุณหภูมิทางช่องหูด้วย Tympanic thermometer ก่อนเข้าห้องผ่าตัด 2) บันทึกข้อมูลผู้ป่วยตามแบบบันทึกที่เตรียมไว้ 3) เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดวัดอุณหภูมิทางช่องหูด้วย Tympanic thermometer ทันทีหรือภายใน 5 นาที และซ้ำทุก 30 นาทีจนลินสุดการผ่าตัด หยุดวัดอุณหภูมิทางช่องหูเมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบและเสร็จสิ้นจากการผ่าตัด นำผู้ป่วยส่งห้องพักฟื้น 4) เมื่อย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้นวัดอุณหภูมิทางช่องหูด้วย Tympanic thermometer ทันทีหรือภายใน 5 นาที และวัดซ้ำทุก 30 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงหรือจนผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น (ตามสภาพความจำเป็นของผู้ป่วยและโครงสร้างห้องพักฟื้น)

3. ในขณะผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดและใช้ยาจะระงับความรู้สึก และหลังการผ่าตัดพักในห้องพักฟื้นได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลทางวิสัญญี

4. ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนอุณหภูมิกายต่ำได้รับการดูแลและแก้ไขตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยภาวะอุณหภูมิกายต่ำของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้แก่ การให้ออกซิเจนและ keep warm ด้วย air - warming หรือการใช้ air - warming & Pethidine 25 mg ทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่มีอาการหนาวสั่น

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดและใช้ยาระงับความรู้สึกที่เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำโดยค่าร้อยละ ข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะอุณหภูมิกายต่ำ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ chi-square

การพิทักษ์สถิติของผู้ป่วย ผู้วิจัยนำเสนอด้วยรายงานการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อขอความเห็นชอบในการทำวิจัยและขออนุญาตตรวจรับรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดโดยใช้ยาระงับความรู้สึก โดยข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยจะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล



ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.8 เป็นชาย ร้อยละ 28.2 มีอายุระหว่าง 18-29 ปี ร้อยละ 28.2 อายุเฉลี่ย (ปี) 46.1 ± 16.7 มีระดับ ASA 1 ร้อยละ 56.4 รองลงมา คือ ASA 2 ร้อยละ 41.1 ค่า BMI (ปกติ) 18.5-22.9 กก./ม.² ร้อยละ 38.5 และรองลงมา มีค่า BMI ที่ 25-29.9 กก./ม.² (อ้วนมากระดับ 1) และ 23-24.9 กก./ม.² (น้ำหนักตัวมากเกิน) ร้อยละ 28.2 และ 20.5 ตามลำดับ มีค่า BMI เฉลี่ยที่ 24.74 ± 4.07 กก./ม.²

1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ของผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดและใช้ยาระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลศนย์พยาบาลฯ พบร่วมกับ ที่เวลาเริ่มและที่เวลา 30 นาที มีจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 10.3 เท่ากัน) ที่เวลา 60 นาที มีจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 23.1) ที่เวลา 90 นาที มีจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 28.2) ที่เวลา 120 นาที มีจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 12.8) ที่เวลา 150 นาที มีจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 7.7) ที่เวลา 180 นาที มีจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 5.2) และ อุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำของกลุ่มตัวอย่างหลังการผ่าตัดที่ใช้ยาระงับความรู้สึกสืบสาน แล้วในห้องพักฟื้นที่เวลาเริ่มมีจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 25.6) ที่เวลา 30 นาที มีจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 10.8) ที่เวลา 60 นาที มีจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 5.1) ที่เวลา 90 นาที มีจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 12.8)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดโดยใช้ยาระงับความรู้สึก ในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น โรงพยาบาลศนย์พยาบาลฯ

2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำที่เวลา 30 นาที ในห้องผ่าตัด ได้แก่ เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกและอุณหภูมิห้องผ่าตัดโดยมีค่า $\chi^2 = 7.10$, $f= 2$, $p<.05$ และ ค่า $\chi^2 = 12.84$, $d f= 6$, $p<.04$ ตามลำดับ

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำที่เวลา 60 นาทีในห้องผ่าตัด ได้แก่ อายุ ตำแหน่งการผ่าตัด โดยมีค่า $\chi^2 = 25.42$, $df = 15$, $p<.04$ และ ค่า $\chi^2 = 18.03$, $df = 9$, $p<.03$ ตามลำดับ

2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำที่เวลาเริ่มหลังผ่าตัด และใช้ยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ได้แก่ จำนวนเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัด จำนวนสารน้ำที่ได้รับระหว่างผ่าตัดโดยมีค่า $\chi^2 = 37.11$, $df = 12$, $p<.001$ และค่า $\chi^2 = 28.15$, $df = 9$, $p<.005$ ตามลำดับ

2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำของกลุ่มตัวอย่างที่เวลา 30 นาทีหลังผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก ในห้องพักฟื้น ได้แก่ จำนวนเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัดและอุณหภูมิห้องพักฟื้นโดยมีค่า $\chi^2 = 22.79$, $df = 8$, $p<.004$ และค่า $\chi^2 = 8.98$, $df = 2$, $p<.01$ ตามลำดับ

2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำของกลุ่มตัวอย่างที่เวลา 60 นาทีหลังผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก ในห้องพักฟื้น ได้แก่ ระยะเวลาการให้ยาระงับความรู้สึก จำนวนเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัด อุณหภูมิห้องพักฟื้นโดยมีค่า $\chi^2 = 25.42$, $df = 8$, $p<.001$ ค่า $\chi^2 = 26.87$, $df = 8$, $p<.001$ และ $\chi^2 = 9.47$, $df = 2$, $p<.009$ ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

การอภิปรายผล

อุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดโดยใช้ยาระงับความรู้สึก จากการวิจัยครั้งนี้เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกส่วนใหญ่ เป็นการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป รองลงมา คือ การให้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน จึงพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในเวลาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากยาจะระงับความรู้สึกที่ใช้ (anesthetic agent) มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดและกดขบวนการสร้างความร้อนจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิส่วนกลางของร่างกาย⁶ และยาหย่อนกล้ามเนื้อ (muscle relaxant) จะระงับอาการสั่นเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้ร่างกายสูญเสียความร้อนเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นทางการหรือเด็กเล็กมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เนื่องจากมีพื้นที่ผิวหายใจต่อน้ำหนักตัวมากกว่าผู้ใหญ่และความสามารถในการควบคุมอุณหภูมิกายไม่ดีเท่าผู้ใหญ่ และในผู้ป่วยสูงอายุการตอบสนองต่อขบวนการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย (thermoregulator) จะน้อยลงเมื่อได้รับยาจะระงับความรู้สึก⁷



ในระยะเวลาที่ 60, 90 และ 120 นาที พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอุณหภูมิการลดต่ำลงทั้งนี้ผลของยาระงับความรู้สึกที่มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดและกดขวนการสร้างความร้อนจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิส่วนกลางของร่างกาย⁶ ทำให้มีความแตกต่างระหว่างอุณหภูมิการต่อสิ่งแวดล้อมจะทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิการต่ำซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของเบญจมาศ ปรีชาคุณ¹¹ ที่พบว่า ในระยะเวลาตั้งที่เวลา 45 และ 60 นาที กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีอุณหภูมิการลดลงจากเริ่มผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.01$ และ $p<.01$ ตามลำดับ

ในระยะเวลาที่ 150 นาที พบว่า อุณหภูมิการมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดที่ $34.53\pm 0.77^{\circ}\text{C}$ และที่เวลา 180 นาที พบว่า อุณหภูมิการมีค่าเฉลี่ยที่ $34.65\pm 0.63^{\circ}\text{C}$ เนื่องจากผลของยาระงับความรู้สึกที่ใช้วิ่งกับระยะเวลาในการผ่าตัดที่นานมากกว่า 3 ชั่วโมง หรือการให้ทัดแทนด้วยสารน้ำหรือเลือดในปริมาณมากและรวดเร็ว³

เมื่อลินสุดการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกได้มีการนำส่งกลุ่มตัวอย่างเข้าห้องพักฟื้น พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิการต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นที่เวลาเริ่มมีค่าเฉลี่ยอุณหภูมิการต่ำสุดที่ $35.93\pm 0.74^{\circ}\text{C}$ ร้อยละ 25.6 และในขณะเดียวกันได้ตรวจด้วยตัวบันของอาการหนาวสั่น พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เกิดอาการหนาวสั่น สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะหนาวสั่นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิการต่ำ ชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ให้ยากระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเกิดอาการหนาวสั่น ทันทีที่เข้าห้องพักฟื้น ร้อยละ 21 รองลงมา คือ ร้อยละ 18 (17/95) เกิดอาการหนาวสั่นเมื่อเข้าห้องพักฟื้นนาน 30 นาที และ ร้อยละ 2 (1/50) เกิดอาการหนาวสั่นเมื่อเข้าห้องพักฟื้นนาน 45 นาที ($p<.05$) ส่วนการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 32 ราย ร้อยละ 23 เกิดอาการหนาวสั่นทันทีที่เข้าห้องพักฟื้น³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bugggy & Crossley³ ว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับบริการให้ยาระงับความรู้สึกมีภาวะอุณหภูมิการต่ำและมีภาวะหนาวสั่นร่วมด้วยให้รักษาด้วยการให้ออกซิเจนร่วมกับการใช้ air-warming การหยุดยั้งภาวะหนาวสั่นที่สำคัญคือการใช้ยา Pethidine 25 mg ทางหลอดเลือดดำ ต่อนานในระยะเวลาที่ 30, 60, 90,

120 นาที พบว่า อุณหภูมิการเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมีระดับสูงขึ้นเป็นลำดับที่ $36.1^{\circ}0.69^{\circ}\text{C}$, $36.36\pm 0.74^{\circ}\text{C}$, $36.22\pm 0.77^{\circ}\text{C}$ และ 36.1°C จึงได้นำส่งกลุ่มตัวอย่างกลับห้องผู้ป่วย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุณหภูมิการต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดโดยใช้ยากระงับความรู้สึก พบว่า ที่เวลา 30 นาที ในห้องผ่าตัด ได้แก่ เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกและอุณหภูมิท้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากยาระงับความรู้สึกที่ใช้ (anesthetic agent) มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดและกดขวนการสร้างความร้อนจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิส่วนกลางของร่างกาย⁶ ทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิการต่ำได้ และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเกิดภาวะอุณหภูมิการต่ำได้จากการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายในขณะผ่าตัด โดยร้อยละ 75 เกิดจากขวนการนำความร้อน (conduction) ขวนการพาความร้อน (convection) และขวนการแผ่รังสี (radiation) และร้อยละ 25 เกิดจากขวนการระเหยของน้ำ (evaporation) เช่น การระเหยของน้ำจากการหายใจ เพื่อ เป็นต้น³ การสูญเสียความร้อนเหล่านี้เกิดได้จากพื้นผิวภายในห้องผ่าตัดมีผลทำให้อุณหภูมิการต่ำได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิการต่ำที่เวลา 60 นาทีในห้องผ่าตัด ได้แก่ อายุ ตำแหน่งการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กันเนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นทารกหรือเด็กเล็กมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะอุณหภูมิการต่ำ พื้นที่ผิวภายในห้องผ่าตัดมากกว่าผู้ใหญ่และความสามารถในการควบคุมอุณหภูมิการไม่ดีเท่าผู้ใหญ่ และในผู้ป่วยสูงอายุการตอบสนองต่อขวนการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย (thermoregulator) จะน้อยลงเมื่อได้รับยาระงับความรู้สึก⁷ ทั้งนี้ผลของยาระงับความรู้สึกที่ทำให้มีความแตกต่างระหว่างอุณหภูมิการต่ำสิ่งแวดล้อม จะทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิการต่ำ ตำแหน่งการผ่าตัด เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับภาวะอุณหภูมิการต่ำ เนื่องจากพื้นผิวภายในห้องผ่าตัดมีความสามารถสัมผัสกับอุณหภูมิที่เย็นของห้องผ่าตัด การทำความสะอาดของผิวหนังด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีอุณหภูมิเย็นเท่ากับห้องผ่าตัด การให้สารน้ำ เลือดที่เย็นและรวดเร็ว ในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับบริการ



ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป และผู้ป่วยที่ได้รับยา ระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำได้สูง เนื่องจากยาระงับความรู้สึกที่ใช้ (anesthetic agent) มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดและกดขบวนการสร้างความร้อนจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิส่วนกลางของร่างกาย⁶

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำของกลุ่มตัวอย่างที่เวลา 30 นาที หลังผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก ในห้องพักฟื้น ได้แก่ จำนวนเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัดและอุณหภูมิห้องพักฟื้นมีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากภาวะอุณหภูมิกายต่ำในขณะผ่าตัดเป็นผลจากการให้ยาระงับความรู้สึก ร่วมกับอุณหภูมิห้องผ่าตัดที่เย็น พบร่วมกับอุณหภูมิห้องผ่าตัดที่ 22 องศาเซลเซียสผู้ป่วยจะสูญเสียความร้อนจากร่างกายให้กับลิ่งแผลล้อม^{9,10}

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำของกลุ่มตัวอย่างที่เวลา 60 นาที หลังผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก ในห้องพักฟื้น ได้แก่ ระยะเวลาการให้ยาระงับความรู้สึก จำนวนเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัด อุณหภูมิห้องพักฟื้นมีความสัมพันธ์กับ ช่องสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Buggy & Crossley กล่าวว่า ผลของยาระงับความรู้สึกที่ทำให้มีความแตกต่างระหว่างอุณหภูมิกายต่ำสิ่งแวดล้อม จะทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ และยังขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการผ่าตัดที่นานมากกว่า 3 ชั่วโมง หรือการให้หดแทนด้วยสารน้ำหรือเลือดในปริมาณมาก^{3,12,13}

เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดและการดมยาสลบได้ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น อุณหภูมิห้องพักฟื้น 24-26°C จะเห็นว่า ภาวะอุณหภูมิกายต่ำของกลุ่มตัวอย่างเริ่มสูงขึ้นมากกว่า 36°C ตามลำดับเข้าสู่ภาวะปกติ ฉะนั้นการป้องกันและรักษาภาวะอุณหภูมิกายต่ำทำได้ด้วยการลดการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายขณะอยู่ในห้องผ่าตัด¹ ในด้านสิ่งแวดล้อมให้เพิ่มอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้สูงกว่า 24 องศาเซลเซียส ในด้านตัวผู้ป่วยให้ห่มผ้าให้ผู้ป่วยขณะย้ายมาห้องผ่าตัดและขณะนำสลบอุ่นสารน้ำ และเลือดที่ให้ทางหลอดเลือดดำ อุ่นสารน้ำที่ใช้ล้างห้องห่อหุ้มผู้ป่วยบริเวณแขนและขาด้วยผ้าหนาหรือพลาสติกปิดหุ้มอวัยวะภายใน (viscera) ด้วยถุงพลาสติก ใช้แก๊สดมยาสลบ (inspire gas) ที่อุ่นและซึ้น ใช้ผ้าห่มอุ่น

(warmer blanket) วางบนตัวผู้ป่วย ใช้เครื่องอุ่นผู้ป่วยเพื่อเพิ่มอุณหภูมิ เช่น air-warming ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับบริการให้ยาระงับความรู้สึกมีภาวะอุณหภูมิกายต่ำและมีภาวะหนาวสั่นร่วมด้วยให้รักษาด้วยการให้ออกซิเจนร่วมกับการใช้ air-warming การหยุดยั้งภาวะหนาวสั่นที่สำคัญคือการใช้ยา Pethidine 25 mg ทางหลอดเลือดดำ³

ข้อเสนอแนะ

1. นำเสนอบริหารเพื่อขอความร่วมมือและสนับสนุนในการจัดประชุมวิชาการ โดยเผยแพร่ความรู้และผลการวิจัยให้ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดโดยใช้ยาระงับความรู้สึกและผู้สนใจรับทราบเพื่อก่อประযุชน์ให้กับผู้ป่วย

2. สร้างมาตรฐานการบริการงานวิสัญญีประสาหงานกับพยาบาลส่งเครื่องมือในเรื่องการควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัดที่ 22-24 °C การอุ่นน้ำที่ใช้ irrigate เป็นต้น

3. ทำการศึกษาต่อยอดให้เป็นแนวปฏิบัติ (clinical practice guideline) ในการป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดโดยใช้ยาระงับความรู้สึก จัดทำนวัตกรรมเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน เช่น ปลอกแขนอุ่นรักซ์ชิงใช้ป้องกันการสูญเสียความร้อนและใช้สำหรับผู้กุมดั้งผู้ป่วยได้ด้วยเครื่องอุ่นสารน้ำแบบกฎบัญญัติไทย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ดร. เจริญรดี มหาบุญสิง และคณพेणศรี ล้อ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และขอบคุณทีมงานวิสัญญีโรงพยาบาลนครนายก ที่สนับสนุนและให้กำลังใจมาตลอด

เอกสารอ้างอิง

1. อังกาน ปราการรัตน์, วิมลรัตน์ สนั่นศิลป์, ศิริลักษณ์ สุขสมปอง, นานี รักษาเกียรติศักดิ์. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการดมยาสลบ.วิสัญญีทันยุค: แนวทางปฏิบัติ (หน้า 160-161). กรุงเทพฯ: วงศ์กมลโปรดักชั่น จำกัด; 2545.



2. Mata MR. Intraoperative hypothermia: A review of measures to protect patient. *AORN Journal* 1985; 42: 240-242.
3. Buggy DJ, Crossley AWA. Thermoregulation mild perioperative hypothermia and Post anesthetic shivering. *British Journal of Anesthesia* 2000; 84(5): 615-28.
4. ศิริวรรณ จิรสิทธิ์, สมศรี ผ่าสวัสดิ์. Preventive of post-operative shivering by nalbuphine hydrochloride: a controlled study. *วิสัญญีสาร* 2530; 9 มกราคม 2530: 170.
5. Todd MM, Warner DS. A comfortable hypothesis reevaluated. Cerebral metabolic depression and brain protection during ischemia. *Anesthesiology* 1992; 76: 161-4.
6. Kurz A, et al. Postoperative hemodynamic and thermoregulatory consequences of intraoperative core hypothermia. *Journal of Clinical Anesthesia* 1995; 7(5): 359-366.
7. สุนีย์ตัน คงเสรีพงษ์, สุวรรณี สุรเศรษฐีวงศ์. กายวิภาคและสรีรวิทยาในผู้ป่วยเด็กและทารก, ตำราวิสัญญีวิทยาในเด็กและทารก. (หน้า 34-38, 286-298). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2545.
8. Vaughan MS, Vaughan RW, Cork RC. Postoperative hypothermia in adult: relationship of age, anesthesia, and shivering, *Anesthesia Analgesia* 1981; 60(10): 746-51.
9. Buhre W, Rossaint R. Perioperative management and monitoring in Anesthesia. *Lancet* 2003; 362: 1839-1846.
10. Doufas AG. Consequence of inadvertent perioperative hypothermia. *Best practice & research clinical Anesthesiology* 2003; 17: 535-549.
11. เป็ญจามาศ ปรีชาคุณ. ผลการป้องกันการสูญเสียความร้อนวิธีต่างๆ ต่อการเปลี่ยนแปลง อุณหภูมิของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
12. จริยา ชัยจันทร์, ดารุณี จงอุดมการณ์. ผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความป่วยเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจต่อ พฤติกรรมการจัดการความป่วยของครอบครัว. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2552; 27(4): 57-65.
13. ประพิมพรรณ รัตนอัมพา, ไฟบูลย์ ดาวสดใส. การศึกษาเวลาการทำงานการพยาบาลโดยเทคนิคการสุ่มงานแบบสองมิติในห้องปฏิบัติผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ สิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2549; 24(3): 28-36.



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และ ค่า chi-square แสดงความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำของกลุ่มตัวอย่างที่เวลาต่างๆ ขณะได้รับบริการผ่าตัดและใช้ยาระงับความรู้สึก ($n=39$)

ข้อมูลความสัมพันธ์กับอุณหภูมิกายต่ำ ที่ระยะเวลา	จำนวน	ร้อยละ	χ^2	df	p
ที่ระยะเวลา 30 นาทีในห้องผ่าตัด					
เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก	39	100	7.10	2	.02
อุณหภูมิห้องผ่าตัด	39	100	12.84	6	.04
ที่ระยะเวลา 60 นาทีในห้องผ่าตัด					
อายุ	33	84.6	25.42	15	.04
ตำแหน่งการผ่าตัด	33	84.6	18.03	9	.03
ที่ระยะเวลาเริ่มในห้องพักฟื้น					
จำนวนเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัด	39	100	37.11	12	.001
สารน้ำที่ได้รับระหว่างการผ่าตัด	39	100	28.15	9	.005
ที่ระยะเวลา 30 นาทีในห้องพักฟื้น					
จำนวนเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัด	39	100	22.79	8	.004
อุณหภูมิห้องพักฟื้น	39	100	8.98	2	.01
ที่ระยะเวลา 60 นาทีในห้องพักฟื้น					
ระยะเวลาการให้ยาระงับความรู้สึก	20	51.3	25.42	8	.001
จำนวนเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัด	20	51.3	26.87	8	.001
อุณหภูมิห้องพักฟื้น	20	51.3	9.47	2	.009



ผลของการให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง ต่อสภาวะเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

The Effects of Foot Care and Self Foot Massage Education on Foot Conditions in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

วชิรญาณ์ การเกษ พย.ม.* วัลัยพร นันท์คุภัณฑ์ ศศ.ต.**
พร้อมจิตรา ห่อนบุญเหมิน ศศ.ต.**

บทคิดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบสภาวะเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อน และหลังการให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการรักษาพยาบาล ที่คลินิกพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่อง การดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับความรู้เรื่องการดูแลเท้า เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสภาวะเท้า วิเคราะห์ข้อมูลใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยของคะแนนสภาวะเท้าภายในกลุ่มโดยใช้ t-test for dependent group และทดสอบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยของคะแนนสภาวะเท้าระหว่างกลุ่มโดยใช้ t-test for independent group

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองซึ่งได้รับความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง มีสภาวะเท้าดีกว่า ก่อนได้รับความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง และมีสภาวะเท้าดีกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับความรู้ เรื่องการดูแลเท้า อายุน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับ .05

การให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง ทำให้สภาวะเท้าผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานทำการนวดเท้าด้วยตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า ลดการสูญเสียอวัยวะ เช่น ขา เท้า หรือนิ้วเท้า และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: การให้ความรู้ การดูแลเท้า การนวดเท้าด้วยตนเอง สภาวะเท้า เบาหวาน

Abstract

This quasi-experimental research study aimed to examine and compare the foot conditions in patients with type 2 diabetes mellitus between before and after experimenting in a group that received the foot care and self foot massage education. The samples for this study consisted of 40 diabetic type 2 patients who received medical services at the Special Clinic of Diabetes, Outpatient Department, Nongki Hospital, Nongki District, Buri Ram Province. They were assigned into an experimental group and a control group, 20 patients each. Experimental group received the foot care and self foot massage education, While control group received the

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



foot care education. The instruments for collecting data were a record form on foot conditions assessment. The collected data were analyzed by the use of frequency , percentage, mean, standard deviation, compare foot condition mean score within group used t-test for dependent group and compare foot condition mean score between group used t-test for independent group.

The results revealed that; the experimental group that received foot massage education and foot care, had better foot conditions than before experiment; and better foot conditions than the comparison group at the .05 level of significance.

The foot care and self foot massage education could cause diabetic patients to have better foot conditions. Therefore, those involving in taking care of diabetic patients should implement the self foot massage to risk reduction of foot ulcers, amputation, and to decrease medical expenses, and to have a good quality of life.

Keywords: foot education, foot care, self foot massage, foot conditions, diabetes mellitus

ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจัย

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก และอัตราความชุกของโรคมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติระบาดวิทยาพบว่าอุบัติการณ์และความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะมีตัวเลขสูงขึ้นทุกประเทศ ความชุกของการเป็นโรคเบาหวาน ทั่วโลก¹ ในปี พ.ศ. 2543 มีประมาณ 171 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 2.8 ต่อ 100 และมีการพยากรณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 366 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 4.4 ต่อ 100 จากการศึกษาของสหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา² พบว่าประชากรสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2545 มีผู้เป็นเบาหวานประมาณ 12.1 ล้านคน ซึ่งเป็น 5 สาเหตุหลักของการตาย และยังเป็นสาเหตุของความพิการในผู้ป่วยเบาหวาน เช่น โรคหัวใจ ตาบอด ไตวาย การถูกตัดเท้า และโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ผลที่เท้าเป็นโรคแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสสูงตัดขาได้มากกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวานถึง 10 เท่า³ สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสสูงตัดขาในประเทศไทยมีผู้ป่วยประมาณ 40% ในปี พ.ศ. 2553 จะมีผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ในเมืองประมาณ 2.1 ล้านคน และจะมีผู้ที่ถูกตัดเท้าถึง 27,300 คน เทียบกับในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งมีเพียง 14,300 คน เท่านั้น ดังนั้นใน 10 ปีจะมีผู้ป่วยถูกตัดขาเพิ่มขึ้นอีกถึง 13,000 คน หรือจะมีผู้ถูกตัดขาจากโรคเบาหวานประมาณ 3-4 คนต่อวัน⁴

จากประสบการณ์ตรงของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า แผลเบาหวาน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสำคัญ ประการหนึ่งที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย พิการ และอาจสูญเสียชีวิตได้ จากการสอบถามอาการผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนที่จะเป็นแผลส่วนมากเริ่มมีอาการชาที่ปลายเท้า เมื่อเป็นนานๆ จะเริ่มมีอาการชาที่ปลายมือ และไม่ทราบวิธีการดูแลเท้าหรือการปฏิบัติเพื่อให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น เมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแพทย์จัดยาบำรุงปลายประสาทให้รับประทานอาการจะเป็นหายๆ แต่เมื่อเป็นเบาหวานนานหลายปี จะมีอาการเป็นมากขึ้นเมื่อรับประทานยาอาการชาเท้าก็จะไม่ทุเลา จากปรากฏการณ์อาจเกิดเนื่องจากการรักษาพยาบาลในปัจจุบันเน้นเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยให้ความสนใจกับการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหารและการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยา ส่วนในเรื่องการดูแลเท้านั้นมักจะมีการสอนและแนะนำเพียงบางส่วนไม่ครอบคลุมในเรื่องการส่งเสริมการให้เลือดส่วนปลายเท้าและการดูแลเท้าทั้งหมด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลของการให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเองต่อสภาวะเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาพยาบาลเพื่อลดการใช้ยา และยังเป็นบทบาทที่พยาบาลที่พึงปฏิบัติและสามารถกระทำได้เพื่อเป็นการ



ส่งเสริมการทำหน้าที่ของเท้า ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน และยังช่วยให้ผู้ป่วยพึงตนเองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบสภาวะเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง

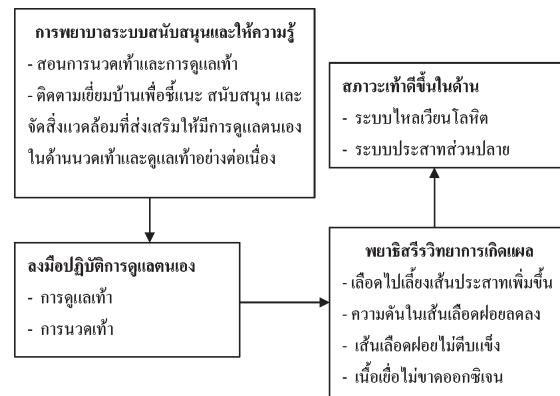
กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอลิเมร์⁶ การดูแลตนเองเป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆ อย่างสมำ่เสมอ และต่อเนื่องในการบำรุงส่งเสริมสุขภาพ และวินิจฉัยอาการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือศักดิ์สิทธิ์จากโรค ตลอดจนดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรง มีความสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ เพื่อให้มีชีวิตยืนยาวและดำรงอยู่อย่างปกติสุข⁷ พยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและตอบสนองต่อความต้องการการดูแล กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถกระทำได้ เพื่อลดความพึงองในการดูแลตนเองของผู้ป่วย⁸

นอกจากนั้นยังใช้แนวคิดทางพยาธิสรีวิทยาของ การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ระบุปัจจัยเสี่ยง ที่นำไป ได้แก่ เพศ การสูบบุหรี่ ระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวกับเท้า ได้แก่ เส้นประสาทล่วนปลายเสื่อม ประสาಥ้อตโนมัติเสื่อม ความผิดปกติของหลอดเลือด ประวัติของการเกิดแผลหรือถูกตัดขาดมา ก่อน ความผิดปกติทางซีวกลไกของเท้า เช่น สารเอนไซม์เหล่านี้ทำให้สารสื่อประสาท (Neurotransmitter) เซลล์ประสาท (Neuron) หลอดเลือดที่ลำเลียงออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเส้นประสาทถูกทำลาย เลือดไปเลี้ยงเส้นประสาทลดลง ความดันในเส้นเลือดฝอยเพิ่มขึ้น เส้นเลือดฝอยตืบแข็งและเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน⁹

ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเท้า¹⁰ และพบพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ เช่น การแคบชอกเล็บด้วยเหล็กแข็ง การตัดเล็บตามแนวโน้มของเล็บ ไม่ตรวจประเมินเท้า เอาประชากผ้าแข็ง ๆ ถูเพื่อให้เท้าสะอาด เอาเท้าถูพื้นปูนเวลาล้างเท้า การใช้สกอทไบรท์ถูเท้า ไม่ใส่รองเท้าเมื่อ

ออกนอกบ้าน การใช้มีดปาดหนังตาปลา การต้มน้ำร้อนแช่เท้า ใช้ยาปฏิชีวนะชนิดกินโดยแพลหรือใช้ยาไวเตชโดยแพล และการไม่บริหารเท้า⁵ ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลเท้า ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้องและเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ผลของการนวดสามารถเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ช่วยให้เกิดการนำสารอาหารและออกซิเจนไปสู่ร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ รวมทั้งนำของเสียที่เกิดจากการทำงานของเซลล์ออกไปด้วย ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายลง กล้ามเนื้อจึงมีประสิทธิภาพและมีความยืดหยุ่นที่ดีขึ้น¹¹ ด้านระบบประสาท การนวดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาท¹² และยังมีผลต่อเส้นประสาทขนาดใหญ่ กระตุ้นการหลั่งเอนโดฟิล ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล¹³ ซึ่งการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยควรจะให้โปรแกรมตั้งแต่เริ่มแรก¹⁴ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) โดยในสัปดาห์แรกกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินสภาวะเท้า และได้รับการพยาบาลปกติ ได้แก่ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้า แจกคู่มือการดูแลเท้า และนัดผู้ป่วยมาเพื่อประเมินสภาวะเท้าในสัปดาห์ที่แปด ส่วนกลุ่มทดลอง ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง โดยในสัปดาห์ที่หนึ่ง ได้รับการประเมินสภาวะเท้า แจกคู่มือการดูแลเท้า สัปดาห์ที่สอง ได้รับการสอนความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่



เท้า ประโภชน์ของการนวดเท้าด้วยตนเอง และสอนการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน สัปดาห์ที่สาม จัดกิจกรรมได้แก่ การนวดเท้าด้วยตนเอง การสาธิตการดูแลเท้าด้วยตนเอง พร้อมกับฝึกให้ผู้ป่วยทำด้วยตนเองเกี่ยวกับการดูแลเท้า สัปดาห์ที่สี่ ประเมินผลย้อนกลับ โดยให้ผู้ป่วยสาธิตการดูแลเท้าและนวดเท้าด้วยตนเอง และติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 5, 6 และ 7 แล้วนัดมาเพื่อประเมินสภาวะเท้าในสัปดาห์ที่แปด เปรียบเทียบผลกระทบกลุ่ม ก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการรักษาพยาบาลคลินิกพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2552 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2552 จำนวน 251 ราย มีอายุอยู่ระหว่าง 30-59 ปี มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ไม่มีผลลัพธ์เท้า ให้ความร่วมมือในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 40 รายที่ได้โดยใช้ขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างน้อยกลุ่มละ 15 ราย เพื่อป้องกันการถ่ายทอดข้อมูล เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่าง ใช้พื้นที่ (Area Sampling)¹⁵ โดยการจับสลากแบบไม่ไส้คืนเลือกพื้นที่ตำบล 2 ตำบล จากจำนวน 10 ตำบล จับฉลากได้ตำบลแรกเป็นกลุ่มควบคุม และจับสลากตำบลที่สองเป็นกลุ่มทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลโดยการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ สำหรับกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย และเลือกกลุ่มตัวอย่างจากตำบลที่เป็นกลุ่มทดลองโดยให้ตัวแปรควบคุมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ การสูบบุหรี่ ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน ประสบการณ์การเกิดแผลที่เท้า และระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 20 ราย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ คู่มือการดูแลเท้าคู่มือการนวดเท้าด้วยตนเองและแบบประเมินการนวดเท้า

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกผลการประเมินสภาวะเท้า ชี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินสภาวะเท้าของบุบพา ลักษณะที่¹⁰ ประกอบด้วย ข้อความจำนวน 7 ข้อ แบ่งเป็นด้านระบบไหลเวียนโลหิต 4 ข้อ และด้านระบบประสาทส่วนปลาย 3 ข้อ คะแนนเต็ม 14 คะแนน โดย

นำเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์มาช่วยในการประเมินสภาวะเท้าดังนี้

- ตรวจระบบไหลเวียนโลหิต (Ankle Brachial Index : ABI) โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดึง โดยแบบproto เครื่อง Doppler Ultrasound

- ตรวจระบบประสาทรับความรู้สึกส่วนปลาย โดยใช้ Monofilament ชนิด Semmes-Weinstein Monofilament ขนาดแรงกด 10 กรัม

เกณฑ์การให้คะแนนของสภาวะเท้าแต่ละข้าง กำหนดไว้ดังนี้ ตรวจพบว่า ใช่ หมายถึง ปกติ ให้ 1 คะแนน ตรวจพบว่า ไม่ใช่ หมายถึง ผิดปกติ ให้ 0 คะแนน

การหาคุณภาพของเครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการดูแลเท้า คู่มือการนวดเท้าด้วยตนเอง และแบบประเมินการนวดเท้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนำเสนอบาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในขั้นต้น เพื่อปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของความตรงของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และในส่วนของแบบประเมินสภาวะเท้าได้วิเคราะห์หาความเที่ยงกับค่ามาตรฐานโดยการวัด Interrater Reliability¹⁶ นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Product Moment Correlation) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .97

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยคำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินสภาวะเท้า ระหว่างกลุ่มโดยใช้ t-test for independent group หลังจากการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินสภาวะเท้า ภายในกลุ่มโดยใช้ t-test for dependent group หลังจากการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ



จริยธรรมในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยทุกราย โดยได้ผ่านการพิจารณาให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เมื่อเริ่มศึกษาได้แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และระยะเวลาของ การวิจัย อธิบายถึงขั้นตอนในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างการวิจัยหากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยสามารถบอกเลิกได้โดยมิต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ถือเป็นความลับและจะไม่มีเผยแพร่ แต่การรักษาพยาบาล กลุ่มควบคุมภัยหลังเสร็จสิ้นการศึกษาจะได้รับการสอนการนวดเท้าด้วยตนเอง เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในแบบฟอร์มใบอนุญาตให้ทำการศึกษา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลอง พบร้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) มีอายุอยู่ระหว่าง 45-59 ปี (ร้อยละ 90) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาทั้งหมด มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 80) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 90) มีระยะเวลาเป็นเบาหวาน 5-10 ปี (ร้อยละ 75) ไม่เคยมีแพลที่เท้า (ร้อยละ 65) และระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย ($\geq 130 \text{ mg/dl}$) (ร้อยละ 75) กลุ่มควบคุม พบร้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) มีอายุอยู่ระหว่าง 45-59 ปี (ร้อยละ 90) สถานภาพสมรสคู่ทั้งหมด ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 95) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 75) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 85) ระยะเวลาเป็นเบาหวาน 5-10 ปี และไม่เคยมีแพลที่เท้าเท่ากัน (ร้อยละ 60) และระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย ($\geq 130 \text{ mg/dl}$) (ร้อยละ 65)

2. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินสภาวะเท้าภายในกลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการประเมินสภาวะเท้าไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการประเมินสภาวะเท้าเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินสภาวะเท้าระหว่างกลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการประเมินสภาวะเท้าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการประเมินสภาวะเท้าหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเองช่วยให้ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินสภาวะเท้าในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น เนื่องจากการนวดเท้าช่วยให้เกิดการขยายตัวของเส้นเลือดฝอย และการนวดยังมีผลต่อระบบประสาทเชิงพาหะติดช่วยส่งกระแทประสาทไปยังเซลล์ประสาทได้¹⁷ ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับความรู้ คำแนะนำที่ถูกต้อง¹⁸ โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ประโยชน์ของการนวดเท้าด้วยตนเอง การดูแลสุขภาพเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน จัดกิจกรรมสอนการนวดเท้าด้วยตนเอง ร่วมกับการสาธิตการดูแลเท้าด้วยตนเอง พร้อมกับฝึกให้ผู้ป่วยทำด้วยตนเอง การประเมินผล เป็นการประเมินผลการดูแลเท้าและนวดเท้าด้วยตนเองของกลุ่มทดลองให้สาอิฐเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 5, 6 และ 7 โดยการสังเกตและการซักถามผู้ดูแล รวมทั้งการชี้แนะ ให้กำลังใจ เสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง จึงทำให้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในการนวดเท้าด้วยตนเอง ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินสภาวะเท้าดีขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของสมยิน ขันมั่น¹³ ได้ศึกษาผลของการพยาบาลโดยการใช้วิธีการนวดเท้าในการร่วมรักษาต่ออาการชาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลิน พบร้า ผู้ป่วย 10 ราย มีอาการชาลดลงอย่างต่อเนื่องตลอด 3 วัน และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁹⁻²⁴ ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลเท้าในบุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแพลกับไม่มีแพลที่เท้า พบร้า บุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีแพล จะมีการนวดหรือบริหารเท้า จะเห็นได้ว่าการนวดเท้าด้วยตนเอง มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินสภาวะเท้าของผู้ป่วยเบาหวานสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งนี้เป็นพระว่า การนวดเท้าด้วยตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้สู่ส่วนการนวดเท้า



ด้วยตนเอง ร่วมกับการติดตามเยี่ยม รวมทั้งการซึ่งแนะนำให้กำลังใจ เสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง จึงทำให้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในการนวดเท้าด้วยตนเอง ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินสภาวะเท้าดีขึ้น

จากการวิจัยทั้งหมดสรุปได้ว่า การให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานมีความจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง ต้องการการดูแลเท้าอย่างต่อเนื่อง ฉะนั้นจึงต้องมีการเตรียมผู้ป่วยดังแต่แรกที่เป็นเบาหวาน มีการวางแผนให้ความรู้และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ตามสภาพปัจจุบัน ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อลดภาวะเสี่ยงของ การเกิดแผลที่เท้า และยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพึงตนเองได้ ซึ่งจากการศึกษาริ้งนี้ เมื่อวัดค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินสภาวะเท้าโดยรวม และรายด้านของกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มที่ให้การพยาบาลตามปกติอย่างเห็นได้ชัดเจน ซึ่งผลของการให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเองย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น อีกทั้งลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าลดการสูญเสียอวัยวะ เช่น ขา เท้า หรือนิ้วเท้า และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของสถานพยาบาลได้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

- ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรกำหนดนโยบาย เกี่ยวกับการวางแผนการเปิดคลินิก ดูแลสุขภาพเท้า การประเมินสุขภาพเท้า สอนการดูแลเท้า การนวดเท้า และความมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงของคลินิกดูแลสุขภาพเท้า เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และเพื่อให้การดูแลสุขภาพเท้ามีประสิทธิภาพ ควรร่วมกันทำงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เพื่อให้งานมีคุณภาพและเกิดความต่อเนื่องของการดูแล

- ควรมีการนำการให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้า และการนวดเท้าด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทุกรายทั้งในผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

- ควรมีการศึกษาซ้ำเกี่ยวกับผลของการให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการนวดเท้าต่อสภาวะเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทอื่นๆ เช่น ในแผนกผู้ป่วยในสถานพยาบาลในระดับอื่นๆ เป็นต้น

- ควรศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการนวดเท้าของผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ญาติและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน อีกทั้งยังลดการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพและลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น

ข้อจำกัดในการวิจัยการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านการสังเกตการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง โดยผู้จัดไม่สามารถสังเกตการนวดเท้าได้โดยตรงในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกราย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ได้สนับสนุนงบประมาณการทำวิจัยจากทุนอุดหนุนการวิจัยงบประมาณเงินรายได้ ประจำปี 2552

เอกสารอ้างอิง

- Wild S, Bchir MB, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of Diabetes. Diabetes Care 2004; 27(5): 1047-1053.
- American Diabetes Association. Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2002. Diabetes care 2003; 26(3): 917.
- ศิริพร จันทร์ฉาย. การดูแลเท้าเบาหวาน : การป้องกันการถูกตัดขา. Chula Med J 2548; 49(3): 173-186.
- ศักดิ์ชัย จันทร์อมรกุล. ใน วัลลา ตันตโภทัยและสุนทรี นาค Abeekijir (บรรณาธิการ). การดูแลสุขภาพเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โครงการอบรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน หลักสูตรพื้นฐาน พ.ศ. 2549 ASEAN DIABETES EDUCATORS. นครปฐม: จก.เมตตาภิปปีริน; 2549.
- จรรยา คงไหญ. การรับรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า และการจัดการตนเองเกี่ยวกับเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.



6. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง; 2540.
7. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง; 2544.
8. ภาวนा กีรติยุตวงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนมิตสำคัญสำหรับการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เพรส จำกัด; 2544.
9. ศักดิ์ชัย จันทรอมรกุล, ชัยชาญ ตีโรมนวงศ์. ตำราโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเมือง จังหวัดครนายก. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 21-28.
10. บุบพา ลาภทวี. ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเดลิมพระเกียรติ (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.
11. ทวีศักดิ์ จารยาเจริญ และคณะ. ผลของการอบรมให้รู้อันตรายและการนวดแผนไทยต่อความเสี่ยงของกล้ามเนื้อในนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2546; 15(2 และ 3): 18.
12. สมลักษณ์ หนูจันทร์. ผลการนวดไทยและการกดจุดต่ออาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
13. เสมียน ขันมั่น. ผลของการพยาบาลโดยการใช้วิธีการนวดเท้าในการร่วมรักษาต่ออาการชาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลิน (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.
14. Calle-Pascual et al. A preventative foot care program for people with diabetes with different stages of neuropathy. Diabetes Research and Clinical Practice 2002; 57: 111-117.
15. วรรณาชنك จันทชุม. การวิจัยทางการพยาบาล: การเลือกตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง. ขอนแก่น: ภาควิชาการศึกษาวิจัยและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
16. ยุวดี ภาชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เยาวลักษณ์ เล่าแห่งจินดา, วี.ไล ลีสุวรรณ, พรรณดี พุธวัฒน, รุจิเรศ ဓนูรักษ์. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สยามศิลปการพิมพ์; 2537.
17. อรุณรัณ บุราณรักษ์. เอกสารประกอบการเรียนรายวิชา 472 315 เรื่อง การนวด คณฑ์เทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2542.
18. พนา พรพัฒน์กุล. การศึกษาผลการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดครนายก. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 21-28.
19. อรุณช ศรีสารคำ. พฤติกรรมการดูแลเท้าในบุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลกับไม่มีผลต่อบรรดา (วิทยานิพนธ์). มหาสารคำ: มหาวิทยาลัยมหาสารคำ; 2550.
20. กอบกุล พันธุรัตนอิสระ, น้ำผึ้ง ดุรงค์กรวด, รณรุทธิ์ บุตรแสลงค์. การปรับรูปแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลิน โรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 33-40.
21. อนicha ศรีภูมิวราจันน์, สุจิตรา ลิมอ่ำนวยลาก. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 41-46.
22. วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, นิตย์ ทัศนิยม. การจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 12-21.
23. ศิริพร รองธนานาม. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลมหาสารคำ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 22-30.
24. สริญญา ปืนเพชร, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. ผลของการรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 38-47.



การพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น

Improving Chronic Care for Hypertension Patient at Primary Care Unit Khon Kaen Province*

พรพิมล พงษ์สุวรรณ พย.ม.**

พนิชรา พานิชาชีวงศ์ สด.*** อัมพร เจริญชัย สค.ม.****

บทคิดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชน กลุ่มน้ำหนาย ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มสมาชิกองค์กรในชุมชน และกลุ่มผู้ให้บริการ ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอนคือ การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การวางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา การปฏิบัติตามแผน สะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติ และการประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ตามองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบปัญหาดังนี้ 1) ชุมชน ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) หน่วยบริการสุขภาพไม่มีนโยบายและเป้าหมายเฉพาะในการจัดบริการสุขภาพสำหรับโรคความดันโลหิตสูง 3) การสนับสนุนการดูแลตนเองไม่ดี ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีภาวะโภชนาการเกิน มีโรคร่วม ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม 4) การออกแบบระบบบริการ ไม่มีระบบบริการสุขภาพเฉพาะสำหรับโรคความดันโลหิตสูง 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ ไม่มีคู่มือแนวทางในการให้บริการสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก พบข้อมูลของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน และไม่เป็นปัจจุบันไม่สามารถนำข้อมูลที่มีมาใช้วางแผน การดูแลผู้ป่วยได้

จากการวิเคราะห์สถานการณ์สรุปประเด็นปัญหาที่ผู้ร่วมวิจัยนำมาแก้ไขเป็นอันดับแรก คือ ปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จัดเวทีเสนอชุมชนได้ กิจกรรมในการพัฒนาจำนวน 3 กิจกรรม คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จัดตั้งกลุ่มของการกำลังกายในชุมชน และสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ระดับความดันโลหิตลดลง ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชน

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Abstract

This action research aimed to investigate current issues of hypertension care of the selected community health center. Target population consisted of people with hypertension, family caregivers, community organization, and healthcare providers. There were 4 steps in study processes, which were 1) investigating and analyzing current situation of care management for people with hypertension; 2) developing a plan and choosing methods for problem solving; 3) implementing activities according to selected problem solving methods as well as reflecting on outcomes for improvements of activities and; 4) evaluating final outcomes. Qualitative data were analyzed using content analysis technique whereas a descriptive statistics was used for quantitative data analysis.

Results of situational analysis within the community according to components of chronic care model were as follow. 1) Community resource and policy did not support care management for people with hypertension, 2) healthcare service system did not have explicit policy and goal in providing care for hypertension in the community, 3) self-care support system was not effective as evidenced by poor blood pressure control, over nutritional status, co-morbidity, inadequate understanding concerning disease and self-care management, and improper health behaviors among people with hypertension, 4) there was no specific health service for hypertension available, 5) component, which was decisional support, a guideline for hypertension care was not developed 6) Clinical information system was not complete and up-to-date.

Therefore, it was not possible to use available information to plan for care. A plan for problem solving was developed depending on results from situational analysis. Study participants decided to manage a problem regarding risk of complications from hypertension. Public discussion was arranged that resulted in development of 3 activities including modification of health behavior among people who had blood pressure uncontrolled, establishment of an exercise group in the community, and organization of a community network for hypertension watch. As a result of these activities implementation, it was found that people with hypertension had changes in eating and exercise behaviors, decrease blood pressure level, and family and community increased participation in care management for people with hypertension.

Keywords: chronic care model, hypertension patient care of primary care unit

ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจัย

ปัจจัยความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัจจัยสาเหตุที่สำคัญในปัจจุบัน เนื่องจากโรคนี้มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกาย คือ สมอง หัวใจ ไต และตา ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ เกิดความพิการของร่างกาย และเสียชีวิตในที่สุด โดยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกโดยประมาณถึง 1,000 ล้านคน และเป็นสาเหตุการตายของประชากร 7.1 ล้านคนทั่วโลก¹ ประเทศไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราตายมีแนวโน้มลดลง² เช่นเดียวกับจังหวัดขอนแก่น และ

อำเภอหัวหิน ฝางที่พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราตายมีแนวโน้มลดลง

การดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาเน้นที่การคัดกรองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงก็จะกลับไปใช้ชีวิตแบบเดิม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือรังตามมาการศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนพบว่า มีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังหรือ



Chronic Care Model (CCM)³ ได้รับการพัฒนาขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการในกลุ่มผู้ป่วย เรื้อรังในระดับบริการปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพเนื่องจาก มีทั้ง 6 องค์ประกอบที่จะช่วยให้รู้ในทุกแง่มุมของการ ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้จัดในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงพัฒนา การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยประยุกต์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 6 องค์ ประกอบในการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการ ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและพัฒนาการดูแลโรค ความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชน
2. วางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา
3. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของศูนย์สุขภาพชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมด จำนวน 35 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 35 ราย กลุ่ม สมาชิกองค์กรในชุมชนจำนวน 12 ราย ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหาร ส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้ ให้บริการ จำนวน 8 ราย เป็นผู้ให้บริการของศูนย์ สุขภาพชุมชนจำนวน 4 ราย และเป็นผู้ให้บริการของ โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 4 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ ซึ่งได้รับการตรวจสอบ คุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แบบ สัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง และแนวคิดในการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่ แบบ คำนวณความต้องการพลังงานของร่างกายรายบุคคล แนวทางการรับประทานอาหารแบบ DASH DIET และ รายการอาหารแลกเปลี่ยน และเครื่องมือที่ใช้ในการ ประเมินผล ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือ

ประเมินผลกระทบจากการดำเนินงาน ได้แก่ การสังเกต การมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยของกลุ่มเป้าหมาย การซักถามความพึงพอใจและการได้รับประโยชน์จาก งานวิจัย และ 2) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ แนวคิดในการสัมภาษณ์ความรู้ การสังเกตพฤติกรรม ผู้ป่วย การบันทึกน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายในแบบ ประเมินภาวะสุขภาพ

ขั้นตอนการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนตามองค์ประกอบทั้ง 6 ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เก็บข้อมูลปฐมภูมิ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแนวคิดในการ สนทนากลุ่ม รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ จากแฟ้ม สุขภาพประจำครอบครัว และจากแฟ้มประวัติการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูล เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปประเด็นปัญหา ขั้นตอนที่ 2 วางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไข ปัญหาที่ควรได้รับการพัฒนาทันที โดยจัดเวลาที่เสนา ชุมชนได้กิจกรรมที่นำสู่การปฏิบัติจำนวน 3 กิจกรรม ขั้น ตอนที่ 3 การปฏิบัติตามแผน สะท้อนและปรับปรุงการ ปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่: HE522095 ลงวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2552

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

องค์ประกอบที่ 1 ทรัพยากรและนโยบายของ ชุมชน พบร่วมกับชุมชนที่มีกลุ่มจำนวน 7 กลุ่ม ผลการ ดำเนินการของแต่ละกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ดี มีชั้นธรรมอาสา สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชั้นธรรมผู้สูงอายุ และ ชั้นธรรมสตรี ซึ่งชั้นธรรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านจะรับผิดชอบดูแลงานด้านสุขภาพและงาน สาธารณสุขทั้งหมด ส่วนงานด้านการบริหารดำเนินการ โดยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และองค์กรบริหารส่วนตำบล ชุมชนขาดการมีส่วนร่วม ใน การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ขาดความรู้



ความเข้าใจเรื่องโรค และไม่เห็นความสำคัญของอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีนโยบายและกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีการประสานงานระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คนในชุมชนรับประทานอาหารรสเค็ม นิยมใช้ผงชูรสปรุงอาหารในปริมาณมาก และไม่ออกกำลังกาย

องค์ประกอบที่ 2 หน่วยบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพมีนโยบายในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังตามเกณฑ์มาตรฐานงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังเพื่อลดปัญหาโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง แต่ผู้นำของหน่วยบริการสุขภาพไม่มีนโยบายและเป้าหมายเฉพาะในการจัดบริการสำหรับโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีแผนการดำเนินงาน และไม่มีเป้าหมายในการให้บริการเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิต ไม่ได้มีภาวะโภชนาการเกิน มีโรคร่วมเป็นเบาหวาน และมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม นิยมรับประทานอาหารที่ผ่านการแปรรูป ใช้ผงชูรสในการปรุงอาหารปริมาณมาก รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานผักสดและผลไม้ไม่เพียงพอ ไม่รับประทานอาหารประเภทอัญมีชช ขาดการออกกำลังกาย รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และขาดทักษะในการจัดการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนเรื่องความรู้และการจัดการดูแลตนเอง ในด้านต่างๆ เมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากผู้ให้บริการไม่เพียงพอ และได้รับการสนับสนุนเรื่องการจัดการตนของผู้ดูแลไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ขาดความรู้ และขาดความตระหนักรถในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ให้บริการไม่มีรูปแบบในการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยผู้ดูแลและชุมชนมีความรู้ มีทักษะ และมีความมั่นใจในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย

องค์ประกอบที่ 4 การออกแบบระบบการให้บริการ การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานเนื่องจากไม่มีการ

ออกแบบระบบการให้บริการที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการติดตาม เยี่ยมบ้านจากผู้ให้บริการ ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี ไม่มีสมุดประจำตัวผู้ป่วยและบังคับไม่ได้รับการนัดหมายจากผู้ให้บริการ

องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนการตัดสินใจ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเนื่องจากผู้ให้บริการไม่มีและไม่ได้ใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตัดสินใจวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่เคยมีการจัดอบรมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

องค์ประกอบที่ 6 ระบบข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่น่าเชื่อถือ ไม่สามารถนำมายield ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ โดยพบว่าการจัดเก็บข้อมูลทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน การลงบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง และไม่ครบถ้วน

สรุปประเด็นปัญหา

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาที่ 2 ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาที่ 3 ไม่มีนโยบายและเป้าหมายเฉพาะในการจัดบริการสำหรับโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาที่ 4 การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการตามมาตรฐานปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และปัญหาที่ 6 ไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้

2. ผลการวางแผน ปฏิบัติตามแผน สะท้อน การปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ

ออกแบบบริการสุขภาพ ปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระดับบุคคล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ส่งเสริมการรวมกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน และสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ระดับครอบครัว พัฒนาศักยภาพ ทักษะและสร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการ



มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยระดับชุมชน สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสมาชิกในชุมชนและส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง ระบบบริการ ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และจัดเวทีเสวนาระดับชุมชน ได้ กิจกรรมในการพัฒนาจำนวน 3 กิจกรรม ผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติ ปรับปรุงการปฏิบัติและประเมินผล ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

1. สร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองโดยจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในชุมชน ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย และอาหาร DASH DIET ผลการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในชุมชนพบว่ากลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจในกิจกรรม มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น

2. สันสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยผู้วัยจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินปัญหาผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คำนวณความต้องการพลังงานของร่างกายตามแบบคำนวณความต้องการพลังงานเป็นรายบุคคล จัดลัดส่วนวิธีอาหาร ผู้ป่วยดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยปรับเปลี่ยนแบบแผนในการรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH DIET โดยการรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่นการรับประทานปลาแท่งเนื้อสัตว์อื่น ปรุงอาหารโดยการนึ่ง และต้ม เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ และอาหารประเภทธัญพืชมากขึ้น รับประทานอาหารตามความต้องการพลังงานของร่างกาย รับประทานอาหารรสจืด ลดการใช้เกลือ และลดการใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร และมีการรวมกลุ่มกันออกกำลังกายโดยการร่วมมือพลอยอย่างต่อเนื่อง ผู้วัยจัยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยให้คำปรึกษารายบุคคลสปดาห์ ละครั้ง

กิจกรรมที่ 2 การจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน ดำเนินการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเวลา 17.00-18.00 น. ของทุกวัน สถานที่ลานดินหน้าศาลาวัดโพลเลาบ้านเหล่า วางแผนพัฒนากลุ่มออกกำลังกายให้รองรับความต้องการของคนทุกกลุ่มวัย และชุมชนให้การสนับสนุนโดยสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลของบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มในปีงบประมาณ 2553

กิจกรรมที่ 3 การสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน มีสมาชิกทั้งหมด 18 ราย ประกอบด้วยสมาชิก 3 กลุ่ม สมาชิกองค์กรในชุมชน ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วย และผู้ดูแล รับผิดชอบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ใกล้บ้านในอัตราส่วน 1:2 และดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้บริการชั่วคราว วัดระดับความดันโลหิต และดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติพุทธิกรรมสุขภาพ จัดประชุมเดือนละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยพึงพอใจ สมาชิกเครือข่ายปรับการดำเนินงานโดยให้กลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำและจับคู่กับผู้ป่วย และปรับการเยี่ยมบ้านจากสปดาห์ละครั้งเป็นเดือนละ 1 ครั้ง และเสนอให้จัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อลดหนัก และระดับความดันโลหิต และต้องการให้มีการจัดทำคู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือให้มีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพแก่กลุ่มสมาชิกแกนนำในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังปรับการดำเนินงานพบว่า มีความเหมาะสม สามารถดำเนินกิจกรรมได้โดยไม่เป็นภาระกับงานประจำที่แต่ละคนมีอยู่

3. ผลการประเมินผล

3.1 ประเมินผลกระบวนการ กลุ่มเป้าหมายให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย และมีความพึงพอใจในการดำเนินการทุกกิจกรรม และเห็นว่ามีประโยชน์ ซึ่งชุมชนจะดำเนินกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนี้อย่างต่อเนื่อง

3.2 ประเมินผลลัพธ์

กิจกรรมที่ 1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน 2 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการ



ออกกำลังกาย มีระดับความดันโลหิตลดลง และค่าดัชนีมวลกายไม่เพิ่มขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย มีสมาชิกกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน จำนวน 50 ราย ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายโดยการรำไม้พลองอย่างต่อเนื่องทุกวัน

กิจกรรมที่ 3 สร้างเครือข่ายแกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน มีสมาชิกที่ตัดเลือกโดยการกำหนดคุณสมบัติจำนวน 18 ราย กำหนดกิจกรรมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้บริการชั่วหน้าและวัดระดับความดันโลหิต ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีการปรับแผนการดำเนินงานโดยสมาชิกเครือข่ายเพื่อให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

การประเมินผลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อปฏิบัติกิจกรรม ครบ 1 เดือนประเมินโดยการวัดระดับความดันโลหิต และค่าน้ำดันดัชนีมวลกาย

1) กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การประเมินผลครั้งที่ 1 และ 2 พบร่วม ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ส่วนค่าดัชนีมวลกายไม่เปลี่ยนแปลง

2) กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การประเมินครั้งที่ 1 พบร่วม ผู้ป่วยทุกคนมีระดับความดันโลหิตลดลง และมี 5 ราย ที่ระดับความดันโลหิตลดลงในระดับปกติ การประเมินครั้งที่ 2 พบร่วม ผู้ป่วยทุกคนมีระดับความดันโลหิตลดลง และ 10 ราย มีระดับความดันโลหิตในระดับปกติโดย 5 รายแรกเป็นคนเดิม และ 5 รายเป็นคนใหม่ ค่าดัชนีมวลกายคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง

การอภิปรายผล

ด้านสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อภิปรายได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน ในชุมชนมีทุนทางสังคม แต่ยังไม่มีนโยบายหรือกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างจากการอุดหนุนที่เรียนการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน⁴ ที่พบร่วม ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน เป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน

องค์ประกอบที่ 2 หน่วยบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพมีนโยบายและเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย

โรคเรื้อรังแต่แนวทางการดำเนินงานมีเฉพาะโรคเบาหวานเท่านั้น การที่มีแผนการดำเนินงานเฉพาะโรคเบาหวานโรคเดียวในไม่สามารถแก้ไขปัญหาและป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังอื่น ซึ่งต้องการพัฒนาให้มีแผนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานการจัดบริการเฉพาะโรค⁵

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบร่วม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีภาวะโภชนาการเกินระดับปกติไม่มีการควบคุมอาหารและขาดการออกกำลังกาย นิยมรับประทานอาหารสัดเป็นและใช้ผงชูรสซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบร่วม ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน ไม่มีหลักในการจัดอาหาร ใส่ผงชูรสในการปรุงอาหารทุกครั้ง สูบบุหรี่ไม่ออกกำลังกายไม่มีวิธีผ่อนคลายความเครียด รักษาไม่สม่ำเสมอ⁶ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ขาดทักษะในการจัดการดูแลตนเองได้รับการสนับสนุนเรื่องความรู้และการจัดการดูแลตนเองจากผู้ให้บริการและผู้ดูแลไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบร่วม ผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีสุขภาพให้แนะนำวิธีการปฏิบัติตัว⁷

องค์ประกอบที่ 4 การออกแบบระบบการให้บริการการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อผู้ป่วยนอกทั่วไป ทำให้การจัดบริการยังไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบร่วม ในด้านการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นเมื่อผู้ป่วยนอกทั่วไป⁸

องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนการตัดสินใจ ผู้ให้บริการใช้องค์ความรู้ของตนเองในการตัดสินใจให้บริการเนื่องจากยังไม่ได้จัดทำคู่มือแนวทางในการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยไม่เป็นแนวทางเดียว กัน ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแนะนำให้ใช้คู่มือแนวทางการปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการตัดสินใจ⁹

องค์ประกอบที่ 6 ระบบข้อมูลทางคลินิก รูปแบบการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยอยู่ในรูปของเอกสาร และฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ สามารถเข้าถึงและเรียกใช้ข้อมูลได้สะดวก แต่ข้อมูลที่มีไม่เป็นปัจจุบันและไม่ครบถ้วน ซึ่งคำแนะนำของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง



บอกว่าระบบข้อมูลที่ดีต้องสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก มีความครบถ้วน เป็นปัจจุบัน⁸

การใช้ห้อง 6 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้ผู้วิจัยสามารถรวมรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ครบถ้วน ไม่สับสนไม่หลงประเด็นมองเห็นปัญหาได้ชัดเจน

ผลการวางแผน ปฏิบัติและประเมินผล

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม 2 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายโดยจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ทำให้เกิดความตระหนักระมัดระวังใจ สอดคล้องกับยุทธวิธีในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁹ ซึ่งหลังดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมาก มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโครงการเสริมสร้างความรู้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกคน⁹ ใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารผู้วิจัยใช้ DASH DIET ตามแนวทางในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2551 คำนวณความต้องการพลังงานและวางแผนการรับประทานอาหารตามความต้องการของร่างกายโดยใช้ตารางอาหารแลกเปลี่ยน¹⁰ ซึ่งผู้ป่วยใช้หลักการจำจ่ายๆ คือ จำว่าต้นเองสามารถรับประทานข้าวได้กี่ปั้นผลไม้จำนวนกี่ผล ปุงอาหารโดยใช้การต้มนึ่งหรือย่างแทนการทอด ผู้ป่วยที่ไม่อ้วนไม่เคร่งครัดเรื่องปริมาณอาหาร และดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษา^{7,9,10} ที่พบว่าโครงการออกแบบการออกกำลังกายทำให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เครื่องขยายใน การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการได้รับการติดตามเยี่ยมทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง

เมื่อประเมินภาวะสุขภาพหลังดำเนินกิจกรรม 1 เดือน พบร้า ผู้ป่วยทุกคนมีระดับความดันโลหิตลดลงสอดคล้องกับการศึกษา^{7,9,11,12} ที่พบว่า หากผู้ป่วยมีการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และได้รับการติดตามเยี่ยมจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง ส่วนค่าดัชนีมวลกายไม่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากระยะเวลาในการประเมินผลสั้นเกินไป และผู้ป่วยไม่เคร่งครัดในการควบคุมปริมาณอาหาร

การพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนครั้งนี้ประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 6 องค์ประกอบในการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชน วางแผน และตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาที่ควรพัฒนาทันทีคือปัญหาผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีกิจกรรมในการพัฒนาจำนวน 3 กิจกรรม คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน และการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน นำกิจกรรมลงสู่การปฏิบัติ สะท้อน ปรับปรุงการปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์เมื่อปฏิบัติกิจกรรมครบ 1 เดือน พบร้า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน 2 ด้าน คือ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร มีการออกแบบการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และมีระดับความดันโลหิตลดลง ซึ่งหากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ลดความเสี่ยงของ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ในองค์ประกอบที่ยังเหลือไปทำการพัฒนาต่อ
2. โรงพยาบาลชุมชนควรพิจารณา จัดกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เหมาะสมกับแต่ละโรค
3. ศูนย์สุขภาพชุมชนควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ และติดตามการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยเพื่อกระตุ้นให้มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
4. ควรมีการปรับปรุงระบบข้อมูลให้มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วน ครอบคลุมและทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษาครั้งต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. Joint National Committee 7. [JNC7](The seventh report of the Joint Nation Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure The JNC 7 report. JAMA 2003; 289: 2560-2572.
2. กลุ่มสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลจำนวนและอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง [ออนไลน์] 2551 [อ้างเมื่อ 2 กรกฎาคม 2551]. จาก <http://ncd.ddc.moph.go.th/ncd%20web1/Cncd/bureauncd.htm>
3. Bodenheimer T, Grumbach, Improving Primary Care Strategies and Tools for a Better Practice. New York: McGraw-Hill; 2007.
4. ชนิชรา นันทบุตร และคณะ. กรณีศึกษา นวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน; 2550.
5. สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนกระทรวงสาธารณสุข. ระบบคุณภาพของหน่วยงานปฐมภูมิ. เอกสารการประเมินคุณภาพเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 5 ระหว่างวันที่ 26-28 กันยายน 2550 ณ โรงแรมหอวิลล์แทรเวล [ออนไลน์] 2551 [อ้างเมื่อ 6 ธันวาคม 2551]. จาก http://www.thaiichr.org/download/book/PCA_edit.pdf
6. เพ็ญศรี ทับทอง. การออกแบบบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเป้า อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548
7. ประสนสุข ศรีแสนปาง, เพชรใส่ ลิมตรัตนกุล, พนิชรา พานิชาชีวงศ์, อรุณ ศรีรักษा, วสนา รายสูงเนิน, นภาพร พินนอก. การส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตสูงในชุมชนเมือง-รายงานวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ม.ป.พ.; 2549.
8. Kane RL, Priester R, Totten AM. Meeting the challenge of chronic illness. The Johns Hopkins University Press: printed in the United States of America; 2005.
9. เจรจา สุวรรณ. การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลโนนแม่อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
10. รุจิรา สัมมะสุต. รายการอาหารแลกเปลี่ยนไทย. วารสารโภชนาบำบัด 2547; 15 (1): 33-45.
11. ชุมนันค์ ลีอวนิช, กฤตพร เมืองพร้อม, กัญญา พุฒิสีบ. การรับการคัดกรองความดันโลหิตและการไม่มาบกการตรวจช้ำของผู้ที่เลี้ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงกรณีศึกษาตำบลคลีสุนทร จังหวัดภูเก็ต. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 48-56.
12. รัตนา มากะสวัสดิ์. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ตำบลกว่างโจน อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(2): 53-61.
13. อัมพรพรรดา ธีรานุตระ, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, นางลักษณ์ เมราภรณ์ จันศักดิ์, วสนา รายสูงเนิน. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศุนย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 65-77.



การปรับภารกิจด้านส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลตำบลสู่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลตำบลน้ำก้อ^{*} อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

Transformation in Health Promotion Function from Tambon Hospital to Tambon Health Promotion Hospital: Case Study at Tambon Namkhor Hospital, Lomsak District, Phetchabun Province

เกษร วงศ์ษามี รบpm., ศศ.ม.* ล้ำพาส พิศบัณ วท.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการปรับภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลตำบลไปสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มในเรื่องวิถีชีวิตชุมชน พฤติกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ การจัดบริการและการมีส่วนร่วมของไตรภาคี นโยบาย และการปรับภารกิจด้านส่งเสริม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบข้อมูลโดยใช้เทคนิคสามเล้า

ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลตำบลมีความพร้อมด้านการรักษาพยาบาล และความร่วมมือกองทุนสุขภาพตำบล แต่พบรากурсให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับอาชีพ รายได้ และความพร้อมในครอบครัว กลุ่มชุมรมขาดความต่อเนื่องยั่งยืนในการออกกำลังกาย อุปกรณ์ออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีปัญหาการมีส่วนร่วม ของการกำหนดนโยบายสาธารณะเรื่อง สารเคมีที่ใช้ในการเกษตร อาหารปลอดภัย สารเสพติด แอลกอฮอล์ บุหรี่ และการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนบูรณาการ แนวทางการปรับภารกิจบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้ 1) กำหนดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมตระหนักรถึงสุขภาพชุมชน 2) สร้างศักยภาพให้บุคคล ครอบครัว กลุ่มและเครือข่ายชุมรมสุขภาพสอดคล้องกับบริบท 3) ระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ในชุมชน 4) การใช้สารสนเทศและเทคโนโลยีสร้างสุขภาพ 5) สนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์แผนไทย

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This qualitative research aimed to study transformation in health promotion function from Tambon Hospital to Tambon Health Promotion Hospital which was the case study in Namkhor Tambon Hospital. In-depth interview and focus group discussion techniques were used to collect data with many issues which were life style of community, health care and health promotion behavior, participation and management of tri-sector of health system, and policy of transformation in health promotion function. Content analysis was used to analyse data which was verified by triangulation technique.

* สาธารณสุขอำเภอหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์



Major findings were Tambon Hospital had been ready for treatment and nursing care perfectly, but socio-economic problem caused population whom emphasized to health promotion differently. The relative factors of this problem were occupation, income, readiness of their families, the exercise assembly had not been supported equipments enough and had not been mobilized continuously to be a sustainable activity, incomplete participation to provide public policies such as using chemical substance in agriculture, food safety, alcohol, smoking, and integrated health planning.

Suggestions were as followed; 1) Providing public policies of health promotion by community participation. 2) Empowerment on health promotion in all target clients; individual, family, health promotion assembly, and health promotion network in community as followed by their life style. 3) Supporting and organizing on public relation system in community. 4) Using information technology for health properly. 5) Supporting on folk wisdom and Thai traditional medicine to integrate on health promotion.

Keywords: health promotion, Tambon Hospital, Tambon Health Promotion Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจัยฯ

องค์การอนามัยโลกได้ผลักดันให้สังคมโลกมีการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ผ่านกฎบัตรอตตาวา (Ottawa Charter)¹ ในปี พ.ศ.2529 ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะของคนที่เป็นตัวปัจจัยกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้คนมีสุขภาพดีสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองให้เหมาะสม รวมถึงการปรับลิ้งแวดล้อมให้ดีโดยมีสาระสำคัญ 5 องค์ประกอบดังนี้ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) สร้างลิ้งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพสาธารณะในการส่งเสริมสุขภาพ

ในปี พ.ศ.2545 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นจุดที่ใกล้ชิดประชาชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น² ซึ่งปรัชญาการให้บริการที่มีคุณภาพหมายถึงการดูแลแบบองค์รวม เน้นศักยภาพการดูแล ตนเองของประชาชน มีการดูแลที่ต่อเนื่องผสมผสาน เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ³ เครื่อข่ายระบบบริการสุขภาพอำเภอ ห่วงลักษณะด้านรับน้ำยาดังกล่าวแต่ได้ปรับรูปแบบการพัฒนาเรียกชื่อสถานีอนามัยที่พัฒนาแล้วเป็นโรงพยาบาลตำบล⁴ ผ่านโครงการสองบทร่วมลงชื่อ

สร้างสรรค์โรงพยาบาลตำบล ประชาชน องค์กรท้องถิ่น และภาครัฐ สมทบกันทุกคนละ 2 บาท ต่อคนต่อเดือน เข้าร่วมกองทุน เพื่อพัฒนาในด้านกายภาพบุคลากร และการบริการเบื้องต้นให้มีความพร้อม⁵ โดยแบ่งการพัฒนาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกปี พ.ศ. 2545-2546 ดำเนินการจำนวน 3 แห่ง ระยะที่ 2 พ.ศ.2547-2548 จำนวน 14 แห่ง และระยะที่ 3 ปี พ.ศ. 2549-2550 ครบจำนวน 31 แห่ง⁶ ซึ่งในช่วงปี พ.ศ.2544 พื้นที่ตำบลน้ำก้อซึ่งเป็นที่ราบลุ่มติดเชิงเขา ได้เกิดภัยพิบัติ รุนแรงครั้งที่สำคัญที่สุดของชาวตำบลน้ำก้อ คือเหตุการณ์ อุทกภัยโคลนถล่ม พัดพาทั้งน้ำ ดิน และท่อนชุง ลงมาใส่บ้านเรือนรายภูมิ ใน嫣າกลางคีน ทำให้เกิดความเสียหายรุนแรงทั้งตัวชีวิตและทรัพย์สิน ประชาชนเสียชีวิต บาดเจ็บและไร้ที่อยู่อาศัยจำนวนมาก⁷ ระบบสาธารณูปโภค ชุมชน เสียหายอย่างลิ้มซึ่ง ไม่เว้นแม้แต่สถานีอนามัยที่ตั้งอยู่ หมู่ที่ 5 ตำบลน้ำก้อ ภายหลังเกิดภัยพิบัติ มีหลายหน่วยงานทั้งองค์กรภาครัฐ และเอกชนในทุกระดับของประเทศไทย เข้ามาร่วมเหลือ เยี่ยวยา และฟื้นฟู สภาพความเป็นอยู่ของชุมชน งบประมาณจำนวนมหาศาล จากการบริจาคช่วยเหลือได้เข้ามาสู่ตำบลน้ำก้อ ประชาชนได้รับการช่วยเหลือโดยขาดการวางแผน การเงินและของบริจาคหมดลงอย่างรวดเร็ว ชุมชนอ่อนแอในการพึ่งพาตนเอง และกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนา⁸



ภายหลังล้วนสุดการบริจาคจากหน่วยงานภายนอก ดำเนินการก่อจึงเป็นที่สุดท้ายของอำเภอหล่มสัก ที่สามารถเข้าร่วมโครงการสองบทร่วมลงสร้างสรรค์โรงพยาบาล ตำบล และค่ายฯ กลับมาสร้างชุมชนเข้มแข็ง รวมทั้งการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ในมิติการรักษาพยาบาล และการส่งต่อสำเร็จและเป็นไปตามความต้องการของชุมชนภายใน 2 ปี⁹ จึงเป็นสถานที่ศึกษาดูงานทั่วระดับนโยบายสำคัญฯ ของประเทศไทย เช่น ภาคการเมือง ภาครัฐ และองค์กรที่มาตรฐานแบบที่น่ากอแห่งนี้ ในปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลประกาศนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล¹⁰ โรงพยาบาลตำบลนักอุทกคดเลือกให้เข้าร่วมโครงการพัฒนากระดับสถานีอนามัยทั่วประเทศให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะที่ 1 ของกระทรวง จำนวน 1,001 แห่ง

ผู้จัดในฐานะผู้บริหารสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก จึงมีความสนใจว่า ศักยภาพการพัฒนาตำบลนักอุทก ที่สามารถปรับจากความล้มเหลวในผลกระทบจากภัยพิบัติ และการเยียวยาขององค์กรภายนอก จนสามารถยืนได้ด้วยตนเอง ในช่วง 3 ปีแรก ของการจัดบริการภารกิจของโรงพยาบาลตำบล ได้มุ่งเน้นความสมบูรณ์ด้านการรักษาพยาบาล และการส่งต่อเป็นรูปธรรม ที่ประชาชนยอมรับ สัมผัสด้วยความเปลี่ยนแปลงได้^{5,6} หากจะพัฒนาต่อยอด และปรับภารกิจจากโรงพยาบาลตำบลเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความมีแนวทางในการปรับภารกิจอย่างไร ในประเด็นด้านการส่งเสริมสุขภาพ ทั่วไปสำคัญของการดูแลสุขภาพชุมชนระดับปฐมภูมิ เพื่อสร้างความร่วมมือในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาบริบทวิถีชีวิตทางสังคมวัฒนธรรมสุขภาพ ในตำบลนักอุทก
2. ศึกษาสภาพการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลตำบลนักอุทก
3. ศึกษาแนวทางการจัดบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยคุณภาพนี้เป็นการวิจัยต่อยอดจากการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลตำบล

ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหล่มสัก โดยใช้กระบวนการ Rapid assessment process (RAP) การประเมินพิจารณาอย่างรวดเร็ว เป็นเครื่องมือในการวิจัยคุณภาพให้ความสำคัญกับการทำางานเป็นทีมอย่างเข้มข้น มีกระบวนการตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลในسانમช้าฯ หลายฯ ครั้ง สลับกับการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ทำให้ได้คำอธิบายเบื้องต้น จำกมุมมองภายใน (Insider's perspective) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่ศึกษา¹¹

พื้นที่หลัก คือ โรงพยาบาลตำบลนักอุทก และพื้นที่รอง คือ โรงพยาบาลตำบลเฉลิมพระเกียรติเจ้าฯ ภานุ��ลานบ่า ออำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ใช้ในการทดสอบแนวคิด ความเข้าใจในการใช้คำตามของผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งทั้งสองแห่ง ได้รับเลือกเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำร่องในปี พ.ศ. 2552 ระยะเวลาระยะเดือนการ ตั้งแต่เดือน มกราคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2553 แนวคิดนี้ชี้วิชิตชุมชน พฤติกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ การจัดบริการและบทบาทการมีส่วนร่วม การกำหนดนโยบาย และการปรับภารกิจด้านส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม รวม 122 ราย เป็นสัมภาษณ์รายบุคคล 43 ราย สนทนากลุ่ม 79 ราย แบ่งเป็น 10 กลุ่มฯ ละ 7-8 ราย ขึ้นกับลักษณะของแหล่งข้อมูลดังนี้ ผู้บริหารสาธารณสุข นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพเครือข่ายและกลุ่มเวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำบล ผู้นำชุมชน กรรมการกองทุนสุขภาพโรงพยาบาลตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชนสร้างสุขภาพ กรรมการผู้สูงอายุ ครุอนามัยโรงเรียน พระ ประษฐัญชัวบ้านและผู้รับบริการ และใช้กระบวนการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของบุคลากร และวิถีการเป็นอยู่ทางสังคม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้สร้างและคัดเลือกทีมผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลที่ผ่านกระบวนการฝึกอบรมปฏิบัติ การทักษะการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกต และความรู้การวิจัยเชิงคุณภาพทุกคน ประกอบด้วยบุคลากรจากโรงพยาบาลหล่มสัก 7 ราย พยาบาลวิชาชีพ 3 ราย พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน 4 ราย จากสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก จำนวน 10 ราย ประกอบด้วย



พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน 7 ราย และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 3 คน โดยเป็นการทำงานเป็นทีม และเรียนรู้ร่วมกันตั้งแต่การวางแผน การกำหนดแนวทางการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในทีมทุกวัน

การประสานงาน ผู้ให้ข้อมูลทุกแหล่งให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เพราะเคยมีประสบการณ์ร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลตามมา ก่อนมีความเข้าใจกระบวนการ และได้รับการชี้แจงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา วิจัยมาพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพ รวมทั้งชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายยืนยอมการเข้าร่วมโครงการ ก่อนการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม

ขั้นดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ของ คือ ตำบลล้านบ่า ในวันที่ 28 มิถุนายน 2553 เพื่อทดสอบแนวทางการใช้คำตาม ทบทวน ทักษะและความเข้าใจนักวิจัย การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต การบันทึกเทป และจดลงแบบบันทึกข้อมูล ก่อนลงเก็บข้อมูลในพื้นที่จริง ตั้งแต่นั้นก็อีก ในวันที่ 29 มิถุนายน-2 กรกฎาคม 2553

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การสังเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเทป มาบันทึกลงในแบบเก็บรวบรวมข้อมูล จัดพิมพ์ลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และจัดเรียงข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป^{11,2} นำข้อมูลมาให้รหัส จัดหมวดหมู่ และตีความหมาย มีการประชุมทีมวิจัย นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือ ระหว่างกันโดยใช้เทคนิคสามเล้า (Data Triangulation) โดยการออกแบบทีมวิจัยที่ลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ ที่หลากหลาย คละกัน และเปลี่ยน เปรียบเทียบข้อมูล โดยศึกษาจากแหล่งข้อมูล ตามแผนตารางแหล่งข้อมูล นำมาแลกเปลี่ยน ทุกครั้งภายใต้ทีมய่อยภายนอก หลังจากการเก็บข้อมูล และทุกวันในทีมใหญ่หลังเก็บข้อมูลเพื่อให้เห็นภาพรวมและร่วมกันวิเคราะห์เปรียบเทียบ

ผลการวิจัย

บริบทชุมชนและวิถีชีวิต ชุมชนดังเดิมในอดีต อพยพมาจากหุ่งพระบางปะเทศลาว สภาพตำบลอุดมสมบูรณ์ด้วยป่าไม้ สัตว์ป่ามากมายและมีน้ำตก น้ำบ่อจำนวนมากจึงเรียกกันว่า "น้ำก้อ" มีน้ำอุดมสมบูรณ์

ให้ตลอดปีตามลำน้ำก้อจากเทือกเขาเพชรบูรณ์ ประกอบอาชีพ ทำนา ทำสวน รับจ้าง เนื่องจากเป็นพื้นที่ราบลุ่มดินดี ประมาณ 15 ปีที่ผ่านมาได้รับการส่งเสริมการปลูกยาสูบ วิถีชีวิตชาวบ้านเปลี่ยนไป ต้องทำเกษตรหมุนเวียนทั้งปี มีการใช้สารเคมีและปุ๋ยจำนวนมาก ต้องออกจากบ้านแต่เช้ามืด และกลับเข้าบ้านตอนเย็นค่ำ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ อยู่บ้านดูแล ลินทรัพย์ และเครื่องมือเกษตรตระหง่าน ให้ไว้แรงงานออกไปทำงาน การประกอบอาหารในครอบครัวน้อยลง มีร้านค้าในชุมชนรับอาหารถึงรูปมาจำหน่ายจนกว่าจะหมดในแต่ละวัน การตัดสินใจซื้ออาหารสำเร็จรูปง่ายขึ้น เพราะสะดวก ประหยัดทั้งเวลา และราคา มีตลาดนัดชุมชน ในหมู่บ้าน 3 วันต่อสัปดาห์ ง่ายต่อการทำซื้อ เด็กนักเรียนที่ครอบครัวมีฐานะดีจะอุดมการเรียนในตัวอำเภอ ส่วนเด็กที่เรียนในหมู่บ้านส่วนหนึ่งอาศัยรถรับจ้างมาโรงเรียน เพราะผู้ปกครองออกไปไร่ นาตั้งแต่เช้า เด็ก จะออกจากบ้านหลังผู้ปกครอง และกลับถึงบ้าน ก่อนผู้ปกครองกลับจากการทำเกษตรและรับจ้าง ชาวบ้านยินดี อดนอนและทำงานหนัก แลกกับการได้ผลผลิตยาสูบที่ต้องทันเวลา และได้ราคา ยอมใช้สารเคมี ชาวบ้านและผู้นำชุมชนส่วนใหญ่กล่าวว่า “เรียกว่าทั้งปี 365 วัน ชาวบ้านไม่ไว้วาง膊อก ยกเว้นว่าจะหยุดลง มันจะต่อ ต่อ กันไปเรื่อยๆ ออกจากนา เป็นยา เป็นผัก ยิ่งช่วงไหนชาวบ้านปลูกยาสูบด้วย จนอนลักษณะจะ 2-3 ชั่วโมงเท่านั้น มันต้องทันเวลา” ร้านค้าในชุมชนกล่าวว่า “ก็ปรับมาตั้งแต่ ตี 2 ทุกวัน เลือกไม่ได้ว่าอะไร เขา(คนขายส่ง) จะจัดไว้แล้ว ไปถึงก็เลือกๆ มาขาย เขายืนไปนา กัน ถ้ามีซื้อ คนแก่บ้าง เด็กนักเรียนบ้าง บางคนก็ว่าทำเองมันแพงซื้อกิน 10 บาทก็ได้แล้วแต่คนแก่ๆ เขา ก็ไม่ชอบนะ” การจำหน่ายสุราและบุหรี่ในชุมชนทำให้จ่ายไม่มีเวลาปิดเปิดตามสะดวกของผู้ซื้อและผู้ขาย ทุกกลุ่ม อายุสามารถหาซื้อได้ การรวมกลุ่มหลังเลิกงานและการจัดงานเลี้ยง นิยมการดื่มสุรา นอกจากนี้วัยรุ่นบางส่วนนิยมรวมกลุ่มกันเป็นจุดๆ และมีการรวมตัวกันในการจัดงานบุญ และประเพณีของชุมชน

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ภาพรวมความเข้าใจการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการจัดการกับปัจจัยด้านอาหาร การออกแบบลักษณะ ลิ้งแวดล้อม การดูแลตนเอง และถือว่า การที่คนในครอบครัวชุมชนไม่ให้เงินป่วยทั้ง



ทางกาย ทางใจ และสังคม เป็นเรื่องสำคัญ แต่เห็นว่า ยากในการเห็นผลลัพธ์ ต่างกับการรักษาพยาบาล และมีความเห็นในประเด็นต่างๆ ดังนี้ 1) นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ กำหนดเป็นประเด็นเรื่องที่สำคัญ เป็นปัญหาและผลกระทบของคนกลุ่มใหญ่ ทำแล้วมีผลไปถึงหลาย ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความอ้วน เกี่ยวข้อง หั้งการออกกำลังกาย อาหาร การคัดกรองความเสี่ยง การสร้างกระแสและความร่วมมือรูปธรรมในการวัดผล บางส่วนเห็นว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพควรเข้าไปอยู่ในทุกภารกิจในชีวิตประจำวันของบุคคล ครอบครัว เช่น การเลือกซื้ออาหาร ออกกำลังกาย การทำงาน ครอบครัว เพศ สัมพันธ์ 2) การสร้างสุขภาพ แบ่งตามกลุ่มอายุ แต่ละกลุ่มอายุมีปัจจัยเรื่องต่อสุขภาพ และความรับผิดชอบบทบาทของการมีส่วนร่วมต่างกัน การกำหนดมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย การดูแลตนเอง การไม่ป่วย สำหรับสุขภาพผู้มีหน้าที่ เช่น ภาครัฐ และท้องถิ่น และประชาชน “ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคมีหลายระดับก็ตั้งแต่การป้องกันhexy ไม่ป่วย จนเข้าป่วย และขณะที่เข้าป่วยแล้วไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือป้องกันไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ มนก็จะมีการป้องกันส่งเสริมสุขภาพอยู่ และการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุโดยเน้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด หรือ เมื่อไหร่ถ้ามีการเจ็บป่วยเป็นอะไรที่จะต้องดูแลและคนที่จะดูแลคนแรกก็คือครอบครัวหลังจากนั้นชุมชนก็จะเข้ามาเพิ่มในการดูแลตรงนั้น” 3) การพึ่งตนเองและพึ่งบริการสุขภาพ ประชาชนส่วนหนึ่งตระหนักถึงชีวิตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อเป้าหมายชีวิตอยู่เป็นสุข แต่เห็นว่าการถูกกระแสการพัฒนาแบบยึดวัตถุนิยม และความสัดส่วน สะสมความมั่งคั่ง รวมทั้งกระแสการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ทำให้ชุมชนถูกพัฒนาทางด้านกายภาพ สภาพบ้านเรือน การรวมตัวของชุมชนชัดเจนด้านโครงสร้าง แต่ไม่ชัดเจนเรื่องกิจกรรมและระบบสนับสนุนที่เอื้อในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ การพึ่งตนเองเมื่อเจ็บป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจดูแลตนเอง การเลือกใช้ยา และแพทย์ทางเลือก ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เวลา nok เวลาราชการ กลุ่มอายุ หากเป็นเด็ก จะตัดสินใจเข้ารับ

บริการเร็วกว่าผู้ใหญ่ อาการที่คุ้นเคย เช่น ไข้ น้ำมูก ติดเชื้อ ส่วนการตัดสินใจเลือกหมอพื้นบ้าน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ เช่น เด็กร้องไห้ไม่หยุด ผวา ตัวเหลือง หลังคลอด รู้สึกมีเคราะห์ “ส่วนใหญ่ชาวบ้านเขาก็ไม่อยากมาหารือถ้าพอดูตัวเองได้แบบว่าไข้อรรมดา ก็มีพาราติดบ้านไว้มันใกล้อยู่แต่บางทีมันก็บ้าได้มาก เพื่นบิดกลางคืนบ้าได้เปิด อันหมอมสมัยใหม่กับโบราณ มันก็ใช้ทั้งสองอย่าง บางอย่างหมอโรงบาลเพื่นก็รักษาได้ล่ะเด็กน้อยร้องบ่หยุดกลางคืน บางอย่างเราก็ต้องพึงหมอดูอะไroy อย่างเจี้ยง”

การจัดบริการในสถานบริการและในชุมชน พบร่วมกับมูลนิธิพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติจำนวน 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข อย่างละ 1 คน จัดโครงสร้างงาน 5 ด้าน คือ ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสุขภาพ และวิชาการ โดยจัดภายใต้หน่วยบริการและในชุมชน จำนวน 13 หมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข แบ่งความรับผิดชอบประมาณ 10-12 หลังคาเรือนต่อคน โครงสร้างประชากรที่มีผลในการจัดวางแผนสุขภาพ คือ กลุ่มเสี่ยง อายุ 35-60 ปี ร้อยละ 37.3 รองลงมา คือ วัยรุ่น วัยทำงาน อายุ 15-34 ปี ร้อยละ 32 ผู้สูงอายุ ร้อยละ 15 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 7.1 และอายุมากกว่า 70 ปี ที่อาศัยการพึ่งพา ร้อยละ 7.9 ปัญหาส่วนใหญ่เป็นเรื่องภาระงานจำนวนมากไม่สามารถบริการชุมชนได้ ถึงแม้จะแบ่งกลุ่มป่วยกลุ่มเสี่ยงแล้ว การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และปฏิทินชุมชน เช่น การคัดกรองความเสี่ยงสามารถทำได้ช่วงระยะเวลาเดียว เมื่อประชาชนทำมาปลูกยาสูบไม่สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่รับบริการเท่าที่จัดไว้ในสถานบริการและรณรงค์ เช่น การรับวัคซีน การวางแผนครอบครัว การตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนการควบคุมโรคไข้เลือดออก การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร รับข้อมูลข่าวสารผ่าน อาสาสมัครสาธารณสุข และการประกาศของชุมชน

เครือข่ายการมีส่วนร่วมสร้างสุขภาพ 1) อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นเครือข่ายหลักในชุมชนมีการสร้างคุณค่าให้ อสม. และการสนับสนุนวิชาการให้อสม. ทำให้ อสม. รู้สึกมีคุณค่า ได้รับการยอมรับมากขึ้น



กิจกรรมที่มอบให้อสม. ดำเนินการได้เป็นช่วงๆ เป็นเรื่องๆ ไม่สามารถต่อเนื่องได้ทั้งหมด ขึ้นอยู่กับการสั่งการให้ทำช่วงไหน ให้เหมาะสมกับปฏิทินชุมชนและอาชีพของประชาชน “เราต้องสร้าง อสม. ที่แข็งแกร่งขึ้น อสม. สามารถเยี่ยมและสร้างสุขภาพด้วยตัวเองได้ยิ่งถ้าเรามีบุคลากรน้อยสามารถสร้าง อสม. ให้เด็กเก่งในเรื่องแม่แต่การเยี่ยมกลุ่มเลี้ยงได้แต่ยกเว้นกลุ่มป่วยถ้าเป็นกลุ่มป่วยต้องเป็นพื้นที่สุขภาพเข้าไปดู” 2) ชุมรมสร้างสุขภาพ พบร่วม มีโครงสร้างชุมรม จำนวน 13 ชุมรม สมาชิกส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอาสาสมัคร จึงไม่ได้แยกกิจกรรม และผลงานไม่ต้องเนื่องทำได้เป็นช่วงๆ เช่น เดียวกับการระหน้าที่ของ อสม. เช่น การแข่งขันห่วงสูลากูน การเต้นแอโรบิค หรือโครงการคนไทยไร้พุง ซึ่งผู้อิทธิศักดิ์กล่าวว่า “ชุมรมสร้างสุขภาพชี้แจงการจัดตั้งชุมรมจริงแต่พอเราเข้าไปดูในชุมชนแบบว่าไม่มีการต่อเนื่องในเรื่องของการที่การดำเนินงานการสร้างสุขภาพที่เกิดขึ้นมันไม่ต่อเนื่องแล้วก็ไม่เป็นรูปธรรม ชุมรมไม่ได้ทำต่อเนื่องไม่ขับเคลื่อนเท่าไร มีขับเคลื่อนเหมือนกันแต่ไม่ต่อเนื่อง” 3) ชุมรมผู้สูงอายุ มีโครงสร้างและคณะกรรมการดำเนินการ ประชุมใหญ่ปีละ 1 ครั้ง ในเรื่องการแข่งกิจกรรมผู้สูงอายุ ครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้สูงอายุ สมัครเป็นสมาชิก เก็บค่าสมาชิกคนละ 100 บาท กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพไม่ชัดเจน 4) หอกระจั่ยช้า ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อสม. ได้รับข่าวสารมาจากการประชุมประจำเดือนของทางราชการ เปิดข่าวรายการวิทยุทั่วไปและสถานีวิทยุ สุขภาพโรงพยาบาลหล่มสัก แต่นิยมเลี้ยงจากหอกระจายข่าวมากกว่า เพราะเลี้ยงดัง และไม่เป็นภาระการพกภาระ ไม่สามารถเปลี่ยนคนเลี้ยงได้ และได้ยินไก่ถึงห้องโรงเรนา 5) กองทุนสุขภาพ บริหารจัดการโดยคณะกรรมการกองทุนเป็นการลงมติว่าจะใช้งบประมาณทำอะไรในแต่ละปี เช่น ประชาคมแข่งข้อมูลว่าห้องน้ำไม่เพียงพอ ใช้งบประมาณสำหรับการสร้างห้องน้ำมาตรฐานสำหรับผู้ใช้บริการ ผู้พิการ เป็นต้น เป็นการลงมติครั้งลังปี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ 1) การออกกำลังกาย ระดับบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการควบคุมตนเอง ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายที่เป็นแบบแผน เห็นว่าการทำงานในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การ

เดิน การเลี้ยงหลาน การประกอบอาชีพ ทำไร่นา เกษตร เป็นการออกกำลังกาย จึงไม่ต้องเนื่อง ประชาชนมองเห็นการประกอบอาชีพ การมีรายได้ สำคัญมากกว่าการออกกำลังกาย การมีกลุ่มออกกำลังกายช่วยกระตุ้นให้เกิดกระเสการออกกำลังกาย เช่น แอโรบิค ห่วงสูลากูน ในการลุ่มแก่น้ำ และ อสม. มีการเลียนแบบอย่างไปยังประชาชนส่วนหนึ่ง ความยั่งยืนขึ้นอยู่กับการกระตุ้นผู้นำ การออกกำลังกาย เวลาการนัดหมาย ออกกำลังกายไม่เหมาะสม เนื่องจากเป็นเวลาประกอบอาหาร รวมทั้งส่วนหนึ่งไม่คุ้นเคยกับประเภทการออกกำลังกาย เช่น การเต้น ทำให้รู้สึกอาย 2) อาหารและความปลอดภัยอาหาร ชาวบ้านมีการปลูกผักสวนครัวส่วนตัว และจาก การปลูกผักเพื่อการค้า มีความรู้ความเข้าใจถึงพิษภัยสารเคมี ที่ใช้ไว้เป็นอันตราย จึงปลูกแยกเฉพาะครอบครัว แต่อาชีพและเวลาที่เร่งรัดจึงอาศัยการซื้ออาหารสำเร็จรูป ประยัดเวลา และประยัดเงิน ราคากูก มีตลาดดั้ดชุมชน ทำซื้อยา การรับประทานอาหารในครอบครัว เป็นแบบพื้นบ้าน ส่วนใหญ่ใช้ช้อนร่วมกันในการตักกับข้าว และยอมรับว่า ส่วนใหญ่รับประทานอาหารดิบ จากวัฒนธรรมประเพณีเดิม ชุมชนไม่มีเวทีสนทนารื่องนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย ถือว่ารู้ให้ระวังในครอบครัวเอง 3) แอลกอฮอล์ บุหรี่ ยาเสพติด ชุมชนยอมรับว่าเป็นปัญหาใหญ่ รุนแรง แต่กฏหมายและนโยบายด้านสุขภาพจากภาครัฐ ยังไม่สามารถบังคับใช้ได้ในชุมชน กฏหมายการจำกัดอายุของผู้ซื้อ และเวลาของการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ “เวลากำหนดแต่ในเมือง บ้านเรานี้ ติดดื่นก็เรียกได้ถ้าอยากรื้อให้ครื้นก็ได้ เมื่อได้ก็ได้” (หัวเราะ)

แนวทางการปรับเปลี่ยนภารกิจ 1) ด้านบริการ

- 1.1) การจัดบริการเชิงรุก และการใช้ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ การวิเคราะห์และคืนข้อมูลชุมชนแบบมีส่วนร่วม
- 1.2) การสร้างศักยภาพให้บุคคล ครอบครัว กลุ่มและเครือข่ายชุมรมสุขภาพสอดคล้องกับบริบท มีความต่อเนื่อง และส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น 2) ด้านการสนับสนุนและการบริหารจัดการ 2.1) สนับสนุนให้เกิดเวทีนโยบายสุขภาพสาธารณะแบบมีส่วนร่วมตระหนักถึงสุขภาพชุมชน 2.2) สนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์แผนไทย



การอภิปรายผล

บริบทชุมชน วิถีชีวิตและแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ การปรับตัวของชุมชนในสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไป มีความรีบเร่งในการดำเนินชีวิตและประกอบอาชีพ การส่งเสริมลงทุนในเกษตรแนวใหม่ การปลูกยาสูบ ข้าวและผัก ทำงานทั้งปีไม่มีช่วงเวลาว่าง การปลูกพืชดั้งเดิม เช่น ข้าว ก็ต้องเร่งและเพิ่มผลผลิตโดยการใช้ปุ๋ยและสารเคมี การเกษตรเพื่อขึ้นรายได้เพิ่มขึ้น สุขภาพแย่ลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญแข ลากยิ่ง¹³ ปัจจัยลบต่อสุขภาพแวดล้อม การดำเนินชีวิต และสุขภาพในเรื่องภาคเกษตรที่เปลี่ยนจากการเกษตรเพื่อยังชีพเป็นผลิตเพื่อขาย จึงต้องเพิ่มความต้องการผลิตขึ้น เป็นเกษตรเชิงเดียว ใช้ปัจจัยทุนในสัดส่วนที่มากขึ้น ประชาชนทราบถึงผลเสียและผลกระทบต่อสุขภาพแต่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ วิถีชีวิตเร่งรีบมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกความสะดวกมากขึ้น ลดการออกกำลังกาย และสมรรถภาพร่างกายลดลง ผลการศึกษาโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 15 ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุต่อนป่วยมากถึงร้อยละ 7.9 และพบปัญหาโรคเรื้อรัง แนวโน้มประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุมากถึงร้อยละ 37.3 ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทลดลงในการอบรมบ่มนิสัยเยาวชน การหายและดื่มสุราในชุมชนเป็นไปอย่างเสรี ทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพ และสังคมต่อตนเองและผู้อื่น ในนโยบายด้านส่งเสริมสุขภาพ เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องดำเนินการ แม้ทุกฝ่ายจะเห็นตรงกันว่า เป็นเรื่องยาก แต่ควรเริ่มจากนโยบายที่ได้รับการยอมรับของทุกฝ่าย และมีส่วนร่วมก่อน และเมื่อดำเนินการแล้วสามารถมีผลกระทบไปในหลาย ๆ ด้าน เช่น ปัญหาความอ้วน การดื่มสุรา ลักษณะ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล¹⁴ ในเรื่องนโยบายด้านส่งเสริมสุขภาพ ควรเป็นที่ยอมรับของคนทุกฝ่าย มีความร่วมมือกันระหว่างรัฐ และเอกชน และองค์กรประชาชนที่เกี่ยวข้อง

การบริหารและการจัดบริการในสถานบริการและในชุมชน ความพร้อมด้านโครงสร้างอาคาร ตรวจรักษา และเฝ้าสังเกตอาการ การปรึกษาและรักษาทางไกล (Real time consultation & Telemedicine) ระบบการส่งต่อ (Referral System) การแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) และเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

เครื่องมือกายภาพบำบัด การจัดสรรทีมสุขภาพแบบประจำ ทั้งพยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติ และทีมสุขภาพอื่น ๆ ครอบคลุมการอบรมตราชากลัง ทำให้สามารถจัดบริการให้ประชาชนยอมรับและครั้งไว้วางใจ และเป็นจุดเชื่อมในการสร้างความร่วมมือในเรื่องอื่น ๆ ด้านสุขภาพ^{4,7} ซึ่งเป็นไปตามแนวทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{15,16} การจัดบริการที่ยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน คือ ด้านการทำงานเชิงรุก และการสร้างสุขภาพโดยชุมชน ด้วยเงื่อนไขเวลาในการให้บริการตามเวลาชากา และการออกทำงานชุมชนในเวลาบ่ายซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ไปประกอบอาชีพ หากช่วงที่มีการนัดหมาย ประชาชนจะหยุดงานทั้งวัน ใช้เครื่องขยาย อสม. การทำงานในชุมชน ควรปรับบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบัน และบริบทของชุมชนของแต่ละกลุ่มอายุ^{17,18,19,20} ทั้งนี้ปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่แตกต่าง การคืนข้อมูลสุขภาพที่มีคุณภาพ จะด้อย ฯลฯ ความเชื่อในบทบาทและการส่งเสริมสุขภาพ ชุมชนยังต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐ ในด้านวิชาการ ความรู้ การจัดการและการสะท้อนข้อมูลกลับสู่ชุมชน ซึ่งข้อมูลบริการที่ระบบบริการสุขภาพมีอยู่ คือ สถานะสุขภาพ ระบบการคัดกรอง ระบบการเฝ้าระวัง และข้อมูลบริการ ข้อมูลควรผ่านการวิเคราะห์เพื่อสะท้อนให้เห็นปัญหา ที่เชื่อมโยงกับชุมชนให้ได้ การพัฒนาทักษะบุคลากร สาธารณสุขในการบริหารจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ และการนำเสนอ พร้อม ๆ กับการพัฒนาทักษะกระบวนการ มีส่วนร่วม และพิจารณาปัญหา ทั้งในระดับผู้นำ ชาวบ้าน จะสามารถมองเห็นปัญหาเชิงระบบได้ และชุมชนจะถูกพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวอย่างสอดคล้องกับวิถีของชุมชน

แนวทางการปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือ 1) ด้านบริการทั้งในและนอกหน่วยบริการ และการใช้ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ การวิเคราะห์และคืนข้อมูลชุมชนแบบมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพให้บุคคล ครอบครัว กลุ่มและเครือข่ายชุมชนสุขภาพสอดคล้องกับบริบท มีความต้องเนื่อง และส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น 2) ด้านการสนับสนุน และการบริหารจัดการ ทั้งเวทีนโยบายสุขภาพสาธารณะแบบมีส่วนร่วมตระหนักถึงสุขภาพชุมชน การสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์แผนไทย ซึ่งสอดคล้อง



กับการศึกษาของเพญแข ลาภยิ่ง¹³ แนวคิดและหลักการ ยุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งต้องมีการ ปรับทั้งในระดับบุคคล ระดับหน่วยงานองค์กร และ เครือข่ายตั้งแต่ภาคของชุมชน ไปจนถึงนโยบายของ ประเทศ

ข้อเสนอแนะ

1. การปรับระบบบริการในการทำงานเชิงรุก การ จัดลำดับความสำคัญการเยี่ยมในชุมชน การใช้เครื่องมือ ชุมชน การติดตามประเมินพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยง
2. การใช้เวทีสาธารณะในการสร้างนโยบาย สุขภาพชุมชน ในเรื่องสำคัญๆ เช่น ความอ้วน การดื่มสุราก ให้เกิดกระบวนการการร่วมมือจากชุมชน ที่เห็นเป็นรูปธรรม
3. ปรับรูปแบบการดำเนินการสร้างสุขภาพ ระดับบุคคล กลุ่ม ชุมชน ให้เหมาะสมต่อเนื่อง
4. ความมีการท่วมทั้งต่อในเรื่อง 1) การศึกษา ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยการ พึ่งพา 2) ศึกษามาตรการการลดการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์แบบชุมชนมีส่วนร่วม 3) การพัฒนารูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล และโครงการวิจัยประเมินผลโครงการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชนิชฐา นันทบูตร และคณะ. ข้อเสนอบทบาท พยาบาลชุมชนที่เท่าทันสภาวะการณ์ระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไป. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนา ระบบการพยาบาล สภาการพยาบาล; 2551.
2. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. ระบบสุขภาพในท้องถิ่น: อนาคตระบบสุขภาพไทย. นนทบุรี: สำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2549.
3. วิพุธ พูลเจริญ. สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
4. พงศ์พิชญ์ วงศ์มนี. ความเป็นธรรมเพื่อสุขภาพดี ของคนหล่มสัก. รูปธรรมสะท้อนแนวคิดการ พัฒนาสุขภาพชุมชน. ประชุมวิชาการ Primary care ระดับประเทศครั้งที่ 2; 22-23 กุมภาพันธ์ 2550; คุณยืนบุญเตชะบานนา. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและ พัฒนาระบบสุขภาพชุมชน; 2550.
5. เกษร วงศ์มนี. การมีส่วนร่วมขององค์กรบริหาร ส่วนตำบลในการดำเนินการโครงการโรงพยาบาล ตำบลในเขตอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สารคดี ประชาธิรักษ์ นครสวรรค์ 2549; 3:46-54.
6. พงศ์พิชญ์ วงศ์มนี. ประเมินผลงานวัดผลกระทบ บริการสุขภาพความร่วมมือของไตรภาคีในการสร้าง โรงพยาบาลตำบล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 1(2) ฉบับเดือน 1: 212-20.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวง สาธารณสุข. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ฝันที่รอคอย : นำก่อกรณีศึกษาเป็นแบบอย่าง. (ม.ป.ท.): (ม.ป.พ.); 2552
8. โรงพยาบาลตำบลน้ำก้อ. สรุปผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2550. (ม.ป.ท.): (ม.ป.พ.); 2550. (เอกสารอัดสำเนา).
9. โรงพยาบาลตำบลน้ำก้อ. สรุปผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2551. (ม.ป.ท.): (ม.ป.พ.); 2551. (เอกสารอัดสำเนา).
10. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก. รายงาน ประจำปีงบประมาณ 2552. (ม.ป.ท.): (ม.ป.พ.); 2552 (เอกสารอัดสำเนา).
11. ทวีศักดิ์ พงษ์เภตรา. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เล่ม 1 คู่มือ ปฏิบัติการวิจัยประยุกต์ เพื่อพัฒนาคน องค์กร ชุมชน สังคม. นครราชสีมา: โชคเจริญมาเก็ตติ้ง จำกัด; 2548.
12. สุพัฒน์ สมจิตรสกุล, ทวีศักดิ์ พงษ์เภตรา, อุ่ทอง นามวงศ์. การจัดการข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. นครราชสีมา: โชคเจริญมาเก็ตติ้ง จำกัด; 2551.
13. เพญแข ลาภยิ่ง. การสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิด หลักการ และยุทธศาสตร์. สำนักงานวิจัยเพื่อการ พัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2552.
14. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, เพญจันทร์ ประดับมุข, ยุพาวงศ์ชัย, บรรณาธิการ. บทบาทประชาชนส่งเสริม สุขภาพนักการรัฐ. เอกสารประกอบการประชุม วิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; โรงแรมโนเบลทาวเวอร์. กรุงเทพฯ: ไดไซร์; 2541.



15. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สส.). โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลสายพันธุ์ใหม่ ความสุขใกล้บ้าน. กรุงเทพฯ: สมมิตรพรินดิ้งแอนด์พับลิสชิ่งจำกัด; 2552.
16. เย็มทอง ศรีเนตรไพบูลย์, เพชรสิริ ลิ้มตระกูล. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพประชากรกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนເباءหวานในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดชัยภูมิ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2553; 28(1): 22-31.
17. สุรีย์ ธรรมิกบวร. การส่งเสริมสุขภาพในกระบวนการทัศน์ใหม่: สู่การศึกษาและการปฏิบัติ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 5-11.
18. นิตยากร ลุนพรหม, วันเพ็ญ ปั้นราช. การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชนบ้านดงอุดม ตำบลหนองบัว อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 48-56.
19. ไพรัช บุญจรัส. การพัฒนาผลการดำเนินงานภายใต้การประเมินแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาโครงการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่เฉลิมพระบารมี 80 พรรษา จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(2): 62-71.
20. ทัยชนก บัวเจริญ. การพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระบบบริการพยาบาลของสังคมไทย. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(2): 17-23.



ลักษณะงาน ความโกรธ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่มีความสัมพันธ์กับ ความผิดพลาดในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

Job Characteristics, Anger, and Emotional Exhaustion Related to Nursing Practice Errors among Professional Nurses

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ Ed.D* บรรณิกา ดูประเสริฐ M.Sc.**
ชูเกียรติ วิริฒน์วงศ์เกشم PhD*** ชชชาล ศิลปกิจ PhD****

บทคิดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลต่อความผิดพลาดในการปฏิบัติงานในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดต่างๆ ในประเทศไทย การเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาล 869 คน ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมทั้ง 5 ภูมิภาค เมื่อ พ.ศ. 2548 โดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ทางสถิติใช้สถิติแบบพรรณนา และการทดสอบปัจจัยมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานผิดพลาดโดยสมการถดถอยเชิงพหุคุณ

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลร้อยละ 26.1 ได้ทำผิดพลาดจากการทำงาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกระทำผิดพลาดอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ลักษณะงาน เช่น งานในแผนกศัลยกรรม อุบัติเหตุ ผ่าตัด ห้อง分娩และผู้ป่วยนอก สำหรับปัจจัยบุคคล ได้แก่ อารมณ์โกรธและความอ่อนล้าในอารมณ์ ความเลี่ยงในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผิดพลาดอย่างไม่มีนัยสำคัญในระดับที่กำหนด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระทำผิดพลาดมีทั้งลักษณะบุคคลและระบบงานในองค์กร การลดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน ควรออกแบบงานในลักษณะสร้างความปลอดภัยเชิงระบบ ปลูกฝังวัฒนธรรมความปลอดภัยในระบบงาน เพื่อปรับปรุงคุณภาพในการทำงานพยาบาล

คำสำคัญ: ลักษณะงาน ความโกรธ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การปฏิบัติงานผิดพลาด

Abstract

This study describes the nursing practice errors and factors affecting the errors among registered nurse working in hospitals in various provinces of Thailand. Material and Method; a self employment questionnaire was distributed to registered nurses working in the general hospital under the ministry of Public Health covering 5 regions in the year 2005, statisical analysis included descriptive analysis and multiple regression analysis

Resulted that: 26.1% of nurses made mistakes. Job characteristics, namely, surgery, accident, outpatient, operation and ICU were correlated significantly with nurse working mistakes, as well as anger and emotional exhaustion, which were also related to nursing mistakes.

*รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระศรี世หล้า จังหวัดสุพรรณบุรี

***รองศาสตราจารย์ ภาควิชาชีวสัตว์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



Conclusion; working mistakes in nursing practices deriving from various sources, both individual and organizational level: job characteristics, personal characteristics: anger and emotional control as a bio-psychosocial aspect. Therefore risk assessment, identification and management throughout the nursing work flow are needed, moreover, crucial strategic planning for reducing nursing mistakes should be addressed in terms of system design for safe practice as well as socialization for safety organization culture.

Keywords: nursing practice error, anger, emotional exhaustion, and job characteristics

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การปฏิบัติงานผิดพลาดในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เป็นสาเหตุของอันตรายนำความสูญเสียต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ปฏิบัติงานเอง และระบบการทำงาน ตลอดจน วิชาชีพพยาบาล¹ จึงเป็นความรับผิดชอบอย่างเร่งด่วน ของสถาบันวิชาชีพพยาบาลในการแก้ไขข้อผิดพลาด ทั้ง ในส่วนของบุคคล และระบบการทำงานร่วมกัน ในอดีต เมื่อมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น จะมุ่งความสนใจไปที่บุคคล นับเป็นสาเหตุสำคัญให้มีผู้กระทำผิดพลาดคนใหม่ ต้องการเปิดเผยทำบันทึกและรายงานเพื่อการป้องกัน แก้ไข ดังนั้นผู้นำวิชาชีพจำเป็นต้องรับรู้ ค้นคว้า แสงหา ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับลักษณะงาน บุคลิกภาพของ พยาบาลในขณะที่ปฏิบัติภารกิจในวัฒนธรรมการทำงาน ของแต่ละองค์กร ความรู้ที่ได้จากการค้นคว้าติดตาม เรื่องข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เป็น พื้นฐานข้อมูลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของการออกแบบ ปรับปรุงระบบการทำงานใหม่ ที่ต้องการให้เกิดการ ป้องกันอันตรายจากการทำผิดที่เกิดขึ้นจากการทำงาน²

สำหรับการปฏิบัติงานให้บริการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยนั้นมีพยาบาลเป็นกลุ่มนบุคคลกรที่น่าเห็นใจ เพราะต้องใช้ความอดทนสูงขณะปฏิบัติงานตามพันธกิจ ดังเช่น พยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาเร่งด่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับการช่วยเหลือให้รอดชีวิต การเจ็บปวดทันทุกชั่วโมง ของผู้ป่วย อารมณ์ของผู้ป่วยเอง ภูมิคุ้มกัน เพื่อร่วมงาน และ ผู้บังคับบัญชาในทุกย่างก้าวในสิ่งแวดล้อมของวิถีชีวิต การทำงาน เป็นผลลัพธ์ให้ผู้ปฏิบัติเกิดความเครียด Maslach³ นักจิตวิทยาชาวอเมริกันได้เสนอถึงสิ่งแวดล้อม ในการทำงานให้บริการสุขภาพที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบ กดดัน ให้เกิดความตึงเครียดทางจิตใจ และอารมณ์ จาก ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นอารมณ์ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละ บุคคลในช่วงภาวะวิกฤติ จะปรากฏในรูปที่แตกต่างกันไป

จากระดับความໂกรธที่แสดงออก การควบคุมอารมณ์ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ เป็นบุคลิกักษณะสำคัญที่ลดลงความสามารถ และผลลัพธ์ของการทำงาน

จากลักษณะของงานพยาบาลที่ต้องปฏิบัติให้บริการตามแผนกต่าง ๆ เป็นเงื่อนไขสำคัญของความซับซ้อนความเร่งด่วน ความยุ่งยากในงานการให้บริการ อย่างเฉพาะเจาะจง ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพที่แตกต่าง กันไป จึงมีอิทธิพลต่อพยาบาลให้มีอารมณ์เคร่งเครียด อ่อนล้า รวมถึงความໂกรธในการแสดงบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ เป็นประภากลางสำคัญนำไปสู่ความเสี่ยงในการกระทำผิดพลาด ยิ่งไปกว่านั้นอารมณ์ เคร่งเครียด อ่อนล้ารวมถึงความໂกรธ มาจากลักษณะ งานพยาบาลที่ต้องเข้าเวร ผลัดเป็นเวร เช้า บ่าย และดึก เวลาพักผ่อนมีน้อย หรือไม่เพียงพอ ในภาวะที่สังคมมีความเร่งด่วนฉุกเฉินของภัยพิบัติต่าง ๆ และความรุนแรง ทางการเมือง จากการขัดแย้งของสังคม วิชาชีพพยาบาล จึงต้องทุ่มเทพลังกาย และจิตใจ เพื่อรับผิดชอบต่อ หน้าที่มากมาย⁴

มีการศึกษาวิจัยหลายโครงการ ซึ่งแสดงให้เห็น ว่าสภาพจิตใจ บุคลิกภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการทำงาน ของบุคคล และผลลัพธ์ในการทำงาน ก่อให้เกิดความ สำเร็จ หรือความล้มเหลวจากความผิดพลาดในการ ทำงาน⁵ ในประเทศไทยมีการศึกษาในประเทศไทย พยาบาล จำนวน 16,339 หรือ ร้อยละ 7.9 ปฏิบัติงานผิดพลาดในช่วงเวลา ค.ศ. 1990–2003 โดยเฉลี่ยพยาบาล 1 คน จะทำผิดพลาดประมาณ 1.11 ครั้ง ค่าใช้จ่ายในคดีความที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานที่ผิดพลาด มีจำนวนถึง 166 คดีความที่พادพิงถึงความผิดพลาดบกพร่องของ พยาบาลที่จะต้องจ่ายชดเชยค่าเสียหาย⁶ ในช่วงวิกฤติ เมื่อมีอุปสงค์ของกลุ่มพยาบาลจากการงานเพิ่มขึ้น เป็น ส่วนเพิ่มความเสี่ยงและข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน



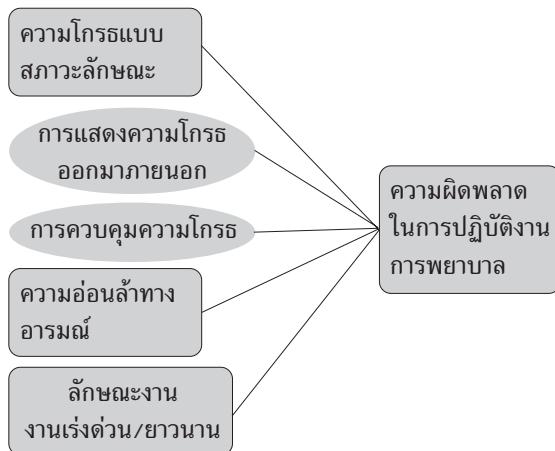
เช่นกัน เนื่องจากในสภาพการทำงานที่บีบคั้น กดดัน สภาพจิตใจ และแรงกายของผู้ปฏิบัติไม่เป็นผลดีต่อ สุขภาพกาย จิต อารมณ์ ของเขาเหล่านั้น อันจะส่งผล กระทบมายังความสามารถในการทำงาน ผลลัพธ์ของ งานจะประสบความสำเร็จน้อยลง อันเนื่องจากข้อผิด พลาดเพิ่มขึ้น⁶ กรณีที่พยาบาลมีการประมวลจนปฏิบัติ งานบกพร่อง ผิดพลาด ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดอันตราย ต่อร่างกาย เป็นการกระทำผิดทั้งทางแพ่งและอาญา ใน ฐานะกระทำการโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นเสียหาย เป็นอันตราย โดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัย ตาม กฎหมาย ป.อ. มาตรา 300⁷ ประเทศไทยมีพยาบาล 80,405 คน ปฏิบัติงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2546⁸ มีการศึกษาว่า พยาบาลอย่างน้อย 176 คน ได้มีความคิดต้องการฝ่าด้วยอันเนื่องมา จากภาวะเศรษฐกิจ และปัญหาในการทำงาน สัดส่วน ของพยาบาลต่อประชากรที่รับผิดชอบ คือ 22.25 ต่อ ประชากร 100,000 คน โดยเฉลี่ยจึงเห็นได้ว่า ภาวะ การขาดแคลนของพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการงาน ล้านเกินที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้⁹ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมี จุดมุ่งหมายเพื่อจะประเมินการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในผลการปฏิบัติงานเฉพาะส่วนของข้อผิดพลาดในการ ทำงาน และปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อการ ทำงานที่ผิดพลาดดังกล่าว อันได้แก่ ลักษณะงานที่ ปฏิบัติในแต่ละแผนก รวมถึงลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ความโกรธ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ของพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะงาน ความ โกรธ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่มีความสัมพันธ์กับ ความผิดพลาดในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดการทำงานวิจัย

แนวคิดทฤษฎีเรื่องความปลอดภัยในการทำงาน เชื่อว่าความผิดพลาดไม่ปลอดภัยเกิดจากตัวผู้ปฏิบัติ เช่น ความโกรธ ความอ่อนล้าในอารมณ์ หรือสถานการณ์ แวดล้อมในระบบการทำงาน เช่น การทำงานในแผนก ต่างๆ รวมถึงการบริหารจัดการขององค์กร ไม่ถูกต้อง เหมาะสม เป็นเหตุให้เกิดการผิดพลาด ซึ่งผู้วิจัยได้นิรนัย ทฤษฎีมาเป็นกรอบกรอบแนวคิดในการทำวิจัย¹ ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและตัวอย่าง การวิจัยเชิงบรรยายนี้ ศึกษาจากพยาบาลผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลทั่วไป 65 แห่ง ของประเทศไทย มีพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20,450 คน ในปี พ.ศ. 2549

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง ได้แก่ เป็นพยาบาล วิชาชีพ มีประสบการณ์ทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ปฏิบัติงาน ในการให้บริการตามแผนกต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยตรง และ ใช้สูตรคำนวณตัวอย่างได้ตัวอย่างทั้งสิ้น 873 คน การ สุ่มเลือกตัวอย่าง แบ่งตาม 5 ภาคของประเทศไทย และ สุ่มเลือกภาคละ 2 จังหวัด แต่ละจังหวัด เลือกจาก โรงพยาบาลทั่วไปได้ 10 โรงพยาบาล การสุ่มเลือก พยาบาลจากโรงพยาบาลฯ ละ 6 แผนกฯ ละ 17 คน ได้ พยาบาลทั้งสิ้น 1,020 คน ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ 878 คน

เครื่องมือที่ใช้ แบบสอบถามมี 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความโกรธ และการแสดงความโกรธ (52 ข้อ) แบบวัดความอ่อนล้าทางอารมณ์ (9 ข้อ) และ แบบสอบถามเรื่องความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน (5 ข้อ) เครื่องมือหั้งหมดได้รับการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น จากการทดสอบ เครื่องมือที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านา จำกพยาบาล 30 คน ค่าความเชื่อมั่นได้ของแบบวัด ความโกรธโดยรวมเท่ากับ .793 ความหนื้นอยู่หน่ายทาง อารมณ์เท่ากับ .830

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีส่งแบบสอบถาม ไปยังหัวหน้าพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลโดยผู้วิจัยเอง



หลังจากโครงการได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของ
คณะกรรมการสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ดังในอนุญาต
รหัสโครงการ IRB No.MU 2006-115 และรับ
ข้อมูลกลับคืนด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา และ
สถิติทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงาน ความโกรธ
ความอ่อนล้าทางอารมณ์ กับข้อผิดพลาดในการปฏิบัติ
งาน โดยใช้ Logistic Multiple Regression

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับคำตอบที่สมบูรณ์จากพยาบาล
วิชาชีพ จาก 5 ภูมิภาคของประเทศไทย 878 คน เกือบ
ทั้งหมดเป็นหญิง ร้อยละ 97 อายุเฉลี่ย 35.6 ส่วนมาก
มีอายุ 31-4 ปี (ร้อยละ 37.7) ทำงานในแผนกผ่าตัด
ร้อยละ 19.6 และ ร้อยละ 34.7 ทำงานในหอผู้ป่วย
ตามแผนกต่าง ๆ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
13.4 ปี ส่วนมากทำงานวันละ 8 ชั่วโมง โดยเฉลี่ยจาก
ลักษณะงานที่ปฏิบัติในแต่ละแผนก พบร้า ผู้ที่ระบุว่า
ลักษณะงานมีความซุกเฉินเร่งด่วน ชักช้อนมาก ได้แก่
แผนกซุกเฉินของโรงพยาบาล และแผนกศัลยกรรม

ลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพ การปฏิบัติ
พยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลได้รับการพิจารณาจาก
ลักษณะงานของพยาบาลในแต่ละแผนก ได้แก่ แผนก
ศัลยกรรม อายุรกรรม ผู้ป่วยนอก ห้องวินิจฉัย สุติกรรม

ผลของการวิจัย แสดงว่าผู้ตอบได้พิจารณา
สภาพการทำงานของตนเองในแผนกต่าง ๆ เกี่ยวกับ
ลักษณะงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น ใน
แผนกศัลยกรรม ผู้ตอบระบุว่ามีความชักช้อนของการ
ทำงานของตนได้เท่ากับ 6.251 และภาวะซุกเฉินในที่
ทำงาน 7.392 ซึ่งหมายความว่าแผนกศัลยกรรมมีงาน
เร่งด่วนที่สุด จากกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ต้อง^{ดูแลอย่างต่อเนื่องทุกแผนก} พยาบาลส่วนใหญ่รายงานว่า
ไม่เคยทำความผิดพลาดในระหว่างปฏิบัติถึงร้อยละ 73.9

ความโกรธและความเห็นอยู่หน่ายในการปฏิบัติ
พยาบาล มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ตอบได้ระบุว่าตนเองมี
ความโกรธอยู่ในระดับปานกลาง ทั้ง 3 ลักษณะ (57.2,
51.5 และ 50.9 ตามลำดับ)

สำหรับความอ่อนล้าทางอารมณ์ในขณะปฏิบัติ
งาน พบร้า ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.5 มีความอ่อนล้าทาง
อารมณ์ อยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยของคะแนน 17.737

ความผิดพลาดในการทำงาน มีพยาบาล ร้อยละ
26.1 ได้ยอมรับว่าตนเองได้ทำผิดพลาดขณะปฏิบัติงาน
ลักษณะความผิดพลาดที่พบได้ค่อนข้างบ่อย ได้แก่เรื่อง
การบริหารจัดการเรื่องยาที่ผิดพลาด มีผลลัพธ์เนื่องตาม
มาเล็กน้อย และการปล่อยปละละเลยคนไข้จนเกิดการ
บาดเจ็บ เนื่องจากการงานมาก ในช่วงเวลาบ่าย

ความผิดพลาดในการปฏิบัติงานเป็นผลมาจากการ
ความโกรธของผู้ปฏิบัติงาน เช่นเดียวกันกับความเห็นอยู่
ล้าทางอารมณ์ โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน
ในแผนกที่มีลักษณะงานเร่งด่วน ยุ่งยาก ชักช้อน ดัง
ตารางการทำนายที่ใช้แผนกอายุรกรรมเป็นฐานการ
ทำนาย ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงาน ความโกรธ
ความเห็นอยู่ล้าทางอารมณ์ และความผิดพลาดในการ
ปฏิบัติงานดังนี้

สมการทำนายเป็นดังนี้:

$$\begin{aligned} Z = \text{logit } p = -3.482 + 0.569 & \text{ Surgery} + 0.852 \\ & \text{ Emergency} + 0.742 \text{ Outpatient} + 0.620 \\ & \text{ Operation.} + 0.329 \text{ ICU and others} + 0.064 \\ & \text{ Anger} + 0.022 \text{ Exhaust} \end{aligned}$$

จากการสามารถอธิบายได้ว่า ความสัมพันธ์
ระหว่างความผิดพลาดในการพยาบาล มีปัจจัยที่คาดว่า
มีความสัมพันธ์และสามารถอธิบายทำนายความผิดพลาด
ได้แก่ ลักษณะงานที่พยาบาลปฏิบัติในแต่ละแผนก เช่น
แผนกซุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม รวม
ถึงปัจจัยล้วนบุคคล ได้แก่ ความโกรธ และความเห็นอยู่
ล้าในอารมณ์ ดังเช่น เมื่อพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความ
เห็นอยู่ล้าในอารมณ์เพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนน จะเป็น^{โอกาสให้ตนเองมีความเสี่ยงต่อการทำงานผิดพลาด}
เพิ่มขึ้น 1.023 สำหรับแผนกการทำางาน แผนกศัลยกรรม
พยาบาลจะมีโอกาสทำงานผิดพลาดเป็น 2.35 เท่าของ
พยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกอายุรกรรม เป็นต้น แผนกที่
พยาบาลมีโอกาสทำผิดพลาดมากที่สุด ได้แก่ แผนกผู้ป่วย
นอกเท่ากับ 2.099 เท่าของแผนกอายุรกรรม เป็นต้น
และสมการนี้สามารถอธิบายได้ถูกต้อง ประมาณร้อยละ
75 ของพยาบาลจำนวน 878 คน (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ลักษณะงาน ความໂกรອ และความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานผิดพลาดทางการพยาบาล

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	Exp (B)	95 % C.I. for OR.	
							Lower	Upper
Medicinne (0)			11.114	5	.049			
Surgery(1)	.569	.278	4.186	1	.041	1.767	1.024	-3.048
Emergency(2)	.852	.290	8.666	1	.003	2.345	1.330	-4.136
Outpatient(3)	.742	.309	5.741	1	.017		1.145	-3.850
Operation(4)	.620	.292	4.504	1	.034	1.860	1.049	-3.298
ICUand others(5)	.329	.282	1.358	1	.244	1.390	.799	-2.416
Exhaustion	.022	.007	9.129	1	.003	1.023	1.008	-1.037
Anger	.064	.012	27.960	1	.000	1.066	1.041	-1.091
Constant	-3.482	.357	95.155	1	.000	.031	-	-

การอภิปรายผล

1. ลักษณะทางจิตวิทยาสังคมของพยาบาล

1.1 ความໂกรອและความอ่อนล้าทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งออกเป็นประสบการณ์ความໂกรอแบบสภาวะ หรือความเข้มรุนแรงของความໂกรอ ช่วงเวลาหนึ่ง ความໂกรอแบบลักษณะของบุคคล เช่น เป็นพากชอบโวยวาย และการแสดงความໂกรออาจแสดงออกมากหรือเก็บไว้ รวมถึงการควบคุมอารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 57.2, 51.5 และ 50.2 ตามลำดับ เพราะพยาบาลมีความอดทนต่อสภาพการณ์ ที่กดดัน รวมทั้งการรักษาภาพลักษณ์ของวิชาชีพแก่ผู้รับบริการ ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลจะแสดงความໂกรอ ออกมากในรูปแบบของคำพูด เช่น การพูดกระแทกกระแทก และการแสดงสีหน้าทันทีที่มีความรู้สึกໂกรอ รวมถึงการเงียบอย่างทันที และไม่แสดงความสนใจในผู้ที่ทำให้ໂกรอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Paul¹¹ ได้ศึกษาเกี่ยวกับพยาบาลซึ่งสัมผัสสิ่งกระตุ้นทั้งจากผู้รับบริการ และการบริหารงานพยาบาลจึงเป็นวิชาชีพที่จะมีความໂกรอได้ จากงานที่มีความกดดันสูง ร่วมกับความไม่

สมดุลในระบบการบริหาร ไม่จุใจเสริมแรงการทำงาน ทั้งทางด้านการให้รางวัลและการลงโทษแก่ผู้ปฏิบัติงาน

1.2 ความอ่อนล้าทางอารมณ์ของพยาบาล วิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง พบร่วม มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ กล่าวที่ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ต่าจะมีชั่วโมงการทำงาน 8 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 60.3 แต่ในกรณีผู้ทำงานมากกว่า 9 ชั่วโมง มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ต่ำ เพียงร้อยละ 45.2 ซึ่งแสดงถึงว่าชั่วโมงการทำงานที่มากขึ้น จะทำให้ความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงขึ้น เพราะระยะเวลาการอยู่ในสถานการณ์ที่กดดันและตึงเครียดของงานยิ่งมากขึ้นจะทำให้มีความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ H. imai¹² ได้ศึกษาความเบื่อหน่ายในการทำงานของพยาบาลสาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพ ในประเทศไทยปี จำนวน 525 คน เมื่อปี ค.ศ. 2004 โดยแบ่งเป็นแผนกต่างๆ พบร่วม พยาบาลสาธารณสุขที่ทำงานกับสภาวะแวดล้อมที่มีความฉุกเฉิน ในระยะเวลาระยะนานจะมีความสัมพันธ์กับความเบื่อหน่ายในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



พยาบาลวิชาชีพที่ศึกษานี้ มีระดับความอ่อนล้าทางอารมณ์สูง ร้อยละ 21.8 ถึงแม้จะเป็นกลุ่มที่มีจำนวนน้อยแต่เมื่อรวมทุกกลุ่มอายุแล้ว พบร่วม ผู้มีอายุ 31-40 ปี มีความอ่อนล้าสูงสุด ทั้งนี้เนื่องจากการที่พยาบาลต้องขึ้นปฏิบัติงานโดยการหมุนเวียนทั้งเวร เช้า บ่าย และดึก มีผลทำให้วงจรการทำงานดำเนินชีวิตของพยาบาลไม่สอดคล้องกับวิธีการทำงานของร่างกายตามธรรมชาติเท่าที่ควร จะเป็นการฝืนธรรมชาติส่งผลกระทบให้เกิดการแปรปรวนของวงจรสรีรภาพอาจทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ระบบการย่อยอาหารไม่ปกติ และการศึกษาของจินตนา ตัวร่างกายด้วย และสุพรรณี สุ่มเล็ก¹³ กล่าวว่าการต้องขึ้นปฏิบัติงานยามวิกาล รวมทั้ง การมีวันหยุดไม่ตรงกับบุคคลในอาชีพอื่น ส่งผลทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยหน่าย ห้อแท้ และเกิดความไม่พึงพอใจในงาน ความไม่พึงพอใจในงานมีผลต่อความเหนื่อยหน่าย ดังที่ Maslach³ ได้กล่าวว่า ความไม่พึงพอใจในงานเป็นจุดหนึ่งที่ทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ นอกจากนี้ช่วงโมงการทำงานที่ยาวนานมาก ทำให้พยาบาลมีความอ่อนล้าทางอารมณ์ด้วย ซึ่ง การศึกษานี้พบว่า ช่วงโมงการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความอ่อนล้าทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะความโกรธแบบสภาวะความโกรธที่แสดงออก การควบคุมอารมณ์ โกรธ ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ และความผิดพลาดของปฏิบัติพยาบาล จากผลการวิจัยนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะงานที่ปฏิบัติในแต่ละแผนก จะมีความแตกต่างกันในเรื่องความยุ่งยาก ชับช้อนของลักษณะงาน และความเร่งด่วนฉุกเฉินในงาน ซึ่งอาจหมายรวมถึง ภาระงานล้นเกิน และอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ เป็นผลให้ตนต้องรับความปลดภัยขององค์กร ในแต่ละแผนกที่พยาบาลปฏิบัติงานมีความแตกต่างกันไป เนื่องจากวัฒนธรรมความปลดภัยของการปฏิบัติ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานจะมีรูปแบบวิธีการทำงาน และความรับผิดชอบในงานแตกต่างกันไป¹⁴ เช่นเดียวกันกับปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมในการทำงาน ของแต่ละลักษณะงานจะต่างกัน เมื่อบุคคลเชิญกับความยุ่งยาก ชับช้อน และความเร่งด่วนของงานต่างกัน จะส่งผลให้การปฏิบัติงานผิดพลาด ซึ่งรายงานว่ามีถึง ร้อยละ 13.9 ของพยาบาลที่ศึกษาได้ปฏิบัติงานผิดพลาด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ^{15,16,17} จาก

รายงานวิจัยดังกล่าวยังพบว่าความผิดพลาดจากการปฏิบัติในหลายเหตุการณ์ เช่น จากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในกลุ่มพยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิสัญญี พยาบาลผดุงครรภ์ และผู้ป่วยบัติ พยาบาลขั้นสูง เป็นต้น ในแผนกสูติกรรม ได้แก่ มารดา เสียชีวิต หารกตายคลอด มีความพิการทางสมอง และการบาดเจ็บเมื่อแรกเกิด รวมถึงพยาบาลที่ปฏิบัติในแผนกจักษุ¹⁸ ในแผนกศัลยกรรม พยาบาลให้ยาผู้ป่วยมากเกินขนาดหรือไม่ เป็นไปตามขนาดที่แพทย์กำหนด ทำให้แผนการผ่าตัดของแพทย์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง เกิดความผิดพลาดด้วยเช่นกัน¹⁰

จากการวิเคราะห์สมการลดถอยพหุคุณของปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานที่ผิดพลาดของพยาบาล พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่สังคมของบุคคล อันได้แก่ ความโกรธ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการทำางที่บกพร่องผิดพลาด ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อมีความโกรธ หรือความอ่อนล้าทางอารมณ์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้การทำงานของพยาบาลผิดพลาดเพิ่มขึ้นกว่าปกติ 1.066 และ 1.023 ตามลำดับ ความโกรธ และความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ของพยาบาลมีสาเหตุมาจากสภาวะการณ์ทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น ภาระงานหนักจากเวรบ่าย ดึก หรือความยุ่งยากชับช้อนเร่งด่วนจากลักษณะงาน และสิ่งแวดล้อมในงานที่ปฏิบัติอยู่ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัย^{19,20,21} การกระทำผิดของพยาบาลในกรณีต่างๆ ที่เป็นคดีความ ถูกฟ้องร้อง ความรับผิดชอบทางกฎหมาย การสร้างความเสียหายทุกชิ้นในให้ผู้ใช้บริการจะมีทั้งส่วนที่เจตนา และไม่เจตนา ในกรณีที่เกิดจากเจตนา พบว่า ส่วนหนึ่งมาจากการมีของพยาบาลผู้ปฏิบัติมีความทุกข์ เจ็บปวด จิตใจมีอาการเก็บกด และวิตกกังวลในสภาพการทำงานที่ฉุกเฉิน ยกลำบากต่อการตอบสนองความต้องการของทุกๆ ฝ่าย เป็นผลให้คุณภาพและมาตรฐานการทำงานไม่เป็นไปตามที่กำหนด²² อีกทั้งพบว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเป็นผู้มีภาระงานล้นเกินมากที่สุด ในทีมงานดูแลสุขภาพของประเทศไทย เมื่อจาก 1) การเพิ่มอุปสงค์ของการดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น 2) อัตรากำลังไม่เพียงพอ 3) การลดลงของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และ 4) การลดระยะเวลาให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล^{22,23}



ในปัจจุบันแบบแผนของพยาบาล ให้ความสำคัญเรื่องการปฏิบัติที่มีคุณภาพ ลดความเสี่ยงเพิ่มความปลอดภัย แต่ยังขาดรูปแบบ และทฤษฎีเรื่องความปลอดภัยในการทำงาน^{24,25,26} ดังนั้นงานวิจัยนี้ได้ยืนยันแนวคิดเรื่องการทำผิดพลาดของผู้ปฏิบัติงานมีสาเหตุส่วนบุคคล จากปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม เช่น ความโกรธ ความอ่อนล้าในการมีปฏิสัมภាន และปัจจัยของระบบงาน ได้แก่ ความซับซ้อน และความเร่งด่วนของงานประจำในแต่ละแผนกอันนำมาซึ่งการผิดพลาดในระดับบุคคลและระบบงานที่สมควรได้รับการแก้ไขโดยเร่งด่วน

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้ ได้แก่ ความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานของพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ามีการระบุต่ำกว่าระดับความเป็นจริง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ตอบอาจไม่กล้าที่จะเสนอข้อเท็จจริง เพราะการทำความผิดมีผลลบต่อตนเอง และพยาบาลอาจเกิดอาการลึม เพราะว่าเหตุการณ์เกิดขึ้นนานถึงในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่าน

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการทำงานของพยาบาลให้สร้างความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการ ด้วยการบริหารจัดการระบบตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในการทำงาน
2. ริเริ่มการบริหารจัดการความเสี่ยงการสร้างสรรค์สภาพแวดล้อมการทำงานที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
3. มีการประเมินตรวจสอบความผิดพลาด และบริหารจัดการความเสี่ยง โดยไม่พยายามประณามการกระทำความผิดว่ามาจากการผู้ปฏิบัติฝ่ายเดียว
4. เสริมสร้างการปรับวัฒนธรรมขององค์กรให้มีสัมพันธภาพอันดี เพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ และเอื้ออำนวยให้ผู้ทำความผิด พยาบาลสามารถนำเสนอข้อผิดพลาดได้นำไปสู่การตรวจสอบปรับปรุงระบบ เพื่อหากลยุทธ์วิธีการป้องกันอย่างเหมาะสมต่อไป
5. ควรจัดการฝึกอบรมเรื่องการบริหารจัดการความโกรธ
6. สร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน จัดแบ่งภาระงานไม่ให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเหนื่อยล้า
7. การพัฒนาปรับระบบกระบวนการการทำงานที่มีความยุ่งยาก ขับช้อนโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ลักษณะงานกระบวนการลีนไลน์เหลื่องงาน ในแต่ละช่วงเวลาของ

แต่ละวัน และควรวิจัยเกี่ยวกับวัฒนธรรมขององค์กรที่เอื้อต่อการปรับปรุงระบบงานพยาบาลให้ปลอดภัย รวมถึงผลลัพธ์ หรือคุณภาพของงานจากการทำงานในระบบดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

คณะกรรมการขอขอบคุณ สถาบันสร้างเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทยเป็นอย่างสูง ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงลงด้วยดี รวมถึงพยาบาลวิชาชีพผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Patricia B, Vickie S, Patricia U, Kathy M, Kathy S, and Dwayne J. Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing: a Taxonomy. *J of Nursing Administration* 2002; 32:509–523.
2. Johnstone, Megan-J, Olga K.^a A new approach to nurse discipline needed. *J. Australian Nursing*; 2004; 11: 11.
3. Maslach, Christina. Burnout the cost of caring. 2nd ed: Engle Wood Cliffs, N.J.: Prentic-Hall Inc; 1986.
4. Ducharme Lori J, Knerder, Hannah K., Roman, Paul M. Emotional Exhaustion and turnover intention in human service occupations: The protection role of coworker support. , *Sociological Spectrum*. Jan 2008; 28: 81–104.
5. Green M. Nursing Error and Human Nature. *J of Nursing Law* 2004; 9:37–44.
6. Pheasant, S. Ergonomics, Work and Health. The MACMILLAN press; 1991.
7. ส.ส.ส. กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพของพยาบาล. [ออนไลน์] 2551 [อ้างเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2551]. จาก <http://Gotoknow.org/blog/law-nurse/154759> Legal 2551
8. กองการพยาบาล. จำนวนพยาบาลรายจังหวัด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2548.



9. จันทร์ วีรปฏิญญา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเห็นอยู่หน่วยในการทำงานของอาจารย์ พยาบาล สังกัดสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
10. Pascale, Ayse P. "Nursing Workload and Patient Safety-A Human Factors Engineering Perspective" Patient Safety and Quality An Evidence-Basce Hand book for Nurses; 2010.
11. Paul D. Heart Attack Risk for Angry Staff. Nursing Standard 2004; 19.
12. Hamai H, et.al. Burnout and Working Environments of Public Health Nurse involved in Mental Health Care. Occupational and Environmentalmedicine. Japan; 2004
13. จินตนา ตั้งวารพงศ์ชัย และสุพรรณี สุ่มเล็ก. แรงจูงใจของพยาบาลไทยไปไหน. วารสารคณภาพยาบาลศาสตร์ 2532; 12(1): 1-12.
14. Beatrice JK, Michelle A, Overcoming Barriers to Patient Safety: Practices to Improve 12 Patient Safety, J.Nurs Econ 2006 ;24(3): 143-148,155.
15. Ronald LS. Error and Error Reduction in Pathology. J. Arch Pathology Lab Med. 2005; 129.
16. Radecki TE, Human Error, Design Error. A Theory of Self Conciliation following mistake in Nursing Practice. WWW. Modern-psychiatry.com; 2005.
17. Fiksenbaum L, Marjanovic Z, Esther RG. Emotional Exhaustion and State anger in nurses who worked De Hu SARS outbreak: The role of perceived threat and organizational support. Toronto: Canadian Journal of community Mental Health. York University; 2004.
18. Health Grade Inc. Malpractice. [online] 2001 [cite 2001 December 23]. Available from: <http://www.Google.Ads>.
19. Sigma Theta tau International. The After math of mistakes in professional nursing practice. Conference Abstract Detail; International Nursing Library. [online] 2006 [cite 2006 December 23]. Available from: <http://www.nursing library.org>.
20. Michale R. COHEN . Medication Errors. Quaker town Community Hospital, Quakertown, Pennsylvania; 2005.
21. Manthey M. Front Scarlet Letters to a Culture of Safety: Managerial Responses to Medication Errors. J.Creative Nursing 2006; 12:3.
22. Charls CS. Nursing Malpractices: Liubility and Risk management, Auburn House; 1999.
23. อภิวันทน์ ไทยงามคลีปี, วรรณชนก จันทชุม. ความสัมพันธ์ ระหว่าง สภาพแวดล้อมในการทำงาน คุณลักษณะล้วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพกับ ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วย ด้าน ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2553; 28(1): 40-47.
24. Barbara AM. The Role of Theory in improving patient safety and Quality health Care. Mursing Outlook 2004; 52(1): 11-16.
25. ฟองทิพย์ สินแสง, อภิญญา จำปาญูต. ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะของผู้ป่วย คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ คุณลักษณะของหอผู้ป่วย กับ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด ในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2553; 28(1): 48-55.
26. กนกกร ศรีทาโส, วรรณชนก จันทชุม. ปัจจัยด้านองค์การที่มีอิทธิพลต่อความเห็นอยู่หน่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 66-73.



ความรู้และการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

Knowledge and Involvement of Professional Nurses in the Northeast of Thailand Regarding the National Health Policy

วิภาดา คุณวิกิตกุล DSN.* รัววัลย์ วงศ์ลือเกียรติ คอม.**
ประนีตศิลป์ เชванลักษณ์สกุล วท.ม.***

บทคิดปุ่ง

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติของพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 409 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่คุณผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการนโยบายของ Longest¹ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพเท่ากับ .86 และ .94 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของพยาบาลเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพเท่ากับ .81 และ .90 ตามลำดับ

ผลการวิจัย พบร้า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.6 มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติในภาพรวมอยู่ในระดับสูงและร้อยละ 18.3 ในระดับสูงมาก เมื่อจำแนกในแต่ละขั้นตอนพบว่าร้อยละ 45.2 มีความรู้ในขั้นตอนการจัดทำนโยบายในระดับสูง ร้อยละ 95.1 มีความรู้ในขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 22.3 มีความรู้ในขั้นตอนการปรับนโยบายอยู่ในระดับสูง ส่วนการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายในภาพรวมพบว่า ร้อยละ 70.4 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีส่วนร่วมและร้อยละ 29.6 มีส่วนร่วมแต่ เป็นการมีส่วนร่วมในระดับต่ำถึงร้อยละ 24.2 เมื่อจำแนกเป็นแต่ละขั้นตอน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.4 ไม่มีส่วนร่วมในขั้นตอนการจัดทำนโยบายร้อยละ 55.3 ไม่มีส่วนร่วมในขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ และร้อยละ 67.5 ไม่มีส่วนร่วมในขั้นตอนการปรับนโยบาย ผลการศึกษาระบบที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาด้านการบริหารการพยาบาลและนโยบาย ด้านการศึกษาพยาบาล และด้านการวิจัย

คำสำคัญ: พยาบาลวิชาชีพ ความรู้และการมีส่วนร่วม นโยบายสุขภาพแห่งชาติ

Abstract

This descriptive study aimed to study knowledge and participation in the national health policy among professional nurses in the northeast of Thailand. Sample included 409 professional nurses obtained by using stratified random sampling. Research instrument used included questionnaires, developed by the research using Longest's¹ policy process as a framework. The content validity index of the knowledge and the involvement in the national health policy questionnaires were .86 and .94, respectively. The reliabilities of the knowledge and the involvement in the national health policy questionnaires were .81 and .90, respectively.

* ศาสตราจารย์ คณพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสันป่าตอง เชียงใหม่



The research results showed that 60.6% of professional nurses had the overall knowledge in the national health policy at a high level and 18.3% at a very high level. The results of each step of the process showed that 45.2% had a high level of knowledge in policy formulation while 95.1% had a very high level of knowledge in policy implementation, and only 22.3% had a high level in policy modification. Regarding policy involvement, 70.4% of professional nurses had no involvement in the national health policy and 29.6% had the involvement, however, 24.2% had a low level of involvement. The results of each step showed that 78.2% of professional nurses had no involvement in policy formulation, 55.3% had no involvement in policy implementation and 67.5% had no involvement in policy modification. The results of this study can be used in the development of nursing administration and policy, nursing education, and nursing research.

Keywords: nurse, knowledge and involvement, national health policy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นโยบายของประเทศไทยเต็มถูกกำหนดโดยหน่วยงาน นักวิชาการ หรือคนในภาครัฐเป็นหลัก โดยที่ประชาชนกลุ่มนี้ ไม่ได้มีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นโดยเป็นการกำหนดนโยบายตามข้อมูลและการรับรู้ของผู้ที่รับผิดชอบมากกว่า ซึ่งอาจจะไม่มีความชัดเจนในการมองปัญหาที่เกี่ยวข้องในสภาพการณ์จริง จึงมีโอกาสที่จะได้รับการต่อต้านจากประชาชน หรือไม่ได้นำไปปฏิบัติเท่าที่ควร² อย่างไรก็ตามดังแต่การปรับเปลี่ยนรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยในปี พ.ศ.2540 ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและการกระจายอำนาจสู่ภูมิภาคและห้องถีน รวมทั้งการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงทำให้วิธีการกำหนดนโยบายปรับเปลี่ยนไป ดังจะเห็นได้จากการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ที่ดังอยู่บนพื้นฐานของการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันของสังคมไทยใน 20 ปีข้างหน้า โดยนำความคิดของทุกภาคส่วนในสังคม มาสังเคราะห์เชื่อมโยงเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ เกิดวิสัยทัศน์ที่สังคมไทยยอมรับร่วมกันโดยคำนึงถึงภาพรวมการพัฒนาที่ท่ามกลางสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกประเทศไทย เพื่อนำไปสู่สังคมไทยที่พึงประสงค์พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและสร้างคุณค่าที่ดีให้เกิดขึ้นในสังคมไทย³

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ได้มีการแปลงนโยบายไปสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ซึ่งได้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นทิศทางการพัฒนาสุขภาพให้สามารถบรรลุเป้าหมายของการสร้างระบบ

สุขภาพที่พึงประสงค์ โดยมีสาระสำคัญคือ การพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยอาศัยความเชื่อมโยงของวิสัยทัศน์ และยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ และภาพลักษณ์ของสังคมและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์³ นำไปสู่การปฏิบัติตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปี พ.ศ. 2549 และพบว่า มีผลต่อวิชีพการพยาบาลในการวางแผนกำลังคน และการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการพยาบาลให้มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ มีการปรับบทบาทของพยาบาลเป็น 2 ระดับ คือระดับพื้นฐานและระดับสูง รวมถึงการให้บริการด้านสุขภาพ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงานด้านบริการสุขภาพโดยตรงต่อห้องพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข⁴ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องนโยบายสาธารณะและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะในระดับชาติทั้งทางตรงและทางอ้อม

นโยบายสาธารณะ หมายถึง แนวทางการดำเนินกิจกรรมของรัฐบาล⁴ หรือหมายถึง การตัดสินใจจากอำนาจหน้าที่หรือกิจกรรมของรัฐที่เลือกกระทำ หรือไม่กระทำการ เป็นชุดของการกระทำที่มีแบบแผนอย่างเป็นระบบ เป็นอำนาจของผู้นำทางการเมือง มีเป้าหมายในการตอบสนองประชาชน ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ⁵ ลองเกสท์¹ ได้นำเสนอรูปแบบของกระบวนการนโยบายสาธารณะ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขั้นก่อตัวหรือจัดทำนโยบาย (policy formulation phase) ระยะที่ 2 ขั้นนำเออนนโยบายไปปฏิบัติ (policy implementation) และระยะที่ 3 ระยะการปรับเปลี่ยนนโยบาย (policy modification) ในกระบวนการ



นโยบายระดับชาติที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลจะเป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีส่วนร่วมน้อยในกระบวนการกำหนดนโยบาย และกระบวนการทางการเมืองในระดับชาติ ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในสังคมพยาบาลในประเทศไทยต่างๆ คือ การที่พยาบาลขาดความตระหนักรถึงความสำคัญในเรื่อง เกี่ยวกับกระบวนการกำหนดนโยบาย Whitehead⁶ กล่าวว่า พยาบาลขาดความตระหนักรถึงความสำคัญในเรื่อง เกี่ยวกับนโยบาย และขาดความรู้ในเรื่องกระบวนการกำหนดนโยบาย รวมถึงการพัฒนาบทบาททางด้านการเมือง ซึ่งการขาดความตระหนักรและขาดความรู้จะส่งผลให้พยาบาลไม่มีความเข้าใจกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ อาจทำให้การจัดทำนโยบายนั้นขาดประเด็นสำคัญที่เป็นปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชนผู้รับบริการ เมื่อนำนโยบายไปปฏิบัติจะส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลและไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ นอกเหนือจากนี้ สิ่งที่ทำให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายน้อย คือ ภาระงานที่หนักของพยาบาล ประเด็นเกี่ยวกับเพศ และความซับซ้อนของการกำหนดนโยบาย^{7,8} นอกจากนี้นโยบายในระดับชาติแล้วยังมีการศึกษาที่พบว่า มีเพียงร้อยละ 44 ของผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปเท่านั้นที่มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและการวางแผนกำลังคนในระดับโรงพยาบาล⁹ และยังพบว่า พยาบาลมีส่วนร่วมน้อยในกระบวนการทางการเมืองในระดับชาติอีกด้วย¹⁰

กระบวนการพัฒนาแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยฉบับที่ 9 นั้นได้มีการเปิดโอกาสให้ตัวแทนภาคต่างๆ เช่น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มผลประโยชน์ และตัวแทนวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาแผน เช่น การสอบถามความคิดเห็นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการสัมมนาภาคีสุขภาพ ก่อนที่จะประกาศใช้แผนพัฒนาสุขภาพฉบับนี้ ซึ่งผู้นำทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมได้สำหรับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพมากเป็นลำดับที่ 2 ของประเทศ รองจากภาคกลาง จึงน่าที่จะมีพยาบาลวิชาชีพจำนวนหนึ่งที่ได้เข้าร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะนี้ และจากการบททวนวรรณกรรม ยังไม่พบว่ามีผู้ทำการศึกษาดังกล่าวมาก่อน คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ในเรื่องความรู้

และการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 โดยคาดว่า ผลที่ได้จากการศึกษาจะสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้นำและผู้บริหารการพยาบาลในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ ความสามารถในการดำเนินนโยบาย ตลอดจนเกิดความตระหนักรถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการกำหนดนโยบายสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติของพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติของพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะของ Longest¹ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การจัดทำนโยบาย การนำเสนอนโยบายไปปฏิบัติและการปรับนโยบาย ร่วมกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 มาเป็นแนวทางในการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะของ Longest¹ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2550

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 17,299 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามลักษณะ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีของยามานะ (Yamane) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 391 คนผู้วิจัยเพิ่มจำนวนอีก ร้อยละ 20 เป็นจำนวน 470 คน เพราคาดว่าจะได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาร้อยละ 80

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามความรู้และการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกระบวนการการนโยบายสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อคำามปลายปิดแบบถูกผิดจำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การจัดทำนโยบาย การนำเอานโยบายไปปฏิบัติและการปรับนโยบาย การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับกระบวนการการนโยบาย สุขภาพของพยาบาลวิชาชีพแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับสูงมาก ระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับต่ำและในระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพ เป็นข้อคำามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 39 ข้อ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือการจัดทำนโยบาย การนำเอานโยบายไปปฏิบัติและการปรับนโยบาย ข้อคำามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ระดับมาก ปานกลาง น้อยและไม่มีส่วนร่วม การแปลผลคะแนนการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีส่วนร่วมในระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับต่ำ และไม่มีส่วนร่วม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามในส่วนความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพ เท่ากับ .86 และของแบบสอบถามในส่วนการมีส่วนร่วมของพยาบาลเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพ เท่ากับ .94

2. การหาความเที่ยง (reliability) คณะผู้วิจัยนำสอบถามไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพในที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง และมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 57 คน คำนวนหาความเที่ยงโดยใช้ค่า K-R 20 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟารอนบาก (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกระบวนการการนโยบายสุขภาพ เท่ากับ .81 และการมีส่วนร่วมในกระบวนการการนโยบายสุขภาพ เท่ากับ .90

การพิทักษ์ลิธิช่องกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้ขอรับความเห็นชอบการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้ทำจดหมายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยข้อมูลจะนำมาใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้ และไม่มีผลใดๆ ต่อ

ผู้ตอบแบบสอบถาม อีกทั้งการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะเลือกตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถาม ได้โดยอิสระ

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลดังผู้อำนวยการโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เก็บข้อมูล

2. ติดต่อผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อขอความร่วงมือในการแจกและรวบรวมแบบสอบถามคืน หลังจากนั้นส่งแบบสอบถามให้ผู้ประสานงานและผู้ประสานงานส่งแบบสอบถามคืนให้คณะผู้วิจัยทางไปรษณีย์หลังจากได้รับแบบสอบถาม 4 สัปดาห์

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามภายหลังจากได้รับแบบสอบถามคืน ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 409 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 87 ของแบบสอบถามที่ส่งไป

การวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้ความถี่และร้อยละ

2. ข้อมูลความรู้และการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 97.3 มีอายุเฉลี่ย 36.7 ปี ($SD = 7.6$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับบัณฑิตวิศวฯ ร้อยละ 69.9 เป็นพยาบาลประจำการร้อยละ 75.3 มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลโดยเฉลี่ย 14.3 ปี ($SD = 7.7$) และประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบันโดยเฉลี่ย 10.5 ปี ($SD = 6.8$) กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 58.2 โรงพยาบาลท้าวไปร้อยละ 19.6 และโรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 22.3 กลุ่มตัวอย่างเคยศึกษาอบรมเกี่ยวกับเรื่องนโยบายสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 27.6



1. ความรู้เกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติของพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 60.6 มีความรู้เกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติโดยรวมในระดับสูง และร้อยละ 18.3 อยู่ในระดับสูงมาก เมื่อจำแนกตามขั้นตอนของกระบวนการพัฒนานโยบาย พบร่วมกับรัฐวิถีการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระดับพอใช้ และการศึกษาที่พบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติรับรู้ว่าตนเองมีความรู้จำกัดเกี่ยวกับวิถีการบริบัตินโยบาย¹⁰

2. การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติของพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.4 ไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสุขภาพแห่งชาติโดยรวม โดยมีส่วนร่วมเพียงร้อยละ 29.6 และเป็นการมีส่วนร่วมในระดับต่ำถึงร้อยละ 24.2 เมื่อจำแนกตามกระบวนการพัฒนานโยบาย พบร่วม ร้อยละ 78.2 ไม่มีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบาย ร้อยละ 55.3 ไม่มีส่วนร่วมในการนำนโยบายไปปฏิบัติ และ ร้อยละ 67.5 ไม่มีส่วนร่วมในการปรับนโยบาย (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

การศึกษาความรู้และการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติของพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติในภาพรวมและในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการนโยบาย พบร่วม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติในภาพรวมในระดับสูงและระดับสูงมาก ผลจากการศึกษาครั้งนี้เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับผลการศึกษาของ Spitzer และคณะ¹¹ ซึ่งศึกษาในพยาบาล 74 คนในประเทศไทยเชอร์แลนด์ และพบว่า ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง แต่ผลการศึกษาครั้งนี้

แตกต่างจากการศึกษาของ Spitzer & Golander¹² ที่พบว่า ระดับความรู้ของพยาบาล 468 คนในประเทศไทย อิสราเอลเกี่ยวกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และระดับปานกลาง นอกจากนั้น Holtrop, Price และ Boardley¹³ พบว่า พยาบาลรับรู้ว่าตนมีความรู้เกี่ยวกับวิถีการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระดับพอใช้ และการศึกษาที่พบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติรับรู้ว่าตนเองมีความรู้จำกัดเกี่ยวกับวิถีการบริบัตินโยบาย¹⁰

การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติในภาพรวมในระดับสูง และสูงมากเป็นส่วนใหญ่ อาจจะเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.6 เคยได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพ นอกจากนี้ประสบการณ์การทำงานยังอาจมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพได้ ซึ่งจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานพยาบาลโดยเฉลี่ย 14.3 ปี ($SD=7.9$) ซึ่งการมีประสบการณ์มาก เป็นการสั่งสมความรู้ ความชำนาญ ดังผลการศึกษาที่พบว่าประสบการณ์การทำงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรู้ ในด้านนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย¹²

เมื่อพิจารณาในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการนโยบายพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการจัดทำนโยบายอยู่ในระดับสูงและในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากการข้อคิดเห็นในขั้นตอนนี้ส่วนใหญ่เป็นแนวคิดทฤษฎี หลักการ กระบวนการจัดทำ ประกอบด้วย การสำรวจ และการประเมินสถานการณ์ตลอดจนแนวโน้มครอบคลุมทุกด้านนอกจากด้านการพยาบาล ซึ่งพยาบาลอาจจะไม่มีความสนใจมาก จึงไม่ได้ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม ส่วนความรู้ในขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากการที่โรงพยาบาลระดับต่างๆ และหน่วยงานการพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลได้นำเงินนโยบายไปปฏิบัตินั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมได้เนื่องจากโดยทั่วไป พยาบาลจะเป็นผู้ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ทำให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อมูลหรือประเด็นปัญหาต่างๆ หรือในการร่วมวางแผนการดำเนินงานในระยะยาว หรือระยะสั้น เป็นต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในขั้นตอนนี้ค่อนข้างมาก และความรู้ในขั้นตอนการ



ปรับนโยบาย กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง ลงไปมากกว่าครึ่ง ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากข้อคำถกในขั้นตอนนี้ต้องใช้หลักการตามทฤษฎีในการตอบเช่นเดียวกัน กับในขั้นตอนการจัดทำนโยบาย อีกทั้งยัง เกี่ยวข้องกับกระบวนการนโยบายในระดับประเทศเป็นส่วนใหญ่ด้วย

2. การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ในภาพรวมและในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการนโยบาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติโดยรวม และเมื่อจำแนกเป็นแต่ละขั้นตอนพบว่า ในทุกขั้นตอนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ เช่นกัน ผลการศึกษาครั้งนี้มีทั้งที่คล้ายคลึงและแตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมา เช่น จากผลการศึกษาของจาร์สัค ลัดดาพันธ์⁹ พบว่า ร้อยละ 44 ของกลุ่มตัวอย่างของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและการวางแผนกำลังคนในระดับโรงพยาบาล และผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.6 มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการเมืองประมาณ 3 ครั้งหรือน้อยกว่า¹⁰ และจากการศึกษาของ Havens¹³ พบว่าผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในระดับดี

การที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติในภาพรวมเป็นส่วนใหญ่หรือ เป็นการมีส่วนร่วมในระดับต่ำ จะอาจจะเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลประจำการถึงร้อยละ 75.3 ทำให้มีโอกาสน้อยในการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพของประเทศ เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายระดับชาติจะเป็นผู้บริหารระดับสูงที่มีโอกาสสรับทราบข้อมูลตรงและมีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายมากกว่า หรือถึงแม้จะมีผู้แทนองค์กรวิชาชีพเข้าไปมีส่วนร่วม หรือสามารถให้ข้อเสนอต่างๆ ได้ก็ตามแต่ก็อาจจะทำได้ไม่ทั่วถึงในทุกภาคส่วน จึงทำให้มีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติมีไม่สูงมาก นอกจากนั้น หน้าที่รับผิดชอบหลักของพยาบาลคือการปฏิบัติการพยาบาล และยังได้รับมอบหมายงานอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น งานพัฒนาคุณภาพ งานวิชาการ งานวิจัย หรือกิจกรรมอื่นๆ ทำให้พยาบาลมีเวลาน้อยในการเข้าร่วมในการกำหนดนโยบายในทุกขั้นตอน ดังที่ Brooks¹⁴

กล่าวว่าพยาบาลมักจะได้รับความคาดหวังจากหน่วยงานในการปฏิบัติหน้าที่ประจำจังหวัดโอกาสในการแสวงหาทักษะที่จำเป็นในการกำหนดนโยบาย ประกอบกับการปฏิบัติงานในเรือนเบย เวลาเดียวกับพยาบาล ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในช่วงเวลาเช้าหรือการไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า พยาบาลมีส่วนร่วมในด้านนโยบายน้อย เนื่องจากข้อจำกัดของเวลา ขาดทรัพยากรขาดแบบอย่าง ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงาน^{8,15}

นอกจากนั้นคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายน้อย บุคลิกภาพเหล่านี้ ได้แก่ ความเห็นอยู่หน่าย ความเลื่อยชา หรือการไม่สนใจ การมีชีวิตที่รีบเร่ง ความกลัวว่าจะรบกวนเวลาของครอบครัว ความกลัวการพูดต่อหน้าสาธารณะ เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจเนื่องจากลักษณะของวิชาชีพการพยาบาล เช่น ภาระงานมาก ขาดพลังอำนาจ รวมทั้งประเต็นทางเพศ^{8,15} โดยสถานะของผู้หญิงและผู้ชายยังมีความเหลื่อมล้ากันในหลายมิติ แม้ว่าในปัจจุบันสตรีจะมีบทบาทมากขึ้นทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองก็ตาม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งจากการศึกษาของ Miller⁸ พบว่า บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพในประเทศไทยซึ่งเป็นเพศหญิงจำนวนมาก แต่ขาดโอกาสและการสนับสนุนให้เข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และมีจำนวนน้อยมากที่ได้รับการสนับสนุนให้เป็นผู้บริหารในระดับที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย นอกจากนั้นจากการศึกษาทัศนคติของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมทางการเมืองของสตรีในองค์กรบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ประชาชนมีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมทางการเมืองของสตรีอยู่ในระดับปานกลาง¹⁶ จากเหตุผลดังกล่าวอาจจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสุขภาพแห่งชาติของพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุนให้พยาบาลได้มีความรู้เกี่ยวกับนโยบาย การพัฒนาภาวะผู้นำและส่งเสริมให้เข้าร่วมในกระบวนการนโยบายมากขึ้น รวมทั้งการสนับสนุนในด้านเวลา งบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ด้วย



2. ผู้บริหารการศึกษาควรบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับสังคม การเมือง และกระบวนการการนโยบายไว้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ในระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก รวมทั้งหลักสูตรอบรมระยะสั้นเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้และมีส่วนร่วมในการกระบวนการนโยบาย

3. พยาบาลวิชาชีพ ควรตระหนักและตื่นตัวในการศึกษาทำความรู้เกี่ยวกับนโยบายการพัฒนาภาวะผู้นำและทักษะที่จำเป็น พร้อมทั้งแสวงหาโอกาสในการเข้าร่วมในกระบวนการนโยบายในทุกระดับ

4. ควรมีการศึกษาวิจัยให้คลอบคลุมในด้านปัจจัยทำงานการมีส่วนร่วมในการกระบวนการนโยบายของพยาบาลวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในกระบวนการนโยบายที่สำคัญอื่น ๆ ของประเทศทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการกระบวนการนโยบาย

เอกสารอ้างอิง

- Longest BB. Health policy making in the United States, Second edition. Chicago, IL: Health Administration Press; 2002.
- บัญชร แก้วส่อง, วีระศักดิ์ จารุชัยนิเวตน์, อมร สุวรรณ นิมิต, ชำนาญ แก้วคงตา, ประพันธ์ ดอกไม้. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต: กรณีศึกษาการร่วรัฐธรรมนูญในระดับจังหวัด. (รายงานการวิจัย). ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 2544; 4(1): 49-167.
- ศุภชัย ยะวงศ์ประภา. นโยบายสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
- สมบัติ ธรรมอัญวาน์. นโยบายสาธารณสุข: แนวคิดการวิเคราะห์ และกระบวนการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เสมอธรรม; 2548.
- Whitehead D. The health-promoting nurse as a health policy career expert and entrepreneur. Nurse Education Today 2003; 23: 585-592.
- Boswell C, Cannon S, Miller J. Nurses' political involvement: Responsibility versus privilege. Journal of Professional Nursing 2005; 21(1): 5-28.
- Miller K. Policy and organizational implications of gender imbalance in the NHS. Journal of Health Organization and Management 2007; 21 (4/5): 432-447.
- จรัสรัศ ลัดดาพันธ์. การปฏิบัติของผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปเกี่ยวกับนโยบายและการวางแผนกำลังคนทางการพยาบาล (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
- Oden LS, Price JH, Alteneder R, Boardley D, Ubokudom S E. Public policy involvement by nurse practitioners. Journal of Community Health 2000; 25(2):139-155.
- Spitzer A, Perrenoud B, Desaulles C, Camus D, Van Gele, P, Perier J. Swiss nurses' knowledge related to health care reforms: An exploratory study. Journal of Advanced Nursing 2002; 38(4): 329-340.
- Spitzer A, Golander H. Israeli nurses' knowledge of health care reforms. Journal of Advanced Nursing 2001; 36(2): 175-187.
- Holtrop JS, Price JH, Boardley DJ. Public policy involvement by health educators. American Journal of Health Behavior 2000; 24(2): 132-142. Retrieved December 22, 2008, from ESBCO host database.
- Havens DS. Nursing involvement in hospital governance: 1990 and 1995. Nursing Economics 1992; 10(5): 331-335.
- Brooks F. Nursing and public participation in health: An ethnographic study of a patient council. International Journal of Nursing Studies 2006; 45: 3-13.
- วนิชชา สุทธิเดช. ทัศนคติของประชาชนต่อการมีส่วนร่วมทางการเมืองของสตรีในองค์กรบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2547.



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสุขภาพในแต่ละชั้นตอนและในภาพรวม

ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการ นโยบายสุขภาพ	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของความรู้				
	ต่ำมาก	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	สูงมาก
การจัดทำนโยบาย	7(1.7%)	39(9.5%)	132(32.3%)	185(45.2%)	46(11.3%)
การนำนโยบายไปปฏิบัติ	3(0.7%)	0	5 (1.2%)	12(2.9%)	389(95.1%)
การปรับبنนโยบาย	81(19.8%)	79(19.3%)	80 (19.6%)	91(22.3%)	78(19.1%)
รวม	1(0.2%)	11(2.7%)	74 (18.1%)	248(60.6%)	75(18.3%)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพในแต่ละชั้นตอนและในภาพรวม

การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับ นโยบายสุขภาพ	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของการมีส่วนร่วม ในกระบวนการนโยบายสุขภาพ				รวม
	ไม่มีส่วนร่วม	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับมาก	
การจัดทำนโยบาย	320 (78.2%)	66(16.1%)	18(4.4%)	5(1.2%)	
การนำนโยบายไปปฏิบัติ	226 (55.3%)	117(28.6%)	54(13.2%)	12(2.9%)	
การปรับบันนโยบาย	276(67.5%)	81(19.8%)	47(11.5%)	5(1.2%)	
โดยรวม	288(70.4%)	99(24.2%)	18(4.4%)	4(0.9%)	

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

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

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

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

การเตรียมต้นฉบับ

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

รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

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

2.7 การอภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายถึงแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย การเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัยอื่นและสรุปอย่างย่อฯ

2.8 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นการกล่าวถึงข้อเสนอแนะจากการวิจัยและข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัยนั้นๆ แต่ไม่ได้เป็นผู้ร่วมงาน

2.10 เอกสารอ้างอิง (References) เอกสารอ้างอิงจำเป็นต้องปรากฏทั้งการเขียนบทความและรายงานผลการวิจัย

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงต่างๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver's style) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในวารสารทั่วไป ดังนี้

การอ้างเอกสารในเนื้อเรื่อง ถ้าอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนหนึ่งคนใดโดยเฉพาะ การอ้างอิงให้ใส่หมายเลขอ กำกับไว้ข้างท้ายข้อความที่คัดลอกมาโดยตัวเลขพิมพ์ด้วยตัวยก หมายถึงลำดับที่ของการเรียงเอกสารอ้างอิงที่อ้างไว้ในท้ายบทความซึ่งต้องเขียนให้ตรงกัน การเรียงหมายเลขอ ให้เริ่มต้นด้วย เลข 1 และเรียงลำดับไปเรื่อยๆ หากมีการอ้างอิงหรือคัดลอกข้อความนั้นข้าให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

ตัวอย่างการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพของคนในชุมชนนั้น¹²³

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

ตัวอย่าง

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

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

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

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

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

ข้อตกลง

1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกเรื่องเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ ควรได้รับการรับรองจากกรรมการจริยธรรม ควรอ้างอิงผลงานที่เคยเผยแพร่ในวารสารนี้

2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้ส่วนลิขสิทธิ์ทุกประการ

3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน

4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน แต่กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์ทุกความนั้นให้ผู้เขียนจำนวน 1 ฉบับ

สถานที่ติดต่อปรึกษาและส่งต้นฉบับ

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



ใบแจ้งความลงโทษณา

ถึง ประธานฝ่ายวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

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

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

● อัตราค่าโฆษณาภารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ●
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปกหลังด้านในเต็มหน้า	4,000.- บาท /	3	ฉบับ
ใบแทรกลึมหน้า	2,000.- บาท /	3	ฉบับ
ใบแทรกริ้งหน้า	1,000.- บาท /	3	ฉบับ

หมายเหตุ

- ถ้าบล็อกเกินกว่า 1 สีเที่ยงไป ต้องตกลงราคาเป็นกรณีพิเศษ
- ถ้าข้อความโฆษณาไม่ภาพประกอบ โปรดส่งบล็อกพร้อมกับข้อความที่จะลงโฆษณามาด้วย
- ขนาดกรอบโฆษณาเต็มหน้า ประมาณ 16×24 ซม.
- จำนวนพิมพ์วารสาร 500 เล่ม ต่อครั้ง



ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารลารสนาคอมพญาบาลฯ

สาขาวิชาตະวันออกเฉียงเหนือ

ชื่อ-นามสกุล (หรือสถาบัน).....

ที่อยู่ (ที่ส่งได้ทางไปรษณีย์).....

โทรศัพท์.....

ขอสมัครเป็นสมาชิก วารสาร “ลารสนาคอมพญาบาลฯ สาขาวิชาตະวันออกเฉียงเหนือ”

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

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

โดยสั่งจ่าย รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แคนสีแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

สั่งจ่าย ณ ที่ทำการไปรษณีย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

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

2 ปี 300 บาท (.....)

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