

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี 2553-2555

นายกิตติมศักดิ์

นางอรวรรณ เมฆวิชัย

กรรมการกิตติมศักดิ์

นางรัตนา ทองสวัสดิ์

นางเบ็ญจา รัตนากร

นางสาวลำพูน สุวรรณภู

รศ.ดร.ตรุณี รุจกรกานต์

นางสาววิภา เฟื่องแสงี่ยม

รศ.ดร.ปิยะรัตน์ นิลอัยยกา

กรรมการที่ปรึกษา

รศ.ดร.สายหยุด นิยมวิภาต

นางอภิญญา อินทรกำแหง

นางประภาศรี สุขีวรรณ

นางสุดใจ มนัญปิจุ

นางสาวจินตนา เขาวนวิทยา

นางสุพัชรี โสใหญ่

นางภัทรนีย์ ทิมะมาน

นางวันเพ็ญ เขาว์เชิง

นางบัวล่อง ชินอ่อน

นางสุตาพร กุมพล

นางลำเภา อุประการกุล

นางสาวเยาวลักษณ์ ทาญวชิรพงศ์

ผศ.ดร.เสาวมาศ เกื่อนนาดี

นางปาริชาติ มาลัย

นางพันธุ์เรือง ทวีวัฒน์

นางสาวพรรณทิพา แก้วมาตย์

คณะกรรมการอำนวยการ

นางนวลจันทร์ ปะเคนรี

นายกสมาคม

นางปริญนันท์ พุฒเขียว

อุปนายกสมาคมฯ เขตอุบลราชธานี

นางชูศรี คูชัยสิทธิ์

อุปนายกสมาคมฯ เขตขอนแก่น

นางวงเดือน ฤชชา

อุปนายกสมาคมฯ เขตนครราชสีมา

นางสาวนภดล คำเต็ม

เลขาธิการสมาคมฯ

นางสาวสุวรรณา ธาดาพิพัฒน์*

ผู้ช่วยเลขาธิการ เขตขอนแก่น

นางศรีสะอาด ศรีสุรินทร์*

ผู้ช่วยเลขาธิการ เขตนครราชสีมา

นางสาวนุจรีย์ ไสยสมบัติ*

ผู้ช่วยเลขาธิการ เขตอุบลราชธานี

นางสาวสะอาดศรี ชารีรัตน์

เหรียญก

นางทองสมัย ยุธชัย*

ผู้ช่วยเหรียญก เขตขอนแก่น

นางศิริยุพา จะสุวรรณ*

ผู้ช่วยเหรียญก เขตนครราชสีมา

นางพิมพ์พันธ์ เจริญศรี*

ผู้ช่วยเหรียญก เขตอุบลราชธานี

ดร.พัทยา แก้วสาร*

ประธานฝ่ายวิชาการ

นางอรพิน นวพงศ์กร

ประธานร่วมฝ่ายวิชาการ เขตขอนแก่น

นางประภารัตน์ ประยูรพรหม*

ประธานร่วมฝ่ายวิชาการ เขตนครราชสีมา

นางลดา สรณารักษ์

ประธานฝ่ายวิจัย

ดร.สุพัฒนา ศักดิ์ฐานานนท์*

ประธานร่วมฝ่ายวิจัย เขตนครราชสีมา

นางสาวศศิธร ชำนาญผล

ประธานร่วมฝ่ายวิจัย เขตอุบลราชธานี

ผศ.ดร.ชนิษฐา วรพงศ์ชัย*

ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

นางพริดา แพะขุนทด

ประธานร่วมฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ เขตนครราชสีมา

นางสาววราทิพย์ แก่นการ*

ประธานร่วมฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ เขตอุบลราชธานี

รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว*

ประธานฝ่ายวารสาร

ดร.เยาวดี สุวรรณนาคะ

ประธานร่วมฝ่ายวารสาร เขตนครราชสีมา

นางสาวอรชร มาลาหอม*

ประธานร่วมฝ่ายวารสาร เขตอุบลราชธานี

นางวันเพ็ญ ดวงมาละ*

ประธานฝ่ายพัฒนาวิชาชีพและบริการพยาบาล

นางนวลจันทร์ พลุสมบัติ*

ประธานร่วมฝ่ายพัฒนาวิชาชีพและการบริการพยาบาล เขตขอนแก่น

นางเดือนใจ สุขเกษม

ประธานร่วมฝ่ายพัฒนาวิชาชีพและการบริการพยาบาล เขตนครราชสีมา

ผศ.ดร.วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์

ประธานฝ่ายทะเบียน

นางสาววรรณเพ็ญ พรพาณิชย์พงศ์

ประธานร่วมฝ่ายทะเบียน เขตนครราชสีมา

นางสาววาสนา อุปสาร*

ประธานร่วมฝ่ายทะเบียน เขตอุบลราชธานี

นางอังสนา วงศ์ศิริ

ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์

นางรัตจนา สิงห์คำมา

ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์ เขตขอนแก่น

นางอุไร เจนวิทยา

ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์ เขตอุบลราชธานี

นางทองทิว แซ่จ้อหอ*

ประธานฝ่ายสวัสดิการและหารายได้

นางสาววิไลวรรณ เนื่อง ฦ สุวรรณ

ประธานร่วมฝ่ายสวัสดิการและหารายได้ เขตขอนแก่น

นางวิลาวรรณ ชมาฤกษ์*

ประธานร่วมฝ่ายสวัสดิการและหารายได้ เขตอุบลราชธานี

หมายเหตุ* หมายถึง กรรมการที่มาจากกาแต่งตั้ง



การบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 11

วรรณชนก จันทชุม วท.ค*

รศ.รศ.วิเชียรพัทธ์ พย.ม.**

บุศรา กาญจนบัตร ค.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อ 1) ศึกษาการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพ และ 2) เปรียบเทียบการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มคุณลักษณะพยาบาล ประชากรที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี ในโรงพยาบาลชุมชนเขต 11 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทำการศึกษาจากประชากรทั้งหมดจำนวน 616 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัย มีจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนจาก 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.92 ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ได้รับคืน 568 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92.2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

ผลการศึกษาพบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าตนเองมีการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.05$) อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ยังพบน้อยในการบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การดูแลตนเองของผู้ป่วย การบันทึกการพยาบาลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การประเมินการรับรู้คำแนะนำที่ให้ และข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนใหม่ตามปัญหาอย่างต่อเนื่อง 2) การเปรียบเทียบการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มคุณลักษณะ พบว่าขนาดของโรงพยาบาลชุมชนที่แตกต่างกัน พยาบาลมีการรับรู้การบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพแตกต่างกัน ($F=3.31, p\text{-value}=.037$) ส่วนการรับรู้การบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพจำแนกตามกลุ่มของอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value}>.05$)

คำสำคัญ: การบันทึกการพยาบาล การบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพและเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพพยาบาล เป็นการเขียนรายงานที่แสดงถึงการพยาบาลทั้งหมดที่จัดไว้เป็นหลักฐานเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การพยาบาลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งผลของการพยาบาล โดย

พยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการบันทึกทุกเวร ทุกวันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 สภาการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานหลักของบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่นำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ในมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและรายงานไว้ว่า

* รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



“การบันทึก และรายงานบันทึก และรายงานการพยาบาล และผดุงครรภ์ให้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตาม กระบวนการพยาบาล โดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กะทัดรัด มีความต่อเนื่องและสามารถใช้เพื่อประเมินคุณภาพบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ได้” สำหรับงานบริการพยาบาล การบันทึกการพยาบาล ถือว่ามีความสำคัญและมีประโยชน์มากมาย ได้แก่

- 1) การสื่อสาร เป็นเครื่องมือรายงานความก้าวหน้าอาการผู้ป่วย ช่วยให้เกิดการพยาบาลต่อเนื่อง และเป็นตัวกลางเชื่อมโยงข้อมูลให้ทีมสุขภาพได้ทราบทั่วกัน
- 2) คุณภาพ เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพการพยาบาล
- 3) การศึกษา เป็นเครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล (ใช้สอนและประเมิน)
- 4) การวิจัย เป็นข้อมูลในการวิจัย ปรับปรุงวิธีการพยาบาล และ
- 5) กฎหมาย ใช้ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ให้ข้อเท็จจริงตามสภาพการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง¹ นอกจากนี้ใช้พิจารณาความสมเหตุสมผลของการดูแล ในกรณีที่หน่วยงานที่ดูแลการจ่ายเงินทดแทน และบริษัทประกันสุขภาพจะจ่ายเงินเพื่อทดแทนจากเอกสารทางการแพทย์พยาบาลว่ามีกรปฏิบัติกิจกรรมและมีประสิทธิภาพเพียงใด ได้แก่ เบิกค่า DRGs การเบิกค่าทดแทนจากสำนักงานประกันสังคมกรณีเจ็บป่วย/คลอด การเบิกประกันภัยรถกรณีเกิดอุบัติเหตุและบาดเจ็บที่ต้องรักษา^{2,3} บันทึกการพยาบาลจึงเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดที่จะช่วยสื่อสารให้ผู้อื่นรู้สภาพการถึงข้อมูลผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งกิจกรรมอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์

การบันทึกทางการพยาบาลในปัจจุบันยังพบปัญหาหลายประการ เช่น ไม่เห็นความสำคัญของการบันทึก มีความคิดเห็นว่าสิ้นเปลืองเวลาโดยเปล่าประโยชน์บันทึกไม่ครบสมบูรณ์ไม่ได้สาระที่เป็นแก่นสาร ไม่ใช่กระบวนการพยาบาล ด้อยคุณภาพทั้งเนื้อหาและรูปแบบการบันทึก ขาดการประเมินผล และไม่สะท้อนให้เห็นความสามารถในการคิดเชิงวิเคราะห์และการตัดสินใจของพยาบาล¹ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ที่ภาระงานมาก พยาบาลต้องทำงานอย่างอื่นนอกจากงานพยาบาล ซึ่งส่งผลให้พยาบาลไม่มีเวลาบันทึกที่ครอบคลุมและสมบูรณ์จากการตรวจสอบความ

สมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลโดยกลุ่มการพยาบาล และคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนในโรงพยาบาลชุมชนเขต 11 ซึ่งมีเป้าหมายคือมากกว่าร้อยละ 70 ต้องบันทึกให้ครอบคลุมความถูกต้อง ความครบถ้วน ความชัดเจน และได้ใจความ พบว่าในระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปีพ.ศ.2547-2549 ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดคือไม่ถึงร้อยละ 70 โดยสะท้อนให้เห็นว่าการบันทึกทางการพยาบาลยังไม่มีคุณภาพ เช่น การบันทึกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม การระบุปัญหาไม่ชัดเจนให้เห็นความแตกต่างในผู้ป่วยแต่ละราย เขียนตามความเคยชิน ยังขาดการบันทึกอาการที่สำคัญ ขาดรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย บันทึกซ้ำซ้อนและเหมือนกันทุกกรณีกิจกรรมการพยาบาลไม่เป็นรูปธรรมและไม่มีความสอดคล้องกันกับปัญหาการประเมินผลไม่แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าหรือการตอบสนองของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นต้น⁴

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่าผลที่ได้ไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่สอบถามจากพยาบาลผู้ปฏิบัติที่มีต่อการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่รับรู้และเข้าใจว่าตนบันทึกได้ดีและสมบูรณ์ ซึ่งการรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลประมวลและตีความข้อมูลต่างๆที่อยู่รอบตัว โดยผ่านประสาทสัมผัส การเรียนรู้และประสบการณ์เดิมในการแปลความหมาย ซึ่งการรับรู้จะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยในการรับรู้ได้แก่ลักษณะของผู้รับรู้ และ ลักษณะของสิ่งเร้า⁵ ดังนั้น หากพยาบาลยังคงรับรู้ว่าการบันทึกการพยาบาลที่ปฏิบัติกันอยู่มีความครบถ้วน สมบูรณ์และมีคุณภาพแล้ว ย่อมไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงแก้ไขที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลที่ดีที่สุด ประกอบกับการศึกษาวิจัยในประเด็นของการบันทึกทางการพยาบาลที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการสำรวจปัญหาและอุปสรรคในการบันทึกทางการพยาบาล ตลอดจนปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งยังไม่ได้มุ่งเน้นในประเด็นของการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ในระดับโรงพยาบาลชุมชนที่มีโครงสร้างการบริหารการพยาบาล วัฒนธรรมองค์กร และบริบทของโรงพยาบาลแตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึง



สนใจศึกษาว่าพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน รับรู้ว่าตนมีการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพหรือไม่ในระดับใด และการรับรู้การบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพแตกต่างกันตามคุณลักษณะของพยาบาลหรือไม่ เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาให้พยาบาลวิชาชีพมีการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 11
2. เพื่อเปรียบเทียบการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 11 จำแนกตามกลุ่มคุณลักษณะพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่ององค์ประกอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขต 11 ของคณะผู้วิจัย⁴ ซึ่งมีวิธีการในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาลประจำหอผู้ป่วยระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลชุมชนเขต 11 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ นครพนม มุกดาหาร และสกลนคร จำนวน 44 แห่ง โดยทำการศึกษาจากประชากรทั้งหมด จำนวน 616 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ขนาดโรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานอยู่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแผนกปัจจุบัน และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาล เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ (1- 5

คะแนน) ตั้งแต่เห็นด้วยน้อยที่สุดถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีจำนวน 20 ข้อ แปลผลระดับการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพของคะแนนเฉลี่ยที่ได้ โดยใช้พิสัยของคะแนน (คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด) ทหารด้วยจำนวนกลุ่มที่ต้องการ (5 กลุ่ม)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลของงานวิจัยเรื่องนี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ จากการศึกษาเรื่ององค์ประกอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 11 ของคณะผู้วิจัย⁴ ซึ่งเสนอโครงการต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับความเห็นชอบและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ได้รับแบบสอบถามสมบูรณ์คืนจำนวน 568 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92.2

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ซึ่งมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ และร้อยละ
- 2) การบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3) เปรียบเทียบการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มย่อยของคุณลักษณะพยาบาล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ขนาดของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) และทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่โดยวิธี LSD (Least Significant Difference) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า เป็นไปตามข้อกำหนดในการใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 11 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 43.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 97.4 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10-30 เตียงมากที่สุด ร้อยละ 43.7 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วย มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-5 ปี ร้อยละ 55.5 และมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาล ร้อยละ 62.0

2. พยาบาลวิชาชีพพบว่าตนเองมีการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพทั้งในภาพรวมและรายข้ออยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 4.05 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยรายข้อตั้งแต่ 3.61-4.59 คะแนน ซึ่งส่วนใหญ่รับรู้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยข้อความที่พยาบาลบันทึกมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับรายการอื่นๆ ได้แก่ การบันทึกวันเดือนปีที่จำหน่าย ($\bar{x} = 4.59$) การบันทึกประเภทการจำหน่ายและให้ญาติลงนามไม่ยินยอมรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมรักษา ($\bar{x} = 4.38$) การบันทึกวันเดือนปีเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและประเมินผู้ป่วย ($\bar{x} = 4.37$) และการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลเมื่อแรกรับ ($\bar{x} = 4.13$) สำหรับรายการที่บันทึกน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับข้อรายการอื่นๆ ได้แก่ การบันทึกเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ($\bar{x} = 3.61$) การบันทึกเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ($\bar{x} = 3.62$) การบันทึกตามแบบฟอร์มการบันทึกการพยาบาลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความ ($\bar{x} = 3.80$) การบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ($\bar{x} = 3.88$) การบันทึกผลการประเมินการรับรู้คำแนะนำที่ให้ผู้ป่วยและญาติ ($\bar{x} = 3.91$) การบันทึกปัญหาและกิจกรรมที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ($\bar{x} = 3.93$) และการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนพยาบาลผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนใหม่ตามปัญหาอย่างต่อเนื่องจนได้รับการแก้ไข ($\bar{x} = 3.96$) ตามลำดับ

3. เมื่อเปรียบเทียบการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพจำแนกตามกลุ่มย่อยของคุณลักษณะพยาบาล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ขนาดของโรงพยาบาลที่

ปฏิบัติงาน และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาล พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดแตกต่างกัน มีการรับรู้การบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = 3.31, p\text{-value} = .037$) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่โดยวิธี LSD พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง รับรู้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่าโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง และ 10-30 เตียง ส่วนการรับรู้การบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพจำแนกตามกลุ่มของอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > .05$) (ตารางที่ 1)

การอภิปรายผล

1. จากผลการศึกษา พบว่า พยาบาลรับรู้ว่าการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพทั้งในภาพรวมและรายข้ออยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากการประเมินจากการรับรู้ของตนเอง ซึ่งโดยทั่วไปมักจะประเมินสูงกว่าความเป็นจริง อย่างไรก็ตาม ผลที่ได้จากการประเมินการรับรู้ตนเองของพยาบาลไม่สอดคล้องกับผลจากการสุ่มตรวจเวชระเบียน โดยกลุ่มการพยาบาลและคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนในโรงพยาบาลชุมชนเขต 11 ที่พบว่าการบันทึกทางการพยาบาลยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดคือไม่ถึงร้อยละ 70 และสะท้อนให้เห็นว่าการบันทึกทางการพยาบาลยังไม่มีคุณภาพ เช่น การบันทึกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ไม่เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา การระบุปัญหาไม่ชี้เฉพาะให้เห็นความแตกต่างในผู้ป่วยแต่ละราย เขียนซ้ำซ้อน ต่อๆ กันมาจากเวรก่อนๆ ปัญหาไม่ครอบคลุมด้านจิตใจและเศรษฐกิจยังขาดการบันทึกอาการที่สำคัญขาดรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลไม่เป็นรูปธรรมและไม่มีความสอดคล้องกันกับปัญหาการประเมินผลไม่แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าหรือการตอบสนองของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ เป็นต้น⁴ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบปัญหาในการบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ การไม่สามารถ



ระบุปัญหาได้ครบถ้วน ถูกต้อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ไม่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ กิจกรรมการพยาบาลไม่สอดคล้องกับปัญหาและไม่เป็นรูปธรรม การประเมินผลไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหา และบันทึกไม่ต่อเนื่องตลอดการรักษายาบาล^{6, 7}

จากผลการวิจัยเป็นที่น่าสังเกตว่ารายการที่พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าตนบันทึกมากเมื่อเปรียบเทียบกับรายการอื่นๆ ได้แก่ การบันทึกวันเดือนปีที่จำหน่าย การบันทึกประเภทการจำหน่ายและให้ญาติลงนาม ไม่ยินยอมรักษาในกรณีผู้ป่วยไม่ยินยอมรักษา การบันทึกวันเดือนปีเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและประเมินผู้ป่วย และการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลเมื่อแรกรับ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำเป็นประจำ เมื่อแรกรับหรือจำหน่ายผู้ป่วย ตลอดจนการบันทึกวันเวลาเมื่อได้ปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วย สำหรับรายการที่บันทึกน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับข้อรายการอื่นๆ ได้แก่ การบันทึกเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การบันทึกเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย การบันทึกตามแบบฟอร์มการบันทึกการพยาบาลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความ การบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การบันทึกผลการประเมินการรับรู้คำแนะนำที่ผู้ป่วยและญาติ การบันทึกปัญหาและกิจกรรมที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง และการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนพยาบาลผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนใหม่ตามปัญหาอย่างต่อเนื่องจนได้รับการแก้ไข แสดงให้เห็นว่าพยาบาลยังบันทึกข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตและการดูแลตนเองของผู้ป่วย การบันทึกกิจกรรมที่สะท้อนการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และคุณภาพการบันทึกอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความ ซึ่งผลที่ได้เป็นในลักษณะเดียวกับการศึกษาสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการแผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าที่พบว่าสมรรถนะการบันทึกการพยาบาลด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติ การพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลที่สะท้อนกระบวนการพยาบาลยังอยู่ในระดับปานกลาง⁸ และสอดคล้องกับผลการสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ

เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ในประเทศอังกฤษ ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2010 จำนวน 77 เรื่อง ที่พบว่า เอกสารการบันทึกทางการพยาบาลยังมีข้อมูลไม่เพียงพอ ที่สะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยในด้านจิตสังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ตลอดจนการประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้ที่ต้องการได้รับ พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นต้น⁹ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล พยาบาลต้องมีความรู้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยรายบุคคล ดังการศึกษาของปริยพันธ์ พุฒเขียวและคณะ⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่าบันทึกทางการพยาบาลยังขาดความครบถ้วนของเนื้อหาสาระ ความถูกต้องน่าเชื่อถือ ความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอ ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการขาดความสามารถในการบันทึก และขาดความรู้เรื่องการบันทึกหรือการพยาบาลที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และจากผลการวิจัยเรื่ององค์ประกอบปัจจัยในการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนเขต 11 ของคณะผู้วิจัย โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่าตัวชี้วัดหนึ่งในการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้แก่ การมีความรู้ของพยาบาลในเรื่องอาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนของโรค การปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้ และหลักการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความ⁴

2. เมื่อเปรียบเทียบการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 11 จำแนกตามกลุ่มย่อยของคุณลักษณะพยาบาล พบว่าการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแตกต่างกันเฉพาะขนาดของโรงพยาบาลเท่านั้น โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง รับรู้ว่าตนมีการบันทึกทางการพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่าโรงพยาบาลขนาด 60 เตียงและ 10-30 เตียง ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหรือโรคที่ซับซ้อนมากกว่า และ



มีภาระงานที่มากกว่าโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง และ 10-30 เตียง ทำให้มีข้อจำกัดของเวลาในการบันทึกทางการพยาบาล ผลที่ได้สอดคล้องกับการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ทำการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบันทึกให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล และเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน เลือกรูปแบบ และกำหนดแนวทางในการปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งการติดตามผลภายหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้พบว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลดีขึ้นกว่าเดิม แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์ร้อยละ 80 ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลมีภาระงานอื่นมาก และความรู้เรื่องโรคต่างๆ ยังมีไม่เพียงพอ⁷ ส่วนการรับรู้การบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพจำแนกตามกลุ่มของอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลพบว่าไม่แตกต่างกัน ผลที่ได้สอดคล้องกับปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลในปัจจุบันที่พบว่าพยาบาลอาวุโสบางส่วนวินิจฉัยการพยาบาลไม่ได้ นักศึกษาที่เรียนปริญญาโทส่วนมากวินิจฉัยการพยาบาลไม่ได้ไปกว่านักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 4 พยาบาลจบใหม่ที่เพิ่งเรียนรู้ไม่ได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึกอย่างต่อเนื่อง ทำให้ลืมนและเลิกใช้ และขาดพยาบาลอาวุโสที่เป็นพี่เลี้ยงในการใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึก¹⁰ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลที่ดีเป็นผลมาจากปัจจัยด้านอื่น ๆ มากกว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาองค์ประกอบปัจจัยในการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขต 11 ของคณะผู้วิจัยที่พบว่าปัจจัยในการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยปัจจัยด้านนโยบายขององค์กรและการได้รับการสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้อง ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านทักษะการบันทึก ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยด้านการมอบหมายงาน โดยทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้

ร้อยละ 72.43 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับดีที่สามารถแยกองค์ประกอบที่สำคัญในการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพ⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ควรปลูกฝังให้พยาบาลตระหนักและเห็นความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ และสามารถบันทึกตามหลักการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความที่สะท้อนการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การประเมินผู้รับบริการ การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล โดยผู้บริหารการพยาบาลควรจัดการอบรมวิธีการบันทึกที่มีคุณภาพการพยาบาลที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และกำหนดโครงสร้างของแบบบันทึกที่มีเป้าหมายครอบคลุมกระบวนการพยาบาล

2. การที่พยาบาลรับรู้การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยประเมินตนเองสูงกว่าความเป็นจริง ในทางปฏิบัติผู้บริหารการพยาบาลต้องมีการประเมินโดยตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลจากเวชระเบียนควบคู่ไปด้วย มีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง และจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลสามารถบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

3. การที่พยาบาลรับรู้การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ แตกต่างกันตามขนาดของโรงพยาบาล โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง รับรู้ว่าตนมีการบันทึกทางการพยาบาลน้อยกว่าโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กกว่า ซึ่งอาจเนื่องจากความซับซ้อนของโรคผู้ป่วยที่ต้องดูแลและภาระงานที่มากกว่า ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในโรคต่างๆ ที่ซับซ้อนและพบได้บ่อย ตลอดจนเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน เลือกรูปแบบ และกำหนดมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาลให้ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล



เอกสารอ้างอิง

1. เรณู พุกบุญมี. มายาคติกับการบันทึกทางการพยาบาล. รายงานการประชุมวิชาการเรื่อง “บันทึกทางการพยาบาล: สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ” รุ่นที่ 5. กรุงเทพฯ; 2552.
2. Lyer PW, Camp NH. Nursing documentation: A nursing process approach. 2nd St. Louis: Mosby Year Book; 1995.
3. College of Registered Nurses of British Columbia. Nursing documentation. Vancouver: CRNBC; 2007.
4. รกัญญา วิเชียรพัทธ์, วรณชนก จันทุม และ บุศรากาญจนบัตร. องค์ประกอบปัจจัยในการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขต 11. วารสารวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. 2551; 1(3): 59-73.
5. Irving BW, Donald KF, John AS, Wayne FV. Handbook of psychology. New York: Wiley; 2003.
6. ปริญนันท์ พุฒเขียว. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (รายงานการศึกษาอิสระ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
7. วิภาวดี วโรรส. การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (รายงานการศึกษาอิสระ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
8. ทิพวรรณ โฉมใส. สมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการแผนกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. (รายงานการศึกษาอิสระ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
9. Ning Wang, David Hailey, Ping Yu. Quality of nursing documentations and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. Journal of Advanced Nursing. September 2011; 67(9): 1858-1875.
10. ศิริพร ชัมภลิต. รายงานการประชุมวิชาการเรื่อง “บันทึกทางการพยาบาล: สมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ” รุ่นที่ 5. กรุงเทพฯ; 2552.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน (n = 568)

| ขนาดของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน | จำนวน (คน) | \bar{x} | SD | F-test | p-value |
|-------------------------------|------------|-----------|----|--------|---------|
| 10-30 เตียง | 257 | 4.07 | | 3.31 | .037* |
| 60 เตียง | 148 | 4.12 | | | |
| 90 เตียง | 163 | 3.96 | | | |

P-value* \leq 0.05



Nurses' Perception of Quality Nursing Documentations, 11th Region Community Hospitals

Wanchanok Juntachum Ph.D.*

Rapinya Vicheanpuk M.N.S.**

Busara Kanchanabatr M.Ed.***

Abstract

The purposes of this descriptive research study were to find out nurses' perception of quality nursing documentations, and to compare nurses' perception of quality nursing documentations for several categories of nurse characteristics. The study population was registered nurses working at least one year in 11th Region Community Hospitals, Northeast Region. All of 616 nurses were included in this study. To measure nurses' perception of quality nursing documentations, a questionnaire was developed for this study. This 20-item scale, which was based on a previous study, was scored on a five-point scale from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). The content validity was explored by seven experts and Cronbach's alpha coefficient was 0.92 for its reliability. Of 616 questionnaires distributed by mail, 568 valid questionnaires were returned, yielding a response rate of 92.2%. Frequency, percentage, average, standard deviation, and One-Way ANOVA were performed for data analysis.

The results were as follows: 1) The overall nurses' perception of quality nursing documentations was as a high level ($\bar{X}=4.05$). However, the study showed inadequate documentations of patients' life patterns, patients' self care and written records by providing correct, complete, clear and concise information. There were also insufficient documentations about discharge plan, assessment of patients' perception for given knowledge, nursing diagnoses and care plans which modified continuously related to patients' problems. 2) To compare nurses' perception of quality nursing documentations for several categories of nurse characteristics, a difference existed among the perception of quality nursing documentations for groups of hospital size ($F= 3.31$, $p\text{-value}= .037$). However, the perception for groups of age, educational level, training experience of recording were not different ($p\text{-value} >.05$).

Keywords: nursing documentation, quality nursing documentation

* Associate Professor, Nursing Administration, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen Province, Thailand

** Register Nurse, Kamalasai Hospital, Kalasin Province, Thailand

*** Assistant Professor, Nursing Administration, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen Province, Thailand



การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้การจัดการรายกรณีใน ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

วันเพ็ญ ดวงมาลาพย.บ.*

อรชร มาลาหอม วท.ม. (พยาบาล)**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้การจัดการรายกรณีในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาล วิสัญญีพยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จำนวน 12 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ระบบต่าง ๆ พยาบาลประจำห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม วิสัญญีพยาบาล นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่หน่วยเครื่องมือแพทย์ จำนวน 35 คน และผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 60 คน ดำเนินการศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2552 – กรกฎาคม 2553 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูล และแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย ผลการวิจัยและพัฒนา ทำให้ได้แนวทางปฏิบัติของทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งในด้านการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการจัดการความเจ็บปวด เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย คือ อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มจากร้อยละ 92.5 เป็น ร้อยละ 94.8 อุบัติการณ์ตั้งท่อช่วยหายใจลดลงจากร้อยละ 12.3 (9/73 ครั้ง) เป็นร้อยละ 3.3 (2/60 ครั้ง) อุบัติการณ์เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดลงจาก 3 ราย เหลือ 0 ราย ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยย้ายกลับห้องผู้ป่วยหนักภายใน 48 ชั่วโมง ส่วนระยะเวลาเฉลี่ยในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดลงจาก 23.8 เป็น 20.6 ชั่วโมง ระยะเวลาอนเจสียในห้องผู้ป่วยหนักลดลงจาก 2.9 วัน เป็น 2.3 วัน ด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเพิ่มจากร้อยละ 81.6 เป็น 86.6 และความพึงพอใจของบุคลากร เพิ่มจากร้อยละ 74 เป็น 85 ปัจจัยความสำเร็จของการศึกษาครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งจากการจัดการรายกรณีที่ทำให้เกิดการประสานงานในทีมสหสาขา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: ระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด การจัดการรายกรณี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องผู้ป่วยหนักต้องประสบ คือ ความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บและทำลายของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องอกหรือช่องท้องส่วนบนความปวดจะมีผลกระทบต่อระบบหายใจ ทำให้มีการลดลงของ tidal volume รวมทั้งทำให้เกิดรีเฟล็กซ์ของการเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้องระหว่างหายใจออก¹ และกะบังลมทำงานลดลง

เป็นผลให้ compliance ของปอดลดลง เมื่อกล้ามเนื้อหดตัวน้อยจึงหายใจได้ลึกไม่เพียงพอ ไอได้ไม่แรง อาจทำให้เกิดการขาดออกซิเจนและมีคาร์บอนไดออกไซด์สูงได้ ดังนั้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดบางรายจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไประยะหนึ่ง เพื่อทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมดีขึ้น จนกว่าอาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้น²⁻³ จึงจะเริ่มทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจและเอาท่อช่วยหายใจออกในที่สุด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ช่วยหัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี



เป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยการบรรเทาอาการปวด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเอาเครื่องหายใจออกได้โดยเร็ว และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งจากการผ่าตัดและการใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัดมีความซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยหนักทั่วไป เพราะนอกจากผู้ป่วยจะมีโรคประจำตัวเดิมและมีบาดแผลผ่าตัดแล้วยังมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในการตอบสนองต่อการผ่าตัดและการได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ¹ นอกจากนี้ การใช้เครื่องช่วยหายใจอาจทำให้เกิดผลแทรกซ้อนได้หลายประการ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือดคือ ความดันโลหิตต่ำลง Barotrauma ทำให้เกิด pneumothorax pneumomediastinum หรือ subcutaneous emphysema การเกิด acid base imbalance เนื่องจากการตั้งเครื่องช่วยหายใจไม่ถูกต้อง และการติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน³

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ให้บริการศูนย์ความเป็นเลิศด้านอุบัติเหตุ โรคหัวใจและมะเร็ง รวมทั้งการให้บริการรักษาโดยการผ่าตัดในผู้ป่วยระบบอื่น ๆ เช่น ระบบทางเดินอาหาร กล้ามเนื้อและกระดูก สติ-นรีเวชกรรม หู คอ จมูก ทางเดินปัสสาวะ และระบบประสาท เป็นต้น มีห้องผู้ป่วยหนักเปิดให้บริการผู้ป่วยหลังผ่าตัด 7 แห่ง จากสถิติผู้ป่วยในที่มาใช้บริการในปี 2550-2552 พบว่า จำนวนผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁴⁻⁶ คือ มีจำนวน 8,332; 10,081 และ 10,207 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยในเฉพาะแผนกศัลยกรรม 3,934; 4,104 และ 4,245 ราย ตามลำดับ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวมเป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัดของระบบอื่น ๆ เช่น ระบบทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ กล้ามเนื้อและกระดูก สติ-นรีเวชกรรมและ ตา หู คอ จมูก พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ 472; 572 และ 650 รายตามลำดับ อัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 55.3; 51.4 และ 57.4 ตามลำดับ จำนวนวันนอนรวมในห้องผู้ป่วยหนักเฉลี่ย 2.9; 2.6 และ 2.9 วัน ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เท่ากับ 20; 11 และ 13 รายตามลำดับ เมื่อทบทวนระบบการดูแลแบบเดิมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า ระบบการพยาบาลเป็น

แบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ซึ่งมุ่งเน้นทำงานมากกว่าผู้ป่วย ระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องเชื่อมโยงกับบุคลากรที่มีสุขภาพในหลายหน่วยงาน เช่น กลุ่มงานวิสัญญีที่ต้องดูแลผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ขาดความชัดเจน รวมทั้งระบบการจองเตียงสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังไม่มีแนวทางชัดเจนทำให้ผู้ป่วยหลายรายต้องนอนเปลนอนเนื่องจากไม่มีเตียง นอกจากนี้ แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งด้านการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งการจัดการความปวดที่มีความหลากหลาย

งานวิจัยเพื่อฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนั้น พบว่า ได้มีผู้ศึกษามากมายเกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยหายใจในประเด็นต่าง ๆ เช่น ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ⁷⁻⁸ ได้แก่ ระยะเวลาใช้เครื่อง ความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การประสานความร่วมมือในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจวิธี ต่าง ๆ⁹⁻¹¹ พบว่า ช่วยลดระยะเวลาใช้เครื่อง อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด¹² พบว่า ช่วยให้การหายใจและกำจัดเสมหะหลังผ่าตัดดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมทั้งช่วยให้การบริหารเตียงของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ด้านความปลอดภัย มีงานวิจัยมากมายเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ¹³⁻²¹ พบว่า วิธีการที่ช่วยป้องกันหรือลดอุบัติการณ์ดังกล่าว ได้แก่ การมีระเบียบและวิธีหย่าเครื่องช่วยหายใจ การจัดทำ การดูแลอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ การดูแลสุขภาพช่องปาก และการล้างมือ จากผลการศึกษาดังกล่าวเมื่อนำมาสู่การปฏิบัติที่เป็นระบบการพยาบาลที่ซับซ้อนต้องเกี่ยวข้องกับทีมสหสาขาหลากหลาย จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการจัดระบบบริการพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพการรักษายาบาลให้เหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีกับผู้ป่วย

การพยาบาลภายใต้แนวคิดการจัดการรายกรณีเป็นการดูแลที่เน้นผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางของการติดต่อสื่อสารของทีมผู้ดูแลรักษา ทำให้การรักษามีความ



ต่อเนื่อง ไม่ซ้ำซ้อน ส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง²² ปัจจุบัน ได้มีการนำระบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน อัตราการเสียชีวิตสูง และการบริหารจัดการที่ซับซ้อน อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยต่าง ๆ²³⁻³⁰ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจและผู้ป่วยผ่าตัด รวมทั้งในกลุ่มผู้ให้บริการ³¹ พบว่า ระบบการจัดการรายกรณี ทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้ให้บริการสูงขึ้นทั้งนี้กระบวนการจัดระบบการจัดการรายกรณี ต้องอาศัยแรงผลักดันและความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทุกหน่วย³²

ผู้วิจัยในฐานะผู้นำสูงสุดขององค์กรพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการจัดระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพรวดเร็ว ปลอดภัย ได้คุณภาพและมาตรฐานภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด ได้ตระหนักถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความซับซ้อนและเสี่ยงสูง จึงได้ริเริ่มจัดการและกำกับให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้การจัดการรายกรณีร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อมุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ซึ่งมีกระบวนการดูแลที่ยุงยาก ซับซ้อน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ค่าใช้จ่ายสูงและต้องประสานงานกับทีมสหสาขา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี มีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ใช้และผู้ให้บริการ รวมทั้งช่วยลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยใช้การจัดการรายกรณี
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยใช้การจัดการรายกรณี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้การจัดการรายกรณี ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่

เดือนพฤษภาคม 2552 – กรกฎาคม 2553 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลหัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พยาบาลประจำห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม วิสัญญีพยาบาล พยาบาลควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกรและพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกเป็นผู้จัดการรายกรณี จำนวนทั้งสิ้น 12 คน ทำหน้าที่ทีมพัฒนาระบบการดูแล

2. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสูติ-นรีเวช ระบบหู คอ จมูกและระบบกระดูกและข้อ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลประจำห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม วิสัญญีพยาบาล นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่หน่วยเครื่องมือแพทย์ จำนวน 35 คน

3. กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกระบบที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและรับไว้ที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม จำนวน 60 คน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการเชิงปริมาณ ได้แก่ การศึกษาประวัติข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังจากเวชระเบียน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแบบประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดขึ้นมา ร่วมกับการสังเกต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) แผนการอบรมวิชาการ เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและการจัดการรายกรณี
- 2) แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่
 - 2.1) การหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัด
 - 2.2) การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
 - 2.3) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวด
- 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 3.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป วิธีการผ่าตัด และการได้รับยาแก้ปวดและการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
 - 3.2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวด
 - 3.3) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ



และ 3.4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้และผู้ให้บริการผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและหาค่าความเที่ยงของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.76, 0.6, 0.5, 0.97 และ 0.96 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะประเมินสถานการณ์ เพื่อประเมินศึกษาสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่รับไว้ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2551 - มีนาคม 2552 โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนจำนวน 73 ฉบับ การสนทนากลุ่มบุคลากรทีมสหสาขาที่ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยจำนวน 12 คน ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2552 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี และเป็นผู้นำในการจัดเตรียมความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาระบบดังกล่าวในระยะต่อไป

2. ระยะดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่รับไว้ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม โดยใช้การจัดการรายกรณี ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน 2552 ประกอบด้วย กิจกรรมการประชุมทีม เพื่อสะท้อนข้อมูลที่รวบรวมได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน รวมทั้งได้ระดมสมองในการวางแผนออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยและการจัดการรายกรณี โดยดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 1) แนวทางปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดและ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวด 3) กำหนดให้มีผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานงานในทีม และ 4) จัดอบรมวิชาการเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจและการจัดการรายกรณี จากนั้นนำระบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 15 คน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงาน ประเมินความแปรปรวนในการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด นำมาปรับปรุงระบบและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย

หลังผ่าตัด ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 60 คน

3. ระยะติดตามประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้การจัดการรายกรณี ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2552 - มีนาคม 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอ ตามระยะต่างๆของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย ที่มารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม ระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนมีนาคม 2552 จำนวน 73 ราย พบว่าจากการวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รับไว้ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

1. ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของพยาบาลและแพทย์ เจ้าของไข้เป็นหลัก ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสูติ-นรีเวช ระบบหู คอ จมูกและระบบกระดูกและข้อ ไม่มีวิสัญญีแพทย์ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัดประจำที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม แผนการหยาเครื่องช่วยหายใจขึ้นกับแพทย์เจ้าของไข้แต่ละราย ทีมสหสาขา เช่น นักกายภาพบำบัด อายุรแพทย์เฉพาะทาง จะเข้าร่วมดูแลเมื่อแพทย์เจ้าของไข้ปรึกษาเท่านั้น ทีมพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีจำนวน 16 คน ประสิทธิภาพการทำงานระหว่าง 2 เดือน - 27 ปีเฉลี่ย 7.1 ปี ในจำนวนนี้เป็นระดับเจ้าหน้าที่พยาบาลและพยาบาลเทคนิค 2 คน และเป็นพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 31.3 ซึ่งทีมพยาบาลเหล่านี้มีประสบการณ์การทำงาน 2 เดือน- 23 ปี มีความรู้ มีประสบการณ์และความชำนาญแตกต่างกัน ต้องผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนทุกเวร มีภาระงานมาก จากอัตราครองเตียง ร้อยละ 127.0-139.7 นอกจากนี้ระบบมอบหมายงานของพยาบาล เป็นแบบทีม ประกอบด้วย



หัวหน้าทีมและสมาชิกทีม ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยทั้งใน ด้านการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และการตัดสินใจรายงานแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลหัวหน้าเวร ภาระงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องทำหน้าที่ทั้งให้การดูแลผู้ป่วยรายที่รับผิดชอบและเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแก่พยาบาลใหม่

2. ด้านผู้ใช้บริการ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่เป็นระบบสลายกรรมระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 67.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.8 ได้รับการผ่าตัดชนิดต่วนและไม่ต่วน อัตราใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 49.3 และ 50.7 อัตราองเตียงหลังผ่าตัด ร้อยละ 47.9 ยาแก้ปวดที่ได้รับส่วนใหญ่บริหารทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 77.1 ชนิดของยาที่ได้รับเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ Morphine, Pethidine และ Tramol ร้อยละ 53.1; 365.5 และ 10.4 ตามลำดับ ส่วนเครื่องช่วยหายใจ เป็นประเภทควบคุมด้วยปริมาตร ร้อยละ 83.6 ชนิดการหย่าเครื่องที่ใช้บ่อยคือ ให้ผู้ป่วยหายใจเองทางท่อช่วยหายใจ (Self-breathing trial) ร้อยละ 54.8 รองลงมาเป็นการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยเลือกใช้วิธี (mode) การหย่าที่มีในเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 20.5 และพบว่า อัตราการหย่าสำเร็จในครั้งแรกเท่ากับ ร้อยละ 84.9 ในมุมมองด้านความปลอดภัย พบว่า เกิดอุบัติการณ์ถึงท่อช่วยหายใจ 9 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 12.3 เกิด VAP 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.1 ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่ในห้องผู้ป่วยหนัก 2.9 วัน ผู้ป่วยย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักสลายกรรมรวมไปหอผู้ป่วยสามัญ ร้อยละ 94.5

3. ด้านการปฏิบัติการดูแล พบว่า แนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของทีมสหสาขาที่ร่วมดูแลผู้ป่วยมีความหลากหลายและไม่ชัดเจน ส่งผลให้ผลลัพธ์ของการดูแลไม่ชัดเจน โดยเฉพาะในมิติของการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด นอกจากนี้ ห้องผู้ป่วยหนักแห่งนี้ให้บริการทั้งผู้ป่วยหนักทั้งก่อนและหลังผ่าตัดหลายระบบ เช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบกระดูกและข้อ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสูติ-นรีเวช และระบบหูคอจมูก ทำให้จำนวนเตียงมีไม่เพียงพอ รวมทั้งระบบการจองเตียงไม่ชัดเจน ทำให้พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ไม่ได้จองเตียง มีสูงถึงร้อยละ 47.9 ขาดผู้ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลหลัก ทำให้ขาดความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะ

ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยย้ายกลับสู่หอผู้ป่วยสามัญ

การดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีดังนี้

1) ผู้วิจัย ร่วมกับคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานวิสัญญี กลุ่มงานศัลยกรรม และกรรมการพัฒนาคุณภาพงานบริการห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ได้ประชุมระดมสมองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อสะท้อนข้อมูลจากการศึกษาใน ระยะที่ 1 ทำให้ได้ข้อตกลงร่วมกันในการใช้การจัดการรายกรณีในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2) แต่งตั้งทีมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ พยาบาลหัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พยาบาลหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พยาบาลประจำห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม วิสัญญีพยาบาล พยาบาลควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลนักกายภาพบำบัด เกษีกรและพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกเป็นผู้จัดการรายกรณี จำนวน 12 คน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ได้ดำเนินงานโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดำเนินการการพัฒนาเป็นวงรอบ คือ วางแผน การปฏิบัติการ ประเมินผลและการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการ 2 รอบ คือ

รอบที่ 1 การสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้

1) เตรียมความพร้อมของทีมและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยจัดอบรมวิชา 2 ครั้ง คือ การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และการจัดการรายกรณี

2) พัฒนาระบบในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพและความปลอดภัย ในด้าน 2.1) การหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2.2) การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และ 2.3) การจัดการความเจ็บปวด กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย



ตามระบบที่พัฒนาขึ้นมา ประสานกับกลุ่มงานวิสัญญีเพื่อจัดให้มีวิสัญญีแพทย์ประจำห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของใช้ระบบการจ้องเตียงสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดในผู้ป่วยทั้งกลุ่มผ่าตัดด่วนและไม่ด่วน

3) กำหนดคุณสมบัติ คัดเลือกและกำหนดบทบาทสำหรับผู้จัดการรายกรณี ในการศึกษาครั้งนี้ ทีมผู้ดูแลได้ตกลงคัดเลือก พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมมานานมากกว่า 15 ปี และผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยหนักให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในระบบที่พัฒนาขึ้นมา

4) การทดลองและประเมินระบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ โดยนำระบบไปทดลองใช้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 15 คน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงาน ประเมินความแปรปรวนในการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และระบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย

รอบที่ 2 การปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยทีมสหสาขาที่ดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยและทีมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ได้ประชุมร่วมกันและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย เช่น ระบบมอบหมายงานของพยาบาลปรับให้พยาบาลเจ้าของใช้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก ระบบการปรึกษานักกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในวันที่ 2 ของการใช้เครื่องฯ กรณีที่พยาบาลประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะเสี่ยงหรือข้อห้าม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพปอดอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถหย่าเครื่องและเอาท่อช่วยหายใจออกได้เร็วขึ้น ด้านแนวทางปฏิบัติ ได้มีการทบทวนข้อบ่งชี้และขั้นตอนการประสานงานก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ การเฝ้าระวังความเสี่ยงในการดึงท่อช่วยหายใจ การทบทวนการอ่านผล ABG (Arterial Blood Gas) แก่ทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีการประเมิน sedative score ในผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวด Morphine

จากนั้นได้นำระบบและแนวทางปฏิบัติที่ปรับปรุงใหม่ ไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 60 ราย ในระยะเวลา 5 เดือน ติดตามประเมิน

ผลของระบบและการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่ข้อสรุปใหม่ของระบบและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ระยะที่ 3 การประเมินผล ผลลัพธ์การใช้การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นดังนี้ โดยใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี จำนวน 60 ราย พบว่า อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 92.5 เป็น 94.8 ระยะเวลาเฉลี่ยในการใช้เครื่องช่วยหายใจและคาท่อช่วยหายใจ ลดลงจาก 23.8 เป็น 20.6 ชั่วโมง และ 31.3 เป็น 27.7 ชั่วโมง ตามลำดับ อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 93.3 ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่ในห้องผู้ป่วยหนักลดลงจาก 2.9 วัน เป็น 2.3 วัน ด้านความปลอดภัย พบว่า อุบัติการณ์เกิด VAP ลดลงจาก 3 ครั้ง เป็น 0 ครั้ง อัตราการปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน VAP ร้อยละ 90.7 และอุบัติการณ์ดึงท่อช่วยหายใจออกลดลงจาก 4 ครั้ง เป็น 2 ครั้ง อัตราการจ้องเตียงสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 47.9 เป็น 68.3 และความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 81.6 เป็น 86.6

การอภิปรายผล

1. **ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ** สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ศรีไชย และคณะ²⁷ ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดและกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่พบว่า การมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่ในการประสานการดูแลที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ส่งผลดีต่อผู้ป่วย มีความพึงพอใจต่อบริการเพิ่มขึ้น ลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล และลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน เช่น การดึงท่อช่วยหายใจและ การเกิด VAP สะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพของการจัดการความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. **ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ** โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ต่อการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีความพึงพอใจในระดับสูง โดยเฉพาะทีมพยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีอัตราความพึงพอใจเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 74 เป็น 85



เนื่องจากระบบการจัดการรายกรณี ทำให้มีแนวทางการปฏิบัติงานชัดเจน รวมทั้งบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ที่ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขา ซึ่งทุกขั้นตอน มีระบบการสื่อสารและประสานงานที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของราศี สีนะกุล²⁵ ที่ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่าพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีความสำคัญในการช่วยประสานงาน การดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เพราะระบบการพยาบาลนี้ มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ทำให้เกิดการปฏิบัติงานของพยาบาลและทีมสหสาขา และสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ ไตรภทร²⁶ ที่ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังได้รับการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีอยู่ในระดับสูง รวมทั้งผลการศึกษาของพัชรี คงปลอด³⁰ ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการตามโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ และความพึงพอใจของพยาบาลหลังจากนำโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปปฏิบัติกับผู้ป่วยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เพราะทีมได้ร่วมกันวางแผนล่วงหน้า กำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ปัญหาที่พบมาปรึกษาและหาทางแก้ไขร่วมกันโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและการทำงานของทีมเป็นอย่างดี³³⁻³⁶

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยใช้การจัดการรายกรณี ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่รับไว้ในห้องผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีระบบและวิธีปฏิบัติดูแลที่ยุ่งยากและซับซ้อน ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารสูงสุดทางการพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในกำหนดนโยบายและประสานงานกับทีมสหสาขา ในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย

ได้มาตรฐาน ภายใต้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด ซึ่งระบบบริการพยาบาลที่ใช้ นั้น ต้องเอื้อต่อการทำงานของพยาบาลยุคใหม่ ที่ภาระงานหนัก ให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาได้อย่างมีความสุข ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านการฟื้นฟูสุขภาพกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว สิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงวิสัยทัศน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม มีผลลัพธ์ชัดเจน ของผู้นำทางการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้การจัดการรายกรณี ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มโรคอื่น ๆ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่มีภาวะเสี่ยงและค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งการพัฒนาเครือข่ายที่ร่วมดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต การกลับมารักษาซ้ำที่ห้องผู้ป่วยหนักหรือโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อน/ความเสี่ยงจากการรักษาพยาบาล จำนวนวันนอนห้องผู้ป่วยหนักหรือจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดร.ประภาพร สุวรรณ์ชัย หัวหน้าหน่วย ICU HUB โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อ.ดร.นุสรา ประเสริฐศรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คุณศศิธร ชำนาญผล และคุณสุเพียร โภคทิพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่ได้ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์. ในอังกาบ ปราการรัตน์ และ วรภา สุวรรณจินดา. ตำราวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2548.



2. สหชล ปุญญถาวร, วรธนา สมบูรณ์วิบูลย์. ใน อรณูช เกี่ยวข้อง และเทวารักษ์ วีระพัฒกานนท์. วิสัณณูญีวิทยาขัันตั้น กรุงเทพา: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
3. วรธนา สมบูรณ์วิบูลย์. ในเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. ผู้ป่วยวิกฤตกับการพยาบาล. กรุงเทพา: ตีรณสาร; 2553.
4. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค้ อุบลราชธานี. รายงานประจำปี 2550. อุบลราชธานี: หจก. อุบลกิจออฟเซทการพิมพ์ ; 2550: 135-140.
5. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค้ อุบลราชธานี. รายงานประจำปี 2551. อุบลราชธานี: หจก. อุบลกิจออฟเซทการพิมพ์ ; 2551: 139-144.
6. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค้ อุบลราชธานี. รายงานประจำปี 2552. อุบลราชธานี: หจก. อุบลกิจออฟเซทการพิมพ์ ; 2552: 138-143.
7. พนาภรณ์ ปันตดา. ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพา: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
8. อรสา หงิมรึกษา. การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยคัดสรรบางประการที่สัมพันธ์กับระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลตากสิน.(วิทยานิพนธ์). กรุงเทพา: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
9. สุนทรี เจียรวิทยากิจ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ต่อการปฏิบัติและความพึงพอใจของพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพา: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
10. เพ็ญศรี ละออ, สุภาภรณ์ ต้วงแพง, วัลภา คุณทรงเกียรติ, เขมารดี มาสิงบุญ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว ต่อความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์. 2550; 15: 11-22.
11. อรชร มาลาหอม, ยุพเรศ จำรัสธนสาร. การใช้แผนการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในห้องผู้ป่วยหนักคัลยกรรม. อุบลราชธานี: งานคุณภาพห้องผู้ป่วยหนักคัลยกรรมรวม กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค้ อุบลราชธานี; 2551.
12. แก้วสุกรสุขในปริณบุญบุญพงศ์, อรณูช เกี่ยวข้อง และเทวารักษ์ วีระพัฒกานนท์. วิสัณณูญีวิทยาขัันตั้น. กรุงเทพา: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
13. Drakulovic M. The effect of nursing position in mechanically ventilated patients in ICU on the incidence of Ventilator Associated Pneumonia (VAP). Lancet 1999; 354 (9193): 1851-1858.
14. Schleder BJ. Taking charge of ventilator-associated pneumonia. Nursing Management 2003; 34 (8):27-32.
15. Brooks T. Reducing the Risk of Ventilator-Associated Pneumonia. HICPAC/SHE Guidelines Debate 2004: 1-6.
16. Pesola GR. Ventilator-Associated Pneumonia in institutionalized elders: are truth a reservoir for respiratory pathogens. Chest Nov; 2004.
17. Cindy L, et al. Oral health and Care in the Intensive Care Unit: State of the science. American Journal of Clinical care 2004; 13: 25-34.
18. Krnabetter R, et al. The effects of active and passive humidification on Ventilator - Associated nasocomial Pneumonia. Anaesthetist Jan 2004; 53(1): 29-35.
19. William C, et al. Can you prevent Ventilator-Associated Pneumonia. Nursing 2005; May 35 (5): 4-7.
20. Safdar N. The pathogenesis of Ventilator-Associated Pneumonia: Its relevance to developing effective strategies for prevention. Respir Care Journal 2005; 50(6): 725-741.
21. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค. แนวทางปฏิบัติป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. กรุงเทพา: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2552.
22. เรวดี ตีรนคร, ยุวดี เกตสัมพันธ์, ผ่องพรรณ ธนา, สุวิภา นิตยางกูร. Case management. หนังสือประกอบการประชุมระดับชาติ (National forum on Hospital Accreditation) วันที่ 23-25 กุมภาพันธ์ 2543 โรงแรมอิมพีเรียล คิวินสปาร์ค. กรุงเทพา: J.S. การพิมพ์; 2543.



23. Poole PJ, et al. Case management may reduce length of hospital stay in patients with recurrent admissions for chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology* 2001; 6: 37-42.
24. วราภรณ์ มารักษา. การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อความพึงพอใจในบริการและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
25. ราตรี ลีระกุล, ทศนา บุญทอง, กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, วันเพ็ญ พิษิตพรชัย. การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. *วารสารวิจัยทางการแพทย์* 2549; 10: 120-32.
26. ศุภชัยย์ ฐิพิมาย. ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของบุคลากร. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
27. จิราภรณ์ ศรีไชย. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
28. พรทิพย์ ไตรภักดิ์. ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
29. จิราพร ลิมากร. ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
30. พัชรี คงปลอด. ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
31. อัญชัญ ไพบูลย์. ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
32. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, อุไร พานิชยอนุสรณ์, ลัดดาวลัย ทัดศรี, รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย. *Quality in Nursing and Learning Organization*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด; 2547.
33. วิลาวัลย์ แก้วอ่อน, วาสนา รวยสูงเนิน. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองหลังเกิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2552; 27(2): 33-40.
34. ทองเปลว กันอุไร, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, มนพรชาติธานี, อัญชลิยงยุทธ. ผลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2554; 29(1): 25-34.
35. วรรณพร ทองประมูล. การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุนหภูมิภายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดและใช้ยาระงับความรู้สึก ในโรงพยาบาลนครนายก. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2553; 28(2): 5-13.
36. ทวีชิตยา มาลัยกรอง, วิภา แก้วเคน, ทศนีย์ แดขุนทด, ปิยนุช บุญทอง. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบการจัดการรายโรค โรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2553; 28(3): 5-13.



The Development of Postoperative Care System: Case Management Model in Surgical Intensive Care Unit, Sappasithprasong Hospital, UbonRatchathani

Wanpen Dongmala B.N.S.*

Orachon Malahom M.S.M.**

Abstract

The purpose of this research was to develop and analyze the case management model of postoperative care for mechanically ventilated patients at Surgical Intensive Care Unit, Sappasithprasong Hospital, Ubon-Rathchathani during October, 2009 – May 2010. The case management model of the postoperative care was developed by 12 members of multidisciplinary party including surgeons, anesthesiologists, nurses and physical therapists. The caring team included 35 members of health professions to deliver designed system to 60 postoperative –mechanically ventilated patients at Surgical Intensive Care Unit. The quantitative data were collected by questionnaires that established by our team. The descriptive statistic was used to analyze the data, i.e. frequency, percentage, mean score and standard deviation. As a result, the guidelines of care for postoperative– mechanically ventilated patients by multidisciplinary team provided practices of weaning ventilator, managing patients' pain, preventing ventilator association pneumonia (VAP). The outcomes in the patients indicated increasing success of weaning the ventilation from 92.5% to 94.8%, decreasing numbers of patients' self extubation from 12.3% to 3.3% and decreasing incidence of VAP from 3 cases to none. The average time of patients on ventilator was reduced from 23.8 hours to 20.6 hours, as well the length of stay declined from 2.9 days to 2.3 days. There was no patient readmitted to SICU within 48 hours. The satisfaction of patients improved from 81.6 % to 86.6 %, and the satisfaction of health care providers increased from 74% to 85%. The achievement factors of this study were the increase in multidisciplinary collaboration, the systematic change of care for patients, thus the patient care was prompt, continuing, safe and efficient, and the system of monitoring and evaluation. The suggestions of this study were to apply this case management model of postoperative care for mechanically ventilated patients to other surgical intensive care units. In addition, we need to develop case manager role and networks of patients' care system during pre/ post operation and discharge, in order to decrease mortality and re–admitted rate, clinical risks and complications.

Keywords: postoperative care system, case management model

**Register Nurse, Senior Professional Level, Head Nurse of Department Nursing; Sappasithprasong Hospital*

***Register Nurse, Senior Professional Level, Assistant Supervisor of Surgical Intensive Care Unit; Nursing Department, Sappasithprasong Hospital*



การเสริมสร้างพลังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการสร้างทีมสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็ง หมู่ที่ 3 ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

ศรีเมือง พลังฤทธิ์ ศศ.ต.*

อลิสสา รัตนตะวัน พ.บ.**

ชุมพวงต์ อมาตยกุล วท.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมสร้างทีมสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็ง วิธีดำเนินการวิจัย จัดเวทีกลางให้ผู้เข้าร่วมมาสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สร้างทีมสร้างเสริมสุขภาพ กำหนด วิสัยทัศน์และแนวทางการพัฒนาทีม ทีมวิเคราะห์ชุมชน วางแผนเขียนโครงการ ดำเนินโครงการ และประเมินผล โครงการ

ผลการวิจัย ได้ทีมสร้างเสริมสุขภาพมี 22 คน มีวิสัยทัศน์ว่า “ร่วมใจสามัคคี จิตแจ่มใส ร่างกายแข็งแรง” จัดทำโครงการ 3 โครงการ ทีมเข้าร่วมเวทีกลาง 12 ครั้ง เฉลี่ย 15 คน/ครั้ง แสดงความคิดเห็นอย่างหลากหลาย ผลการประเมินทีม ร้อยละ 80 สามารถค้นหาปัญหาได้ ร้อยละ 85 วิเคราะห์ข้อมูลได้ ร้อยละ 95 จัดลำดับความสำคัญได้ ร้อยละ 85 วางแผนได้ ร้อยละ 75 สร้างเครือข่ายได้ ร้อยละ 25 คิดทำโครงการใหม่ๆ ได้ ทีมกล้าแสดงความคิดเห็น เป็นผู้นำ แนะนำและถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่น ติดต่อกับวิทยากร ชักจูงผู้อื่นมาเข้าร่วมกิจกรรม และมีความสามัคคีกัน อภิปรายผลว่า ทีมมีความหลากหลายตามสถานะภาพ ทำให้การดำเนินงานครอบคลุมทั้งกลุ่มวัยรุ่น วัยกลางคน และ วัยสูงอายุ วิสัยทัศน์ทำให้มีทิศทางร่วมกันที่ชัดเจนเกิดความมุ่งมั่น ทีมมีความรับผิดชอบ มีการบริหารจัดการที่ดี การมาร่วมเวทีสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีส่วนร่วม ดูแลสุขภาพ การร่วมกัน วิเคราะห์ชุมชน ตัดสินใจ คิดวางแผนทำกิจกรรม เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งหมดเป็นกระบวนการสร้างเสริมทีม ให้เข้มแข็ง โดยมีข้อเสนอแนะว่าควรขยายแนวร่วม/ เครือข่าย รวมทั้งการประสานกับองค์กรท้องถิ่นเพื่อผลักดัน ให้เกิดนโยบายสาธารณะ ความต่อเนื่องของกิจกรรมและการพัฒนาชุมชนเป็นสิ่งที่ต้องการการสนับสนุน เพื่อให้เกิด กระบวนการขับเคลื่อนทางสังคมที่มุ่งสู่สุขภาพที่ดี

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน ทีมสร้างเสริมสุขภาพ กฎบัตรออตตาวา ความเข้มแข็ง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพคือสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ¹ สุขภาพจึงเป็นองค์รวม การมีสุขภาพดีขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบสุขภาพจึง แยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่ต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของ ความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ที่พัฒนาทั้งทางด้านวัฒนธรรม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี การเมืองการปกครอง และสิ่งแวดล้อม

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่ม ศักยภาพให้คนเรามีความสามารถในการควบคุมดูแล สุขภาพตนเองให้ดีขึ้น สามารถพึ่งตนเองได้¹⁻³ เป็นการ สร้างสุขภาพทำให้มีร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ไม่ต้อง สิ้นเปลืองงบประมาณ และสามารถพัฒนาประเทศชาติ ให้เจริญก้าวหน้าได้อย่างมาก องค์การอนามัยโลก จัด ประชุมครั้งสำคัญ ณ เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อปี ค.ศ. 1986 ประกาศ “กฎบัตร ออตตาวา”

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** อาจารย์ แพทย์หญิง สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** รองศาสตราจารย์ สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



(Ottawa Charter) ได้กำหนดกลยุทธ์ดังนี้ 1) Advocate เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณะเพื่อสร้างกระแสทางสังคม 2) Enable เป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ 3) Mediate เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่ม/หน่วยงานต่างๆ ในสังคม กฎบัตรออกตาวามีกิจกรรมที่สำคัญคือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ 3) การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน 4) พัฒนาทักษะบุคคล 5) การปรับระบบบริการสุขภาพ³ ต่อมา มีประกาศกฎบัตรกรุงเทพฯ (Bangkok Charter) ประกอบด้วย 5 วาระ ได้แก่ 1) การชี้แนะให้อยู่บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน 2) กำหนดนโยบายฯ เกี่ยวข้องอย่างยั่งยืนในการจัดการปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ 3) ให้สร้างศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ 4) สร้างพันธมิตรด้านสุขภาพ 5) ใช้มาตรการทางกฎหมาย⁴ งานส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยงานต่างๆ เช่น การสุขศึกษา การโภชนาการ สุขวิทยาส่วนบุคคล การอนามัยสิ่งแวดล้อม การสุขภาพจิต การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก สุขวิทยาจิต เป็นต้น

การสร้างทีมสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ซึ่งการดำเนินงานควรสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน ซึ่งหากแกนนำและคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างทีมสร้างเสริมสุขภาพ อันเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม น่าจะทำให้เกิดภาคีชุมชนร่วมกันพัฒนาความรู้และกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมพลังให้ชุมชน โดยใช้ทุนทางสังคมและเน้นภูมิปัญญาท้องถิ่น มีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยน กระบวนทัศน์ ค่านิยม ความเชื่อ และพฤติกรรม นำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงและสร้างปัจจัยที่เอื้อต่อสุขภาพะ ดังนั้นการสร้างทีมสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็งโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นสิ่งที่น่าจะทำให้เกิดการสนับสนุนคนในชุมชนให้มีสุขภาพดี และเกิดการพัฒนที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากลวิธี/รูปแบบการสร้างทีมสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็งโดยชุมชนมีส่วนร่วม
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของทีมสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็งโดยชุมชนมีส่วนร่วม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบ เป็นการประยุกต์การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)⁵

พื้นที่ศึกษา เลือกจังหวัดปทุมธานี อำเภอลำลูกกา ตำบลคูคต หมู่ที่ 3 แบบเฉพาะเจาะจง เนื่องจากเป็นพื้นที่ทำวิจัยต่อเนื่องและชุมชนต้องการทีมดูแลด้านสุขภาพ หมู่ที่ 3 มี 19 ชุมชน จึงเลือกทำวิจัยใน 3 ชุมชนตามคำแนะนำของผู้นำองค์กรส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ชุมชนเป็ยรันนท์ 4 ชุมชนอุดมทรัพย์ และชุมชนพกบัณฑิต

ผู้เข้าร่วมวิจัย การได้มาซึ่งผู้ร่วมวิจัย เริ่มจากประธานชุมชน เชิญแกนนำชุมชน และแกนนำชุมชนชักชวนผู้สนใจที่เต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม การสังเกต การบันทึกเสียง การถ่ายภาพ/วิดีโอ การประเมินผลตามกิจกรรม และการจดบันทึก

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบลงทะเบียนแบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินตนเอง เทปบันทึกเสียงและกล้องถ่ายรูป/กล้องวิดีโอ

คุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามทัศนคติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว

ขั้นตอนดำเนินงาน มีดังนี้

เริ่มจากผู้วิจัยเข้าพบนายกเทศมนตรี และรองนายกเทศมนตรี เทศบาลเมืองลำสามแก้ว เพื่อแจ้งเรื่องที่จะทำวิจัยในพื้นที่ อธิบายถึงโครงการวิจัย ขอคำปรึกษาและคำแนะนำ หลังจากนั้นได้มีการจัดเวทีประชุมทั้งหมด 6 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 สำหรับแกนนำและผู้สนใจผู้วิจัยชี้แจงถึงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลาถามความคิดเห็น “ถ้าจะสร้างทีมสร้างเสริมสุขภาพ



ควรประกอบด้วยใครบ้าง และมีตำแหน่งบทบาทหน้าที่อย่างไร” และระดมสมองเพื่อเตรียมสร้างทีมสร้างเสริมสุขภาพ หาสมาชิกของทีม ครั้งที่ 2 ทีมสร้างเสริมสุขภาพร่วมคิดวิสัยทัศน์วัตถุประสงค์แนวทางการพัฒนาทีมให้เข้มแข็งและยั่งยืน และร่วมกันเสนอกิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมสำรวจครัวเรือนโดยทีม โดยแบ่งกันสำรวจด้วยแบบสำรวจที่ช่วยกันสร้างขึ้น ใช้เวลาสำรวจ 1 เดือน ครั้งที่ 3 ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา ครั้งที่ 4 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และ/หรือความต้องการด้านสุขภาพ ตรวจสอบสุขภาพให้ทีม และถ่ายทอดความรู้ให้ทีม เรื่องอาหารและโภชนาการ เน้นเกี่ยวกับหมู่อาหารสารอาหาร หลังจากการจัดเวทีครั้งที่ 4 ได้มีการดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยนักศึกษาแพทย์และอาจารย์แพทย์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เป็นการบูรณาการกับการเรียนการสอนเป็นกิจกรรมเสริม ครั้งที่ 5 ถ่ายทอดความรู้ให้ทีม เรื่องอาหารและโภชนาการ เน้นเกี่ยวกับ ข้าว แป้ง น้ำตาล ไขมัน และครั้งที่ 6 ถ่ายทอดเรื่องการเขียนโครงการ และแบ่งกลุ่มย่อยฝึกปฏิบัติเขียนโครงการ เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการ ได้แก่ โครงการกินอยู่อย่างไรให้มีความสุข 3 ครั้ง โครงการกีฬาชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ และโครงการอบรมเยาวชนคนรุ่นใหม่ใส่ใจสุขภาพจากนั้นประเมินผลการดำเนินงาน⁶ โดยใช้แบบประเมินตนเอง

เมื่อสิ้นสุดการดำเนินโครงการได้มีการประชุมและสรุปร่วมกัน ระหว่างเทศบาลเมืองลำสามแก้ว แกนนำท้องถิ่น ทีมสร้างเสริมสุขภาพ และคณาจารย์ผู้ทำวิจัยของโครงการจัดตั้งสถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยพยายามนำแต่ละกิจกรรมไปหนุนเสริมกิจกรรมอื่นๆ ต่อไปเพื่อทำให้เกิดความสนิทสนมคุ้นเคย และเกิดการมีส่วนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) จากการถอดเทปข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยให้เป็นไปตามความสมัครใจไม่บังคับ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่ได้รับ วิธีการ ระยะเวลาที่ใช้ ข้อมูลรายบุคคลเก็บไว้เป็นความลับ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย และยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม

ผลการวิจัย

1. ผลการสร้างทีมสร้างเสริมสุขภาพ

1.1 ลักษณะของทีม คนในชุมชนรวมตัวกันได้ 1 ทีม มีสมาชิก 22 คน ประกอบด้วย แกนนำชุมชน 14 คน (ประธานชุมชน 3 คน รองประธานชุมชน กรรมการกองทุนหมู่บ้าน ประชาสัมพันธ์ชุมชน เลขานุการชุมชน กรรมการกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2 คน นายทะเบียนชุมชน เภรัญญิกชุมชน กรรมการชุมชน 2 คน) ที่เหลือเป็นตัวแทนวัยรุ่น 2 คน ตัวแทนวัยกลางคน 5 คน ตัวแทนวัยสูงอายุ 1 คน ทีมมีหลากหลายสถานะภาพ เช่น วัย การศึกษา อาชีพ สำหรับตำแหน่งบทบาทหน้าที่มี ประธาน รองประธาน 3 คน เลขานุการ ผู้ช่วยเลขานุการ ประชาสัมพันธ์ 3 คน ปฏิคม 3 คน และกรรมการ 10 คน

1.2 วิสัยทัศน์ของทีม คือ “ร่วมใจสามัคคี จิตแจ่มใส ร่างกายแข็งแรง”

1.3 วัตถุประสงค์ของทีมเพื่อ 1) ให้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ทีม ครอบครัวของทีม และชุมชนมีสุขภาพดี และ 2) ให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

1.4 แนวทางการพัฒนาทีมให้เข้มแข็งและยั่งยืน 1) การมีกิจกรรมร่วมกันบ่อย ๆ 2) การพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ อยู่เสมอ 3) การให้ความรู้กับทีมในเรื่องต่างๆ 4) การสร้างความสามัคคีในทีม 5) การสร้างกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมและดึงคนในชุมชนมาร่วม และ 6) การเข้าหาชุมชน

2. ผลการดำเนินงานของทีมสร้างเสริมสุขภาพ

2.1 ทีมวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน และจัดลำดับความสำคัญ ทีมร่วมกันเสนอปัญหาและ/หรือความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน และเสนอกิจกรรมสำรวจชุมชนโดยออกแบบสำรวจ และดำเนินการสำรวจครัวเรือน ได้ร้อยละ 40.97 (215 จาก 526 ครัวเรือน) ได้ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน และนำมาจัดลำดับความสำคัญ โดยการให้คะแนน มากหรือง่าย 3 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน น้อยหรือยาก 1 คะแนน ผลการลงประชามติของทีม ทำให้ได้เรื่องที่ได้จัดทำเป็น



โครงการ 3 เรื่อง ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องอาหารสุขภาพ และสมุนไพร 2) การจัดกีฬาร่วมกัน 3) การอบรมคุณธรรม จริยธรรม การให้ความรู้เรื่องการขับขี้นปอดภัย และการให้ความรู้เยาวชนวัยรุ่นในเรื่องที่ควรรู้ (รวมประเด็นที่ 3, 5, 6)

2.2 ทีมเพิ่มพูนความรู้ทีมได้รับการอบรม ทำให้ทีมมีความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการเพิ่มจาก 11.1 เป็น 14.8 คะแนน ทักษะคิดดีขึ้นจาก 3.4 เป็น 3.5 ความพึงพอใจเฉลี่ย 4.45

2.3 ทีมวางแผนเขียนโครงการ และร่วมกันเขียนโครงการ เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันเหมือนกับการทำโครงการต่างๆ ที่ต้องเขียนโครงการเสนอ และที่สำคัญยังเป็นแนวทางให้กับทางทีมหรือชุมชนได้ศึกษา เพื่อเป็นตัวอย่างในการของบประมาณในการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ จากหน่วยงานอื่นๆ ได้อย่างถูกต้อง ผลการวางแผน เขียนโครงการ ได้ 3 โครงการ เพื่อกำหนดวิธีการแก้ไข และปฏิบัติการ สถานที่จัดที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนี้ 1) โครงการอบรมเยาวชนคนรุ่นใหม่ ใส่ใจสุขภาพ โดยจัดอบรมเยาวชน 1 วัน ภาคเช้า เรื่องสารเสพติดกับวัยรุ่น ภาคบ่าย เรื่องการป้องกันและการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ตั้งเป้าหมายไว้ 30 คน ซึ่งเน้นที่กระบวนการ จัดเป็นกลุ่มย่อย หาวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านนี้มาดำเนินการ 2) โครงการกินอยู่อย่างไรให้มีความสุข เป็นการบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ โดยจัดให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เช่น อาหารที่ชุมชนนิยมบริโภค โครงการนี้จัด 3 ครั้ง ครั้งละครึ่งวัน ตั้งเป้าไว้ครั้งละ 30 คน เน้นการปรับวิชาการให้เป็นเรื่องเข้าใจง่าย สนุก เห็นตัวอย่างของจริง สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง โดยการนำอาหารจริงที่ชุมชนรับประทานมาเรียนรู้ เช่น ปาท่องโก๋ หมูπίง ขนม กาแฟ บะหมี่สำเร็จรูป 3) โครงการกีฬาชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการจัดแข่งขันกีฬาพื้นบ้าน 1 วัน ตั้งเป้าหมายไว้ 80 คน มีการจัดกีฬาพื้นบ้าน ทุกเพศทุกวัย เพื่อดึงคนมาร่วมงาน ทีมคิดเองว่าจะแข่งขันกีฬาประเภทใด จัดหาวัสดุอุปกรณ์เตรียมการต่างๆ

2.4 ผลการดำเนินการตามโครงการพบว่า

1) โครงการอบรมเยาวชนคนรุ่นใหม่ใส่ใจสุขภาพ ตั้งเป้าเป็นกลุ่มเยาวชน/วัยรุ่น 30 คน

มาเข้าร่วม 34 คน กับอีก 18 คน เป็นทีมสร้างเสริมสุขภาพที่คอยอำนวยความสะดวกและคอยสังเกตการณ์กลุ่มเยาวชนจาก 34 คน มีความรู้เพิ่มขึ้น 28 คน (ร้อยละ 82.4) โดยผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ถูกต้องมากขึ้น เช่น สาเหตุการติดต่อ ระยะฟักตัวของโรคเอดส์ (ได้รับเชื้อแล้ว 5 ถึง 10 ปี จะปรากฏอาการ) การตรวจหาเชื้อต้องหลังมีพฤติกรรมเสี่ยงมาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ การใช้ถุงยางอนามัย ได้รู้จักกันมากขึ้น ช่วยเหลือกันได้ เช่น น่องอยากให้พี่ปกป้องน่องเป็นตัวอย่างให้น้อง พี่เข้มแข็งดูแลปกป้องน่องได้ เมื่อมาเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ได้รับทราบความต้องการของกันและกัน เกิดความพึงพอใจโดยรวม จากการถาม 34 คน พบว่า พึงพอใจมากที่สุด 11 คน (ร้อยละ 32.4) พอใจมาก 9 คน (ร้อยละ 26.5) พอใจปานกลาง 12 คน (ร้อยละ 35.3) พอใจน้อย 2 คน (ร้อยละ 5.9) เฉลี่ย 3.89 นอกจากนี้ยังพบว่า การอบรมนี้เน้นกระบวนการกลุ่ม ปรับทัศนคติ สร้างความตระหนักให้กับเยาวชน

2) โครงการกินอยู่อย่างไรให้มีความสุข ครั้งที่ 1 เรื่องอาหารและโภชนาการ มีผู้เข้าร่วม 30 คน มีความรู้ถูกต้องมากขึ้นจาก 11.6 เป็น 13.9 คะแนน และมีทัศนคติดีขึ้นจาก 3.5 เป็น 3.8 คะแนน นอกจากนี้ยังรู้จักอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง และรู้จักอาหารที่มีไขมันทรานส์สูง สำหรับความพึงพอใจโดยรวมพอใจมากที่สุด 8 คน (ร้อยละ 29.6) พอใจมาก 14 (ร้อยละ 51.9) พอใจปานกลาง 5 คน (ร้อยละ 18.5) เฉลี่ย 4.11 ครั้งที่ 2 เรื่องอาหารที่มีสารพิษปนเปื้อน มีผู้เข้าร่วม 31 คน มีความรู้ถูกต้องมากขึ้นจาก 11.1 เป็น 13.1 คะแนน และมีทัศนคติดีขึ้นจาก 3.8 เป็น 3.9 คะแนน สำหรับความพึงพอใจโดยรวม พึงพอใจมากที่สุด 21 (ร้อยละ 70) พอใจมาก 9 (ร้อยละ 30) เฉลี่ย 4.7 และครั้งที่ 3 กินอย่างไรไม่เป็นโรค มีผู้เข้าร่วม 58 คน มีความรู้ถูกต้องมากขึ้นจาก 14.1 เป็น 17 คะแนน สำหรับความพึงพอใจโดยรวม พึงพอใจมากที่สุด 30 คน (ร้อยละ 61.2) พอใจมาก 16 คน (ร้อยละ 32.7) พอใจปานกลาง 2 คน (ร้อยละ 4.01) พอใจน้อยที่สุด 1 คน (ร้อยละ 2.0) เฉลี่ย 4.5 ถ่ายทอดความรู้ โดยการทบทวนวิชาการให้เข้าใจแก่การเข้าใจ ให้เห็นตัวอย่างจริงที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชนนี้ มีความสามารถรับรู้อื่น ๆ คิดเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น



3) โครงการกีฬาชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ มีผู้เข้าร่วม 82 คน โดย 18 คนเป็นทีมสร้างเสริมสุขภาพ 52 คนเป็นประชาชนผู้สนใจในชุมชนทุกเพศทุกวัย และ 12 คนเป็นองค์กรส่วนท้องถิ่น พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการได้เรียนรู้ทำบริหารร่างกายมีการนำคนในชุมชนข้างเคียงมาเป็นวิทยากรสาธิตทำฤกษ์ตัดตน เป็นการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ข้างเคียง ความรู้ชุมชน และเป็นการสร้างเครือข่าย ได้ออกกำลังกาย กีฬาที่บ้าน เช่น การเตะปัด การวิ่งกระสอบ การเหยียบลูกโป่ง แก้อัฒนตรี การแข่งขันนั่งทับลูกโป่ง การแข่งขันกินวิบาก การแข่งขันปิดตาป้อนอาหาร เป็นต้น ซึ่งเป็นการอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมไทย ได้รับความสนุกสนาน เล่นได้ทุกเพศทุกวัย ได้รับความสามัคคี องค์กรส่วนท้องถิ่นร่วมกิจกรรมแสดงถึงการให้ความสำคัญของกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน อันจะเป็นแนวทางในการสร้างนโยบายสาธารณะต่อไป ในอนาคต ความพึงพอใจโดยรวม จากการสุ่มถาม 43 คน พบว่า มีพึงพอใจมากที่สุด 20 คน (ร้อยละ 46.5) พอใจมาก 19 คน (ร้อยละ 44.2) พอใจปานกลาง 4 คน (ร้อยละ 9.3) เฉลี่ย 4.4 การดำเนินการ ทีมเป็นผู้จัดการ เช่น ประเภทของกีฬา รางวัล กรรมการประชาสัมพันธ์ สถานที่

3. ผลการประเมินผลการดำเนินงานของทีมสร้างเสริมสุขภาพ จากแบบสอบถามทีม 20 คน พบว่า ความสามารถในการค้นหาปัญหาได้ร้อยละ 80 วิเคราะห์ข้อมูลได้ร้อยละ 85 จัดลำดับความสำคัญได้ร้อยละ 95 วางแผนได้ร้อยละ 75 สร้างเครือข่ายได้ร้อยละ 75 คิดทำโครงการใหม่ๆ ได้ร้อยละ 25 ศักยภาพของสมาชิกคือ อธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจ วางแผนเขียนโครงการให้ความรู้ แนะนำผู้อื่น ถ่ายทอดข้อมูล เป็นผู้นำในการชักจูง แสดงความคิดเห็น สามัคคีกัน วางแผนติดต่อวิทยากร รวบรวมคนเข้าร่วมโครงการ ข้อเด่นของทีม มีความพร้อม มีความร่วมมือกัน มีความรับผิดชอบ มีประสบการณ์ ข้อต่อของทีม สมาชิกน้อยไป ในการประชุมมาไม่ครบ บางคนขาดการแสดงออก หากจะให้ความยั่งยืน ต้องร่วมมือร่วมใจมากกว่านี้ ประชุมบ่อยๆ และต่อเนื่อง รู้แหล่งทรัพยากรร้อยละ 35 ปัญหาอุปสรรควางไม่ตรงกัน สถานที่อากาศร้อน งบประมาณจำกัด สำหรับกับกลวิธีสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า การมี

ส่วนร่วมของชุมชนเกิดขึ้นได้ จากการสร้างเวทีกลางให้แกนนำและผู้สนใจเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การยอมรับฟัง การมีวิสัยทัศน์วัตถุประสงค์ร่วมกัน การได้ร่วมกันคิด วางแผน ลงมือทำ และประเมินผลร่วมกัน เป็นการพัฒนาศักยภาพและสุขภาพอย่างสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

การอภิปรายผล

1. ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างทีมสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็ง พบว่า คนในชุมชนร่วมกันสร้างทีมสร้างเสริมสุขภาพได้ 1 ทีม มีสมาชิก 22 คน เมื่อคิดอัตราส่วน พบว่า 3 ชุมชน มี 250 คริวเรือน ดังนั้นเท่ากับ 1 คนต่อ 12 - 13 คริวเรือนที่คาดว่าจะสามารถดูแลได้ทั่วถึง และการที่คนในชุมชนรู้จักกัน มีแกนนำชุมชน คนในชุมชนสามารถเสนอและเลือกสมาชิกของทีมได้ ส่วนหนึ่งเป็นแกนนำชุมชนอยู่แล้ว รวมทั้ง อสม. อีกส่วนหนึ่งเคยทำงานร่วมกันมา รู้จักกัน บ้านใกล้กัน เป็นญาติกัน องค์ประกอบของทีม เป็นแกนนำชุมชน 14 คน (ร้อยละ 63.6) ทั้งหมดครอบคลุมวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ ทีมประกอบด้วย คนหลากหลายวัยและหลากหลายสถานะภาพ จากการสังเกตผู้ที่มีร่วมทีมเป็นผู้ที่มีความรู้ทำงานราชการ รัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย มีภาวะผู้นำ กล้าพูด กล้าแสดงความคิดเห็น มีศักยภาพ สามารถออกมาแนะนำการพูดคุยได้ การที่ทีมประกอบด้วย แกนนำชุมชนแสดงถึงการใช้ทรัพยากรมนุษย์ เป็นการระดมทุนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด การปฏิบัติ อีกทั้งความหลากหลายกลุ่มวัยทำให้เข้าใจปัญหาและความต้องการของกลุ่มวัยต่างๆ อย่างครอบคลุม และเมื่อมาเป็นทีมเดียวกันทำให้ได้เห็นตัวอย่าง ภาวะผู้นำ เป็นการเรียนรู้ สืบทอดการทำงานต่อไปในอนาคตได้ ตำแหน่งบทบาทหน้าที่ เป็นสิ่งที่คนในชุมชนคุ้นเคย จึงกำหนดได้ว่าต้องมีประธาน รองประธาน เลขานุการ โดยคำนึงถึงการทำงานให้เกิดประสิทธิผล ดังนั้นบางตำแหน่งจึงอยู่กระจายทั้ง 3 ชุมชน เช่น รองประธาน ประชาสัมพันธ์ เพื่อการทำงานได้อย่างทั่วถึง วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ สมาชิกของทีมมีส่วนร่วมกันกำหนดเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็น เพราะจะทำให้มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน มีทิศทางเดียวกัน เกิดการพัฒนาของ



ทีมงานเกิดความพยายามในการทำงาน เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามที่ทีมต้องการ

ที่กล่าวมาสอดคล้องกับปัจจัยในการกำหนดโครงสร้างของทีมซึ่งมีการกำหนดส่วนประกอบของทีม การกำหนดบทบาทหน้าที่และแต่งตั้งผู้นำ การติดต่อกัน ภายนอก การกำหนดขนาดของทีม และการเลือกสมาชิก สำหรับคุณลักษณะของทีมงานที่ประสบความสำเร็จ ควรประกอบด้วย 1) เป้าหมาย 2) ความเป็นผู้นำ 3) ความไว้วางใจ 4) ความคิดสร้างสรรค์ 5) ความเป็นเอกฉันท์ และ 6) การแสดงออก⁷⁻⁹ และจาก Team Based Learning (TBL) ทำให้เกิดผลลัพธ์ คือ 1) ความพึงพอใจ 2) การถกเถียงกันของทีมเพิ่มขึ้นทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ 3) สมรรถนะทางวิชาการของทีมได้เกิดการพัฒนา 4) มีการทำงานร่วมกันเพิ่มขึ้น สำหรับในด้านการบริหารจัดการ ทำให้เกิดการประสานงานกลาง และเกิดความเอาใจใส่ทางบวกในการทำงานของทีม¹⁰ นอกจากนี้แนวทางการพัฒนาทีมเข้มแข็งและยั่งยืนพบว่า สมาชิกของทีมต้องมีส่วนร่วม ร่วมกันคิดและทำกิจกรรม เป็นการดึงและเพิ่มศักยภาพของสมาชิกทีม โดยการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ กัน อยู่เสมอ เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพิ่มความรู้เพื่อให้เกิดการนำไปสู่การปฏิบัติหรือมีทักษะที่ถูกต้อง และการดึงให้ส่วนอื่นมามีส่วนร่วมเป็นการขยายเครือข่าย สอดคล้องกับหลักการกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง ที่กล่าวว่าต้องมีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับบุคคล/ เหตุการณ์ มีความสามารถเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร แหล่งทรัพยากร และได้พิจารณาทางเลือก เพื่อการตัดสินใจ พร้อมที่จะเรียนรู้ ปรับทักษะ มีความคิดเชิงบวก รอบคอบ และพร้อมที่จะมีการเปลี่ยนแปลง¹¹

2. การดำเนินงานของทีมสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็งโดยชุมชนมีส่วนร่วม จากการจัดให้ทีมนำเสนอปัญหา และ/หรือความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน คิดออกแบบและสำรวจครัวเรือน โดยทีมมีการบริหารจัดการแบ่งกันสำรวจ ใช้เวลา 1 เดือน ถึงแม้ในชุมชนเมืองจะสำรวจได้ยาก แสดงถึงการบริหารจัดการกันอย่างลงตัว ทีมเรียบเรียงและวิเคราะห์ข้อมูลชุมชนในรูปของความถี่ ร้อยละ แสดงถึงการมีศักยภาพของทีม ทีมเสนอให้ประเมินสถานะสุขภาพของทีม โดยการตรวจ

ร่างกาย ซึ่งในส่วนนี้ทีมได้มีการเรียนรู้ถึงการแปลผล โดยการเปรียบเทียบค่าที่ได้กับค่ามาตรฐาน ทำให้รู้สถานะสุขภาพของตนเอง นำไปสู่การปรับพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งคาดว่าทีมน่าจะสามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นกับคนในครอบครัวและชุมชนได้ ตัวแทนสมาชิกทีมออกมานำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเฉพาะ อสม. มีความคุ้นเคยกับข้อมูลด้านสุขภาพ ทีมจัดลำดับความสำคัญ โดยนำผลจากหลาย ๆ ส่วนมารวมกันอภิปรายเป็นการร่วมกันพิจารณาตัดสินใจอย่างมีเหตุผล และมีหลักการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ สอดคล้องกับหลักการที่ว่าทีมควรมีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับบุคคล/เหตุการณ์ และสามารถพิจารณาทางเลือก¹⁰ การมุ่งเน้นให้ทีมเข้มแข็งโดยเสริมความรู้ให้ทีมเพื่อทีมจะได้นำไปถ่ายทอดให้คนในชุมชนได้ และเรื่องแรกที่ทีมอยากรู้คือเรื่องอาหาร เพราะเป็นเรื่องใกล้ตัว ทั้งนี้เนื่องจากคนในชุมชนป่วยกันจำนวนมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่มีสาเหตุมาจากอาหาร สอดคล้องกับงานวิจัยว่าการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีขึ้น¹²⁻¹³ ส่วนการวางแผน/เขียนโครงการ ทำให้ทีมเรียนรู้การเขียนโครงการ ฝึกคิด แล้วช่วยกันเขียนโครงการเป็นการลงมือปฏิบัติจริงจะทำให้จดจำไปใช้ได้ในอนาคต ผลจาก 3 โครงการอภิปรายได้ดังนี้ โครงการอบรมเยาวชนคนรุ่นใหม่ใส่ใจสุขภาพ สอดคล้องกับกฎบัตรรอดตายข้อ 4 พัฒนาทักษะบุคคล และข้อ 3 สร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยในกลุ่มวัยรุ่น ปัจจัยป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ความรู้ ทักษะชีวิต มีกิจกรรมทำ¹⁴ การตั้งครกในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น¹⁵ ดังนั้นหากมีการอบรมวัยรุ่นคาดว่าจะทำให้ปัญหาลดลง โครงการกินอยู่อย่างไรให้มีความสุข สอดคล้องกับกฎบัตรรอดตายข้อ 4 พัฒนาทักษะบุคคล และ ข้อ 3 สร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยในวัยผู้ใหญ่ บุคลากรวัยทำงานมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี¹⁶ ส่วนวัยทองรับประทานผักทุกมื้อร้อยละ 37.3 รับประทานผลไม้ทุกวันร้อยละ 52.2¹⁷ และวัยสูงอายุ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี¹⁸⁻¹⁹ โครงการกีฬาชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับกฎบัตรรอดตาย



ข้อ 4 พัฒนาทักษะบุคคล ข้อ 3 สร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนและเตรียมข้อ 1 สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสอดคล้องกับงานวิจัย รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในวัยสูงอายุมีการตรวจและทดสอบสมรรถภาพ ออกกำลังกาย อาหาร ศิลปะเพื่อสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง²⁰ จะเห็นได้ว่าการดำเนินงาน เป็นการจัดเวที (เปิดพื้นที่) ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม นำเสนอเรื่องราวต่าง ๆ เป็นการทำงานแบบจากล่างขึ้นบน (bottom up) อีกทั้งเป็นการระดมทุนทรัพยากรมนุษย์ และอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมไทย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ทักษะคิด และการปฏิบัติ

3. การประเมินผลการดำเนินงานของทีมสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็งโดยชุมชนมีส่วนร่วม ทีมสามารถเสนอปัญหา และ/หรือความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน จากการสังเกตที่รับรู้ถึงปัญหา และ/หรือความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาศัยอยู่ในชุมชนนี้ และบางส่วนเป็นแกนนำ จึงทราบข้อมูลอยู่แล้ว ทีมสามารถคิดออกแบบสำรวจ ตัดสินใจเอาข้อมูลเฉพาะจำเป็น เพราะเข้าใจวิถีชีวิตของชุมชนตนเองที่เป็นเขตเมือง หากใช้เวลาสัมภาษณ์นาน อาจไม่ได้รับความร่วมมือ ทีมสามารถดำเนินการสำรวจครัวเรือน ทีมช่วยกันสำรวจ แสดงถึงการบริหารจัดการกันอย่างลงตัว เกิดทักษะการสัมภาษณ์ และทีมสามารถเรียบเรียงและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันได้

ทีมสามารถนำเสนอข้อมูล สมาชิกบางคนสามารถออกมานำเสนอข้อมูลได้ ทีมสามารถจัดลำดับความสำคัญโดยอาศัยข้อมูลใช้ตัดสินใจอย่างอิสระ เป็นประชาธิปไตย ทีมสามารถวางแผน/เขียนโครงการ โดยเฉพาะเมื่อมีแบบฟอร์ม-หัวข้อให้บางคน เช่น ประธานชุมชน อสม. สามารถเขียนได้เพราะเคยทำมาแล้ว จึงถ่ายทอดกันได้ เป็นการเพิ่มขยายความสามารถให้เขียนโครงการเป็นกันหลาย ๆ คน

สถานะสุขภาพของทีม ทีมรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง ทำให้สามารถตั้งเป้าหมายของตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดูแลเรื่องอาหาร และการออกกำลังกาย และการเสริมความรู้ให้ทีมสร้างเสริมสุขภาพ 2 ครั้ง จากการสังเกต ทีมมีความสนใจมาก วิทยากรถ่ายทอดแบบที่ทำให้เข้าใจง่าย ผลที่ออกมาผู้เข้าร่วมมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีทัศนคติที่ดีขึ้น

ประเมินจากการมีส่วนร่วมของทีม พิจารณาจากการเข้าร่วมเวทีในแต่ละครั้ง 12 ครั้ง เฉลี่ยการมีส่วนร่วมของสมาชิกทีม 15 คน/ครั้ง แต่บางคนหาคณมาแทนดั่งนั้นเฉลี่ย 17.8 คน/ครั้ง ผู้ที่มาทุกครั้ง 3 คน ส่วนผู้ที่ขาดเนื่องจากสามเือนเสียชีวิต ผ่าตัด ติดสอบ มอบตัว บุตรเข้าโรงเรียน ย้ายที่อยู่ เป็นต้น จากการสังเกต การแสดงความคิดเห็น ร่วมแสดงความคิดเห็นกันอย่างหลากหลาย สมาชิกของทีมมีส่วนร่วมคิด วางแผน ทำกิจกรรม เป็นการดึงและเพิ่มศักยภาพของสมาชิกทีม โดยการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพิ่มความรู้ เพื่อให้เกิดการนำไปสู่การปฏิบัติหรือมีทักษะที่ถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัย²¹ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเสริมพลังอำนาจ ทำให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายได้ และการดึงให้ส่วนอื่นมามีส่วนร่วมเป็นการสร้างแนวร่วมทำให้เกิดพลัง สอดคล้องกับกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 4 ขั้น คือ 1) สร้างความสนใจ ใจ 2) เพิ่มความสัมพันธ์ การเป็นพี่เลี้ยง เพื่อน พัฒนาความเข้าใจ 3) พัฒนานโยบาย และ 4) เกิดพันธะสัญญา และการขยายพื้นที่¹¹

สรุปได้ว่า ตลอดกระบวนการ ตั้งแต่การระบุปัญหา และ/หรือความต้องการ การคิดออกแบบและสำรวจครัวเรือนเรียบเรียงและวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอจัดลำดับความสำคัญ วางแผน เขียนโครงการ การได้มาซึ่งกิจกรรม การออกแบบกลยุทธ์ การดำเนินการ และการประเมินผลทำให้ทีมเกิดกระบวนการเรียนรู้ได้ฝึกการคิดฝึกทักษะต่าง ๆ สร้างความตระหนัก แสดงความรับผิดชอบ เป็นการเสริมสร้างทีมให้เข้มแข็ง สามารถทำได้และพึ่งตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

ควรขยายแนวร่วม/ เครือข่ายให้เกิดขึ้นในชุมชนและระหว่างชุมชน การเพิ่มศักยภาพของทีมในการดำเนินงานและประเมินผล อีกทั้งผลักดันให้เกิดเป็นนโยบายสาธารณะ เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างครบวงจร และความต่อเนื่องของกิจกรรมและการพัฒนาต่อไป ซึ่งในชุมชนเขตเมืองเป็นสิ่งที่ต้องการการสนับสนุนเพื่อให้เกิดกระบวนการขับเคลื่อนทางสังคมที่มุ่งสู่สุขภาพที่ดี



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Lucas K, Liyod B. Health promotion: Evidence and experience. London: SAGE Publications; 2005.
2. Tones K, Green J. Health promotion: Planning and strategies. London: SAGE Publications; 2008.
3. WHO/HPR/HEP/95.1 Ottawa Charter for Health Promotion. First international conference on health promotion, Ottawa, 21 November 1986. [Internet]. 2011. [updated 2011 Dec 17; cited 2011 Mar]. Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
4. Bangkok Charter for health promotion. [Internet]. 2011. [updated 2011 Dec 17; cited 2011 Mar]. Available from: http://www.thaihed.com/hot_news/view.php?ID=411
5. Whyte, WF. (editor). Participatory action research. Newbury Park: SAGE Publications; 1991.
6. Royse D, Thyer BA, Padgett DK, Logan TK. Progame evaluation an introduction. 4th ed. Australia: THOMSON; 2006.
7. เฉลิมพล ต้นสกุล, จีระศักดิ์ เจริญพันธ์. พฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์; 2549.
8. ญัฐพันธ์ เขจรนันท์ และคณะ. การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธรรมการพิมพ์; 2545.
9. Sharejoho T, Khamla A, Pattanajidvilai S, The Development of self health promotion by support group model in the risk group of heart disease, Maharat Nakhon ratchasima Hospital. Journal of nurses' association of Thailand north-eastern division. 2011 Jan-Mar, 29(1):41-50.
10. Thompson BM. et al. Team-based learning at ten medical school: two years later. [Internet]. 2011. [updated 2011 Dec 17; cited 2011 Jan]. Available from: <http://www.usuhs.mil/medschool/deans/associatedeans/faculty/pdf/TBLMedEd.pdf>
11. Lord J, Hutchison P. The process of empowerment: Implications for theory and practice. Published in Canadian Journal of community mental health 12:1, Spring; 1993. [Internet]. 2011. [updated 2011 Dec 17; cited 2011 Apr]. Available from: <http://www.johnlord.net/Power%20Empowerment%20Partnerships%20Advocacy/CJCMH/Process%20of%20Empowerment.pdf>
12. ภูพร ต้วงสงกา. การศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. [Internet]. 2550. [updated 2011 Dec 17; cited 2011 Mar]. Available from: http://hpc9.anamai.moph.go.th/research/index.php?Option=om_content&task=view&id=62&Itemid=45
13. นิศรา พงษ์พานิช. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารแบบมีส่วนร่วมของผู้มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก. [Internet]. 2551. [updated 2011 Dec 17; cited 2011 Mar]. Available from: http://hpc9.anamai.moph.go.th/research/index.php?option=com_content&task=view&id=79&Itemid=48
14. Chaichan S, Daenseekeaw S. Preventive factor of alcohol use among teenager. Journal of nurses' association of Thailand north-eastern division. 2010 Oct-Dec, 28(4):35-45.
15. Junmanee P, et al. The evaluation of health promotion activities on "Teenage Pregnancies" in the public health region 17. [Internet]. 2552. [updated 2008 Nov 7; cited 2011 Jun]. Available from: http://hpc9.anamai.moph.go.th/research/index.php?option=com_content&task=view&id=91&Itemid=51



16. รัชฎา จอปา. ผลสำรวจพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก. [Internet]. 2550. [updated 2011 Dec 17; cited 2011 Mar]. Available from: http://hpc9.anamai.moph.go.th/research/index.php?option=com_content&task=view&id=76&Itemid=45
17. รัชดาวรรณ บุญมีจิวิ. ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยทองที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก. พิษณุโลก. [Internet]. 2550. [updated 2011 Dec 17; cited 2011 Mar]. Available from: http://hpc9.anamai.moph.go.th/research/index.php?option=com_content&task=view&id=63&Itemid=45
18. ชนัตตา เกิดแพร. ผลสำรวจพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลมะขามสูง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. [Internet]. 2551. [updated 2011 Dec 17; cited 2011 Mar]. Available from: http://hpc9.anamai.moph.go.th/research/index.php?option=com_content&task=view&id=83&Itemid=48
19. อมรรัตน์ เนียมสวรรค. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับการรู้คิดของผู้สูงอายุศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก. [Internet]. 2550. [updated 2011 Dec 17; cited 2011 Mar]. Available from: http://hpc9.anamai.moph.go.th/research/index.php?option=com_content&task=view&id=64&Itemid=45
20. สุภาณี แก้วพินิจ, ลินดา สิริภูบาล, บุญสนอง ภิญโญ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. [Internet]. 2550. [updated 2011 Dec 17; cited 2011 Mar]. Available from: http://hpc9.anamai.moph.go.th/research/index.php?option=com_content&task=view&id=69&Itemid=45
21. Boonjan J, Pathumwiwatana P, Chouwajaroen P, Chusilp K. Development of services for promoting sustainable breastfeeding. Journal of nurses' association of Thailand north-eastern division. 2011 Apr-Jun, 29(2):14-24.



Empowering by Community Participation in Creating an Empowerment Health Promotion Team at Moo 3 Kukot Subdistrict, Lumlooka District, Pathum-thani Province

Srimuang Palangrit Ph.D.*

Alissa Ratanatawan M.D.**

Chumpot Amatyakul M.Sc.***

Abstract

The research of PAR: Participatory Action Research, the objectives were to have the community cooperate in establishing the empowerment health promotion team, work team and assessment team. The methods were to provide the platform of the group discussion for the participants, and establish health promotion team which created the vision and ways in developing the quality of the team, analyzed the community, and planned to write, work and assess the project.

The result of the research, 22 volunteer members in health promotion team created the vision of their team which was to get in harmony, be happy and healthy. The team made 3 projects, and had registered in the group discussion for 12 times, 15 persons per once in average. The abilities of the team members were 80% problems finding, 85% data analysis, 95% priority setting, 85% activities planning, 75% network creation, and 25% new projects creation. Moreover, they had the courage to give one's opinion, be a leader, give an advice, and teach other people. They were also able to persuade people to participate in events and get together.

Discussion, the team has many statuses that can make the work cover youth, middle age, and old age. The team's vision provides the obvious aim, determination, responsibility, and managing well. The participation in group discussion is to manage the environment to be suitable for health care cooperation, community analysis, decision and activities planning which leads to experience exchange. All of these are to empower the health promotion team.

Suggestion, in the future, network extension or front extension and participation in local organization are needed in order to establish public policy. The progression of activities plan and community development is to be supported for getting healthiness by social driven process.

Keywords: Community Participation, Health Promotion Team, Ottawa Charter, Empowerment

*Assistant Professor, Community Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University

**Lecturer, Community Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University

*** Associate Professor, Community Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University



การศึกษาสถานการณ์การประเมินความปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

นิตยา อีวีโรจน์ วท.บ. (พยาบาล)*

อมรรัตน์ คงนุรัตน์ พย.บ.*
สุจิตรา สุขผดุง พย.บ.*

ทรงพร กว้างนอก พย.บ.*
ภูวดล กิตติวัฒนาสาร พ.บ.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณค่าสัดส่วนการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์โดยใช้ pain score ใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดต่อจำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัด และเพื่อประเมินความชุกของความปวดระดับปานกลาง (moderate pain, NRS 4-6) ถึงปวดมาก (severe pain, NRS 7-10) โดยเก็บข้อมูลจากการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดและพักรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 1 ศัลยกรรมกระดูก 2 ในเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 200 ราย โดยใช้แบบเก็บข้อมูลการบันทึกความปวด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า มีการประเมินความปวดหลังผ่าตัด ใน 24 ชั่วโมงแรก 24 - 48 ชั่วโมง และ 48 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร้อยละ 65.0, 40.3, 14.0 ตามลำดับ โดยใช้ pain score ร้อยละ 30.3, 36.4, 28.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้ Verbal Rating Scale ในความหมายอื่น เช่น บ่นปวด ปวดพอน หรือไม่บ่นปวด ความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากใน 24 ชั่วโมงแรก 24 - 48 ชั่วโมง และ 48 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร้อยละ 95.8, 95.5, 33.3 ตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการประเมินความปวดมากที่สุดใน 48 ชั่วโมงแรกของการผ่าตัดและมีการประเมินความปวดโดยใช้ pain score ค่อนข้างน้อย ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากพบมากใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จึงควรมีการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์โดยเฉพาะ 48 ชั่วโมงแรก ซึ่งการประเมินความปวดเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีการพัฒนาให้เสมือนหนึ่งความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 และเป็นส่วนหนึ่งในการประกันคุณภาพการรักษาพยาบาล

คำสำคัญ: การประเมินความปวด ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ความรุนแรงของความปวด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการตรวจพิเศษต่าง ๆ ซึ่งพบได้เสมอในผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาล¹ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล การจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นปัญหาทางคลินิกที่สำคัญและพบได้บ่อยในโรงพยาบาล ความปวดเป็นอาการที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อระบบการทำงานของ

ร่างกาย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งมีผลอย่างมากต่อผู้ป่วยทั้งภาวะอารมณ์และจิตใจ การดูแลรักษาความปวดหลังผ่าตัดซึ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน หากไม่มีประสิทธิภาพจะอาจนำไปสู่ภาวะความปวดเรื้อรัง² กระตุ้นให้ร่างกายเกิดภาวะเครียดและก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายหลายประการ ได้แก่ ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหารและระบบเผาผลาญพลังงานเหล่านี้ทำให้เกิด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

**นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์



ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด หัวใจขาดเลือด ปอดแฟบ แผลหายช้า เป็นต้น ผลทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลนอนไม่หลับ ความปวดที่คงอยู่เป็นระยะเวลายาวนาน อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งจะส่งผลต่อเนื้อทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย^{3,4}

เนื่องจากอาการปวดหลังผ่าตัดที่รุนแรงมีผลเสียต่อผู้ป่วยมากมายดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นการประเมินและบันทึก “ระดับความปวด” เป็นระยะจึงมีความสำคัญและเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยได้ติดตามผลการรักษาได้ใกล้ชิดขึ้น เพื่อให้การรักษาได้ผลดีขึ้น การประเมินความปวดเป็นกิจกรรมสำคัญที่จะนำไปสู่การวางแผนให้การช่วยเหลือเพื่อจัดการกับความปวดที่เหมาะสม เป้าหมายของการประเมินความปวด คือ การให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งที่ปวดและข้อมูลอื่น ๆ ที่จะช่วยให้เข้าใจถึงสาเหตุและพยาธิสภาพ⁵ การประเมินความปวดเป็นระยะจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดดีขึ้น จะเห็นได้ว่าการประเมินความปวดเป็นหัวใจสำคัญในการจัดการความปวด^{1,5} และเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการประเมินและจัดการความปวดตลอดจนต้องบันทึกระดับความรุนแรงของความปวดทั้งก่อนและหลังการจัดการความปวด^{1,6} ซึ่งในปัจจุบันหลายโรงพยาบาลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้กำหนดให้การประเมินความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5⁷ การประเมินความปวดเป็นหน้าที่ของสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นหน้าที่หลักตามมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์⁸ ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินอาการเจ็บปวดอย่างเหมาะสมกับระดับความรุนแรงและลักษณะของอาการเจ็บปวด เพื่อให้การบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดอย่างเหมาะสมต่อไป⁹ กลุ่มงานออโรโปิติกส์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์มีผู้ป่วยหลังผ่าตัดในปี พ.ศ.2549, 2550, 2551 จำนวนมากถึง 23,775; 24,115; 26,059 ราย/ปีตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 72.7; 73.4 และ 75.5 ตามลำดับ แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ยังไม่เคยมีข้อมูลเรื่องการประเมินความปวดโดยใช้

pain score ว่าใช้มากน้อยแค่ไหน ซึ่ง pain score เป็นเครื่องมือในการประเมินความปวดที่เป็นสากลใช้กันทั่วโลก สามารถเลือกใช้ให้เหมาะสมกับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น Numeric rating scale (NRS), Verbal rating scale (VRS), Visual analog scale (VAS), Face pain assessment scale เป็นต้น¹ และผู้ป่วยควรมีอาการปวดน้อยกว่า 4 คะแนน (NRS) จึงจะทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจมากที่สุดต่อการระงับปวดที่ได้รับ¹⁰ ดังนั้นการจัดการความปวดจึงควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยทุกรายโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความรุนแรงของความปวดระดับปานกลาง (Moderate, NRS = 4-6) ถึงปวดมาก (Severe, NRS = 7-10)¹¹ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออโรโปิติกส์ แต่ยังไม่มีการเก็บข้อมูล และในปี พ.ศ.2549, 2550, 2551 พบปวดอีกเสบหลังการผ่าตัด 3, 5, 4 รายตามลำดับ จากการทบทวนโดยสหสาขาวิชาชีพพบว่าเกิดจากความปวดหลังผ่าตัด เนื่องจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องการประเมินความปวดหลังผ่าตัดมาก่อน คณะผู้ศึกษาจึงสนใจการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออโรโปิติกส์ และความชุกของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมาก เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งจะจัดทำเป็นโครงการวิจัยต่อเนื่อง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออโรโปิติกส์ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ในการศึกษาขั้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประมาณค่าสัดส่วนการประเมินความปวดโดยใช้ pain score ต่อจำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความชุกของความปวดจากปานกลางถึงปวดมาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) โดยเก็บข้อมูลการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางออโรโปิติกส์และพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม



กระดูก 1 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 2 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ อย่างน้อย 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด การเก็บข้อมูลโดยสังเกตการประเมินความปวดของพยาบาลและตรวจสอบการประเมินความปวดจากการบันทึกของพยาบาลทุกวันจนครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยเก็บข้อมูลการประเมินความปวดทั้งหมดที่ใช้ pain score ได้แก่ มาตรการวัดแบบตัวเลข (NRS: Numeric Rating Scale) เป็นชุดของตัวเลข ตั้งแต่ 0-10 เป็นเส้นแบ่งคะแนนเป็นช่อง ๆ ปลายด้านหนึ่งหมายถึง “ไม่ปวดเลย” คือ 0 ส่วนปลายอีกด้านหนึ่งหมายถึง “ปวดมากที่สุดเท่าที่จะคิดได้” คือ 10 และมาตรการวัดด้วยคำพูด (VRS: Verbal Rating Scale) เป็นชุดของคำบรรยายระดับความปวดเรียงจากน้อยที่สุดไปมากที่สุด มี 4 ระดับ คือ 0 = ไม่ปวด (no pain) 1-3 = ปวดน้อย (mild) 4-6 = ปวดปานกลาง (moderate) 7-10 = ปวดมาก (severe)^{1,10} นอกจากนี้ยังเก็บข้อมูลการประเมินความปวดโดยไม่ใช้ pain score ตามที่ปรากฏจริงโดยเก็บข้อมูลจากการบันทึกของพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์และแพ็กรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 1 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 2 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ อย่างน้อย 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ในเดือนมิถุนายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2552 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตาม Inclusion criteria และ Exclusion criteria ดังนี้

1. Inclusion criteria คือ 1) อายุ 12 ปีขึ้นไป
- 2) สติสัมปชัญญะดี 3) พุดคุยรู้เรื่อง สามารถสื่อสารได้
2. Exclusion criteria คือ 1) ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารได้ 2) ได้รับการผ่าตัดซ้ำภายใน 3 วันหลังผ่าตัดครั้งแรก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรที่มีตัวแปรผลเป็นตัวแปรเจนนับ สรุปผลเป็นค่าสัดส่วน¹² เนื่องจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาก่อน จึงทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) เก็บข้อมูลการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทาง

ออร์โธปิดิกส์และแพ็กรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 1 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 2 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ อย่างน้อย 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดในเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 จำนวน 30 ราย พบว่ามีการประเมินความปวดร้อยละ 66.00 จึงใช้เป็นฐานข้อมูลในการคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$\text{สูตรที่ใช้ในการคำนวณ } n = \frac{Z^2 \alpha / 2 P(1-P)}{e^2}$$

โดย n = ขนาดตัวอย่าง

μ = ความผิดพลาดของการสรุปลักษณะ

ประชากรจากสถิติของตัวอย่าง

Z = confidence interval ได้จากความเชื่อมั่นที่กำหนด ($1 - \alpha$) ซึ่งกำหนดที่ระดับ 95%

P = สัดส่วน (ความครอบคลุมหรืออุบัติการณ์โรค)

จากการศึกษานำร่องพบว่ามีการประเมินความปวดร้อยละ 66.00

e = ความกระชับของการประมาณค่า (Precision of estimate)

$$\text{ขนาดตัวอย่าง} = \frac{1.96^2 \times 0.66 \times (1-0.66)}{0.066^2} = 198$$

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 198 เพื่อความสะดวกและความเชื่อมั่นในการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบเก็บข้อมูลการบันทึกความปวดโดยใช้ pain score ได้รับการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลให้ทำการศึกษาวิจัย 2) ได้รับอนุมัติให้ใช้เวาระเบียนเพื่อการศึกษาวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ 3) ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลความลับของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 130 คน (ร้อยละ 65) เพศหญิง 70 คน (ร้อยละ 35) อายุเฉลี่ย 42.45 ± 19.25 ปี สาเหตุของการป่วยเกิดจากอุบัติเหตุ 130 ราย (ร้อยละ 65) ได้รับการผ่าตัด Lower extremities เป็นส่วนใหญ่จำนวน 141 ราย (ร้อยละ 70.5) ได้รับการดมยาสลบชนิด General anesthesia 145 ราย (ร้อยละ 72.5)

จะเห็นได้ว่า มีการประเมินความปวดหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก 24 - 48 ชั่วโมง และ 48 - 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ร้อยละ 65.0, 40.3, 14.0 ตามลำดับ โดยใช้ pain score ร้อยละ 30.3, 36.4, 28.6 ตามลำดับ การประเมินความรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยแต่ละรายมีทั้ง Numeric Rating Scale และ Verbal Rating Scale โดยบันทึกในใบบันทึกทางการพยาบาลและไม่พบการบันทึกระดับความรุนแรงของความปวดในฟอร์มปรอทหรือ graphic sheet นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้ Verbal Rating Scale ในความหมายอื่น เช่น บ่นปวดปวดพอทน หรือไม่บ่นปวด ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 69.7, 63.6, 71.7 ใน 24 ชั่วโมงแรก 24 - 48 ชั่วโมง และ 48 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดตามลำดับ ความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากใน 24 ชั่วโมงแรก 24 - 48 ชั่วโมง และ 48 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบร้อยละ 95.8, 95.5, 33.3 ตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ามีการประเมินความปวดมากที่สุดใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและมีการประเมินความปวดโดยใช้ pain score ค่อนข้างน้อย ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากพบมากใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และพบว่าพยาบาลไม่ได้ประเมินความปวดก่อนและหลังให้ยาแก้ปวดทุกครั้ง โดยมีการประเมินความปวดก่อนให้ยาแก้ปวดใน 24 ชั่วโมงแรก 24 - 48 ชั่วโมง และ 48 - 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ร้อยละ 82.2, 82.3, 46.8 ตามลำดับ มีการประเมินความปวดหลังให้ยาแก้ปวดใน 24 ชั่วโมงแรก 24 - 48 ชั่วโมง และ 48 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร้อยละ 66.8, 71.9, 37.8 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการจัดการความปวด เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและให้การพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง การวิจัยครั้งนี้พบว่า มีการประเมินความปวดหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก 24 - 48 ชั่วโมง และ 48 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร้อยละ 65.0, 40.3, 14.0 ตามลำดับสอดคล้องกับการศึกษาของสมบุรณ์เทียนทอง⁷ และ Michaels et al.¹³ ที่พบว่า มีการประเมินความปวดร้อยละ 57.3 และ 52 ตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ามีการประเมินความปวดโดยใช้ pain score ใน 24 ชั่วโมงแรก 24 - 48 ชั่วโมง และ 48 - 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ร้อยละ 30.3, 36.4, 28.6 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rawal N และ Allvin R พบว่าใน 105 โรงพยาบาลจาก 17 ประเทศในยุโรป มีการบันทึกการประเมินความปวดร้อยละ 40¹⁴ และแตกต่างจากการศึกษาของลักขมี ชาญเวชช์ ที่มีการคัดเลือกเฉพาะเวชระเบียนที่มีคุณภาพการบันทึกการประเมินความปวดโดยใช้ pain score ร้อยละ 98.8 แพทย์มีการบันทึกการประเมินความปวดร้อยละ 29.4³ นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ใช้ Verbal Rating Scale ในความหมายอื่น เป็นจำนวนมาก เช่น บ่นปวดปวดพอทน หรือไม่บ่นปวด ใน 24 ชั่วโมงแรก 24 - 48 ชั่วโมง และ 48 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร้อยละ 69.7, 63.6, 71.7 ตามลำดับ ทำให้ไม่สามารถใช้เปรียบเทียบกับ Verbal Rating Scale ที่เป็นมาตรฐาน คือ ไม่ปวด (no pain, NRS = 0) ปวดเล็กน้อย (mild, NRS = 1-3) ปวดปานกลาง (moderate, NRS = 4-6) ปวดมาก (severe, NRS = 7-10) ได้^{1,10}

ความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากใน 24 ชั่วโมงแรก 24 - 48 ชั่วโมง และ 48 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบร้อยละ 95.8, 95.5, 33.3 ตามลำดับสอดคล้องกับการศึกษาของ Apfelbaum et al. ซึ่งพบว่าร้อยละ 86 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมาก¹⁵

การประเมินความปวดหลังผ่าตัดพบมากที่สุด ใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและมีการประเมินความปวดโดยใช้ pain score ค่อนข้างน้อย ผู้ป่วยที่มีความรุนแรง



ของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากพบมากใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และพบว่าพยาบาลไม่ได้ประเมินระดับความรุนแรงของความปวดก่อนและหลังให้ยาแก้ปวดทุกครั้ง ซึ่งการประเมินความปวดเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶⁻²⁰ จึงควรให้ความสำคัญกับการประเมินความปวดซึ่งเป็นอาการรบกวนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย พึงพอใจ ลดความทุกข์ทรมาน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และควรมีการพัฒนาให้เสมือนหนึ่งความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 และเป็นส่วนหนึ่งในการประกันคุณภาพการรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากการประเมินความปวดเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการความปวดจึงควรกำหนดเป็นนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษรในการประเมินความปวดโดยเฉพาะ 48 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออโรโธปิดิกส์ทุกราย ซึ่งพบความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากที่สุด เพื่อให้บุคลากรทุกคนยึดถือปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน และเป็นส่วนหนึ่งในการประกันคุณภาพการรักษาพยาบาล
2. ส่งเสริม/ สนับสนุนการนำผลการประเมินความปวดไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพต่อไป
3. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความปวดของพยาบาล อะไรคือปัญหาและอุปสรรคในการประเมินความปวด จะเห็นได้ว่าพยาบาลยังประเมินความปวดโดยใช้ pain score ค่อนข้างน้อย และประเมินความปวดโดยใช้ Verbal Rating Scale ที่ไม่เป็นสากลค่อนข้างมาก มีการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดโดยใช้ pain score จากผลการวิจัยพบความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากค่อนข้างสูงโดยเฉพาะใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จึงควรมีการพัฒนาแบบการจัดการความปวดทั้งวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา โดยสหสาขาวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล พญ.วิมลรัตน์ ศรีราช และเจ้าหน้าที่หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ตรวจสอบโครงร่างวิจัยและตรวจสอบเครื่องมือ ผศ.ดร.วรรณรา ชื่นวัฒนา นพ.ชลิต ทองประยูร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ สมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน (Clinical Guidance for Acute Pain Management). ฉบับที่ 1; พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย; 2552.
2. นันทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2537.
3. ลักษณ์มี ชาญเวชช์. การอบรมวิชาการหลักการและวิธีการในการดูแลรักษาความปวดเฉียบพลันโดยการใช้ยา “การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ”. 26 – 28 พฤษภาคม 2547. สงขลา: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
4. วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. การอบรมวิชาการการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน “การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ”. 26 – 28 พฤษภาคม 2547. สงขลา: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
5. ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. การอบรมวิชาการการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน “การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ”. 26 – 28 พฤษภาคม 2547. สงขลา: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.



6. Chanvej L, Petpichetchian W, Kovitwanawong N, Chaibandit C, Vorakul C, Khunthong T. A chart audit of postoperative pain assessment and documentation: The first step to implement pain assessment as the fifth vital sign in a University Hospital in Thailand. *Journal of Medical Association Thailand* 2004 Dec; 87(12): 1447-53.
7. สมบูรณ์ เทียนทอง, มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, วิมลรัตน์ กฤษณะประกฤษ, พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิ้มแย้ม, วัฒนา ต้นทะเทวินทร์, ณรงค์ ชันดีแก้ว. การพัฒนาระบบการประเมินและบันทึกความปวดให้เป็นสัญญาณชีพที่ห้าในโรงพยาบาลระดับของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2550; 22(2): 158-64.
8. สภาการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2540.
9. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2549: 172-173.
10. Jensen MP, Martin SA, Cheung R. The meaning of pain relief in a clinical trial. *Journal of pain* 2005; 6: 400-6.
11. Collins SL, Moore RA, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: What is moderate pain in millimeters.? *Pain*; 1997; 72: 95-97.
12. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางสุขภาพ. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
13. Michaels TK, Hubbart E, Carroll SA, Hudson-Barr D. Evaluating an educational approach to improve pain assessment in hospitalized patients. *Journal of Nursing Care Quality* 2007; 22(3): 260-5.
14. Rawal N, Allvin R, the Euro Pain Acute Pain Working Party. Acute pain services in Europe: a 17 nation survey of 105 hospitals. *Europe Journal of anesthesiology* 1998; 15: 354-63.
15. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Post-operative pain experience: results from a national survey suggest Postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and Analgesia* 2003; 97: 534-40.
16. ฟองทิพย์สินแสง, อภิญญา จำปามูล. ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะของผู้ป่วย คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ คุณลักษณะของหอผู้ป่วย กับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2553; 28(1): 48-55.
17. จริญญา ชัยจันทร์, ดารุณี จงอุดมการณ์. ผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจต่อพฤติกรรมการจัดการความปวดของครอบครัว. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2552; 27(4): 57-65.
18. เกศินี บุญยพัฒนางกุล. บทบาทพยาบาลกับการจัดการความปวดในเด็กโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2550; 25(3): 6-13.
19. กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร, อภิญญา วงศ์พิริโยธา, วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต่อภาวะล้าไส้หยุดการทำงานชั่วคราวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดี. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2554; 29(3): 56-62.
20. ทองเปลว กันอุไร, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, มนพร ชาตขำนิ, อัญชลี ยงยุทธ. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2554; 29(2): 25-34.



Postoperative Pain Assessment Situation in Orthopaedic Patients, Buriram Hospital

Nittaya Teeraviroj B.Sc.(Nursing)*

Amonrut Kongnurut B.N.S.*

Songporn Kwangnork B.N.S.*

Sujitra Sookpadung B.N.S.*

Puvadol Kittiwattanasarn M.D.**

Abstract

The purpose of this cross sectional descriptive study was to estimate the proportion of postoperative patients in orthopaedic wards, Buriram Hospital. Using pain score (numeric rating scale, NRS or verbal rating scale, VRS) the first of 72 hours postoperatively and to identify the prevalence of moderate to severe pain. Data collection was based on the postoperative orthopedic patients (n=200) during June to October 2009. Using a data recorded form. Data were analyzed by frequency, percentage, means and standard deviations.

The result of this study indicated that pain assessment in 24 hours, 24 – 48 hours and 48 – 72 hours postoperatively were 65.0, 40.3 and 14.0 percents respectively. The proportion of pain assessment were done by using pain scales (NRSscoring or VRSscoring) were 30.3, 36.4, 28.6 percents respectively. The prevalence of moderate to severe pain in 24 hours, 24 – 48 hours and 48 – 72 hours postoperatively were 95.8, 95.5, 33.3 percents respectively. The finding revealed that the postoperative pain assessment were done mostly in 48 hours after operation and the prevalence of moderate to severe pain were found mostly in 48 hours after operation. Pain assessment is the key success factor for the effectiveness of pain management. As it is the fifth vital signs, and a part of quality of care assurance.

Keywords: pain assessment, postoperative pain, pain score

*Register Nurse, Professional Level, Orthopaedic Ward, Buriram Hospital

** Medical Physician, Senior Professional Level, Supervisor of Department of Orthopaedic, Buriram Hospital



ประสิทธิภาพของเครื่องมือให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอ ต่อการลดอุณหภูมิเทียบเคียงสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรง

นิรันดร์ นายกชน พย.ม.* ทิตยา พุฒิกามิน PhD** อำนวย กิจควรดี วว. ศัลยกรรมประสาทวิทยา***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นการศึกษากลุ่มเดียวแบบไขว้กัน (cross-over design) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอในการลดอุณหภูมิเทียบเคียงสมอง โดยเปรียบเทียบกับการใช้แผ่นความเย็น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรงในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังได้รับบาดเจ็บ ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 13 คน แต่ละคนได้รับการให้ความเย็นทั้งสองวิธีในเวลาต่างกัน ใช้วิธีจับสลากร่วมการให้ความเย็นวิธีแรก เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และ 2) แผ่นความเย็น โดยเครื่องมือทั้งสองชนิดใช้ร่วมกับเครื่องควบคุมอุณหภูมิรุ่น Blanketrol II ส่วนเครื่องมือเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิทางทวารหนักที่ใช้ร่วมกับเครื่อง Monitor ของ NIHON KOHDEN 2) เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิทางช่องหูด้วยรังสีอินฟราเรด และ 3) แบบประเมินอาการหนาวสั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย Linear Mixed Models และสถิติทดสอบ Chi-square

ผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิขณะให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอที่วัดทางช่องหูในช่วงเวลาก่อน ระหว่าง และหลังการให้ความเย็น ลดลงมากกว่าค่าเฉลี่ยอุณหภูมิที่วัดทางทวารหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00, 2) ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิขณะให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอที่วัดทางช่องหูในเวลาต่าง ๆ ลดลงมากกว่าค่าเฉลี่ยอุณหภูมิขณะใช้แผ่นความเย็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00, 3) ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิของผู้ป่วยขณะให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอที่วัดทางทวารหนักในเวลาต่าง ๆ ลดลงน้อยกว่าค่าเฉลี่ยอุณหภูมิขณะใช้แผ่นความเย็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00, และ 4) อาการหนาวสั่นขณะให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและค่อน้อยกว่าการใช้แผ่นความเย็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอ สามารถลดอุณหภูมิเทียบเคียงสมองที่วัดทางช่องหูและไม่เกิดอาการหนาวสั่น พยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญในการลดอุณหภูมิเทียบเคียงสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรงและใช้วิธีการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคออย่างต่อเนื่อง ในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังได้รับบาดเจ็บ เพื่อป้องกันภาวะไข้สูงลอยและการบาดเจ็บที่สมองระยะที่สอง นอกจากนี้วิธีดังกล่าวยังช่วยป้องกันอาการหนาวสั่นและไม่เป็นการกระตุ้นผู้ป่วยมากเกินไป

คำสำคัญ: การให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรง อุณหภูมิสมอง อาการหนาวสั่น

* นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บที่สมองเป็นปัญหาสำคัญของนานาประเทศ เนื่องจากเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน¹ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและเกิดทุพพลภาพเป็นอันดับแรกของโลก ทุก ๆ ปี มีประชากรเสียชีวิตประมาณ 1.5 ล้านคน² สำหรับประเทศไทยพบว่าช่วงปี พ.ศ. 2545-2549 มีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองเสียชีวิตสูงถึง 66,300 คน³ จังหวัดขอนแก่นมีผู้เสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุจราจรเป็นอันดับที่ 3 ของประเทศ⁴ ส่วนโรงพยาบาลศรีนครินทร์มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเข้ารับการรักษาในช่วงปี พ.ศ. 2550-2551 จำนวน 691 และ 774 คนตามลำดับ เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรงในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2551 ถึง 31 พฤษภาคม 2555 จำนวน 39 คน และมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตไม่สมัครใจอยู่รักษา และผู้ป่วยที่มี GCS ลดลง ≥ 2 คะแนน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77⁵

หากผู้ป่วยมีภาวะสมองบวม ภาวะพร่องออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำหรือสูง ภาวะไข้สูง ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปฏิกริยาการอักเสบของร่างกาย ภาวะช็อค ความไม่สมดุลของเกลือแร่หรืออิเล็กโทรไลต์ สมองบวม น้ำ ภาวะชัก และการติดเชื้อ ปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดการบาดเจ็บที่สมองระยะที่สอง (secondary brain injury) ก่อให้เกิดกลไกการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของร่างกาย ทำให้อาการเลวลงและเสี่ยงต่อการเกิดทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้⁶

ภาวะไข้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่สมองระยะที่สอง เนื่องจากการได้รับอันตรายต่อระบบควบคุมอุณหภูมิร่างกายส่วนกลาง ในสมองส่วนไฮโปทาลามัสโดยตรง หรือได้รับบาดเจ็บที่สมองส่วนอื่นแต่มีผลรบกวนการทำงานของไฮโปทาลามัส ร่วมกับปฏิกริยาของร่างกายต่อการบาดเจ็บ ทำให้มีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยใน 72 ชั่วโมงแรกหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง^{1,7} อุณหภูมิร่างกายที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 องศาเซลเซียส ทำให้เมตาบอลิซึมของสมองและความต้องการใช้ออกซิเจนของสมองเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 7⁸ โดยส่งผลให้มีการหลั่งของสารสื่อประสาทมากขึ้น เกิดอนุมูลอิสระและกลูตาเมต

เคลื่อนที่เข้าในเซลล์ประสาททำให้เซลล์ประสาทถูกทำลายเพิ่มขึ้น เนื้อเยื่อรอบ ๆ เซลล์ประสาทที่ถูกทำลายขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดกรดแลคติกคั่ง ความเป็นกรดในเซลล์ประสาทมากขึ้นซึ่งกระตุ้นหลอดเลือดขยายตัวทำให้สมองบวมมากขึ้น⁹ การซึมผ่านของหลอดเลือดสูงขึ้น ปริมาตรของเลือดในสมองเพิ่มขึ้น เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ส่งผลให้ปริมาณเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลง¹⁰ ส่งผลให้พยาธิสภาพรุนแรงขึ้นและอาจเสียชีวิตได้¹

ในทางกลับกัน การระบายความร้อนเพื่อควบคุมอุณหภูมิร่างกายไม่ให้มีไข้มีความสำคัญเนื่องจากมีผลลดเมตาบอลิซึม ยับยั้งการกระตุ้นสารที่ทำให้เกิดพิษ เช่น อนุมูลอิสระ กรดแลคติก เป็นต้น ลดภาวะกรดในสมอง ช่วยดำรงรักษาเซลล์สมอง ทำให้ลดภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะ ส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ลดความรุนแรงของการทำลายเซลล์ประสาท และส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย¹¹ นอกจากนี้การลดลงของอุณหภูมิร่างกายทุก ๆ 1 องศาเซลเซียส ทำให้เมตาบอลิซึมของสมองและความต้องการใช้ออกซิเจนของสมองลดลงซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 7⁸ เช่นกัน

จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับภาวะไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจำนวน 12 ราย มีไข้ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสใน 72 ชั่วโมงแรกคิดเป็นร้อยละ 100 และจากประสบการณ์พบว่าการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีไข้ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไปคือการเปิดพัดลมระบายอากาศ ถ้าไข้ตั้งแต่ 38.5 องศาเซลเซียสให้ยาตามแผนการรักษาพร้อมกับเปิดพัดลมระบายอากาศ หรือการเช็ดตัวลดไข้ร่วมด้วย แต่ก็ไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติได้ โดยในระหว่างการให้การดูแลยังมีผู้ป่วยที่มีไข้ตั้งแต่ 38.5 องศาเซลเซียส ร้อยละ 91.67 การใช้แผ่นความเย็น เป็นอีกวิธีหนึ่งที่น่าสนใจในหน่วยงานเพื่อลดไข้ แต่ยังไม่พบว่ามีผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่น⁵ ซึ่งอาการหนาวสั่นส่งผลให้อัตราการเผาผลาญเพิ่มขึ้นถึง 3-5 เท่า เพื่อเพิ่มความร้อนในร่างกาย นอกจากนั้นยังเพิ่มการใช้ออกซิเจนของสมอง มีการหลั่งสารแคทีโคลามีนและเพิ่มความเครียดของร่างกาย ทำให้เพิ่มการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งส่งผลให้หลอดเลือดสมอง



ขยายตัวเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ทำให้อาการเลวลงได้เช่นกัน¹² จากการศึกษาการให้ความเย็นจากแผ่นความเย็นในการลดไข้พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคืออาการหนาวสั่นพบร้อยละ 39¹³ และการศึกษาการใช้แผ่นความเย็นในการลดอุณหภูมิสมอง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติคือการติดเชื้อร้อยละ 26 หัวใจเต้นผิดจังหวะร้อยละ 21 และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติร้อยละ 38¹⁴

การลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีประสิทธิภาพและไม่เกิดอาการหนาวสั่นเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดการเกิดความรุนแรงหรือลดการทำลายของเซลล์สมอง^{15,7} ในปัจจุบันการลดไข้มีหลายวิธีแต่ก็มีข้อจำกัดที่ต่างกันไปคือ การเซ็ดตัวลดไข้สามารถลดอุณหภูมิร่างกายได้ 0.42-1.78 องศาเซลเซียส แต่อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นเท่าระดับเดิมใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมงหลังเซ็ดตัว¹⁶ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเซ็ดตัวและรบกวนผู้ป่วยบ่อยครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองควรหลีกเลี่ยงการกระตุ้นที่มากเกินไป เนื่องจากการทำกิจกรรมที่ต่อเนื่องจะมีผลทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นและต้องใช้เวลา 15-60 นาทีในการปรับตัวกลับคืนสู่ระดับเดิม⁶ นอกจากนี้การใช้แผ่นความเย็นและการให้สารละลายเย็นทางหลอดเลือดดำเป็นการให้ความเย็นทั่วทั้งร่างกาย อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอุณหภูมิร่างกายต่ำที่พบได้บ่อยคือ หนาวสั่น อัตราการเต้นของหัวใจช้า ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ไปแต่สเซียมในเลือดต่ำ และภูมิคุ้มกันลดลง¹⁷ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาที่ใช้หมวกควบคุมความเย็นร่วมกับแผ่นประคบเย็นรอบคอเป็นการให้ความเย็นเฉพาะที่สามารถลดอุณหภูมิสมองทำให้ระดับการฟื้นตัวในระยะ 6 เดือนหลังได้รับบาดเจ็บของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งอัตราการเสียชีวิตในระยะ 6 เดือนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมโดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากอุณหภูมิร่างกายต่ำ¹⁸

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอ และเปรียบเทียบกับการใช้แผ่นความเย็นซึ่งเป็นวิธีให้ความเย็นในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ทั้งนี้ยังไม่พบการ

ศึกษาดังกล่าวในประเทศไทย รวมทั้งยังไม่มีเครื่องมือในการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาเครื่องมือให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอ และทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือดังกล่าว

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวัดอุณหภูมิทางช่องหูแทนการวัดอุณหภูมิที่สมอง โดยวัดภายในช่องหูชั้นนอกชิดกับเยื่อแก้วหู ซึ่งให้ค่าใกล้เคียงกับอุณหภูมิเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและอุณหภูมิของสมองส่วนไฮโปทาลามัส และจากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิขณะให้ความเย็นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง พบว่าอุณหภูมิที่วัดทางช่องหูมีความสัมพันธ์กับอุณหภูมิที่วัดบริเวณผิวสมอง โดยมีความสัมพันธ์กันสูงที่ $r=0.91$ ($p < 0.05$)¹⁹ และวัดอุณหภูมิทางทวารหนักเนื่องจากการเป็นการวัดอุณหภูมิที่ใกล้แกนกลางของร่างกาย นิยมใช้ในผู้ป่วยหนักหรือการวิจัย เนื่องจากไม่มีอันตรายและลดความคลาดเคลื่อนจากสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ดีกว่า²⁰

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเครื่องมือให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอ
2. เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษากลุ่มเดียวแบบไขว้กัน (cross-over design) โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้รับการให้ความเย็นทั้งสองวิธี ทำการจับสลากสุ่มการให้ความเย็นวิธีแรก การให้ความเย็นแต่ละวิธีนาน 2 ชั่วโมงวัดผลก่อน ระหว่างและหลังการให้ความเย็น

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรง ในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังได้รับบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณงานวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยการนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการศึกษาการให้ความเย็นจากแผ่นความเย็น



2 แบบ²¹ คำนวณได้ 12.5 ราย ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 13 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) GCS 3-8 คะแนน เมื่อแรกมาถึงโรงพยาบาล 2) อายุระหว่าง 18-60 ปี 3) เข้ารับการรักษาใน 72 ชั่วโมงแรกหลังได้รับบาดเจ็บ 4) อุณหภูมิร่างกาย 38.0 องศาเซลเซียสขึ้นไป ถ้าได้รับยาลดไข้ต้องได้รับยาไม่ต่ำกว่า 4 ชั่วโมง หรือถ้าได้รับการเช็ดตัวลดไข้ต้องไม่ต่ำกว่า 3 ชั่วโมง และ 5) ญาติผู้ใกล้ชิดให้ความยินยอมและยินดีให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย

กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดออกจากกรวิจัยในกรณีต่อไปนี้ 1) มีภาวะความดันโลหิตต่ำ 2) มีสารคัดหลั่งในหูทั้งสองข้าง 3) ได้รับอาหารทางปากและทางสายยาง 4) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าสมองตาย

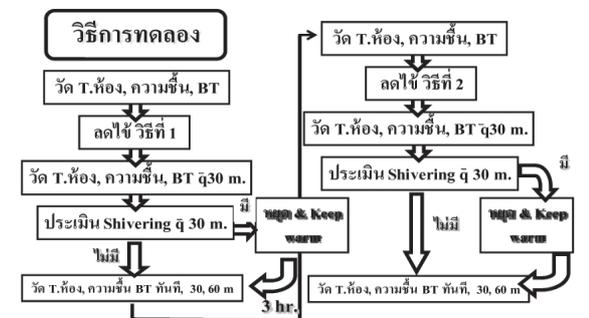
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) เครื่องมือในการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอที่พัฒนาขึ้น 2) แผ่นความเย็นและเครื่องควบคุมอุณหภูมิรุ่น Blanketrol II ทดสอบความเที่ยงโดยการสอบวัดเทียบค่าจากบริษัท ไทย เมตติแคร์ จำกัด มีความคลาดเคลื่อน ± 0.5 องศาเซลเซียส 3) แบบประเมินอาการหนาวสั่น พัฒนาโดย Holtzclaw²² เป็นการประเมินจากอาการสั่นของกล้ามเนื้อ โดยแบ่งความรุนแรงเป็น 5 ระดับ คำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างผู้สังเกตการณ์ 2 คน โดยใช้สถิติ Kappa ได้เท่ากับ 0.81 4) เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิทางทวารหนัก ของ YSI incorporated รุ่น REF 401 ที่ใช้ร่วมกับเครื่อง Monitor ของ NIHON KOHDEN 5) เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิทางช่องหูด้วยรังสีอินฟราเรดรุ่น Braun Thermo Scan®PRO 4000

การพัฒนาเครื่องมือให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอ ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือขึ้นเพื่อใช้ลดอุณหภูมิเทียบเคียงสมอง และป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการลดอุณหภูมิทั่วร่างกายโดยใช้แนวคิดของ Qiu et al.¹⁵ และ Liu et al.¹⁸ ผสมผสานกับการประยุกต์ใช้กลไกของเครื่องควบคุมอุณหภูมิและควบคุมระบบน้ำไหลวนรุ่น Blanketrol II ซึ่งใช้หลักการนำและพาความร้อน โดยใช้น้ำเย็นเป็นตัวกลาง มีกลไกการทำงานที่สามารถควบคุมอุณหภูมิความเย็นได้อย่างสม่ำเสมอ ทำให้สามารถรักษาระดับ อุณหภูมิที่ต้องการได้

ตลอดเวลา นอกจากนี้ มีการประยุกต์ใช้แผ่นพลาสติกของเครื่องบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องเพื่อใช้ควบคุมอุณหภูมิของสารน้ำ แผ่นดังกล่าวมีช่องให้น้ำไหลวนและมีลักษณะนุ่ม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เป็นถุงน้ำเย็นที่สัมผัสศีรษะด้านข้าง ท้ายทอยและคอ และใช้สายซิลิโคนซึ่งมีลักษณะนุ่มม้วนตามส่วนโค้งของศีรษะด้านบน เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยปรึกษาวินิจฉัยเครื่องมือเพื่อตรวจสอบการทำงานและอุณหภูมิที่ผิวของเครื่องมือพบว่ามีความคลาดเคลื่อน ± 0.5 องศาเซลเซียส หลังจากนั้นนำไปใช้กับผู้ป่วย 3 ราย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง (ผู้วิจัยขอสงวนลิขสิทธิ์ในการเผยแพร่ภาพเครื่องมือหากท่านมีข้อสงสัยประการใด ขอให้ติดต่อสอบถามไปที่ผู้วิจัยโดยตรง)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจับสลากสุ่มการให้ความเย็นวิธีแรก แล้วทำการวัดอุณหภูมิห้อง ความชื้นสัมพัทธ์ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายทางช่องหู และทางทวารหนัก ก่อนให้ความเย็น 1 ครั้ง ระหว่างให้ความเย็นทุก 30 นาที 4 ครั้ง และหลังให้การให้ความเย็นทุก 30 นาที 3 ครั้ง และประเมินอาการหนาวสั่นระหว่างการให้ความเย็นทุก 30 นาที 4 ครั้ง การให้ความเย็นแต่ละวิธีนาน 2 ชั่วโมงห่างกันอย่างน้อย 3 ชั่วโมง แต่ถ้ามีไข้สูง ≥ 38.0 องศาเซลเซียส ในช่วงเวลา 3 ชั่วโมงก่อนให้ความเย็นด้วยวิธีที่สอง ผู้วิจัยจะวัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำ หลังจากนั้น 30 นาที ถ้ายังมีไข้ ≥ 38.0 องศาเซลเซียส จะให้ความเย็นด้วยวิธีที่สองทันที เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากผลของการให้ความเย็นด้วยวิธีแรก (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



จริยธรรมการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE 531152) และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยขอความร่วมมือพยาบาลเจ้าของไข้ในการแจ้งญาติผู้ใกล้ชิดขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย และขออนุญาตญาติผู้ใกล้ชิดในการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าร้อยละ 91.7 เป็นเพศชาย อายุมีค่า median = 45 ปี และอุบัติเหตุเกิดจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บไขกอนให้ความเ็นทั้งสองวิธีอยู่ระหว่าง 4-18.30 ชั่วโมง (median = 6 ชั่วโมง) ส่วนระยะเวลาที่เ็นไขกอนให้ความเ็นทั้งสองวิธีอยู่ระหว่าง 15 นาที ถึง 16 ชั่วโมง (median = 3 ชั่วโมง) และระยะเวลาที่เ็นไขกอนให้ความเ็นทั้งสองวิธีอยู่ระหว่าง 30 นาที ถึง 43 ชั่วโมง (median = 8 ชั่วโมง)

ข้อมูลอุณหภูมิร่างกายที่วัดทางช่องหูและทางทวารหนัก ก่อน ระหว่าง และหลังการให้ความเ็นทั้งสองวิธี นำมาทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอุณหภูมิของร่างกาย ด้วยสถิติ Linear Mixed Models ซึ่งมีการควบคุมผลกระทบที่อาจเกิดจาก ลำดับของการให้ความเ็น (sequence effect) ช่วงเวลาของการให้ความเ็น (period effect) และผลสืบเนื่องจากการให้ความเ็นที่เ็นไขกอน (carry over effect) เรียบร้อยแล้ว นอกจากนี้ สถิติทดสอบดังกล่าวได้มีการปรับค่าอุณหภูมิก่อนให้ความเ็น (adjusted pre-test score) และใช้ค่าอุณหภูมิดังกล่าวเป็นตัวควบคุม ดังนั้น การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลแต่ละช่วงเวลาจึงเปรียบเทียบกับอุณหภูมิ T_1 หรืออุณหภูมิหลังให้ความเ็น 30 นาที และได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นคือการแจกแจงเป็นปกติ และระดับความสัมพันธ์ของการวัดแต่ละครั้งมีขนาดความสัมพันธ์เท่า ๆ กัน และความแปรปรวนของการวัดแต่ละครั้งมีขนาดเท่า ๆ กัน ผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

1. ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิที่วัดอุณหภูมิทางช่องหู ก่อน ระหว่าง และหลังได้รับการให้ความเ็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอ ลดลงมากกว่าค่าเฉลี่ยอุณหภูมิที่

วัดทางทวารหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.00$) (กราฟที่ 1)

2. ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิทางช่องหูที่ลดลงระหว่างและหลังการให้ความเ็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอมากกว่าการใช้แผ่นความเ็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.00$) (กราฟที่ 2)

3. ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิทางทวารหนักที่ลดลงระหว่างและหลังการให้ความเ็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและค่อน้อยกว่าการใช้แผ่นความเ็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.00$) (กราฟที่ 3)

4. จากผลการศึกษาขณะได้รับการให้ความเ็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอกลุ่มตัวอย่างไม่มีการหนาวสั่น ส่วนขณะได้รับการใช้แผ่นความเ็นมีอาการหนาวสั่น 5 คน โดยมีความรุนแรงของอาการหนาวสั่นอยู่ในระดับ 1 จำนวน 4 คนและระดับ 2 จำนวน 1 คน เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Chi-square พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความเ็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอมีอาการหนาวสั่นน้อยกว่าจากการใช้แผ่นความเ็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.012$)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีความสอดคล้องกับการศึกษาโครงการประเมินนโยบายป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของรัฐบาล ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยทำงาน และอุบัติเหตุเกิดจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด²³

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ควบคุมปัจจัยที่มีผลต่ออุณหภูมิร่างกาย โดยใช้วิธีการวิจัยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวได้รับความเ็นทั้งสองวิธี และด้วยรูปแบบการวิจัยแบบไขว้กัน ส่วนปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมในขณะที่ให้ความเ็นทั้งสองวิธี ได้แก่ อุณหภูมิห้องและความชื้นสัมพัทธ์มีการควบคุมโดยทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุณหภูมิห้องและความชื้นสัมพัทธ์ ในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังให้ความเ็นทั้งสองวิธี พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.77$ และ $p = 0.21$ ตามลำดับ) ผู้วิจัยใคร่ขอเสนอการอภิปรายผลการทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือให้ความเ็นเฉพาะที่บริเวณ



คีรีระและคอที่พัฒนาขึ้นดังต่อไปนี้

1. ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิที่วัดทางช่องหู ก่อน ระหว่าง และหลังได้รับการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณ คีรีระและคอ ลดลงมากกว่าค่าเฉลี่ยอุณหภูมิที่วัดทางทวารหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งยอมรับสมมติฐานของการวิจัยที่ 1 อธิบายได้ว่าการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณคีรีระและคอเป็นการลดอุณหภูมิแบบเฉพาะที่ ซึ่งมีกลไกในการลดอุณหภูมิของสมองได้โดย 1) ลดอุณหภูมิของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองด้วยการให้ความเย็นแก่หลอดเลือดแดงที่เลี้ยงภายในสมอง 2) ให้ความเย็นแก่หลอดเลือดดำบริเวณผิวของคีรีระ และ 3) ให้ความเย็นแก่หลอดเลือดดำที่ไหลกลับจากส่วนต่างๆ ของสมองกลับเข้าสู่หัวใจ¹⁵ กลไกสุดท้ายนั้นเป็นกลไกที่ทำให้ อุณหภูมิที่วัดทางช่องหูลดลงด้วย แต่มีพื้นที่ของร่างกายเพียงเล็กน้อยในการสัมผัสความเย็น จึงพบว่าอุณหภูมิร่างกายที่วัดทางช่องหูลดลงมากกว่า อุณหภูมิร่างกายที่วัดทางทวารหนัก ซึ่งลดลงเล็กน้อยในช่วงแรกและเพิ่มขึ้นในช่วงหลังการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณคีรีระและคอ สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้หมวกควบคุมอุณหภูมิและเจลให้ความเย็นวางรอบคอที่พบว่าเมื่อผลช่วยลดอุณหภูมิสมองได้มากกว่าอุณหภูมิแกนกลางของร่างกาย¹⁸ และ สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้หมวกควบคุมอุณหภูมิและเจลให้ความเย็นวางรอบคอ ที่ควบคุมอุณหภูมิสมองอยู่ระหว่าง 33-35 องศาเซลเซียสในขณะที่อุณหภูมิทวารหนักอยู่ในช่วง 37.0 -37.5 องศาเซลเซียสซึ่งสูงกว่าอุณหภูมิสมอง¹⁵ นอกจากนี้การศึกษาที่ให้ความเย็นบริเวณคีรีระและคอโดยแผ่นเจลเย็นประคบทำให้ อุณหภูมิในหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองต่ำกว่าหลอดเลือดแดงแกนของร่างกาย ในขณะที่อุณหภูมิของหลอดเลือดแดงที่แกนร่างกายไม่แตกต่างจากเดิม^{24,25}

2. ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิทางช่องหูที่ลดลงระหว่าง และหลังการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณคีรีระและคอ มากกว่าการใช้แผ่นความเย็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยอมรับสมมติฐานของการวิจัยที่ 2 ส่วนค่าเฉลี่ยอุณหภูมิทางทวารหนักที่ลดลงระหว่าง และหลังการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณคีรีระและคือน้อยกว่าการใช้แผ่นความเย็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งยอมรับสมมติฐานของการวิจัยที่ 3 อธิบายได้ว่าการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณ

คีรีระและคอสามารถลดอุณหภูมิที่วัดทางช่องหูได้ดีกว่า การให้ความเย็นทั่วร่างกาย เนื่องจากการให้ความเย็นที่ผิวหนัง และหลอดเลือดบริเวณคีรีระและคอโดยใช้แผ่นความเย็น ซึ่งมีพื้นที่สัมผัสบริเวณคีรีระและคอมากกว่าการใช้แผ่นความเย็น ซึ่งแผ่นความเย็นมีจุดสัมผัสคีรีระเพียงบริเวณท้ายทอยเท่านั้น แต่ในทางตรงข้ามการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณคีรีระและคอ มีผลต่ออุณหภูมิที่วัดทางทวารหนักน้อยกว่า ในขณะที่การใช้แผ่นความเย็นเป็นการให้ความเย็นทั่วร่างกาย ทำให้อุณหภูมิที่วัดทางทวารหนักลดลงมากกว่า เนื่องจากการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณคีรีระและค้อมีพื้นที่สัมผัสเฉพาะที่คีรีระและคอเท่านั้น ในขณะที่การใช้แผ่นความเย็นมีพื้นที่สัมผัสผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณท้ายทอย หลัง สะโพก และต้นขาด้านหลัง จึงทำให้การให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณคีรีระและค้อมีอุณหภูมิที่วัดทางทวารหนักลดลงน้อยกว่าการให้ความเย็นทั่วทั้งร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิมองและอุณหภูมิตวารหนักระหว่างให้ความเย็นที่คีรีระและการให้ความเย็นทั่วร่างกายในหนู ซึ่งพบว่าขณะที่ให้ความเย็นที่คีรีระอุณหภูมิสมองลดลงในขณะที่อุณหภูมิทางทวารหนักไม่เปลี่ยนแปลงและเมื่อให้ความเย็นทั่วร่างกายพบว่าอุณหภูมิทางทวารหนักลดลงมาก ส่วนอุณหภูมิที่สมองลดลงเพียงเล็กน้อย^{26,27}

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณคีรีระและค้อมีอาการหนาวสั่นน้อยกว่าจากการใช้แผ่นความเย็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.012$) ซึ่งยอมรับสมมติฐานของการวิจัยที่ 4 อธิบายได้ว่าอาการหนาวสั่นที่เกิดจากการใช้แผ่นความเย็นซึ่งเป็นการให้ความเย็นทั่วร่างกาย มีผลทำให้ลดอุณหภูมิที่วัดทางร่างกายมากกว่าให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณคีรีระและคอ ทั้งนี้เนื่องจากบริเวณผิวหนังสัมผัสแผ่นความเย็นมากกว่า จึงส่งผลให้เกิดอาการหนาวสั่นได้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ให้ความเย็นจากแผ่นความเย็น 2 แบบคือหมบนตัวผู้ป่วยและการสวมใส่คล้ายเสื้อ พบว่าการสวมใส่คล้ายเสื้อลดอุณหภูมิร่างกายได้ดีกว่าแต่มีอาการหนาวสั่นร้อยละ 39 แบบหมบนตัวผู้ป่วยพบอาการหนาวสั่นร้อยละ 8¹³



ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรใช้วิธีการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรงที่มีไข้อย่างต่อเนื่องในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังได้รับบาดเจ็บ เพื่อป้องกันภาวะไข้สูงลอย การบาดเจ็บที่สมองระยะที่สอง และลดโอกาสเกิดอาการหนาวสั่นได้ดีกว่าการใช้แผ่นความเย็น อีกทั้งไม่เป็นการกระตุ้นผู้ป่วยมากเกินไป
2. นำแนวคิดเกี่ยวกับการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอในการลดอุณหภูมิเทียบเคียงสมอง มาผสมผสานในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาในคลินิก โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต
3. ควรศึกษาผลในการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอซ้ำโดยเพิ่มระยะเวลาในการให้ความเย็นเพื่อศึกษาความแตกต่างของความดันในกะโหลกศีรษะ ระดับความรู้สึกตัว หรืออาจศึกษาผลในระยะยาวตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป เพื่อประเมินการฟื้นตัวของสมอง
4. ควรศึกษาการให้ความเย็นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอในกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มีลักษณะคล้ายกันคือ มีปัญหาทางด้านระบบประสาทและสมอง
5. ควรศึกษาในลักษณะเดียวกันแต่เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

เนื่องจากระยะเวลาค่อนข้างจำกัด และจำนวนผู้ป่วยสมองได้รับบาดเจ็บรุนแรงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมีไม่มาก จึงไม่สามารถทำการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ทำให้ประสิทธิภาพการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลในการยืนยันผลของการให้ความเย็นที่ศีรษะและคอต้องลงไปเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อควรระวังในการให้ความเย็นบริเวณศีรษะและคอในผู้ป่วยที่มีกะโหลกศีรษะแตก มีบาดแผลที่ศีรษะ ควรใช้ผ้าก๊อสปราศจากเชื้อปิดที่แผลบริเวณศีรษะทุกแผลที่เป็นแผลเปิด และมีผ้ารองระหว่างถุงเย็นและผิวหนังบริเวณคอเพื่อลดอาการชนลุก

กิตติกรรมประกาศ

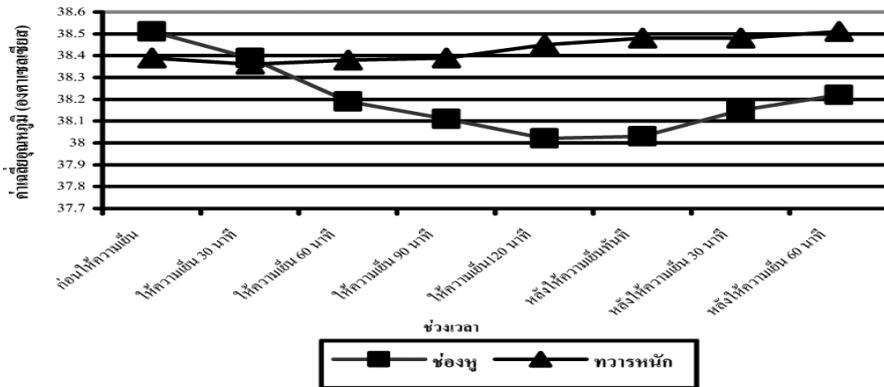
ขอขอบคุณกลุ่มวิจัยและพัฒนาเฉพาะทางด้านประสาทวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้สนับสนุนงบประมาณการทำวิจัย ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สงวนสิน รัตนเลิศ. บาดเจ็บที่ศีรษะ: การดูแลตามระบบคุณภาพHA. กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์; 2546.
2. Toledo C, Garrido D, Troncoso E, Lobo SM. Effects of respiratory physiotherapy on intracranial pressure and cerebral perfusion pressure in severe traumatic brain injury patients. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 2008; 20(4): 339-343.
3. สำนักอำนวยการความปลอดภัย กรมทางหลวงกระทรวงคมนาคม. มูลค่าความสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย [ออนไลน์] 2550 [อ้างเมื่อ วันที่ 12 กรกฎาคม 2552]. จาก <http://www.Thaitransport.org>.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการบาดเจ็บในประเทศไทย พ.ศ.2547 [ออนไลน์] 2550 [อ้างเมื่อ 12 กรกฎาคม 2552]. จาก <http://www.ncd.ddc.moph.go.th>
5. งานสถิติเวชระเบียน โรงพยาบาลศรีนครินทร์. สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง. ขอนแก่น: หน่วยรายงานสถิติทางการแพทย์โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2551.
6. Barker E. *Neuroscience Nursing: A Spectrum of Care*. (3rded). Missouri: Elsevier; 2008.
7. Sharma HS. *The neurobiology of hyperthermia*. Amsterdam: Elsevier; 2007.
8. Josephson L. Management of Increased Intracranial Pressure. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2004; 23(5):194-207.
9. Badjatia N. Hyperthermia and fever control in brain injury. *Critical Care Medicine* 2009; 37(7): 250-257.

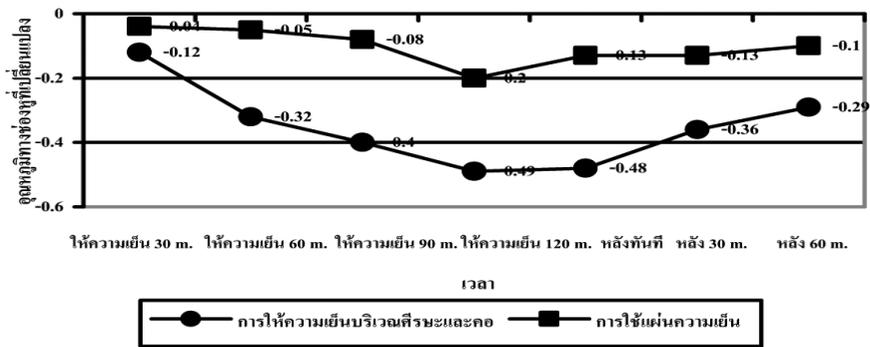


10. Geffroy A, Bronchard R, Merckx P, Seince PF, Faillot T, Albaladejo P, et al. Severe traumatic head injury in adults: Which patients are at risk of early hyperthermia?. *Intensive Care Medicine* 2004; 30(5):785-790.
11. Marion DW. Moderate hypothermia in severe head injury: The present and the future. *Current Opinion in Critical Care* 2002; 8:111-114.
12. Sund-Levander M, Wahren LK. Assessment and prevention of shivering in patients with severe cerebral injury: A pilot study. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9(1): 55-61.
13. Mayer SA, Kowalski RG, Presciutti M, Ostapovich ND, McGann E, Fitzsimmons B, et al. Clinical trial of a novel surface cooling system for fever control in neurocritical care patients. *Neurologic Critical Care* 2004; 32(12): 2508-2515.
14. Adelson PD, Ragheb J, Muizelaar JP, Kanev P, Brockmeyer D, Beers SR, et al. Phase II clinical trial of moderate hypothermia after severe traumatic brain injury in children. *Neurosurgery* 2005; 56(4): 740-754.
15. Qiu W, Shen H, Zhang Y, Wang W, Liu W, Jiang Q, et al. Noninvasive selective brain cooling by head and neck cooling is protective in severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical Neuroscience* 2006; 13(10): 995-1000.
16. สุวรรณิ ทาอ่อน. ผลของการเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำเย็นและน้ำธรรมดา ร่วมกับการใช้พัดลมในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีไข้สูง (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2539.
17. Zhi D, Zhang S, Lin X. Study on therapeutic mechanism and clinical effect of mild hypothermia in patients with severe head injury. *Surgical Neurology* 2003; 5: 381-385.
18. Liu W, Qiu W, Zhang Y, Wang W, LU F, Yang X. Effects of selective brain cooling in patients with severe traumatic brain injury: A preliminary study. *Journal of International Medical Research* 2006; 34: 58-64.
19. Mariak Z, White MD, Lyson T, Lewko J. Tympanic temperature reflects intracranial temperature changes in humans. *Pflugers Archiv European Journal Physiology* 2003; 446: 279-284.
20. วัฒนา วัฒนาภา, สุพัตรา โล่ศิริวัฒน์, สุพรพิมพ์ เจียสกุล. สรีรวิทยา 1. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
21. Creechan T, Vollman K, Kravutske ME. Cooling by convection & cooling by conduction for treatment of fever in critically ill adults. *Journal of Critical Care* 2001; 10(1): 52-59.
22. Holtzclaw BJ. Effects of extremity wraps to control drug induced shivering; a pilot study. *Nursing Research* 1990; 39(5): 280-283.
23. ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. โครงการประเมินนโยบายป้องกันอุบัติเหตุจราจรของรัฐบาลในช่วงปีใหม่ พ.ศ.2546: จังหวัดขอนแก่นและนครราชสีมา. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2546; 21(2): 43-55.
24. Bommadevara M, Zhu L. Temperature difference between the body core and arterial blood supplied to the brain during hyperthermia or hypothermia in humans. *Biomech Model Mechanobiol* 2002; 1(2): 137-149.
25. ปาลิดา เฉลิมแสน, ชนิตา สุ่มมาตย์, วิบูลย์ เตชะโกศล, ธนากร คลังแสง, จำรัสรักษ์ เจริญแสน, เนาวรัตน์ ชันธิราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 37-46.
26. Laptok AR, Shalak L, Corbett RJT. Differences in brain temperature and cerebral blood flow during selective head versus whole-body cooling. *Pediatrics* 2001; 108(5): 1103-1110
27. สุภา ต้นติวิสุทธิ, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, ศศิธร ศิริกุล. ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการพยาบาลการใช้แนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดรุนแรง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554; 29(3): 5-14.



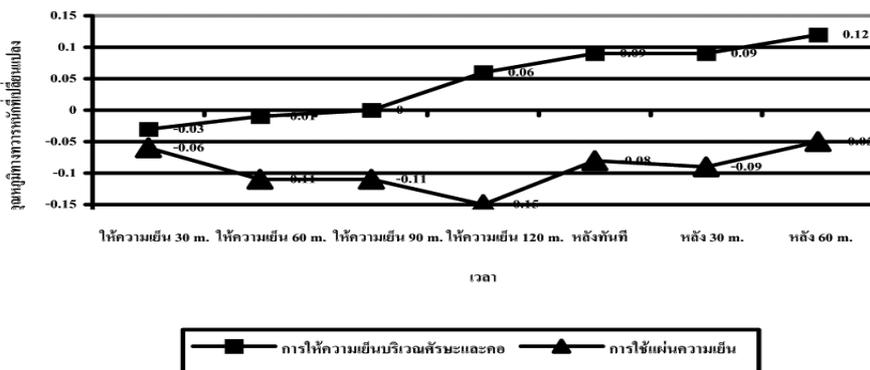
Coef. = 0.39; p-value = 0.00

กราฟที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอุณหภูมิที่วัดทางช่องหูและทางทวารหนักก่อน ระหว่าง และหลังให้ความชื้นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอ



Coef. = 0.257, p-value = 0.00

กราฟที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุณหภูมิทางช่องหูที่ลดลงระหว่าง และหลังให้ความชื้นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอ และการใช้แผ่นความเย็น



Coef. = -0.136, p-value = 0.00

กราฟที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุณหภูมิทางทวารหนักที่ลดลงระหว่าง และหลังการให้ความชื้นเฉพาะที่บริเวณศีรษะและคอ และการใช้แผ่นความเย็น



Effects of Local Head-and-Neck Cooling on the Reduction of Relevant Brain Temperature in the Patients with Severe Traumatic Brain Injury

Niran Nayokvhon M.N.S*

Thitaya Puthikamin PhD**

Amnat Kitkhuandee ***

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research, one group (cross-over design) were to: 1) develop a local head-and-neck cooling device, and 2) test its effects on the reduction of relevant brain temperature by comparing with blanket cooling. Purposive sampling was applied to the patients with severe brain injury during the first 72 hours after injury who admitted into the intensive-care-unit of Srinagarind Hospital. Thirteen patients who met the inclusion criteria were recruited into the study. They received two alternate interventions: local head-and-neck cooling and blanket cooling. The first treatment was randomly assigned using non-replacement random sampling. The study instruments consisted of: 1) the local head-and-neck cooling device which was developed by the researcher, 2) the blanket cooling and temperature control (model Blanketrol II), and equipments for data collection were: 1) the ear canal thermometer, 2) the rectal thermometer which compatible with NIHON KOHDEN monitor, and 3) the shivering assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics, Linear Mixed Models, and Chi-square test.

The findings of the study were: 1) the average temperatures during local head-and-neck cooling measured via ear canal at before, during, and after interventions, decreased greater than the average temperatures measured via rectum with high significance of $p = 0.00$, 2) the average temperatures during local head-and-neck cooling measured via ear canal at before, during, and after interventions, decreased greater than the average temperatures during blanket cooling with high significance of $p = 0.00$, 3) the average temperatures during local head-and-neck cooling measured via rectum before, during, and after interventions, decreased lesser than the average temperatures during blanket cooling with high significance of $p = 0.00$, and 4) the shivering of the patients occurred during local head-and-neck cooling less than the shivering occurred during blanket cooling with high significance of $p = 0.01$. Shivering occurred during blanket cooling, but not occurred during local head-and-neck cooling.

The findings of this study indicated that local head-and-neck cooling reduced relevant brain temperature measured via ear canal with no shivering effects. Nurses should aware and concern the importance of the reduction of relevant brain temperature in the patients with severe brain injury and continually apply local head-and-neck cooling within 72 hours after injury, to prevent high fever and secondary brain injury. Significantly, local head-and-neck cooling helps to protect potential shivering and unnecessary disturbance to the patients.

Keywords: local head-and-neck cooling, severe brain injury, brain temperature, shivering

* Student of Master of Nursing Science, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Lecture, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Assistant Professor, Faculty of Medicine, Khon Kaen University



ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกใน การดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษา ด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต

พยอม บุญสุด พย.ม.*

สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ วท.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Rossworm and Larrabee เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยและการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จำนวน 7 คน และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จำนวน 28 ราย 2) ผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จำนวน 13 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลและผู้ป่วย 2) แบบบันทึกผลลัพธ์การรักษาและแบบบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงหลังการรักษาของผู้ป่วย 3) แบบสอบถามเบื้องต้นเพื่อสำรวจการปฏิบัติ 4) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ 5) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และ 6) แบบสอบถามการปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ซึ่งผ่านการตรวจสอบหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และแบบสอบถามการปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเท่ากับ 0.94 และ 0.76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติโคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง และเมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วย พบว่า 1) ระดับความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยภาพรวม ในระดับมากที่สุดเท่ากับ 4.57 (SD = 0.42) 2) ภายหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลโดยส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นทุกข้อ 3) ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยยูเรีย ครีเอตินิน และโปแตสเซียมลดลงจากค่าเริ่มต้น และค่าเฉลี่ยไบคาร์บอเนตเพิ่มขึ้นจากค่าเริ่มต้นก่อนการรักษาในช่วงเวลาการรักษาที่ 4-6 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง ตามลำดับ และอาการเปลี่ยนแปลงหลังการรักษาแต่ละช่วงเวลาที่พบมากที่สุดคือ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และตัวกรองอุดตัน

จะเห็นได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติคือ พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในแต่ละระยะของการรักษาเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ไตบาดเจ็บเฉียบพลัน การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตระบบไตที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตถึงร้อยละ 20 และสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 50-70¹ เป็นอาการที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียการทำหน้าที่ของไตอย่างทันทีทันใดอาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ทำให้เกิดการล้มเหลวของอวัยวะหลาย ๆ ระบบ² มีปริมาณปัสสาวะออกน้อย มีของเสียคั่งในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงต้องให้การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตเพื่อลดภาวะคุกคามต่อร่างกาย รอเวลาให้ไตและอวัยวะอื่น ๆ พ้นตัวข้อบ่งชี้ของการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตคือ มีของเสียคั่ง ได้แก่ มีภาวะยูรีเมีย โปแตสเซียมในเลือดสูง ความเป็นกรดในเลือดสูง ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีอื่น และหรือมีภาวะน้ำเกินที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือการรักษาอื่น³ ผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันส่วนใหญ่มีปัญหาของอวัยวะล้มเหลวหลายระบบและความดันโลหิตต่ำ การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องจึงเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดเนื่องจากการรักษาที่ต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง มีการเปลี่ยนแปลงของเกลือแร่และปริมาณน้ำในร่างกายช้า ๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป จึงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตของผู้ป่วยน้อย⁴

การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องเป็นการรักษาที่ทำในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต อยู่ในความดูแลของพยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต² โดยมีแพทย์หรือพยาบาลไตเทียมให้คำปรึกษา⁵ ปัจจุบันมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีความนิยมเพิ่มขึ้นเนื่องจากเชื่อว่ามีประสิทธิภาพในการกำจัดของเสียเทียบเท่าหรือดีกว่าและมีความคงที่ทางด้านระบบไหลเวียนเลือด มากกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม⁶ ถึงแม้จะเป็นวิธีการรักษาที่มีประโยชน์อย่างมากแต่พบว่าค่าใช้จ่ายของการรักษาค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม⁷ เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการรักษามีราคาแพงกว่า ต้องอาศัยความชำนาญของทีมผู้รักษา ต้องใช้บุคลากรดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาซึ่งประกอบด้วยตัวกรองประสิทธิภาพสูงและสายนำเลือดเฉพาะสำหรับแต่ละเครื่อง มีราคาแพงกว่าอุปกรณ์การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั่วไป³ และปัญหาสำคัญที่สุดคือ การ

อุดตันของตัวกรอง นอกจากจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นแล้วยังทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่อง¹ ได้มีการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันการอุดตันของตัวกรองแต่พบว่ามีปัญหาของภาวะเลือดออกง่ายเกิดขึ้น³ จะเห็นว่า การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องเป็นวิธีการรักษาที่มีความซับซ้อน ต้องการความร่วมมือในด้านต่าง ๆ ทั้งเครื่องมืออุปกรณ์และผู้ดูแล โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วย จึงควรมีความรู้ความเชี่ยวชาญและมีทักษะการดูแลทั้งผู้ป่วยและเครื่อง⁵ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

จากการสังเกตและสอบถามพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ส่วนใหญ่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยคือ 1) การเริ่มต้นให้การรักษาที่ล่าช้า ประมาณ 4-8 ชั่วโมง หลังจากมีคำสั่งการรักษา เนื่องจากต้องเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ เตรียมผู้ป่วยและญาติ สาเหตุเกิดจากความไม่เชี่ยวชาญในการปฏิบัติและความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขที่ล่าช้า 2) ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาระหว่างให้การรักษา ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแผนการรักษาการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการสอนจากรุ่นพี่ และปัญหาสำคัญที่ทำให้ต้องยุติการรักษาในระยะนี้คือ การอุดตันของตัวกรอง เนื่องจากพยาบาลไม่สามารถเฝ้าระวังอาการอุดตันของตัวกรองได้รวมทั้งความสามารถตัดสินใจคืนเลือดให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียเลือดเกิดขึ้น จากข้อมูลการรักษาในปี 2552 มีจำนวนผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องทั้งหมด 42 ราย ต้องยุติการรักษาจากการอุดตันของตัวกรองจำนวน 37 ราย พบว่า สามารถคืนเลือดให้แก่ผู้ป่วยได้เพียง 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.6 และ 3) ระยะสิ้นสุดการรักษา เป็นขั้นตอนการคืนเลือดให้แก่ผู้ป่วย พบว่าในภาวะเร่งด่วนที่ต้องยุติการรักษา เช่น ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นที่ต้องรีบคืนเลือดแก่ผู้ป่วย เป็นต้น พยาบาลไม่สามารถตัดสินใจว่าควรคืนเลือดหรือไม่ หรือควรจะคืนเลือดด้วยวิธีใดที่จะ



รวดเร็วและมีความปลอดภัยกับผู้ป่วยมากที่สุด จะเห็นได้ว่า พยาบาลผู้ดูแลยังไม่มี ความชัดเจนของการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลในแต่ละระยะของการรักษา ขาดความ มั่นใจ และยังไม่มีความชัดเจน แนวปฏิบัติการ พยาบาลทางคลินิก (clinical nursing practice guideline: CNPG) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้พยาบาลมีแนว ปฏิบัติที่ชัดเจนในการที่จะป้องกันการอุดตันของตัวกรอง และสามารถคืนเลือดให้แก่ผู้ป่วยได้

จากประสบการณ์การทำงานและการดูแลผู้ป่วย ไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัด ทดแทนไตอย่างต่อเนื่องพบว่า ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มี ปัญหาของอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ระดับความรู้สึกตัว ลดลง และมีปัญหาของความดันโลหิตต่ำร่วมด้วย ทำให้ ความพร้อมต่าง ๆ ในการดูแลตัวเองและการรับรู้ข้อมูล ต่าง ๆ ลดลง ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ต้องการการดูแล จากพยาบาลทั้งหมด และเป็นวิธีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ หรือการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยถูกจำกัด ดังนั้นพยาบาล ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งหมดการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทาง คลินิกที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ ตรงกับความต้องการ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแล ผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการ บำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกขึ้น เพื่อเป็นเครื่อง มือประกอบการตัดสินใจของพยาบาลในการประเมิน ติดตามและการดูแลผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง^๑ ในแผนก การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น จากปัญหาที่พบคือ พยาบาลในหอผู้ป่วยระยะ วิกฤต ยังไม่มีความชัดเจนในการปฏิบัติ ขาดความมั่นใจ และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติ ทั้งที่พยาบาลเป็น บุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจน กระทั่งสิ้นสุดการรักษา ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัย จะได้ศึกษาวิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทาง คลินิกโดยใช้รูปแบบการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติโดย ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Rosswurm and Larrabee^๒

โดยการชี้ประเด็นให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการ เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การรักษาที่ ดีต่อผู้ป่วย รวมทั้งศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับ หอผู้ป่วยระยะวิกฤตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษา ด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง
2. ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บ เฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต อย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลทางคลินิก และผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลและผู้ป่วย แบบบันทึกผลลัพธ์การรักษาและแบบบันทึกอาการ เปลี่ยนแปลงหลังการรักษาของผู้ป่วย แบบสอบถามเบื้องต้น เพื่อสำรวจการปฏิบัติ แบบสอบถามความคิดเห็น ต่อการจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ แบบสอบถาม ความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกซึ่ง ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ การพยาบาลทางคลินิก ซึ่งผ่านการตรวจสอบหาค่าความ เที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า ความเที่ยงเท่ากับ 0.76 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง บรรยายและสถิติไคสแควร์

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการภายหลังจากได้รับการ อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติ



การพยาบาลทางคลินิก โดยมีขั้นตอนการพัฒนาตามรูปแบบการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Rosswurm and Larrabee⁹ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ โดยศึกษาจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ จากเอกสารและเวชระเบียน สภาพการณ์ของการให้บริการ ลักษณะของผู้ป่วย และแบบสอบถามเบื้องต้นเพื่อสำรวจการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เพื่อประเมินปัญหาหรือความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 2 การเชื่อมโยงปัญหาที่ต้องการแก้ไขกับการพยาบาลและผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เป็นขั้นตอนของการเชื่อมโยงปัญหาที่พบและต้องการแก้ไข โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อกำหนดแนวทางที่จะใช้แก้ไขปัญหา กำหนดผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นกับพยาบาลผู้ปฏิบัติและผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การสังเคราะห์วิธีการปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการประยุกต์ใช้ผลงานวิจัยมาใช้เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาล ในบริบทของแผนกการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่เหมาะสม มีขั้นตอนการดำเนินการ คือ 1) การสืบค้นหาข้อมูล และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นจากกลุ่มเป้าหมาย วิธีการปฏิบัติ และผลลัพธ์ของการปฏิบัติ 2) วิเคราะห์และประเมินข้อมูลที่ค้นมาได้เพื่อนำมาประยุกต์ใช้สำหรับสร้างเป็นร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก คัดเลือกจากหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 8 เรื่อง และกำหนดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของ Mlnyx and Fineout-Overhot (2005)¹⁰ 3) ทบทวนและวิพากษ์วิจารณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ โดยนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา นำไปปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปพัฒนาต่อในหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 4 การออกแบบเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ เป็นการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ไว้ล่วงหน้า กำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิด

จากการปฏิบัติ กำหนดทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ที่มีในหน่วยงาน มาใช้ในการดำเนินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 5 การลงมือปฏิบัติ นำไปใช้และประเมินผล เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ คือ 1) จัดตั้งและแต่งตั้งคณะทำงานและที่ปรึกษาคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบต่อการพัฒนาและการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปสู่การปฏิบัติ โดยใช้รูปแบบการประชุมระดมความคิดเห็นและการนำเสนอ ก่อนสรุปเป็นแนวปฏิบัติที่ผ่านการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของที่ปรึกษาคณะทำงาน 2) ประชุมคณะทำงานเพื่อจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่พยาบาล ก่อนนำไปใช้ปฏิบัติจริงในหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 6 การผสมผสานเข้ากับการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง คือ 1) จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยเชิญพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าร่วมการอบรม จัดอบรมทั้งหมด 4 กลุ่ม ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 2) พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก นำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปสู่การปฏิบัติเป็นระยะเวลา 4 เดือน ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2554 3) ติดตามประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและไคสแควร์ 4) วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุง แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่เหมาะสมและวางแผนการจัดอบรมที่ต่อเนื่องเพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติต่อไป

ผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนการรักษาเป็นระยะของการเตรียมความพร้อมทั้งตัวผู้ป่วยและอุปกรณ์การ



รักษา 2) ระยะให้การรักษา เป็นระยะที่ให้การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดอาการเปลี่ยนแปลงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อให้การรักษาดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษาทั้งตัวผู้ป่วยและเครื่อง และ 3) ระยะสิ้นสุดการรักษา เป็นระยะของการคืนเลือดให้แก่ผู้ป่วยและดูแลให้สายสวนหลอดเลือดสามารถทำงานได้ในครั้งต่อไป

ผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 13 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยของยูเรีย ครีเอตินิน และโปแตสเซียม มีค่าลดลงจากค่าเริ่มต้นก่อนการรักษา ส่วนค่าเฉลี่ยของไบคาร์บอเนตมีค่าเพิ่มขึ้นจากค่าเริ่มต้นก่อนการรักษา ในช่วงเวลาของการรักษาที่ 4-6 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง ตามลำดับ ส่วนอาการเปลี่ยนแปลงหลังการรักษา อาการที่เกิดมากที่สุดในทุกช่วงเวลาของการรักษา คือ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และตัวกรองอุดตัน

พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจำนวน 28 ราย มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยภาพรวมในระดับมากที่สุด คือ 4.57 (SD = 0.42) และค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อมากที่สุดคือ พยาบาลสามารถนำมาใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน มีคะแนนเท่ากับ 4.75 และผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกก่อนอบรมและหลังอบรมที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกพบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก พยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นทุกข้อ

การอภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกได้พัฒนาภายใต้กรอบแนวคิดของ Rosswurm and Larrabee⁹ การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยไม่ได้วิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรงเนื่องจากมีจำนวนน้อย จึงได้ทบทวนจากเอกสารและวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำหลักฐานจำนวน 8 เรื่อง ประกอบด้วย หลักฐานอ้างอิงจากการทบทวน

วรรณกรรม 2 เรื่อง จากการศึกษาผู้ป่วยกรณีตัวอย่าง และคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 เรื่อง มาร่างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกครั้งนี้มีคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมาร่วมพิจารณาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ผู้วิจัยร่างขึ้นมา ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ทำให้การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ดังนั้นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นจึงมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ระบุไว้ชัดเจนและเป็นลำดับขั้นอย่างต่อเนื่องทั้งหมด 6 ขั้นตอน โดยไม่จำเป็นต้องวางแผนการเปลี่ยนแปลงสำหรับดำเนินการใช้ และมีกระบวนการติดตามประเมินผล ทำให้ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติ และส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก¹¹

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ มีดังนี้

ระดับความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยภาพรวมเท่ากับ 4.57 อธิบายได้ว่าส่วนมากเป็นผลจากการจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการทำให้พยาบาลมีโอกาสได้ทบทวนความรู้ได้ฝึกปฏิบัติและได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการจัดโครงการอบรมจึงเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและสามารถนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก พบว่า ภายหลังอบรมที่มีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก พยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยภาพรวมส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นทุกกิจกรรม และกิจกรรมการพยาบาลที่มีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลไม่เคยปฏิบัติหรือไม่ทราบถึงความจำเป็นของการปฏิบัติ ภายหลังการอบรม



ทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจและเห็นความสำคัญ ทำให้มีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

ผลลัพธ์ของการรักษาจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 13 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับยูเรีย ครีเอตินิน และโปแตสเซียมลดลงจากค่าเริ่มต้น อธิบายได้ว่า วิธีการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง สามารถกำจัดสารโมเลกุลขนาดเล็กและสารโมเลกุลขนาดใหญ่ได้ดีทั้งวิธีการพาและการแพร่ และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง จึงทำให้สารยูเรีย ครีเอตินิน และโปแตสเซียมถูกขจัดออกมาอย่างช้า ๆ ตามช่วงระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น¹²

ส่วนค่าไบคาร์บอเนตมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากชนิดของสารน้ำทดแทนที่ให้แก่ผู้ป่วย สามารถเตรียมสารน้ำทดแทนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายทำให้ภาวะความเป็นกรดต่างในเลือดของผู้ป่วยได้รับการแก้ไข และกลับสู่สภาพปกติในระยะเวลาภายใน 1 วัน¹³

ส่วนอาการเปลี่ยนแปลงหลังการรักษา อาการที่เกิดขึ้นมากที่สุดในทุกช่วงระยะเวลาของการรักษา คือ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และการอุดตันของตัวกรอง การเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหรืออุณหภูมิร่างกายต่ำ สามารถให้การดูแลและแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ส่วนการเกิดการอุดตันของตัวกรองเป็นปัญหาที่สำคัญ ทำให้ต้องหยุดการรักษา และถ้าพยาบาลไม่สามารถคืนเลือดให้แก่ผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียเลือดประมาณ 200-300 มิลลิลิตรต่อครั้ง เกิดความดันโลหิตต่ำหรือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกได้¹⁴ เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาลและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา

จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ พบว่า พยาบาลสามารถคืนเลือดให้แก่ผู้ป่วยได้ทุกราย สามารถอธิบายได้ว่า พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการป้องกันการเกิดฟองอากาศในวงจรที่เป็นตัวกระตุ้นของการเกิดลิ่มเลือด มีความสามารถในการประเมินและวินิจฉัยการอุดตันของตัวกรองและสามารถตัดสินใจคืนเลือดให้แก่ผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เหมาะสมได้^{15,16} ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการจัดอบรม ทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจและมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น

จากการวิเคราะห์ปัญหาการอุดตันของตัวกรองผู้ป่วยจึงได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในส่วนของการป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในระบบวงจรเลือด ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในระบบวงจรเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคืนเลือดได้อย่างปลอดภัย และเพื่อให้สายสวนหลอดเลือดทำงานได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการคืนเลือดและทำให้อายุการใช้งานของตัวกรองนานขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเพื่อดูแลผู้ป่วย
2. ควรนำไปใช้สำหรับการจัดอบรมให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตมากกว่า 1 ปี ขึ้นไป
3. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาทางคลินิก
4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องครั้งต่อไป
5. การศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีปัญหาการอุดตันของตัวกรอง ควรศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่ออายุการใช้งานของตัวกรอง
6. ควรนำรูปแบบการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Rosswurm and Larrabee⁹ ไปพัฒนากับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Langford S, Slivar S, Bourbonnais FF, Tucker SM. Exploring CRRT practices in ICU: a survey of canadian hospitals. CACCN 2008; 19(1): 18-23.
2. Paton M. CRRT: help for acute kidney injury. Nursing made incredibly easy 2007; 28-38.



3. ชลธิป พงศ์สกุล, ทวี ศิริวงค์. Renal replacement therapy in critical ill patients. วารสารอายุรศาสตร์ อีสาน 2549; 5(2): 51-60.
4. Davies HT, Leslie G, Pereira SM, Webb SAR. A randomized comparative crossover study to assess the affect on circuit life of varying pre-dilution volume associated with CVVH and CVVHDF. The International Journal of Artificial Organs 2008; 31(3): 221-227.
5. Burns KM, Ellis K. Who should provide continuous renal replacement therapies. Nephrology Nursing Journal 2007; 34(2): 228-229.
6. ขจรศิริธนากุล. Acute kidney injury and continuous renal replacement therapy. ในเกรียงชัย ประสงค์สุกาญจน์, วีระชัย นาวารวงศ์. (บรรณาธิการ). Critical care in cardiothoracic surgery. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2552.
7. Manns B, Doig CJ, Lee H, Dean S, Tonelli M, Johnson D. et al. Cost of acute renal failure requiring dialysis in the intensive care unit: clinical and resource implications of renal recovery. Critical Care Medicine 2003; 31(2): 449-455.
8. ฟองคำ ติลกสกุลชัย. การปฏิบัติกรพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พรี่-วัน; 2549.
9. Rosswurm MA, Larrabee JH. A model for change to evidence- based practice. Journal of Nursing Scholarship 1999; 31(4): 317-322.
10. Melnyk BM, Fineout-Overhot E. Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
11. เยวภาจันทรมา. การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(4): 22-29.
12. Gilbert RG. Blood flow rate effects in continuous venovenous hemodiafiltration on blood urea nitrogen and creatinine reduction. Nephrology Nursing Journal 2000; 27(5): 503-531.
13. สุชาติ บุญแก้ว. ผลตอบสนองต่อความคงที่ของระบบไหลเวียนเลือดและสมดุลกรดต่างในผู้ป่วยวิกฤตที่รับการรักษาด้วยไตเทียมต่อเนื่อง. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาราชนครเชียงใหม่; 2542.
14. อรวรรณ ชันสารี. การพยาบาลผู้ป่วย Continuous renal replacement therapy. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. (บรรณาธิการ). Clinical dialysis. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2550.
15. Michael J, Heleen M O S. Clinical review: Patency of the circuit in continuous renal replacement therapy. Critical Care 2007, 11(4). [cited to October 10, 2011]. Available from: <http://ccforum.com/content/11/4/218>
16. อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา, ดรุณี จันทรเลิศฤทธิ์, ทวี ศิริวงค์, ชลธิป พงศ์สกุล. การวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยรักษาทดแทนไต. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2553; 28(1): 64-72.



Effects of Clinical Nursing Practice Guideline Development for Acute Kidney Injury Patients with Continuous Renal Replacement Therapy in Intensive Care Unit

Phayom Bunsut M.N.S.*

Suchitra Limumnoilap M.Sc.

Abstract

The objective of this study was to develop and examine the effects of clinical nursing practice guidelines for acute kidney injury patients receiving continuous renal replacement therapy who admitted in the intensive care units of Srinagarind Hospital, Khon Kaen University, from January, 2010 to May, 2011. The development model of evidence-based practice developed by Rosswurm and Larrabee was applied as the conceptual framework of this study. The samples of this study included: 1) seven nurses who involved in the development of clinical nursing practice guidelines for acute kidney injury patients receiving continuous renal replacement therapy, 2) 28 nurses who involved in the implementation of the practice guidelines with the patients with acute kidney injury receiving continuous renal replacement therapy and 3) 13 patients who were diagnosed of acute kidney injury and received continuous renal replacement therapy. The study instruments consisted of: 1) demographic data for the nurses who implemented the practice guidelines and the patients, 2) treatment and the complication record of the patients, 3) the survey of nursing care for patients with acute kidney injury receiving continuous renal replacement therapy, 4) questionnaire of nurses' opinions of the project training workshop, 5) questionnaire of nurses' opinions of the practice guidelines, and 6) evaluation of nursing practices relevant to the practice guidelines. Reliabilities of the questionnaire of nurses' opinions and the evaluation of nursing practices were examined using alpha Cronbach's coefficient, they were 0.94 and 0.76 consecutively. Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square test.

Result of this study revealed that the clinical nursing practice guidelines for the patients with acute kidney injury who received continuous renal replacement therapy were developed. The results of the implementation of the clinical nursing practice guidelines showed that: 1) the nurses who implemented the clinical nursing practice guidelines viewed that the most average level was 4.57 at the overall (SD = 0.42) 2) after the implementation of the clinical nursing practice guidelines, the frequencies of nursing activities of all items were increased to "mostly do" level 3) the implementation effects of the clinical nursing practice guidelines on the patients showed that: (a) the averages of the patients' blood urea, creatinine, and potassium levels were decreased, (b) the averages of the patients' bicarbonate level were increased at the 4th-6th hours, 24th hour, and 48th hour of the treatment period, (c) the complications mostly found after treatment were decreased blood calcium, hypothermia and filter obstruction.

The findings of this study indicated that the clinical nursing practice guidelines which were particularly developed for the patients with acute kidney injury receiving continuous renal replacement therapy are appropriate for implementation in intensive care units. The implementation of the practice guidelines resulted in increased frequency of nursing activities relevant to the practice guidelines, and positive outcomes of patient care.

Keywords: nursing clinical practice guidelines, acute kidney injury, continuous renal replacement therapy

* Student of Master of Nursing Science, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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



การจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน*

พุทธิพร พิธานธนานุกูล พย.ม.**

ปีتما สุจริต DNSc.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความปวดเรื้อรังในด้านประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง วิธีจัดการ ผลลัพธ์ของการจัดการ มโนคติของศาสตร์ทางการแพทย์ด้านบุคคล ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 166 คน โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์การจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัยมีดังนี้ 1) ด้านบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิง เป็นผู้สูงอายุวัยกลางและผู้สูงอายุวัยปลาย ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสหม้าย และโสด มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,000 บาทและอาศัยอยู่คนเดียวส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง 2) ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย พบว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคประจำตัว 1 โรค 2 โรค และมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง 3) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง 4) ประสบการณ์ความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่ตำแหน่งที่มีความปวด คือ ข้อเข่า มีความปวดเรื้อรังมาเป็นระยะเวลา 1-5 ปี เป็นความปวดชนิดที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และระบบประสาท มีความรุนแรงของความปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนใหญ่มีรูปแบบของความปวด คือ ความปวดเกิดขึ้นเป็นพัก ๆ มีระยะเวลาเป็นนาทีและเกิดขึ้นทุกวัน ซึ่งส่วนใหญ่มีผลกระทบต่อ การเคลื่อนไหวและอารมณ์มากที่สุด 5) วิธีจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการความปวดมากกว่า 1 วิธี โดยเป็นวิธีใช้ร่วมกับวิธีไม่ใช้ยา ซึ่งวิธีใช้ยาที่ส่วนใหญ่เลือกใช้ คือ ยานวด ส่วนวิธีไม่ใช้ยาที่ส่วนใหญ่เลือกใช้ คือ การบีบนิ้วตนเอง โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลในการเลือกวิธีจัดการความปวดจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ทำด้วยตนเอง ทำที่บ้าน คิดว่าปฏิบัติแล้วอาการปวดดีขึ้น ทำเมื่อมีอาการปวด และระยะเวลาที่เริ่มใช้วิธีจัดการความปวดคือ 1-5 ปี 6) ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ พบว่าไม่ว่าผู้สูงอายุมีความปวดในตำแหน่งใดก็ตาม หลังจากใช้วิธีจัดการความปวดแล้ว ส่วนใหญ่ความรุนแรงของความปวดลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย

คำสำคัญ: การจัดการความปวดเรื้อรัง ผู้สูงอายุ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่มักมีความปวดมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง¹ และเป็นความปวดเรื้อรังมากกว่าความปวดเฉียบพลัน² นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมักจะได้รับ ความทุกข์ทรมานจากความปวดเรื้อรังมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น

มีความสัมพันธ์กับการเกิดความปวดเรื้อรัง³ มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ปานกลางถึงมาก มีอาการเป็นอยู่นาน เกิดได้หลายตำแหน่ง และมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง⁴ ซึ่งความปวดเรื้อรังเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ และปัญหาด้านจิตสังคม^{3,5} และจากการที่ผู้วิจัยได้ฝึกปฏิบัติในวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ในชุมชนโนนม่วง

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



จังหวัดขอนแก่น ได้ทำการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ ความปวดเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความปวดมากกว่า 1 ตำแหน่ง และตำแหน่งที่มีความปวดมาก ได้แก่ ข้อเข่า เอว หลัง ข้อนิ้วมือ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุของความปวดมักเกิดจากโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ลักษณะงานที่ทำทั้งในอดีตและปัจจุบัน และการมีอิริยาบถที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้สูงอายุมีความปวดเป็นระยะเวลาานาน และส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ลูกเขยลำบาก เดินได้ลดลง ทำงานได้น้อยลง นอนไม่หลับ เป็นต้น ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ไม่มีความสุข รู้สึกทรมาน หงุดหงิดง่าย เป็นต้น ซึ่งเมื่อมีความปวดเกิดขึ้นผู้สูงอายุมักจะหาวิธีจัดการด้วยตนเองก่อนที่จะมาพบแพทย์ และมักจะใช้หลายวิธี เช่น การใช้ยาแก้ปวด ยานวด ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร การฝังเข็ม การนวดแผนไทย การใช้ลูกประคบ การหยุดเคลื่อนไหวบริเวณที่มีความปวด การออกกำลังกาย และการใช้อุปกรณ์ช่วย เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยเห็นว่าความปวดเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุในชุมชนและส่งผลกระทบต่อหลายด้าน รวมทั้งผู้สูงอายุบางรายมีวิธีจัดการความปวดที่ไม่ถูกต้อง หากความปวดนั้นไม่ได้รับการประเมินและจัดการดูแลในระยะเริ่มต้น ก็จะกลายเป็นปัญหาเรื้อรังอันนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพในอนาคตได้ รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวกับความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนโนนม่วง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาเรื่องความปวดเรื้อรังและมีผู้สูงอายุอยู่เป็นจำนวนมาก โดยใช้รูปแบบการจัดการอาการของดอตต์ และคณะ⁶ มาเป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากการจัดการความปวดเรื้อรังเป็นเรื่องเฉพาะของแต่ละบุคคล มีความซับซ้อน และแตกต่างกันไป รูปแบบการจัดการอาการของดอตต์⁶และคณะ⁶นี้ มุ่งเน้นที่การรับรู้ของบุคคลเป็นหลักและสามารถอธิบายประสบการณ์อาการ วิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการของบุคคลได้ รวมทั้งนักวิจัยหลายท่านใช้รูปแบบการจัดการอาการของดอตต์และคณะ⁶มาเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย ซึ่งผลของงานวิจัย

ดังกล่าวสนับสนุนว่ารูปแบบการจัดการอาการของดอตต์และคณะ สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการของบุคคลได้ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้จะช่วยให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมสุขภาพชุมชนเข้าใจถึงการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ และอาจนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือบรรเทาความปวดหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีวิธีจัดการความปวดเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเกี่ยวกับมโนคติของศาสตร์ทางการพยาบาลในด้านบุคคล ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย และด้านสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง วิธีจัดการความปวดเรื้อรัง และผลลัพธ์ของการจัดการความปวดเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการจัดการอาการของดอตต์ และคณะ⁶ ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องจาก The British Pain Society เรื่องการประเมินความปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ⁷ (ภาพที่ 1)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนโนนม่วง หมู่ที่ 3, 12 และ 27 ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) มีความปวดเรื้อรังระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป 3) ไม่มีสาเหตุของความปวดจากโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น 4) ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่ใช้สูตรของการประมาณค่าเฉลี่ย⁸ คือ

$$n = \frac{Z^2 \alpha_{/2} \sigma^2}{e^2}$$



ซึ่งได้ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 10⁸ ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ 166 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประสิทธิภาพความปวดเรื้อรัง ประเมินด้านการรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองต่อความปวดเรื้อรัง ซึ่งระดับความรุนแรงของความปวดประเมินโดยใช้มาตรวัดความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scales) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ประเมินโดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ประเมินโดยใช้ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) ส่วนที่ 2 วิธีจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ และส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ ประเมินระดับความรุนแรงของความปวดหลังจากใช้วิธีจัดการความปวดโดยใช้มาตรวัดความปวดชนิดตัวเลข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินรูปแบบการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มาตรวัดความปวดชนิดตัวเลขนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และดัชนีจุฬาเอดีแอล นำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 และ 0.86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประสิทธิภาพความปวดเรื้อรัง วิธีจัดการความปวดเรื้อรัง และผลลัพธ์ของการจัดการความปวดเรื้อรัง โดยใช้ค่าสถิติความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ด้านบุคคล

1.1 เพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหญิง ซึ่งมีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (ร้อยละ

54.6) เนื่องจากการที่เพศหญิงต้องเผชิญกับประสบการณ์ความปวดมาตลอดช่วงชีวิต เช่น การมีประจำเดือน การคลอดบุตร เป็นต้น ซึ่งมีผลให้เพศหญิงมีการรับรู้ต่อความปวดมาก⁹ ในขณะที่ผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 53.4) อธิบายได้จากลักษณะของสังคมและวัฒนธรรมที่คาดหวังให้เพศชายมีความแข็งแรงอดทน รวมทั้งการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กที่เด็กผู้หญิงสามารถแสดงออกถึงความปวดได้ ในขณะที่เด็กชายต้องอดทนต่อความปวดมากกว่า ทำให้เพศชายมีระดับความทนต่อความปวดสูง¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yu et al.¹¹ และ Dornier et al.¹² ที่พบว่า เพศหญิงมีระดับความรุนแรงของความปวดมากกว่าเพศชาย

1.2 อายุ พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 50.0) ส่วนผู้สูงอายุวัยกลางและผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (ร้อยละ 50.8 และ 65.2 ตามลำดับ) ซึ่งอธิบายได้ว่าอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุก็มีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความปวด เช่น โรคข้อเสื่อม โรคกระดูกสันหลังเสื่อม โรคกระดูกพรุน และโรคปลายประสาทอักเสบจากเบาหวาน⁷ และผลจากกระบวนการชราที่ระบบประสาทส่วนกลางทำหน้าที่ยับยั้งสัญญาณความปวดได้น้อยลง (Impaired descending inhibition) อันเนื่องจากหลายปัจจัย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ร่วมกับเส้นใยประสาทเอ เดลตาทำหน้าที่ได้ลดลง จึงมีผลทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ความปวดเพิ่มขึ้น¹³

1.3 ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือและผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาส่วนใหญ่มิมีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (ร้อยละ 66.7 และ 51.7 ตามลำดับ) ส่วนผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 55.6) สอดคล้องกับการศึกษาของ Blyth et al.¹⁴ และ Jordan et al.¹⁵ ที่พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีการรับรู้ต่อความปวดลดลง ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถเข้าถึงข่าวสารและข้อมูลจากสื่อต่างๆ ได้ดี จึงเลือกวิธีจัดการความปวดได้หลากหลาย¹⁶



1.4 สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 52.9) ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้าย และโสดส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (ร้อยละ 59.7 และ 66.7 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Blyth et al.¹⁴ และ Yu et al.¹¹ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย/แยก มีความปวดเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ เนื่องจากสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม คู่สมรสอาจช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับความปวดเรื้อรังนั้นได้¹¹

1.5 ศาสนา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.4) เนื่องจากผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธจะมีการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา คือ การไปวัดทำให้ต้องนั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิเป็นเวลานาน ๆ ร่วมกับภาวะเสื่อมของข้อในวัยสูงอายุ จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการปวดเรื้อรังโดยเฉพาะในตำแหน่งข้อเข่าได้¹⁶

1.6 รายได้ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,000 บาทส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (ร้อยละ 58.9) ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,001-5,000 บาทและมากกว่า 5,001 บาทส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 55.6 และ 65.1 ตามลำดับ) เนื่องจากรายได้สามารถตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ได้ ดังนั้นการมีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีจะเอื้ออำนวยให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ในการดูแลตนเอง เข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ในการอำนวยความสะดวก และส่งเสริมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น¹⁷

1.7 ลักษณะของครอบครัว พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดมากที่สุด (ร้อยละ 66.7) ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (ร้อยละ 52.1) เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นการแสดงถึงการได้รับการช่วย

เหลือสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว เมื่อเกิดความปวดขึ้นจะมีการจัดการล่าช้าและความปวดที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมจนกลายเป็นปัญหาเรื้อรังในที่สุด¹¹

1.8 อาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพเดิมเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 62.7) เป็นอาชีพที่ต้องใช้กำลัง และตรากตรำ ลักษณะของการทำงาน เช่น การยกของหนัก อยู่ในอิริยาบถที่ต้องมีการก้มตัว และทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้โครงสร้างของร่างกายมีการทรุดโทรมและเสื่อมถอยได้มากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น โดยเฉพาะโครงสร้างที่ต้องรับน้ำหนักมาก เช่น ข้อเข่า หลังส่วนล่าง จึงมีผลต่อการเกิดอาการปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ¹⁸ ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าตำแหน่งที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาการปวดคือข้อเข่าและเอว

2. ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย

2.1 โรคประจำตัว พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ โรคเกาต์ โรคข้อเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคกระดูกกดทับเส้นประสาท และโรคกระดูกสันหลังเสื่อม รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 55.4) ส่วนผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคประจำตัว 1 โรค 2 โรค และมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (ร้อยละ 56.5, 53.1 และ 71.4 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Leong et al.¹⁹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคประจำตัวมากมีผลต่อระดับความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้น

2.2 พฤติกรรมเสี่ยงต่อความปวด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดความปวดหลายอย่าง เช่น การอยู่ในอิริยาบถเดียวนาน ๆ (ร้อยละ 62.3) การยกของหนัก (ร้อยละ 28.1) การนั่งยอง ๆ (ร้อยละ 19.3) และการก้ม ๆ เงย ๆ (ร้อยละ 15.3) ตามลำดับ เนื่องจากการใช้งานของกระดูก ข้อต่อ และกล้ามเนื้อที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้กล้ามเนื้อต้องเกร็งตัวมากเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีอาการปวดและมีความเสื่อมของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นมากขึ้น¹⁶



3. ด้านสิ่งแวดล้อม

3.1 สิทธิการรักษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษา คือ บัตรทอง (ร้อยละ 71.7)

3.2 แหล่งบริการทางสุขภาพที่ใช้เป็นประจำเมื่อเจ็บป่วยส่วนมาก คือ โรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 84.9) รองลงมา คือ สถานีนอามัย (ร้อยละ 79.5) และผู้สูงอายุประเมินว่ามีความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพ (ร้อยละ 94.0) และจากผลการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่สะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 50.0) ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพทุกคนมีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (ร้อยละ 100.0) สอดคล้องกับการศึกษาของ Blyth et al.¹⁴ และ Jordan et al.¹⁵ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันทางสุขภาพ หรือไม่สะดวกในการไปใช้แหล่งบริการทางสุขภาพมีความปวดเรื้อรังมาก เนื่องจากการใช้แหล่งบริการทางสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ²⁰ จึงมีทางเลือกในการจัดการความปวด

3.3 ความเชื่อเกี่ยวกับความปวด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าความปวดเกิดจากอายุมาก (ร้อยละ 59.0) และปฏิบัติตามความเชื่อ คือ กินยาแก้ปวด (ร้อยละ 39.2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เชื่อว่าความปวดเรื้อรังเกิดจากอายุที่มากขึ้น^{21, 22} นอกจากนี้ความเชื่อเกี่ยวกับความปวดของผู้สูงอายุยังมีผลต่อการรับรู้และการจัดการความปวด เช่น กลัวการรักษา กลัวการได้รับยาหลายๆ ชนิดเพื่อบรรเทาความปวด กลัวการติดยาแก้ปวด ความเกรงใจ ไม่ต้องการรบกวนบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ดูแล เป็นต้น ความเชื่อดังกล่าวอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพได้²³

4. ประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง

4.1 การรับรู้ความปวดเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความปวดเรื้อรังมาเป็นระยะเวลา 1-5 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของอมรพันธ์ธานีรัตน์¹⁶ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่มีความปวดในช่วง 1-10 ปี

4.2 การประเมินความปวดเรื้อรัง พบ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความปวดมากกว่า 1 ตำแหน่ง (ร้อยละ 68.7) สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ^{11, 14, 16, 24} เนื่องจากการศึกษานี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น โรคข้อเสื่อม โรคเกาต์ และโรคกระดูกพรุน เป็นต้น มีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพได้หลายตำแหน่ง²⁵ และมีอาชีพเดิม คือ เกษตรกรซึ่งเป็นอาชีพที่ออกแรงมาก ทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานในแต่ละวัน และต้องอยู่ในอิริยาบถเดิม ๆ คือ ก้มเงย ทำให้โครงสร้างของร่างกายเกิดความเสื่อม โดยเฉพาะส่วนที่ต้องรับน้ำหนักมาก เช่น ข้อเข่า หลังส่วนล่าง เป็นต้น¹⁸ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดใน 3 ตำแหน่ง คือ ข้อเข่า (ร้อยละ 63.9) หลังส่วนล่าง (ร้อยละ 52.4) และขา (ร้อยละ 34.9) เนื่องจากผลของกระบวนการชราทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภายในข้อโดยเฉพาะกระดูกอ่อนจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคข้อเสื่อม²⁶ โดยข้อที่มีโอกาสเกิดความเสื่อมมาก เช่น ข้อเข่า ข้อกระดูกสันหลัง²⁷ ร่วมกับผู้สูงอายุยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดความปวด เช่น อยู่ในอิริยาบถเดียวนาน ๆ (เช่น นั่ง ยืน เดิน) นั่งยอง ๆ จึงกระตุ้นให้มีอาการปวดจากการใช้งานของข้อเข่าและขา การก้ม ๆ เงย ๆ ทำให้มีการหมุนหรือบิดของลำตัวซ้ำ ๆ และมากเกินไป ส่วนการยกของหนักทำให้เกิดการกดเบียดหมอนรองกระดูกสันหลังจนไปงนูนไปกดรากประสาทบริเวณใกล้เคียง จึงทำให้เกิดอาการปวดหลัง²⁴

ลักษณะของความปวด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกข้อความในการบอกลักษณะของความปวดคือปวดขัด ๆ ปวดหนัก ๆ ปวดแปล๊บ ๆ ปวดตึง ๆ และปวดออกร้อน ซึ่งลักษณะของความปวดสามารถบอกถึงพยาธิสภาพหรือชนิดของความปวดได้²⁸ โดยลักษณะความปวดแบบปวดตื้อ ๆ ปวดแปล๊บ ๆ ปวดขัด ๆ แสดงว่าเป็นความปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ คือ โรคข้อเสื่อม โรคเกาต์ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคกระดูกพรุน จึงเกี่ยวข้องกับ การทำลายและการอักเสบของเนื้อเยื่อ²⁹ ส่วนลักษณะความปวดแบบปวดออกร้อน ปวดจี๊ด ๆ เหมือนถูกเข็มแทง แสดงว่าเป็นความปวดที่มีสาเหตุจากการมีพยาธิ



สภาพในระบบประสาทชนิด Peripheral neuropathy ซึ่งเกิดจากโรคเบาหวาน³⁰

ระดับความรุนแรงของความปวด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ที่พยาธิสภาพเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป¹⁶ และมีความปวดมาเป็นระยะเวลานานจึงเกิดการเรียนรู้ที่จะใช้วิธีจัดการความปวดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อบรรเทาความปวดที่มีรูปแบบของความปวด พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความปวดเกิดขึ้นเป็นพัก ๆ ระยะเวลาที่มีความปวดแต่ละครั้งเป็นนาที และความถี่ของความปวดคือ ทุกวัน ซึ่งรูปแบบของความปวดเรื้อรังนั้นอาจเกิดตลอดเวลาหรือเกิดเฉพาะช่วงเวลาก็ได้³¹

ปัจจัยที่ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น พบว่าส่วนใหญ่ คือ การก้ม ๆ เงย ๆ การอยู่ในอิริยาบถเดียวนาน ๆ เช่น นั่งพับเพียบ ส่วนปัจจัยที่ทำให้ความปวดบรรเทาลงพบว่าส่วนใหญ่ คือ การนั่งพัก/นอนพัก เนื่องจากเป็นการลดแรงกระทำต่อข้อ และลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กไม่ให้ส่งสัญญาณความปวด จึงทำให้ความปวดบรรเทาลง¹⁶

4.3 การตอบสนองต่อความปวดเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบต่อการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 88.6) ได้แก่ ลูกเขยล้มปาก ต้องใช้เวลามากกว่าเดิมเพื่อที่จะเปลี่ยนจากท่านั่งเป็นยืน เดินได้ช้ากว่าเดิม เดินล้มปาก และเดินได้ในระยะทางไม่ไกลเท่าเดิม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดที่ตำแหน่งข้อเข่าและเอว ซึ่งเป็นบริเวณข้อที่รับน้ำหนักของร่างกาย จึงส่งผลกระทบต่ออาการลุกยืนและการเดิน³² และผลกระทบต่ออารมณ์ คือ รู้สึกหงุดหงิด (ร้อยละ 78.3) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai et al.³² ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความปวดเรื้อรังส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบทางด้านอารมณ์

5. วิธีจัดการความปวดเรื้อรัง พบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการความปวดเรื้อรังมากกว่า 1 วิธี (ร้อยละ 95.2) และเป็นวิธีใช้ยาร่วมกับวิธีไม่ใช้ยา (ร้อยละ 86.2) สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่พบว่าผู้สูงอายุใช้วิธีจัดการความปวดเรื้อรัง

มากกว่า 1 วิธี^{33, 34} เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความปวดเรื้อรังมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานเกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ในการบรรเทาความปวดหลากหลายวิธี ทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา¹⁶ โดยวิธีจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา พบว่าส่วนใหญ่ใช้ยานวด (ร้อยละ 56.0) รองลงมาคือ การใช้ยาพาราเซตามอล (ร้อยละ 50.0) สอดคล้องกับการศึกษาของ Barry et al.³⁴ และ Tsai et al.³² ที่พบว่าวิธีจัดการความปวดที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกใช้ คือ การใช้ยาแก้ปวด เนื่องจากการใช้ยามีประสิทธิภาพช่วยบรรเทาอาการปวดสามารถหาซื้อได้สะดวกโดยผู้สูงอายุ บางส่วนมีพฤติกรรมการใช้ยา คือ รับประทานยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวดจนทนไม่ได้ บางส่วนรับประทานยาแก้ปวดต่อเนื่องทุกวัน ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาดังกล่าวอาจส่งผลเสียต่อผู้สูงอายุได้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเภสัชจลนศาสตร์ เภสัชพลศาสตร์ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค จึงมีการใช้ยามากกว่า 1 ชนิด ทำให้มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยาและการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาได้มากขึ้น²⁰ ในขณะที่ผู้สูงอายุบางคนไม่กินยาแก้ปวดเพราะกลัวติดยาหรือมีความเชื่อว่ายาแก้ปวดจะมีผลลบกระทบต่อประสิทธิภาพของยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัวของตนเอง ส่วนวิธีไม่ใช้ยาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกใช้ คือ การบิบนวดเอง (ร้อยละ 78.3) รองลงมา คือ การนั่งพัก/นอนพัก (ร้อยละ 37.3) การบริหาร/ออกกำลังกาย (ร้อยละ 32.5) การเปลี่ยนอิริยาบถ (ร้อยละ 19.3) และการใช้ยาชุด (ร้อยละ 18.7) ตามลำดับ การบิบนวดเป็นวิธีที่ผู้สูงอายุเลือกใช้มากที่สุด เนื่องจากสามารถทำได้ด้วยตนเอง และการนวดมีผลต่อการยับยั้งเซลล์ที่ทำหน้าที่ส่งสัญญาณความปวดไปยังสมอง กล่าวคือ การนวดทำให้มีการหลั่งสารเอนเคฟาลินและเอนโดรฟินออกมา ยับยั้งการทำงานของสารพี ทำให้ไม่มีอาการปวด³⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของประทีป กาลเขว้า³³ พบว่าการบิบนวดเป็นวิธีที่ผู้สูงอายุเลือกใช้มากที่สุด (ร้อยละ 69.7) ถ้าหากผู้สูงอายุมีความปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจะเลือกใช้วิธีไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นการดูแลตนเองและการรักษาแบบทางเลือกในขั้นต้น แต่ถ้าผู้สูงอายุเริ่มมีความปวดในระดับรุนแรง จะไปพบแพทย์เพื่อรักษาและใช้ยาแก้ปวด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุ



ที่มีความปวดเรื้อรังเป็นระยะเวลานานจะมีวิธีจัดการความปวดที่หลากหลาย ทั้งการรักษาแผนปัจจุบันและการรักษาแบบทางเลือกตามความเชื่อ ผู้สูงอายุประเมินว่ายาแผนปัจจุบันช่วยบรรเทาอาการปวดได้แต่อาการปวดก็กลับเป็นขึ้นมาอีก จึงต้องแสวงหาวิธีจัดการความปวดอย่างอื่น ๆ ร่วมด้วย อย่างไรก็ตามพบว่าบางวิธีที่ผู้สูงอายุเลือกใช้เป็นวิธีจัดการที่ไม่เหมาะสม คือ การใช้ยาชุด (ร้อยละ 18.7) และยาลูกกลอน (ร้อยละ 1.2) โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวบางคนเลือกใช้ยาชุดแทนยาแผนปัจจุบันที่ใช้ในการรักษาทั้งหมด เพราะประเมินว่ายาสชุดสามารถบรรเทาอาการปวดได้ดีกว่ายาแผนปัจจุบัน

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งที่มาของข้อมูลในการเลือกวิธีจัดการความปวดจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ (ร้อยละ 74.7) และครอบครัว/ญาติ (ร้อยละ 27.1) ส่วนเหตุผลในการเลือกปฏิบัติ คือ อาการปวดดีขึ้น (ร้อยละ 95.2) ผู้ช่วยเหลือในการปฏิบัติ คือ ทำเอง (ร้อยละ 96.4) สถานที่ปฏิบัติ คือ ที่บ้าน (ร้อยละ 96.4) และเวลาที่ปฏิบัติ คือ เมื่อมีอาการปวด (ร้อยละ 84.3) ระยะเวลาที่เริ่มใช้วิธีจัดการความปวด คือ 1-5 ปี (ร้อยละ 61.4) เนื่องจากในการศึกษานี้วิธีจัดการความปวดส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุเลือกใช้เป็นวิธีใช้ยา ร่วมกับไม่ใช้ยา คือ การใช้ยานวด กินยาแก้ปวด บีบนวดเอง จึงเป็นวิธีที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้เอง สามารถปฏิบัติที่บ้าน และจะปฏิบัติเฉพาะเมื่อมีอาการปวด รวมทั้งระยะเวลาที่เริ่มใช้วิธีจัดการความปวดใกล้เคียงกับระยะเวลาที่เริ่มมีความปวด

6. ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดเรื้อรังพบว่าไม่ว่าผู้สูงอายุมีความปวดในตำแหน่งใดก็ตาม หลังจากใช้วิธีจัดการความปวดแล้ว ส่วนใหญ่ความรุนแรงของความปวดลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย เนื่องจากความปวดเรื้อรังมีรูปแบบของความปวดที่เกิดขึ้นเป็นพัก ๆ หรือตลอดเวลา ความรุนแรงของความปวดมีหลายระดับ มักไม่ตอบสนองต่อการรักษาและฟื้นหายช้า ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีชีวิตอยู่กับความปวดนั้นเป็นเวลานาน³⁶ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีความปวดเรื้อรังในการศึกษานี้มีอาการปวดมาเป็นระยะเวลานาน และมีความปวดมากกว่า 1 ตำแหน่ง ถึงแม้ว่าจะเลือกใช้วิธีจัดการความปวดหลากหลายวิธี ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและ

การแพทย์ทางเลือกตามความเชื่อ ก็เพียงแค่บรรเทาอาการปวดชั่วคราวเท่านั้น ไม่ได้ทำให้หายขาด

จากผลการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีวิธีจัดการความปวดที่หลากหลาย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และมีอาการปวดมาเป็นระยะเวลานาน จึงเรียนรู้ที่จะหาวิธีจัดการความปวดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา ถ้าผู้สูงอายุมีความปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจะเลือกใช้วิธีไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นการดูแลตนเองและการรักษาแบบทางเลือกในขั้นต้น แต่ถ้าผู้สูงอายุเริ่มมีความปวดในระดับรุนแรงจะไปพบแพทย์เพื่อรักษาและใช้ยาแก้ปวด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีความปวดเรื้อรังเป็นระยะเวลานานจะมีวิธีจัดการความปวดทั้งการรักษาแผนปัจจุบันและการรักษาแบบทางเลือกตามความเชื่อ ผู้สูงอายุประเมินว่ายาแผนปัจจุบันช่วยบรรเทาอาการปวดได้แต่อาการปวดก็กลับเป็นขึ้นมาอีก จึงต้องแสวงหาวิธีจัดการความปวดอย่างอื่น ๆ ร่วมด้วย อย่างไรก็ตามพบว่าบางวิธีที่ผู้สูงอายุเลือกใช้เป็นวิธีจัดการที่ไม่เหมาะสม คือ การใช้ยาแก้ปวดชนิดเดิมทุกวันและติดต่อกันเป็นเวลานานหลายปี ซึ่งอาจจะมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคต บางคนไม่ได้ใช้ยาแผนปัจจุบันแต่เลือกใช้อื่น เช่น ยาชุด ยาลูกกลอน ซึ่งก็อาจจะส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ หรือบางส่วนอดทนไม่ใช้วิธีการใด ๆ เลย ซึ่งก็อาจจะทำให้ความปวดนั้นกลายเป็นปัญหารุนแรงขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชนควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น
2. เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชนควรมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบแพทย์ทางเลือก เพื่อให้คำแนะนำให้ผู้สูงอายุใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจที่จะเลือกใช้ อย่างปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้
3. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้สูงอายุควบคุมความรู้สึก และพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความปวดได้

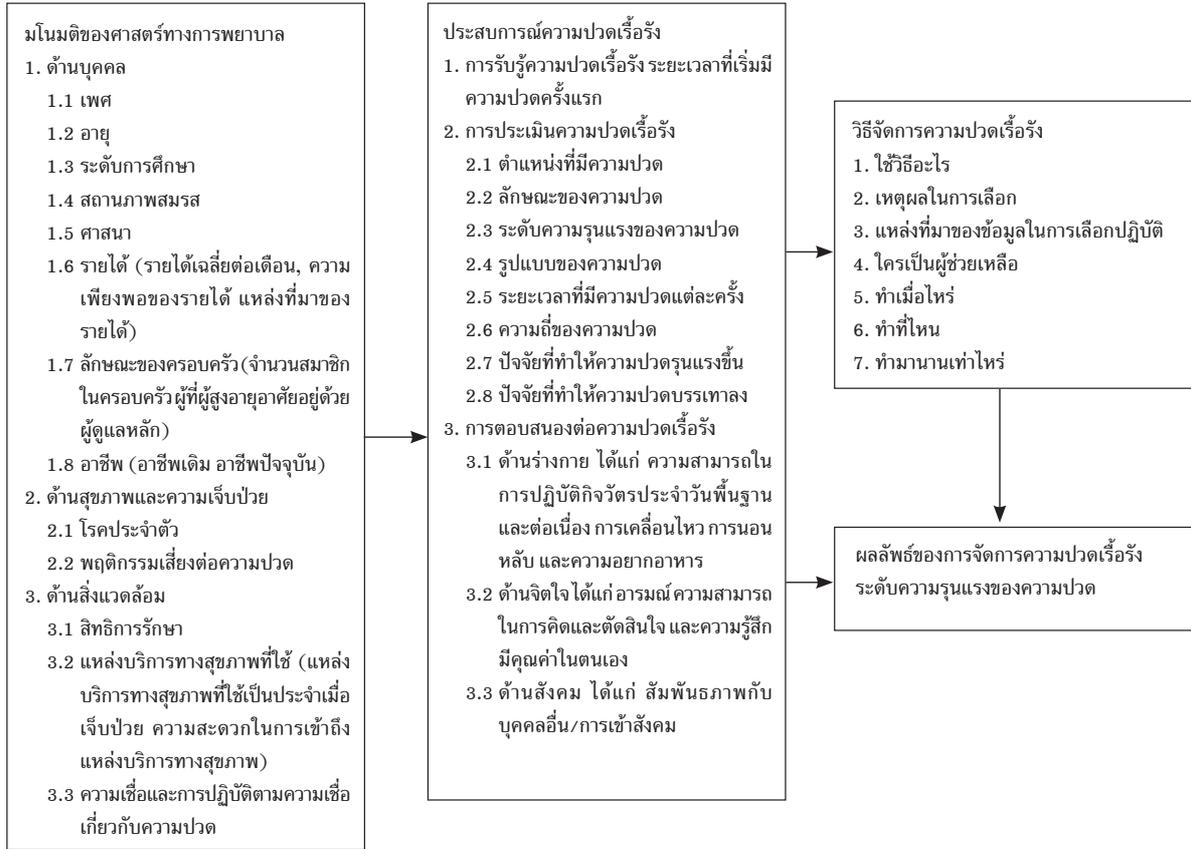


เอกสารอ้างอิง

1. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดผู้ป่วยสูงอายุร่วมกับทีมสหวิทยาการหรือทีมร่วมวิทยาการ. ใน ชัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสานนันทกิจ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (บรรณาธิการ). ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ. (หน้า 101-110). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2550.
2. สมบูรณ์ เทียนทอง. การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ. ใน ชัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสานนันทกิจ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (บรรณาธิการ). ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ. (หน้า 87-100). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2550.
3. American Geriatrics Society. The management of persistent pain in older persons. *Journal of American Geriatric Society* 2002; 50: 205-224.
4. Schofield PA. The management of pain in older people. Chichester: John Wiley & Sons; 2007.
5. Horgas AL. Pain management in elderly adults. *Journal of the Infusion Nursing* 2003; 26: 161-165.
6. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 33(5): 668-676.
7. The British Pain Society. Guidance on: The assessment of pain in older people 2007. [online] 2007 [cited 2009 January 5]. Available from: <http://www.bgs.org.uk/Publications/Publication%20Downloads/Sep2007PainAssessment>.
8. อรุณ จีรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2552.
9. Chesterton LS, Barlas P, Foster NE, Baxter GD & Wright CC. Gender difference in pressure pain threshold in health humans. *Pain* 2003; 101: 259-266.
10. Yip KS. Gender differences in mental illness in Hong Kong. *Administration and Policy in Mental Health* 2003; 30: 361-368.
11. Yu HS, Tang FI, Kuo BI, Yu S. Prevalence, interference, and risk factors for chronic pain among Taiwanese community older people. *Pain Management Nursing* 2006; 7(1): 2-11.
12. Dorner TE, Muckenhuber J, Strongegger WJ, Rasky E, Gustorff B & Freidl W. The impact of socio-economic status on pain and the perception of disability due to pain. *European Journal of Pain* 2011; 15: 103-109.
13. Karp JF, Shega JW, Morone NE, Weiner DK. Advance in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults. *British Journal of Anaesthesia* 2008; 101(1): 111-120.
14. Blyth FM, March LM, Brnabic A-JM, Jorm LR, Williamson M, Cousins M. Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain* 2001; 89: 127-134.
15. Jordan KP, Thomas E, Peat G, Wilkie R, Croft P. Social risk for disabling pain in older people: A prospective study of individual and area characteristics. *Pain* 2008; 137: 652-661.
16. อมรพันธุ์ ธาณิรัตน์. ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง (วิทยานิพนธ์). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
17. ศุภร เที่ยรมนตรี. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (วิทยานิพนธ์). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
18. มธุรส ญัฐารมณ. รูปแบบการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้าน (วิทยานิพนธ์). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.



19. Leong IY, Farrell MJ, Helme R, Gibson SJ. The relationship between medical co-morbidity and self-rated pain, mood disturbance, and function in older people with chronic pain. *The Journals of Gerontology* 2007; 62(5): 550-555.
20. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ความปวดกับการบำบัดความปวด. ใน การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. (หน้า 116-166). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2548
21. นาดยา วงศ์ยะรา. กระบวนการแสวงหาการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดราชบุรี (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.
22. Zanochi M et al. Chronic pain in a sample of nursing home residents: Prevalence, characteristics, influence on quality of life. *Gerontology and Geriatrics* 2008; 47: 121-128.
23. ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์. การประเมินความปวดในผู้สูงอายุ. *วิทยาสารพยาบาล* 2547; 29(2): 202-206.
24. Jones GT, Macfarlane GJ. Epidemiology of pain in older persons. In Gibson, S.J. & Weiner, D.K. (Eds.). *Pain in older persons.* (pp.3-22). Seattle: IASP press; 2005.
25. Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft PR. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: Cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain* 2004; 110: 361-368.
26. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
27. วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. การพยาบาลผู้สูงอายุความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ. *ขอนแก่นการพิมพ์*; 2551.
28. Kelly AM, Whitaker B. Evaluation of pain. In Mace SE, Ducharme J & Murphy MF. (Eds.). *Pain management and sedation.* (pp 59-73). NewYork: McGraw-Hill; 2006.
29. Sikorski KA, Barker DM. Clients with pain. In Black JM & Hawks JH. (Eds.). *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes.* (pp. 440-485). Philadelphia: Saunders; 2005.
30. ก้องเกียรติ ภูมัทธ์กันทรารท. โรคเส้นประสาทเหตุเบาหวาน 2551. [ออนไลน์] 2551 [อ้างเมื่อ 22 มีนาคม 2554]. จาก <http://www.doctor.or.th/node/7094>.
31. Dewar A. Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2006; 24(1): 33-38.
32. Tsai YF, Liu LL, Chung SC. Pain prevalence, experience, and self-care management strategies among community-dwelling elderly in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management* 2010; 40(4): 575-581.
33. ประทีป กาลเขว้า. การรักษาอาการปวดเมื่อยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์). *ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น*; 2546.
34. Barry LC, Gill TM, Kerns RD, Reid MC. Identification of pain-reduction strategies used by community-dwelling older person. *The Journal of Gerontology* 2005; 60(12): 1569-1575.
35. อรสา กาฬรัตน์. ผลการนวดแผนไทยต่อการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (วิทยานิพนธ์). *เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*; 2545.
36. Mitchell C. Assessment and management of chronic pain in elderly people. *British Journal of Nursing* 2001; 10: 296-304.



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



Chronic Pain Management of Older Persons Living in a Community*

Puttiporn Pitantanakune M.N.S.**

Pattama Surit DNSc.***

Abstract

This descriptive research aimed to study chronic pain experiences, management strategies and outcomes, personal domain, health and illness domain and environmental domain of older persons living in a community. The sample were selected by purposive sampling 166 older persons living in a community of Khon Kaen province, experiencing chronic pain more than 3 months. Data was collected by interviewing. The questionnaire were used including personal data and chronic pain management. The data were analyzed using frequency and percentage.

The results of this study are as follow: 1) Personal domain: The most of female, medium-old and old-old, illiterate and had a primary school education level, widowed, divorced/separated and single, average income per month less than 2,000 baths and living alone had moderate pain intensity. 2) Health and illness domain: The most of the sample that had medical co-morbidity 1 disease, 2 diseases and more than 3 diseases had moderate pain intensity. 3) Environmental domain: The most of the sample that poorer accessed to health care service had moderate pain intensity. 4) The most of the sample had pain more than one site, knee were the most commonly described pain site, the pain intensity were mild to moderate pain, The most qualities of pain reported by the samples were nociceptive pain and neuropathic pain, the pain was intermittent everyday, onset of pain perception was 1-5 years, duration of pain reported by the samples were minutes. Most samples reported pain impact were in hard to standing and moody. 5) The most of the sample used more than one pain management strategies, combined pharmacological method and non-pharmacological method. The most pharmacological method was analgesic ointment. The most non-pharmacological method was massage. Most samples received information about pain management strategies from health care professionals, self care, do at home. They believed that pain management strategies reduce pain intensity, do it when pain occurred and onset of pain management was 1-5 years. 6) The most of the sample reported the pain intensity was mild pain after used pain management strategies.

Keywords: chronic pain management, older persons

*Thesis of Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Student of Master of Nursing Science, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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



ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ออาการเหนื่อยล้าใน ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สุกัลยา นาคี พย.ม.*

อัมพรพรรณ ธีรานูตร ปร.ต.**

วัชรา บุญสวัสดิ์ พ.บ.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อจัดการอาการเหนื่อยล้า กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะหลังการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้จึงควรนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อาการเหนื่อยล้า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจที่ไม่สามารถทำให้กลับสู่สภาพปกติได้¹ คาดการณ์ว่าโรคนี้นี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 30 ในอีก 10 ปีข้างหน้าหากยังไม่มีการลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่างๆ ที่ทำให้เกิดโรคโดยเฉพาะการสูบบุหรี่ ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 210 ล้านคน อัตรารายในเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน² สำหรับประเทศไทยจากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่

ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด 44 จังหวัด พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 132,205 ราย โดยพบมากในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งโรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี และอันดับ 2 รองจากกลุ่มโรคระบบไหลเวียนโลหิตในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป³ ลักษณะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมและเนื้อปอด จากการตอบสนองต่อการอักเสบจากสารพิษหรือมลภาวะต่างๆ ทำให้เกิดการจำกัดการไหลของอากาศหายใจอย่างถาวร¹ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลง

*นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



สภาพร่างกายตามกระบวนการชราของผู้สูงอายุแล้ว แต่ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง เมื่อโรครุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อยหายใจลำบากทั้งในขณะพักหรือในระหว่างการทำกิจกรรมประจำวัน⁴ อาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น รบกวนการนอนหลับพักผ่อน ผู้สูงอายุจะนอนไม่หลับ นอนหลับไม่สนิท หรือตื่นบ่อยในตอนกลางคืน ทำให้ร่างกายสูญเสียพลังงานโดยไม่จำเป็น จนส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการเหนื่อยล้าตามมาในที่สุด

อาการเหนื่อยล้า (fatigue) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่รู้สึกไม่สบายทั่วร่างกายที่เป็นผลมาจากความเหน็ดเหนื่อยจนขาดพลังงาน รบกวนความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติของบุคคล ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจลดลงกว่าปกติ เป็นอาการที่พบบ่อยเป็นอันดับสองรองจากอาการหายใจลำบาก⁵⁻⁷ โดยพบอาการนี้ในผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 40^{4,6} และในระยะรุนแรงของโรคจะพบอาการเหนื่อยล้าสูงถึงร้อยละ 80^{4,8} นอกจากนี้อาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นทุกวัน ระยะเวลาานประมาณ 6-24 ชั่วโมง/วัน⁹ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านความรู้สึกรู้สึกนึกคิด และสติปัญญา และด้านพฤติกรรม⁹⁻¹³ ผู้ป่วยมักขาดแรงจูงใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจนถึงขั้นแยกตัวออกจากสังคม¹²⁻¹⁴ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการควบคุมโรคหรืออาการที่เกิดขึ้น ขาดการตระหนักถึงความสำเร็จของตนเอง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ และจะละเว้นที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติหรือทำกิจกรรมได้ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทั้งๆที่ผู้ป่วยยังมีศักยภาพที่จะปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกไร้พลังอำนาจ¹⁵ ที่ผ่านมามีการประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองตามกรอบแนวคิดของกิบสัน พบว่า ร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในตนเองอยู่ในระดับต่ำ และอีกร้อยละ 10 มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง¹⁶ ซึ่งถ้าหากยังไม่ได้รับการแก้ไขให้ผู้สูงอายุมีพลังอำนาจเพื่อจัดการกับอาการเหนื่อยล้าก็จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข แต่การที่พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ไม่ใช่เพียงแคให้รู้ว่ามิวิธีอะไร ต้องทำอะไร และมีทักษะอย่างไรเท่านั้น สิ่งสำคัญคือการทำให้อาการเหนื่อยล้ามีความเชื่อในความสามารถและศักยภาพของตนในการนำความรู้หรือทักษะต่างๆ เหล่านั้นมาใช้ในสถานการณ์จริงได้ ซึ่งพยาบาลสามารถทำได้ด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังอำนาจและศักยภาพที่มีอยู่ในตนเอง โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ให้การสนับสนุน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้ความรู้ ผู้ให้คำแนะนำและจัดหาแหล่งประโยชน์ ผู้อำนวยการความสะดวก ผู้ส่งเสริมและผู้พิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วย แทนการเป็นผู้สอนหรือถ่ายทอดความรู้แบบดั้งเดิมที่เป็นรูปแบบผู้ป่วยต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่สุขภาพ¹⁷ เนื่องจากวิธีเดิมที่เคยปฏิบัติกันนั้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง ไม่ได้มีส่วนร่วมในการควบคุมตนเอง และอาจเกิดปัญหาขึ้นได้ถ้าทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยต่างจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทั้งนี้พยาบาลต้องระลึกเสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่เลือกวิธีเพื่อจัดการหรือบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน¹⁸

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการนำเอากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันมาใช้ในผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยจิตเภท¹⁹⁻²³ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจลดลง มีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและมีการดูแลตนเองดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันมาประยุกต์เป็นโปรแกรม เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยเน้นศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความชุกของโรคนี้สูง ทั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเองเพิ่มมากขึ้น



รับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้มาใช้ในการคิดวิเคราะห์ พิจารณา และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมกับตนเองมากที่สุดในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน^{24,25} มาประยุกต์เป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตัวเองและลงมือปฏิบัติ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ (quasi - experimental research)

ประชากรคือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิรินธร อำนาจเจริญ เลือกรวมกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีประวัติการสูบบุหรี่และผลการวัดค่าความเร็วสูงสุดของลมที่เป่าออก (PEFR) ภายหลังการพ่นยาขยายหลอดลม 30 นาที มีค่าเพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 80 ของค่าที่เป่าได้ก่อนพ่นยา และแพทย์อนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย 3) ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1, 2 และ 3 โดยแบ่งตามลักษณะของการมีอาการหายใจลำบากของสมาคมแพทย์อเมริกัน (Medical Research Council dyspnea scale)²⁶ 4) มีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ

ในตนเองอยู่ในระดับต่ำ โดยประเมินจากแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของเมธิณี จันตริยะ¹⁶ ได้คะแนนไม่เกิน 48 คะแนน เพราะถือว่าเป็นผู้ที่ควรได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ²⁰ 5) สามารถเดินได้เอง โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการเดินหรือมีคนช่วยพยุงเดิน 6) สามารถอ่าน พุด ฟัง และติดต่อสื่อสารได้ดี โดยใช้ผลการทดสอบสภาพสมองโดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini - Mental State Examination Thai 2002 [MMSE - Thai 2002]) ได้คะแนน คือ ไม่ได้เรียนหนังสือได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 15 คะแนน เรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 18 คะแนน เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 23 คะแนน

สำหรับเกณฑ์ในการคัดออกคือผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามระยะเวลาของโปรแกรมไม่ว่ากรณีใดๆ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยกึ่งทดลองอย่างน้อยที่สุด 30 ราย โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 รายกรณีมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม²⁷ ดังนั้นจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อให้มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้สำหรับการวิจัยครั้งนี้โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified sampling) แบบใช้สัดส่วนที่เท่ากัน²⁸ ตามระดับความรุนแรงของโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพเดิม ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษา บุคคลที่คอยดูแลช่วยเหลือ ระยะเวลาที่ป่วย และประวัติการสูบบุหรี่

2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคแบ่งตามประวัติการมีอาการหายใจลำบากของสมาคมแพทย์อเมริกัน²⁶



3. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002)

4. แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของเมธิณี จันติยะ¹⁶ พัฒนามาจากวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ของพนารัตน์ เจนจบ²⁰ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของกิบบสัน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านการรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง 2) ด้านการพัฒนาตนเอง 3) ด้านความพอใจในตนเอง และ 4) ด้านการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต รวมทั้งหมด 24 ข้อ ลักษณะของคำตอบมี 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-4 คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง มากมากที่สุด ตามลำดับ คะแนนที่ได้จากแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจอยู่ระหว่าง 0 - 96 คะแนน คะแนนยิ่งสูงหมายถึง ยิ่งมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองมาก หากคะแนนต่ำกว่า 48 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 50) แสดงถึงมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองต่ำ¹⁶ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.81 และหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.84

5. แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า²⁹ เป็นแบบวัด multidimensional fatigue inventory (MFI-20) ของสเมทส์ และคณะ พัฒนาโดยอริญญา ชิตชอบ ประกอบด้วย คำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านอาการเหนื่อยล้าทั่วไป ได้แก่ ข้อ 1, 5, 12, 16 ด้านอาการเหนื่อยล้าทางร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2, 8, 14, 20 ด้านการลดลงของการทำกิจกรรม ได้แก่ ข้อ 3, 6, 10, 17 ด้านการลดลงของแรงจูงใจ ได้แก่ ข้อ 4, 9, 15, 18 ด้านอาการเหนื่อยล้าทางจิตใจ ได้แก่ ข้อที่ 7, 11, 13, 19

โดยในแต่ละด้านจะมีคำถามที่แสดงออกถึงอาการเหนื่อยล้า ประกอบด้วยข้อ 2, 5, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 18 และ 19 ตัวอย่างคำถามเช่น “ฉันรู้สึกเหนื่อย” หากได้คะแนนสูงก็หมายความว่ามีอาการเหนื่อยล้าสูง และคำถามที่ไม่แสดงออกถึงอาการเหนื่อยล้า ประกอบด้วย ข้อ 1, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 15 และ 20 ตัวอย่างคำถาม

เช่น “ฉันรู้สึกแข็งแรง” หากได้รับคะแนนสูงก็หมายความว่า มีอาการเหนื่อยล้าต่ำ ลักษณะของคำตอบมี 5 ระดับ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อยและไม่เป็นจริง การกำหนดคะแนนในแต่ละระดับ กำหนดให้ 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนสูงมาก หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้ามาก นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.87

6. แบบติดตามการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ การได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า การออกกำลังกาย การใช้เทคนิคการสงวนพลังงาน การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และการส่งเสริมภาวะโภชนาการ โดยให้ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลบันทึกวิธีการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าและความถี่ที่มีการปฏิบัติจริงที่บ้าน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย 1 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.89 นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาของโปรแกรมและความเหมาะสมกับผู้สูงอายุก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. ระยะเวลาเตรียมการ 1) เสนอโครงการเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ ต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



มหาวิทยาลัยขอนแก่น และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ 2) ตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลลืออำนาจจากทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นำรายชื่อผู้สูงอายุเข้าปรึกษาแพทย์ประจำคลินิกโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อขอความร่วมมือและพิจารณาการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุ หลังจากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุที่แพทย์เห็นควรให้เข้าร่วมโปรแกรมได้โดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายจากทะเบียนประวัติ 3) ติดตามพบผู้สูงอายุที่บ้าน แนะนำตัวต่อผู้สูงอายุและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และมีการพินิจสิทธิผู้ป่วยขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประเมินระดับความรุนแรงของโรค ประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง และประเมินสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุเพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 4) กำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 15 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม และดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัยในระยะทำการทดลองจนเสร็จสิ้นก่อนเพื่อป้องกันการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแล้วจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 15 รายหลังให้เป็นกลุ่มทดลอง

2. ระยะทำการทดลอง

1) กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แต่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่เคยได้รับคือ การตรวจรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การได้รับยาและการมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุ 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 โดยดำเนินการ คือ 1.1) สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนการวิจัยอีกครั้ง ประเมินอาการเหนื่อยล้า (pre-test) และนัดพบครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 8 1.2) สัปดาห์ที่ 8 ประเมินอาการเหนื่อยล้าและประเมินการรับรู้พลังอำนาจ (post-test) ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัยและผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน ผู้วิจัยนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้กับกลุ่มควบคุมภายหลัง พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าจากคู่มือและ

มอบคู่มือให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำมาทบทวนความรู้ความเข้าใจด้วยตนเองต่อที่บ้านได้

2) กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านทั้งหมด 6 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 6 และ 8 ครั้งละประมาณ 45-60 นาที เพื่อดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ 2.1) สัปดาห์ที่ 1 ประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครั้งแรก (pre-test) หลังจากนั้นดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 1 คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง และขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อกระตุ้นและเปิดโอกาสให้เล่าประสบการณ์ เกิดการรับรู้ เข้าใจ และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนได้ใช้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์เพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตัวผู้สูงอายุเอง พร้อมๆกับมอบคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนต่อที่บ้าน 2.2) สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและลงมือปฏิบัติ เพื่อให้สามารถคิดวิเคราะห์ พิจารณาความเหมาะสมของวิธีปฏิบัติต่างๆ และวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่ผ่านการตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง ทำให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองในการจัดการกับปัญหา 2.3) สัปดาห์ที่ 3 เน้นขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและลงมือปฏิบัติ ให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น 2.4) สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจในวิธีการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่ผ่านการตัดสินใจเลือกด้วยตัวเองและสนับสนุนให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพต่อไป พร้อมกับประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเองครั้งที่ 2 เพื่อติดตามความก้าวหน้าของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หากพบว่าคะแนนการรับรู้พลังอำนาจยังอยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยดำเนินการพูดคุยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้เล่าถึงประสบการณ์ ปัญหา และอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น



ในระหว่างฝึกปฏิบัติวิธีการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในแต่ละวิธีที่บ้าน และร่วมกันคิดวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางแก้ไข สนับสนุนความรู้ความเข้าใจและการฝึกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุรับรู้ในความสามารถและศักยภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น 2.5) สัปดาห์ที่ 6 เน้นขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพต่อไป และดำเนินการประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเองครั้งที่ 3 เพื่อติดตามความก้าวหน้าของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2.6) ดำเนินการยุติและประเมินผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พร้อมกับประเมินอาการเหนื่อยล้าและประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ คือ 1) ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ χ^2 และใช้สถิติ t-test 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบ 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) 4) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบ 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (กลุ่มทดลองเฉลี่ย 68 ปี กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 68.07 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ (กลุ่มทดลองร้อยละ 53.3, กลุ่มควบคุมร้อยละ 60) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (กลุ่มทดลองร้อยละ 86.7 กลุ่มควบคุมร้อยละ 93.3) อาชีพเดิมส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรกรรม (กลุ่มทดลองร้อยละ 60 กลุ่มควบคุมร้อยละ 66.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอ (กลุ่มทดลองร้อยละ 86.7 กลุ่มควบคุมร้อยละ 80) และ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี (กลุ่มทดลองร้อยละ 46.7 กลุ่มควบคุมร้อยละ 40.0) ส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่แล้วในปัจจุบัน โดยส่วนใหญ่สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวัน (กลุ่มทดลองร้อยละ 58.3, กลุ่มควบคุมร้อยละ 72.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 (กลุ่มทดลองร้อยละ 53.3 กลุ่มควบคุมร้อยละ 46.7)

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไม่มีผลการวิจัยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (post-test)

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลืออำนาจจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นเวลา 8 สัปดาห์ จำนวน 15 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 15 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติ ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวกระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เปิดโอกาสให้เรียนรู้ตามความสมัครใจ มีการวางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง ตลอดจนการช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเพิ่มทักษะในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความมั่นใจและรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเองเพิ่มมากขึ้น^{24,25} ดังจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในตนเองเพิ่มขึ้นจาก 35.93 ในสัปดาห์แรก เป็น 74.93 ในสัปดาห์ที่ 8 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการพัฒนาความสามารถใน



การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้ดียิ่งขึ้น ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าได้ลดลงจาก 65.6 (SD=12.41) เป็น 50.6 (SD=11.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจยังช่วยพัฒนาทักษะการคิด การวิเคราะห์ และทักษะการแก้ปัญหา ได้เรียนรู้จุดดีและจุดด้อยของตนเอง จนสามารถยอมรับตนเองทั้งในจุดดีและจุดด้อย อันนำไปสู่การรู้จักและยอมรับตนเองในที่สุด³⁰

การทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการป้องกันและควบคุมอาการเหนื่อยล้า รวมทั้งการได้ฝึกทักษะการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเหนื่อยล้าและสามารถปรับตัวเพื่อดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ผู้ป่วยสามารถกล้าเผชิญกับอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคได้³¹ อีกทั้งการสนับสนุนด้านจิตใจยังทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและต่อเนื่อง การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องถือว่าเป็นสิ่งสำคัญไม่ว่าจะเป็นจากญาติผู้ดูแลหรือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมักมีการหลงลืม อีกทั้งปัญหาสุขภาพที่เกิดจากกระบวนการชรา จึงต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี การติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ เป็นที่ปรึกษา ชี้แนะการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยตระหนักในหน้าที่การดูแลตนเอง³¹ ส่งผลให้อาการเหนื่อยล้าลดลงและสามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความสุขต่อไปในระยะยาว

ผู้วิจัยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมโดยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านทั้งหมด 6 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 6 และ 8 ซึ่งพบว่า ในการดำเนินกิจกรรมครั้งแรกซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง และขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้การฝึกฝนกระบวนการคิดด้วยตนเองมีค่อนข้างน้อย ทำให้ต้องใช้เวลาในขั้นตอนที่ 1 ค่อนข้างนาน จึงควรจัดกิจกรรมทั้ง 2 ขั้นตอน แยกออกจากกัน หลังจากผ่าน

ขั้นตอนที่ 2 แล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถคิดพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งสามารถประเมินได้จากคำพูดและพฤติกรรมที่แสดงออก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในแผนกผู้ป่วยนอกหรือในหอผู้ป่วยและที่บ้านเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้พลังอำนาจและส่งเสริมศักยภาพที่มีภายในตนเองในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดการอบรมพยาบาล ทีมสุขภาพ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างชัดเจน เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตลอดจนการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

3. ควรมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มภายหลังการศึกษาย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อศึกษาการคงไว้ของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

4. ควรมีการพัฒนาารูปแบบของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้มีระยะเวลาสั้นลง รวมทั้งการติดตามผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Fact about chronic obstructive pulmonary disease. [Online] 2001 [cite 2008 January 11]. Available from: http://www.goldcopd.com/GOLD_guideline/facts1.html
2. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease. [Online] 2008 [cite 2008 November 15]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/print.html>



3. วันสนันท์ รุจิวิวัฒน์. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี 2550-2552: การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์] 2553 [อ้างเมื่อ 8 พฤษภาคม 2554]. จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20110411_52687420.pdf
4. Theander K. Fatigue, functional status, health and pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease [Electronic version]. Medical Dissertation, Department of Medicine and Care, Sweden: Linköping University; 2007.
5. Gift AG, Shepard CE. Fatigue and other symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Do women and men differ? [Electronic version]. Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing 1999; 28(2): 201-208.
6. Janson-Bjerklie S, Carrieri BK, Hudes M. The sensation of pulmonary disease. Nursing Research 1986; 35(3): 154-159.
7. Graydon JE, Ross E. Influence of symptoms, lung function, mood, and social support on level of functioning of patients with COPD. Research in Nursing & Health 1995; 18(6): 525-533.
8. Lynn J, Teno JM, Phillips RS, Wu AW, Desbiens N, Harrold J. et al. Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients [Electronic version]. Annals of Internal Medicine 1997; 126(2): 97-106.
9. Theander K, Unosson M. Fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease [Electronic version]. Journal of Advanced Nursing 2004; 45(2): 172-177.
10. Fisk JD, Ritvo PG, Ross L, Haase DA, Marrie TJ, Schlech WF. Measuring the functional impact of fatigue: Initial validation of the fatigue impact scale. Clinical Infectious Diseases 1994; 18(1): S79-S83.
11. Kapella MC, Larson JL, Patel MK, Covey MK, Berry JK. Subjective fatigue, influencing variables and consequences in chronic obstructive pulmonary disease [Electronic version]. Nursing Research 2006; 55(1): 10-17.
12. Ream E, Richardson A. Fatigue in patients with cancer and chronic obstructive airway disease: A phenomenological enquiry. International Journal of Nursing Studies 1997; 34(1): 44-53.
13. Small S, Lamb M. Fatigue in chronic illness: The experience of individuals with chronic obstructive pulmonary disease and with asthma [Electronic version]. Journal of Advanced Nursing 1999; 30(2): 469-478.
14. Breslin E, van der Schans C, Breukink S, Meek P, Mercer K, Volz W. et al. Perception of fatigue and quality of life in patients with COPD [Electronic version]. Chest 1998; 114(4): 958-964.
15. Wigal JK, Creer TL, Kotses H. The COPD self-efficacy scale. Chest 1991; 99(5): 1193-1196.
16. เมธิณี จันตียะ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (รายงานการศึกษาอิสระ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
17. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. การสร้างพลังอำนาจ: กลยุทธ์ในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2540; 3(2): 200-210.
18. ดารณี จามจรี. รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2546.
19. ประภัสสร สมศรี. ผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
20. พนารัตน์ เจนจบ. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.



21. อูรา สุวรรณรักษ์. การเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสทิงพระ จังหวัดสงขลา (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
22. รัชนีพร คนชุม. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
23. จารุวรรณ จินตามงคล. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
24. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16(3): 354-361.
25. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 21(6): 1201-1210.
26. American Thoracic Society and European Respiratory Society. Standards for the diagnosis and management of patients with COPD. [Online] 2004 [cite 2008 November 18]. Available from: <http://www.thoracic.org/sections/copd/resources/copddoc.pdf>
26. Polit FD, Hungler PD. *Nursing research: Principle and methods*. Philadelphia: J.B. Lippicott; 1999.
27. สิทธิ อีรสรณ์. แนวคิดพื้นฐานทางการวิจัย. กรุงเทพฯ: วี.พรีน; 2550.
28. อริญา ชิตชอบ. การจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
29. อัมพรพรรณ อีรานูตร, ปัทมา สุริต, สุวรรณแก้วไสย. การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านโนนม่วง (รายงานการวิจัย). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
30. จุฬารัตน์ สุริยาทัย, สารภี วงศ์สิทธิ์, ศรีมาศ พันธุ์แก้ว และ มณีวรรณ วงศ์สุขพิศาล. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2554; 20(2): 313-322.



The Effect of Empowerment Program on Fatigue symptom in The Elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Sukanya Nadee M.N.S.*

Ampronpan Teeranute PhD**

Watchara Boonsawat M.D.***

Abstract

This quasi - experimental research aimed to investigate the effect of The effect of empowerment program on fatigue symptom in the elderly with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The samples of this research were the elderly with COPD, Out-patient department, Lueamnat hospital, Amnatcharoen during July 2009 to March 2010. Thirty participants were purposively selected and equally assigned to the experimental and control group, 15 in each group. The experimental group received the empowerment program, while those in the control group did not. The instruments consisted of Demographic data form, the Medical Research Council dyspnea scale, the Perception of self power questionnaire, the Mimi-Mental State Examination-Thai, the Multidimensionat Fatigue Inventory (MFI-20),the Empowerment program, and hand-book for fatigue management for the elderly with COPD. Data were analyzed by using descriptive statistics and t-test.

The results of this research were as follows: 1) The elderly with COPD who received the Empowerment program had a mean score of fatigue was lower than that of before, at the significant level of .01. 2) The elderly with COPD who received the Empowerment program had a mean score of fatigue was lower than that the control group, at the significant level of .01

The results of this study indicated that the Empowerment program could reduce fatigue in the elderly with COPD. Therefore, this finding could be used develop as a guide for nursing care in the COPD patients and other chronic disease, and also providing baseline information for further research.

Keywords: Empowerment program, Fatigue, the Elderly with COPD

*Student of Master of Nursing Science, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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

*** Associate Professor, Faculty of Medicine, Khon Kaen University



การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์กลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิต วัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ละม่อม ไชยสิริ พย.ม.*

สมจิต แดนสีแก้ว ศศ.ต.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ใช้การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาความหมายคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และส่งเสริมให้ชุมชนวิเคราะห์กลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ศึกษาในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมิถุนายน - กันยายน พ.ศ. 2553 การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานชุมชน โดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ประชุมร่วมกับผู้นำชุมชน 2) ระยะวิเคราะห์ข้อมูล องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต และประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยการสนทนากลุ่ม และประชุมระดมสมอง และ 3) ระยะวิเคราะห์กลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยการประชุม จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา สรุปเป็นกลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และวางแผนสู่การนำผลการวิจัยปฏิบัติต่อไป

ผลการวิจัย พบว่าคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หมายถึง การยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิต มีความพึงพอใจในสภาพชีวิต และมีความสุขในการดำเนินชีวิต โดยมีองค์ประกอบ 5 ด้านดังนี้ 1) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ 2) การมีสุขภาพดีพอทำงานเลี้ยงครอบครัวได้ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมสังคมอย่างมีความสุข 4) มีคุณค่าจากการทำประโยชน์ให้คนอื่น และ 5) มีที่อยู่อาศัยมั่นคง ปลอดภัย องค์ประกอบดังกล่าวเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของบุคคล การขาดปัจจัยพื้นฐานจึงเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การวิจัยนี้ทำให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมวิเคราะห์ความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร่วมกันค้นหาวิธีเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามความต้องการของคนในชุมชนใน 5 กลวิธีดังนี้ 1) การสร้างรายได้ 2) การส่งเสริมบทบาทของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในการดูแลสุขภาพตนเอง 3) เสริมสร้างความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในชุมชน 4) เพิ่มความมีคุณค่าต่อตนเองและสังคม และ 5) การพัฒนาที่อยู่อาศัยให้มั่นคง ปลอดภัย ผลการศึกษาครั้งนี้ เกิดจากการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตโดยการรับรู้ของสมาชิกในชุมชน ได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ และ หากวิธีในการพัฒนาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงานให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความเหมาะสมกับความต้องการของคนในชุมชน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงาน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมโลกรายงานโรคเอดส์ครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ.2524 หลังจากนั้นพบว่ามีการระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วและเพิ่มขึ้นทุกปี ณ เดือนธันวาคม พ.ศ.2553 มีจำนวนทั้งสิ้น 33.4 ล้านคน เป็นกลุ่มวัยแรงงานประมาณ 30.8 ล้านคน มีจำนวนผู้ติดเชื้อ

รายใหม่จำนวน 2.7 ล้านคน เป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานจำนวน 2.1 ล้านคน อัตราการติดเชื้อเฉลี่ยรายใหม่มากกว่าวันละ 6,800 คน¹ สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2552 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น จำนวน 357,407 ราย พบมาก

* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ในกลุ่มวัยทำงานอายุ 20-44 ปี ร้อยละ 75.6 ในแต่ละปี จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ.2551 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 12,787 ราย เอดส์ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 84.1²

จากสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีวัยแรงงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการสร้างผลผลิต และยังต้องดูแลประชากร วัยอื่น ๆ ของประเทศ มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกผิดกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม โกรธตนเอง โทษผู้อื่น ที่นำเชื้อมาสู่ตน ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายได้ ถูกตีตราจากสังคมว่า มีพฤติกรรมล่าสอนทางเพศ ประพฤติผิดศีลธรรม ถูกประทับเป็นตราบาปภายในใจ ทำให้ผู้ป่วยปกปิดตนเองเพราะกลัวบุคคลรอบข้างไม่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม³ ประชาชาติสูญเสียกำลังคน ครอบครัวสูญเสียผู้นำ พัฒนาการสังคมเสื่อมถอยลง⁴ ทางด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยบ่อยต้องมีการดูแลรักษา การทำงานไม่เต็มศักยภาพ ประสิทธิภาพงานลดลง เป็นสาเหตุให้ถูกเลิกจ้างงาน ครอบครัวจึงขาดรายได้ ซึ่งนับว่าเป็นวิกฤตของประเทศ⁵

อำเภอชุมแพ เป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดขอนแก่นที่มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สูงเป็นอันดับ 2 รองจากอำเภอเมือง โดยมีจำนวนผู้ป่วย 714 ราย⁶ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเอดส์รับยาต้านไวรัส และอยู่ในวัยแรงงาน จำนวน 354 ราย⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าเอดส์เป็น 1 ใน 5 โรคที่เป็นสาเหตุการตายของอำเภอชุมแพ ในการดำเนินงานด้านเอดส์ที่ผ่านมา โรงพยาบาลชุมแพได้ให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีเป้าหมายคือ ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานมีความเข้าใจ ในปัญหาเอดส์ ต้องการแก้ไขปัญหาร่วมกัน แต่ขาดการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันของคนในชุมชน ถึงความต้องการที่แท้จริงว่าคุณภาพชีวิตที่ดีตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หมายถึงอย่างไร

จากการทบทวนวรรณกรรมมีนักวิจัยนำกระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory

Rural Appraisal: PRA) มาทำการศึกษาชุมชนเพื่อสังเคราะห์แนวทางการป้องกันการติดเชื้อในชุมชน พบว่าการติดเชื้อในวัยแรงงานที่ความรุนแรงมากขึ้น ชุมชนร่วมสร้างข้อตกลงในการป้องกันการติดเชื้อ และหาแนวทางป้องกันการติดเชื้อของวัยแรงงาน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคูณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงาน ตามการรับรู้ของคนในชุมชนในปัจจุบัน โดยใช้กรอบแนวคิด PRA มาทำการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิตของวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามการรับรู้ของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเพื่อศึกษาทบทวนวิธีพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามมุมมองของชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม ที่ให้ความสำคัญกับความรู้ที่มาจากประสบการณ์ของคนในชุมชน คือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รับรู้จากสิ่งที่คิดสิ่งที่รู้สิ่งที่เชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตสะท้อนคิดวิเคราะห์หาสาเหตุ ปัญหา และหากวิธีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับความเป็นจริงในชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพใช้กระบวนการ PRA ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงาน กลุ่มผู้ดูแลและครอบครัว กลุ่มผู้บริหารเทศบาล กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แนวคำถามในการประชุมระดมสมอง แบบบันทึกการสังเกต แบบบันทึกภาคสนาม

การดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานชุมชน ถึงสภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน สร้างสัมพันธภาพ



โดยการประชุม ร่วมกับผู้นำชุมชน เพื่อขออนุญาต ประชาสัมพันธ์การวิจัย และ เป็นการเตรียมความพร้อม ของผู้ร่วมวิจัยให้เข้าใจในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ติด เชื้อเอชไอวี/ เอตส์วัยแรงงาน 11 คน กลุ่มผู้ดูแล และ ครอบครัว 3 คน กลุ่มผู้นำชุมชน 6 คน กลุ่มผู้บริหาร เทศบาลตำบล จำนวน 3 คน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ 2 คน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ให้บริการแพทย์ ทางเลือกในชุมชน จำนวน 4 คน รวบรวมข้อมูลจากการ สทนากลุ่มจำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 8-10 คน โดยคัดเลือก ผู้แทน จากกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอตส์วัยแรงงาน กลุ่มผู้ดูแลและครอบครัว และกลุ่มผู้นำชุมชน สังเกต และจดบันทึกเพื่อประเมินผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องระหว่าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จาก การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมครั้งที่ 1 สร้างข้อสรุปจากปรากฏการณ์ที่ได้รับถึง ความหมาย องค์ประกอบของการมีคุณภาพที่ดีและไม่ดี ประเมิน คุณภาพชีวิต และหาแนวทางการดูแลและการช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ ร่างเป็นกลวิธีการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/ เอตส์ จัดเวทีสะท้อน ข้อมูลคัดเลือกผู้แทนจากทุกกลุ่ม จำนวน 20-30 คน

ระยะที่ 3 สังเคราะห์กลวิธีการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอตส์วัยแรงงาน โดยการ ประชุมกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม ๆ ละ 8 - 10 คนคือ กลุ่มผู้ติด เชื้อเอชไอวี/ เอตส์และครอบครัว และกลุ่มผู้นำชุมชน นำเสนอ สรุปร่างกลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติด เชื้อเอชไอวี/ เอตส์วัยแรงงาน ข้อมูลที่ได้จากการประชุม ระดมสมองครั้งที่ 2 เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เพิ่มเติม ข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ และจัดเวทีประชุมระดมสมอง ครั้งที่ 3 พิจารณากลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติด เชื้อเอชไอวี/ เอตส์วัยแรงงาน ที่ค้นพบจากการศึกษา ปรับปรุงแนวทางการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ สรุปและ เขียนรายงานการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ ได้จากบันทึกการสังเกตสภาพสิ่งแวดล้อม สีน้า ทำทาง ของผู้ให้ข้อมูล ถอดเทปการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนา

กลุ่ม และการมีส่วนร่วมในการประชุมระดมสมอง ข้อมูล ที่ได้ทั้งหมดนำมาตรวจสอบ เชื่อมโยงและยืนยันความ ถูกต้องของข้อมูล

จริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรม ในการวิจัยในมนุษย์ โดยยึดหลักเกณฑ์ทางจริยธรรม สำหรับการศึกษาวัยในมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยมีการเตรียม ตนเองด้านจริยธรรมด้วยการเข้ารับการอบรมจริยธรรม สำหรับการศึกษาวัยในมนุษย์ และได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น

ผลการวิจัย

1. ความหมายของคุณภาพชีวิตวัยแรงงาน ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ตามการรับรู้ของชุมชน พบว่า

1.1. การยอมรับสภาพความเป็นจริงของ ชีวิต ผู้ให้ข้อมูลหลักมีมุมมองว่า การติดเชื้อเอชไอวี/ เอตส์เป็นสิ่งที่เลวร้ายที่เกิดขึ้นในชีวิตโดยที่ไม่รู้ตัว หรือไม่ได้เป็นผู้กระทำ แต่ทำใจยอมรับสภาพความเป็น จริงของการดำเนินชีวิต ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับตัว จึง สะท้อนออกมาใน 3 ลักษณะ คือ 1) สภาพธรรมชาติของ โรคเป็นแล้วรักษาไม่หาย การติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ เป็น โรคที่เกิดจากพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ร้ายแรง เรื้อรัง สังคมรังเกียจ และ รักษาไม่หาย การทำใจยอมรับ การติดเชื้อจึงแสดงออกมาในลักษณะการยอมรับว่าเกิด จากเวรกรรมของตนเอง ไม่โทษคนอื่น ยอมรับว่ารักษา ได้แต่ไม่หาย จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ วัยแรงงาน 2) สภาพการยอมรับของชุมชน การติดเชื้อ เอชไอวี/เอตส์ทุกคนเคยมีความรู้สึกกลัวการไม่ได้รับ การยอมรับ ถูกรังเกียจ ถูกแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติ ดังนั้นการได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน ทำให้สามารถ ดำเนินกิจกรรมร่วมกับคนในชุมชนได้อย่างมั่นใจ จาก การสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ 3) สภาพการเป็น ตัวแพร่กระจายเชื้อ การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/ เอตส์อย่างต่อเนื่อง และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นใน ชุมชน ส่งผลกระทบต่อคนในชุมชน มีความเป็นห่วงเรื่อง การแพร่เชื้อจากผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตนเอง เนื่องจาก บาง รายเป็นหม้ายตั้งแต่อายุน้อย มีสภาพร่างกายเหมือน คนปกติ บางรายมีหน้าตาดี ทำให้คนในชุมชนเป็นห่วง ว่าผู้ป่วยจะเป็นผู้แพร่เชื้อเอง



1.2 ความพึงพอใจในสภาพชีวิต การรับรู้ถึงความพอใจในคุณภาพชีวิตปัจจุบัน จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 11 ราย พบว่า 7 ราย มีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตปัจจุบันใน 5 ลักษณะดังนี้ 1) สุขภาพและการเข้าถึงบริการ การมีสุขภาพดีขึ้นจากการได้รับการดูแลสุขภาพจากสถานบริการสุขภาพ การเข้าร่วมอบรมการดูแลสุขภาพตนเอง การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินชีวิตให้ช้าลง 2) ความไม่กังวลใจ ความหวังในการดำเนินชีวิต การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นสิ่งคุกคามกับชีวิตที่ต้องมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลง ทั้งร่างกาย ครอบครัวยุติกรรม และสังคม การจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก ได้เหมาะสม กับความเชื่อ ความศรัทธา จนเกิดความสงบทางใจ สามารถใช้ชีวิตความเป็นอยู่เช่นคนปกติทั่วไป มีความหวังในการดำรงชีวิตด้วยการมีชีวิตอยู่กับโรคเอดส์ต่อไป ด้วยการสร้างพลังอำนาจในตัวเอง 3) ความสามารถของตนเองที่เป็นประโยชน์กับบุคคลอื่น ประสบการณ์จากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการได้ใช้ความรู้จากการประชุม อบรม สามารถนำไปให้คำแนะนำกับผู้ติดเชื้อคนอื่นญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านทำให้เกิดความมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกชื่นชมยินดี และมีศักดิ์ศรีในตนเองที่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และสามารถทำประโยชน์ให้บุคคลอื่นได้ นอกจากนี้ยังเป็นผู้ให้ความรู้แก่ชุมชนในการป้องกันโรคเอดส์แก่นักเรียน ซึ่งก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในชีวิต 4) การที่ตนเองไม่เป็นภาระของครอบครัว ชุมชน และสังคม คือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำงานประกอบอาชีพได้ไม่เป็นภาระเรื่องเศรษฐกิจ และภาระของสังคมในการดูแลและช่วยเหลือ 5) ความมั่นคงในชีวิต คือ การมีงานทำที่แน่นอนส่งผลให้เกิดรายได้ มีค่าใช้จ่ายที่เพียงพอสำหรับซื้อหาปัจจัยสี่ในการดำรงชีวิต และ สำหรับใช้หนี้ นอกจากนี้การมีที่อยู่อาศัย ที่มั่นคง มีสิ่งแวดล้อมที่ดี ทำให้มีความปลอดภัย

กลุ่มที่ไม่พึงพอใจในคุณภาพชีวิต การรับรู้ถึงความไม่พึงพอใจในคุณภาพชีวิตปัจจุบัน เป็นอุปสรรคขัดขวางทำให้ชีวิต ไม่ได้รับการยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิต ไม่พอใจในสภาพชีวิตปัจจุบัน ไม่มีความ

สุข คือ 1) ไม่พึงพอใจในตนเอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับรู้ต่อสภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม เศรษฐกิจ ทำให้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน วิตกกังวลกับความไม่แน่นอนของชีวิต

2) ไม่พึงพอใจในชีวิตครอบครัว การอาศัยอยู่ร่วมกันหลายคนในครอบครัวเดียวกัน มีปัญหาทะเลาะกันเองในครอบครัว โดยเฉพาะค่าใช้จ่าย หนี้สินในครอบครัว

1.3 ความสุขในการดำเนินชีวิต การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำให้อายุสั้น และเป็นผู้ด้อยโอกาสขาดความเสมอภาคทางสังคมแต่ก็ทำให้ชีวิตตนเองมีคุณค่า มีความสุขใจกับการได้รับการยอมรับ ที่สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมและคนที่รักได้ และได้สะท้อนออกมาใน 3 ลักษณะดังนี้ 1) ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น การมีชีวิตนานเท่าที่ต้องการ ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายจากการดูแลสุขภาพตนเอง จากการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทำให้อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป 2) การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ความห่วงใยการเอาใจใส่ในการดูแลและให้กำลังใจจนเกิดสัมพันธภาพที่ดีของคนในครอบครัว ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความสุข 3) การยอมรับของสังคมและการช่วยเหลือจากชุมชน การเสียสละของแกนนำผู้ติดเชื้อที่ทำประโยชน์ให้กับสังคม ประกอบกับผู้ติดเชื้อเหล่านี้เป็นคนในชุมชน สังคมให้การสนับสนุนและช่วยเหลือด้านการส่งเสริมอาชีพ สงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับ มีความมั่นใจในการอยู่ร่วมในสังคมต้องการตอบแทนสังคมโดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน

2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การให้ความหมายคุณภาพชีวิตของวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามที่กล่าวมาแล้วนั้น การจะทำให้บรรลุเป้าหมายได้ จำเป็นต้องมีองค์ประกอบ คือ 1) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ คือ การมีงานทำที่แน่นอนส่งผลให้เกิดรายได้ เกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิต มีค่าใช้จ่ายที่เพียงพอสำหรับซื้อหาอาหาร อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในครอบครัว สำหรับใช้หนี้ และมีเงินเหลือสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายเวลาฉุกเฉิน เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง เกิดการติดเชื้ออื่นและเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น 2) การมีสุขภาพดี พอกำหนดเลี้ยงครอบครัวได้ สุขภาพ



แข็งแรงสามารถอยู่ได้ไม่เป็นภาระ ฟังตนเองได้ นอกจากนี้ยังสามารถทำงานหาเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัวได้ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ อาหาร ออกกำลังกาย สมรรถภาพ ฟักผ่อน สมุนไพร และ บริการสุขภาพ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมอย่างเป็นสุข การติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์เป็นปัญหาที่คนในสังคมให้การยอมรับน้อย เป็นโรคที่น่ารังเกียจ การรับรู้ของผู้ติดเชื่อเอชไอวี จึงต้องการความเข้าใจ ต้องการการยอมรับจากครอบครัว ชุมชนและสังคม ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงานมองว่าการอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี สามารถพูดคุยด้วยความสบายใจ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ดีประการหนึ่ง 4) มีคุณค่าจากการได้ทำประโยชน์ให้กับคนอื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการทำประโยชน์เพื่อสังคม คือยอมรับสภาพการติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามบทบาทในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ภาคภูมิใจก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต 5) มีที่อยู่อาศัยมั่นคง ปลอดภัย ที่อยู่อาศัย เป็นหนึ่งในสี่ปัจจัยของสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต การมีบ้าน และที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ความปลอดภัย มีสิ่งแวดล้อมที่ดี ปราศจากมลพิษ ทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ลดภาวะเสี่ยงจากการเกิดโรคแทรกซ้อน และใช้เป็นสถานที่หลบนอน พักผ่อนโดยเฉพาะเวลาเจ็บป่วย

3. สภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ในชุมชน พบว่า แม้ปัจจุบันจะไม่มีอาการแสดงของโรคให้เห็นชัดเจนเหมือนในอดีตเนื่องจากประสิทธิภาพของยาต้านไวรัส แต่คนในชุมชนยังรู้สึกกลัวและไม่มั่นใจที่จะอยู่ใกล้ การดำเนินชีวิตในของผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงานในชุมชนจึงมีประเด็นปัญหาที่สำคัญดังนี้ คือ

3.1 มีรายได้น้อยลงไม่พอจ่าย ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงานส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา พบว่า บางพื้นที่ประสบปัญหาภัยแล้ง บางพื้นที่พบปัญหาน้ำท่วมที่นา บางคนเป็นหนี้ต้องเอาที่นาตนเองไปจำนองขายทุน ต้องเช่าที่นาในการทำกิน ทำให้ไม่ได้รับผลผลิตตามต้องการ หรือได้มาก็ต้องขายเพื่อแบ่งไปใช้หนี้ ทำให้ไม่เพียงพอสำหรับบริโภคในครัวเรือน กลุ่มที่

ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปการจ้างงานในพื้นที่มีน้อย เนื่องจากเป็นเขตชนบท ถ้าเป็นงานรับเหมาก่อสร้างต้องเดินทางไปไกลประมาณ 15-20 กิโลเมตร บางรายไม่มีพาหนะในการเดินทาง บางรายมีงานทำแต่ไม่ต่อเนื่อง บางรายประกอบอาชีพค้าขายในชุมชน ต้องดูแลคนในครอบครัวหลายคนทำให้พบกับปัญหาดังนี้ 1) ไม่มีงาน ไม่มีเงิน ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ทุกคนอยู่ในวัยทำงาน บางคนเปลี่ยนงานหลังทราบข่าวติดเชื่อ ทำให้มีผลกระทบกับรายได้ที่ลดลง จนบางรายถูกให้ออกจากงานไม่มีเงิน ฟังตนเองไม่ได้และต้องพึ่งครอบครัวเป็นภาระด้านการเงิน 2) รายได้ไม่พอใช้จ่าย มีหนี้ หาเงินได้ไม่พอใช้จ่าย เป็นหนี้ ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ส่วนมากประกอบทำนา และรับจ้าง มีรายได้ไม่แน่นอนบางรายเบิกเงินก่อนมาใช้ก่อนเป็นค่าแรงล่วงหน้า ถึงฤดูเก็บเกี่ยวก็ทำงานใช้หนี้ทำให้ได้ค่าแรงถูกกว่าปกติ ทำให้มีรายได้น้อยพอดูแลสมาชิกในครอบครัว 3) ไม่มีเงินออม ถ้าเป็นต้องใช้เงินมากขึ้นกว่าปกติ

3.2 ขาดการยอมรับและสนับสนุนจากครอบครัว สังคม การติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์มีผลกระทบกับครอบครัวและชุมชนเนื่องจากผู้ติดเชื่อวัยแรงงานแต่ไม่สามารถใช้แรงงานได้เต็มความสามารถ เนื่องจากสภาพร่างกาย ป่วยบ่อยเป็นภาระผู้ดูแล ตกงาน มีข้อจำกัดไม่จ้างงานของชุมชน และยังเป็นวัยเจริญพันธุ์ที่ต้องขยายเผ่าพันธุ์ จากจำนวนผู้ติดเชื่อเอดส์ที่เปิดเผยตนเองและมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลแห่ง ทุกคนอยู่ในวัยแรงงานและเป็นวัยเจริญพันธุ์ มีปัญหา คือ 1) สัมพันธภาพครอบครัวและสังคมไม่ดี 2) ขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน และต้องรับภาระในการดูแลบุตรหลานที่เป็นเด็กกำพร้า ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ขาดกำลังใจ ท้อแท้ 3) คนในชุมชนมีความเป็นห่วงเรื่องการแพร่เชื่อเอชไอวี จากวิวัฒนาการด้านการรักษาทำให้ผู้ติดเชื่อมีสุขภาพแข็งแรง สภาพร่างกายปกติเหมือนคนทั่วไป และเนื่องจากเป็นหม้ายตั้งแต่อายุน้อยทำให้คนในชุมชนเป็นห่วงว่าผู้ป่วยจะเป็นผู้แพร่เชื่อในชุมชน 4) สังคมรังเกียจผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ ชุมชนแห่งนี้รับรู้ถึงการติดเชื่อเอดส์ในชุมชน และมองว่า เอดส์เป็นโรคที่แสวงหา มาเองจากการสำส่อน หรือการไปร่วมหลับนอนกับคน



หลายคน ซึ่งคนในชุมชนบทปกติจะไปมาหาสู่กัน อยู่กินด้วยกัน ต่างพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ความรังเกียจเอตส์ทำให้ความรู้สึกของคนในชุมชนเปลี่ยนไป ขาดสัมพันธภาพทางสังคม 5) ขาดโอกาสทางสังคม เมื่อติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ ทำให้ป่วยบ่อย มีผลกระทบต่อพนักงานหนักเข้าก็ต้องลาออกเพราะร่างกายไม่แข็งแรงทำงานไม่ไหว โอกาสจะกลับเข้ามาทำงานแบบเดิมมีน้อย หรือทำงานบริษัทบางแห่งต้องมีใบรับรองแพทย์ ซึ่งต้องผ่านการตรวจเลือด ซึ่งเป็นข้อจำกัดและเป็นความกังวลใจในการสมัครงาน

3.3 การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจากสภาวะโรค การติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ส่งผลกระทบต่อให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและด้านจิตใจ ตลอดเวลาตั้งแต่รู้ว่าติดเชื้อมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย น้ำหนักลดลง ผอมแห้ง ผิวดำคล้ำ ผมหงอก ด้านจิตใจเศร้าหมอง คิดมาก เมื่อระยะเวลาผ่านไป เกิดการปรับตัวเรียนรู้และเข้าใจได้ มีความหวังที่จะอยู่ต่อ จะหาข้อมูลเพื่อรับการรักษา ซึ่งปัจจุบันผลจากการรักษาและได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจดีขึ้นกว่าเดิม แต่ยังพบปัญหาด้านสุขภาพ คือ 1) จากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 5 ปี ระบุว่ายาต้านไวรัสมีประโยชน์ทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น แต่ก็พบว่ายาต้านไวรัสมีข้อจำกัดคือ ต้องกินยาตลอดชีวิต ทำให้เบื่อการกินยา กินยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้ปัจจุบันมีร่างกายแข็งแรงขึ้น ไม่ค่อยมีอาการแสดงของโรคเอตส์ในรอบ 3 เดือนไม่มีผู้ป่วยหนักต้องนอนโรงพยาบาล แต่มีอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากการรับประทานยาต้านไวรัส ทำให้มีความรู้สึกที่ตนเองแตกต่างจากคนอื่น 2) ร่างกายฟื้นตัวช้า จากสภาพที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย ประกอบกับร่างกายต้องได้รับสารอาหารครบถ้วนเพื่อใช้เป็นพลังงานในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และประกอบอาชีพ แต่จากพฤติกรรม และวัฒนธรรมในการรับประทานอาหารของคนภาคอีสานที่มีความเรียบง่าย ทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ทำงานหนักประกอบอาชีพทำนา รับจ้างส่งผลให้ร่างกายเสื่อมโทรม 3) วิตกกังวลกับการดำเนินชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ รับรู้ถึงภาวะ

วิกฤติของชีวิตที่ผ่านมาได้ด้วยความลำบาก มีความรู้สึกเสียใจ ผิดหวัง วิตกกังวล เครียด กับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ปัจจุบันต้องเผชิญกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาในครอบครัว และปัญหาสุขภาพ ซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อด้านจิตใจทั้งสิ้น 4) ขาดการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์วัยแรงงาน ส่วนมากรับรู้ภาวะการติดเชื้อทำให้ร่างกายอ่อนแอ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งทุกคนมีประสบการณ์ในการเกิดโรคแทรกซ้อนมาแล้ว และไม่ต้องการเป็นอีก ทุกคนรับรู้ว่าการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนเพียงพอ และการผ่อนคลายความเครียด ส่งผลดีต่อสุขภาพแต่ยังปฏิบัติไม่ได้

3.4 ความมีคุณค่าในตนเองลดลง การติดเชื้อเอชไอวี เป็นตราบาปส่งผลกระทบต่อผู้ที่ป็นรู้สึกเสียใจ ผิดหวัง วิตกกังวล เครียด เป็นปมด้อย ขาดความมั่นใจ การรับรู้ถึงความรู้สึกเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีคุณค่า

3.5 ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิต การมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะ อากาศถ่ายเทได้ดีโดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ ส่วนมากมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองหรือเป็นของคนในครอบครัว โดยไม่ต้องเช่า มีเพียง 1 รายที่ไม่มีที่อยู่อาศัยต้องเช่าบ้านคนอื่นอยู่ 500 บาท/เดือน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 55 ปี สถานะภาพหม้าย เคยทำงานรับจ้างอยู่กรุงเทพฯ เมื่อรู้ว่าติดเชื้อจึงกลับมาอยู่กับพี่สาว ปัจจุบันพี่สาวตายเลยต้องขายบ้านใช้หนี้ทำให้ไม่มีที่อยู่

4. กลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการระดมสมองเพื่อหากวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์วัยแรงงาน ตามปัญหาที่พบคือ 1) การเสริมสร้างรายได้พบว่า การส่งเสริมให้มีรายได้หรือให้มีรายได้เพิ่มขึ้นจากการส่งเสริมอาชีพเดิมเป็นสิ่งที่เหมาะสมกับความต้องการของแรงงาน ส่วนการส่งเสริมการประกอบอาชีพรายกลุ่มเป็นเรื่องยาก ต้องประสานงานกับหลายภาคส่วนในการสนับสนุนทุน การประชาสัมพันธ์ และการตลาด โดยเฉพาะการผลิตเพื่อจำหน่ายแล้วเกิดราย



ได้นั้น ต้องพัฒนาฝีมืออย่างต่อเนื่อง ส่วนการรณรงค์ให้ใช้จ่ายอย่างพอเพียงเป็นสิ่งที่จะต้องสร้างความตระหนัก และเป็นพื้นฐานของชุมชนพอเพียง นอกจากนี้การให้การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพนั้น ยังเป็นการแสดงถึงความเอื้ออาทรของผู้นำชุมชน 2) การส่งเสริมบทบาทของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกรายรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีสุขภาพแข็งแรง สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเอง แต่ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง มีความคิดว่าทำงานเหนื่อยแล้วไม่มีเวลา ส่วนการรับประทานอาหารก็เท่าที่ทำได้ กินพอทำงานได้ ของแพงได้ค่าแรงน้อยต้องประหยัด แต่ก็พบว่าดื่มเหล้าขาวหลังเลิกงาน ซึ่งคิดว่าทำให้อ่อนแอลง 3) เสริมสร้างความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในชุมชน การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของคนในชุมชน ยอมรับและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้แบบมีส่วนร่วม มีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชน และเข้าถึงแหล่งประโยชน์ของชุมชนอย่างเท่าเทียม 4) ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นตราบาปที่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็น เป็นปมด้อย ขาดความมั่นใจ การส่งเสริมให้ตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม 5) สนับสนุนให้มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง การมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย

การอภิปรายผล

การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตมีความซับซ้อน ยากแก่การให้ความหมายเดียวโดยตรง ผลการวิจัยนี้จึงสะท้อนออกมาในหลายลักษณะ ได้แก่ การยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิต ความพึงพอใจในสภาพชีวิต และความสุขในการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการรับรู้และการปรับตัวต่อสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตในขณะนั้นการให้ความหมายในลักษณะดังกล่าว เนื่องจากการรับรู้ถึงเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ประกอบกับเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ให้การยอมรับน้อย สภาพก่อนและหลังการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีผล

ให้การดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก การยอมรับการติดเชื้อเป็นสิ่งที่ยาก แต่ด้วยภาวะครอบครัวที่เป็นวัยแรงงานต้องดูแลครอบครัวต้องปรับตัวในการดำรงให้อยู่ได้และมีความสุขในการดำเนินชีวิตปัจจุบันสอดคล้องกับความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งกล่าวว่า ความรู้สึกเป็นปกติสุขของบุคคล ความพึงพอใจ ในสภาพการดำรงชีวิตที่มีความพอเพียง⁹⁻¹⁵ โดยมีองค์ประกอบ 5 ด้านดังนี้ 1) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ 2) การมีสุขภาพดีพอทำงานเลี้ยงครอบครัวได้ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมสังคมอย่างมีความสุข 4) มีคุณค่าจากการทำประโยชน์ให้คนอื่น และ 5) มีที่อยู่อาศัยมั่นคง ปลอดภัย โดยในแต่ละองค์ประกอบมีความเกี่ยวข้องกัน ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามความต้องการของคนในชุมชนเทศบาลแห่งนี้ สอดคล้องกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง หรือภาวะมีโรคแต่สามารถปรับตัว สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ด้านครอบครัวและสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว และชีวิตสมรส รวมทั้งภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือ และกำลังใจจากคนในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับความสุขความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ที่ดี ประกอบอาชีพมั่นคง มีรายได้เพียงพอ มีที่อยู่อาศัย มีอาชีพ และมีการศึกษาที่เอื้อให้เกิดรายได้^{9,10,16} สภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในชุมชน พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยแรงงานมีปัญหา คือ มีรายได้น้อยลงไม่พอง่าย ขาดการยอมรับและสนับสนุนจากครอบครัว สังคม การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจากสภาพโรค ความมีคุณค่าในตนเองลดลง และไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง โดยกลุ่มที่เคยทำงานในระบบเคยมีรายได้แน่นอน ทั้งนี้เนื่องจากผลจากการติดเชื้อทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานงานลดลง สุดท้ายต้องตกงาน ขาดโอกาสในการสมัครงาน ทำให้ไม่มีรายได้เพียงพอสำหรับเลี้ยงดูครอบครัวและพบว่าอาชีพบางอย่างไม่เหมาะกับผู้ติดเชื้อ ต้องลงทุนใหม่ ลองผิดลองถูกหลายครั้ง ทำให้ขาดทุน เสียเวลา ส่วนกลุ่มทำอาชีพเสริม ประสบปัญหาฝีมือการผลิตไม่ได้มาตรฐาน สินค้าขายไม่ได้ ไม่มีตลาดรองรับ ขาดทุน ปัญหาเหล่านี้ทำให้



ผู้ติดเชื้อในชุมชนแห่งนี้ไม่มีเงินและเป็นหนี้^{9,16,17} ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากขาดการณรงค์ ประชาสัมพันธ์ การช่วยเหลือไม่ทั่วถึง และยังพบว่าสังคมให้การยอมรับผู้ป่วยน้อย ถูกรังเกียจจากสังคมจึงไม่กล้าเปิดเผยตนเอง ทำให้ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว¹⁸ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกิจกรรมการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์ทำให้สังคมมีความรู้มากขึ้น เข้าใจและให้ความช่วยเหลือกันในสังคม และอาจเนื่องจากขนบธรรมเนียมประเพณี ศาสนาและความเชื่อของภาคอีสานและภาคเหนือมีความคล้ายคลึงกัน การยอมรับผู้ติดเชื้อมีมากขึ้นทำให้เกิดการช่วยเหลือกันเหลือและทำให้ผู้ติดเชื้อเปิดเผยตัวมากกว่าภาคใต้ ซึ่งส่วนมากประชาชนนับถือศาสนาอิสลามที่มีความเคร่งครัดด้านความเชื่อเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศที่ไม่ใช่สามีภรรยาถือว่าผิดหลักศาสนา มีความผิด

ด้านสุขภาพ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ศึกษารับรู้ว่าติดเชื้อมานานกว่า 5 ปี ปรับตัวและสามารถอยู่ในครอบครัวได้ส่วนมากมีผู้ดูแล ทุกคนสุขภาพแข็งแรงจากการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทำให้สุขภาพแข็งแรง ดูแลตนเองได้ ไม่เป็นภาระผู้ดูแล และสามารถทำงานประกอบอาชีพได้ แต่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการรับยาทำให้สูญเสียภาพลักษณ์โดยเฉพาะผู้หญิงทำให้มีความกังวลใจ ขาดความมั่นใจ แต่มีวิธีการที่จะปกปิดร่างกายส่วนที่เปลี่ยนแปลง เช่น ไว้ผมยาว ปิดแก้มตอบ ใส่ผ้าถุงยาวเพื่อปกปิดขาและก้นที่ลีบ และมีปัญหาจากการรับประทานยาต้านไวรัสซึ่งต้องกินตลอดชีวิต ในขณะที่อายุน้อยทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ผลในระยะยาว อาจต้องรับประทานยาสูตรที่ต้องใช้ยาหลายชนิด มีความยุ่งยากในการกินยามากขึ้น และสุดท้ายคือยา ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าขาดความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพทำให้ร่างกายอ่อนแอ การเป็นโรคเรื้อรัง ภูมิคุ้มกันต่ำ ประสิทธิภาพการทำงานลดลงทำงานไม่ต่อเนื่องรวมทั้งรายได้ที่ลดลงส่งผลกระทบต่อครอบครัว และยังพบว่าผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงขึ้นจากการรักษา ต้องการมีคู่ครอง ทำให้เกิดความขัดแย้งในชุมชนที่คิดว่าผู้ติดเชื้อไม่สมควรแต่งงานและมีเพศสัมพันธ์จะทำให้แพร่เชื้อไปสู่คนอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสพบว่า มีสุขภาพโดยรวมดีขึ้น ทำให้มีอิสระไปไหนมาไหน

ได้ด้วยตนเองได้ดีและมีกำลังใจ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เต็มที่^{10,17} ความมีคุณค่าในตนเองลดลง การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นปมด้อย กลัวสังคมรังเกียจ ปฏิกริยาจากครอบครัวทำให้ผู้ติดเชื้อเก็บประสบการณ์ด้านลบมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ขาดความมั่นใจจากการแสดงท่าทีรังเกียจของคนในชุมชน จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อ 4 ราย ไม่พึงพอใจในชีวิต จากสภาพปัญหาเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพและสิ่งแวดล้อมด้านที่อยู่อาศัย มีผลกระทบทำให้รู้สึกขาดความมั่นคงในชีวิต รู้สึกต่ำต้อย และรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า^{10,19-21}

กลวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในชุมชน คือ การเสริมสร้างรายได้ สอดคล้องกับการช่วยเหลือ สวัสดิการสังคม เป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้สมาชิกของสังคมมีภาวะความเป็นอยู่ที่ดี ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน²² ส่วนการส่งเสริมบทบาทของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในการดูแลสุขภาพตนเอง บทบาทผู้ดูแลและคนในชุมชนในการช่วยเหลือ การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การติดต่อวิธีการดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมให้ตนเอง มีสุขภาพกายที่แข็งแรง พึ่งตนเองได้⁷ การเสริมสร้างความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในชุมชน การมีเครือข่ายชุมชนเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจ สร้างความเข้าใจกับชุมชนเรื่องเอดส์อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิผู้ป่วย โดยสมาชิกของครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครในชุมชน อาสาสมัครเหล่านี้เป็นเครือข่ายการช่วยเหลือในชุมชน ส่งเสริมให้ชุมชนเกิดการยอมรับและช่วยเหลือกันในชุมชน^{18,23-26} แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการแก้ปัญหา และเกิดความตระหนักของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. การนำกระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (PRA) มาใช้ในการทบทวนวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความเหมาะสมเนื่องจากเป็นสถานการณ์จริงที่เกิดในชุมชน แต่คนในชุมชนยังไม่คุ้นเคย เพราะเคยชินกับการมานั่งฟังบรรยายจากเจ้าหน้าที่สุขภาพซึ่งมองว่าเป็นผู้ที่มีความรู้มากกว่า ผู้วิจัยต้องเข้าใจในบทบาทการเป็นผู้จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นผู้ฟังที่ตีจบประเด็นได้



ยอมรับในความคิดเห็นที่แตกต่างและกระตุ้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น อย่างเสมอภาค

2. การทำกิจกรรมในชุมชนร่วมกับผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยต้องยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด เพื่อไม่เป็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วยโดยไม่เจตนา โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ที่เปิดเผยตนเอง เมื่อเวลาผ่านไปหรือมีเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น ที่มีความจำเป็นต้องปกปิดสถานะการติดเชื้อเพื่อความอยู่รอดในการดำเนินชีวิตในชุมชน ผู้วิจัยต้องเคารพการตัดสินใจนั้น

3. การเข้าใจ ในปัญหาที่แท้จริงของคนในชุมชน ทำให้อยากเป็นส่วนหนึ่งของการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และร่วมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ตรงตามความต้องการของคนในชุมชนอย่างแท้จริง นักพัฒนาจึงควรให้ความเข้าใจและส่งเสริมให้คนในชุมชนเข้าในนโยบายเบื้องต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในเขตเทศบาลที่ศึกษา ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์และเอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงานที่ให้การสนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

- UNAIDS. AIDS epidemic update 2009. [online] 2009 [cite 2009 September 15]. Available from: <http://www.unaids.org>
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 30 กันยายน 2552. [ออนไลน์] 2552 [อ้างเมื่อ 30 กันยายน 2552]. จาก <http://epid.moph.go.th>
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
- วาสนา อิมเอม และศศิเพ็ญ พวงสายใจ. การจัดสรรทรัพยากรและการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
- สุวรรณ บัญยะสิทธิ์พรหม. โรคเอดส์การพยาบาลแบบองค์รวม. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2545.
- งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. สถานการณ์เอดส์จังหวัดขอนแก่น. [ออนไลน์] 2552 [อ้างเมื่อ 12 ตุลาคม 2552]. จาก <http://mx.kkpho.go.th/epid/>
- โรงพยาบาลชุมแพ. แผนงานและสถิติ พ.ศ. 2551. ขอนแก่น: ฝ่ายแผนงานโรงพยาบาลชุมแพจังหวัดขอนแก่น; 2551.
- กาญจนา นิมสุนทร. การประเมินชุมชนอย่างมีส่วนร่วมเพื่อสังเคราะห์แนวทางการป้องกันการติ่มสุราในกลุ่มวัยรุ่น (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
- ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ. มุมมองเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส: หน้าที่หรือความสุข. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554; 29(1): 12-21.
- ผ่องสาย จุงใจไพศาล. คุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอดส์: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์; 2525.
- พนิชฐา พานิชชีวะกุล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. คุณภาพชีวิตเกษตรกรอีสาน. (รายงานการวิจัย). ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2542.
- สมจิต แดนสีแก้ว. เอกสารประกอบการสอนวิชา 262 201 การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในภาวะสุขภาพจิตปกติ เรื่องสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2540.
- Orem. Nursing Concepts of Practice. St.Louis: Mosby Year Book; 1991.



15. UNESCO. Quality of life Improvement Programmers. Bangkok: UNESCO Regional Office; 1993.
16. วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ. ประเด็นทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และความยากจน. วารสารโรคเอดส์ 2552, 21(2), 55-64.
17. ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์, วันเพ็ญ แก้วปาน. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดนราธิวาส: การประเมินโดยประยุกต์แบบวัด WHOQOL-HIV-BREE ขององค์การอนามัยโลก. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550, 16(6), 847-857.
18. ญัฐชยา ช้อนขำ, ประณีต ส่งวัฒนา, กิตติกร นิลมานัต. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภาคใต้ ระบบการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในภาคใต้ตอนล่าง. วารสารโรคเอดส์ 2551, 20(1), 46-57.
19. สุขุม กำเนิดรัตน์. พัฒนาการ พัฒนาคุณภาพชีวิต. วารสารข่าวสาร กพผ. 2545, 32(9), 16-19.
20. สมพงษ์ โพธิ์บัติ, พนิษฐา พานิชชีวะกุล, ลัทธิปิยะบัณฑิตกุล. การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในวัยรุ่น โดยใช้รูปแบบการประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว: กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 29-36.
21. นิภาพร หอมหวล, บำเพ็ญจิต แสงชาติ. การจัดการกับอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(3): 21-33.
22. วิพุธ พูลเจริญ, พัทธวิมล ประเสริฐ, ปาริชาติ จันทร์จรัส. สวัสดิการสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว. รายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 6, 26-28 สิงหาคม 2539 ณ โรงแรมโซฟิเทล ราชาออคิต จังหวัดขอนแก่น. กรุงเทพฯ : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2539.
23. อีระ ฤทธิรอด และคณะ. การประเมินโมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554; 29(3): 63-73.
24. เพลินตา ศิริปการ และคณะ. การนำโมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไปใช้ในพื้นที่. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554; 29(2): 50-59.
25. สมจิต แदनสีแก้ว, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง. ความต้องการของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554; 29(2): 60-69.
26. จุรีพร อุ่นบุญเรือง และคณะ. ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554; 29(3): 74-81.



Community Participation in Analyzing Strategies to Enhance the Quality of Life of Working-Age People with HIV/AIDS

Lamom Chaisiri M.N.S.

Somjit Daenseekaew PhD**

Abstract

The present qualitative study adopted a participatory rural appraisal as an approach to investigate the meanings of quality of life (QOL) perceiving by working-age people (WAP) with HIV/AIDS, and to facilitate the community in analyzing strategies to enhance the quality of life of WAP with HIV/AIDS in one municipal district of Khon Kaen Province. The study was conducted in three phases from June to September, 2010. Phase I was carried out to assess all relevant community information through observations, interviews, focus group discussions, and meetings with the community leaders such as local administrative officers and primary care unit personnel. Phase II was then followed to analyze the meaning, determinants, and current level of QOL of WAP with HIV/AIDS through focus group discussions and brainstorming. Lastly, Phase III was implemented through series of meetings to synthesize the strategies to enhance the quality of life of WAP with HIV/AIDS. A content analysis was performed to analyze the data and summarized the strategies for enhancing the QOL of WAP with HIV/AIDS. A plan to implement the research findings was then developed.

Results revealed that the WAP with HIV/AIDS defined the quality of life as a good life condition, satisfaction with current living status, acceptance of HIV infection, and an ability to live in the community without burdening others. The QOL comprised of five determinants including: 1) the economic aspect with the meanings as the sufficient economy and earning from a stable job; 2) the social aspect with the reflection of the understanding and moral supports from others, and an ability to participate in social activities; 3) a good health to work and support themselves; 4) feeling of self-worth; and 5) having their own houses. These QOL determinants reflected the basic human needs. Deprivation of any components would result in barriers to the enhancement of QOL of people with HIV/AIDS.

This study congregated the community's cooperation in terms of analyzing the needs of WAP with HIV/AIDS and synthesizing five strategies to enhance their quality of life as follows: 1) promoting the income; 2) encouraging their self-care; 3) improving the confidence of living with others and participating in the community activities; 4) increasing their self-worth; and 5) upgrading their own houses.

This study led to a clearly defined the meanings of quality of life perceiving by the WAP with HIV/AIDS and the community. A cooperative situational analysis further guided the synthesis of strategies to enhance the QOL of WAP with HIV/AIDS, which were suitable for the needs of the people in the community.

Keywords: community participation, enhance the Quality of Life, working-age people with HIV/AIDS

*Student of Master of Nursing Science, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากงานวิจัย บทความวิชาการ เพื่อเพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนให้พยาบาลทุกท่านและผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งเรื่องมาเผยแพร่ในวารสารนี้ กองบรรณาธิการยินดีรับเรื่องที่ท่านส่งมาและยินดีสรรหาผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ท่านเขียนมาให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงต้นฉบับให้ได้คุณภาพอย่างสมบูรณ์แบบ โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. รายงานผลการวิจัย หรือรายงานการค้นคว้า และการสำรวจในด้านการพยาบาลหรือวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. บทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสาขาต่าง ๆ หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาล

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับที่จะส่งมาลงพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่ควรเป็นเรื่องที่เคยพิมพ์ หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ต้นฉบับ พิมพ์ส่ง 3 ชุด ด้วยกระดาษขาว A4 พิมพ์หน้าเดียว ที่ผ่านการตรวจสอบเรียบร้อยแล้วไม่ควรเกิน 10 หน้า พร้อมกับแนบ DVD หรือ CD ที่บันทึกข้อมูลต้นฉบับครบถ้วน

รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

1. บทความ ควรเรียงลำดับดังนี้
 - 1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความ และสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้หน้าแรกและมีชื่อเรื่องเป็นภาษาอังกฤษ
 - 1.2 ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วมงาน (Author and co - worker) ต้องระบุชื่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุดและผู้ร่วมงานอยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเยื้องไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งและสถาบันหรือสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถของหน้าแรก

2. รายงานผลการวิจัย ควรเรียงลำดับดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่นเดียวกับรูปแบบการเขียนบทความข้างต้น

2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ เขียนสั้น ๆ ให้ครอบคลุมสาระสำคัญของเรื่อง

2.3 คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้น ๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้วไม่เกิน 5 คำ อยู่ในหน้าเดียวกันกับบทคัดย่อเหนือเชิงอรรถ (Foot note)

2.4 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา กล่าวถึงการพิจารณาถึงปัญหาอย่างสั้น ๆ ความสำคัญของปัญหา การสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำอย่างย่อ ๆ และวัตถุประสงค์การวิจัย ขอบเขตการวิจัย กรอบแนวความคิดการวิจัย

2.5 วิธีดำเนินการวิจัย (Research design) ให้กล่าวถึงชนิดของการวิจัย กลุ่มประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Materials and Methods) วิเคราะห์ข้อมูลและจริยธรรมการวิจัย

2.6 ผลการวิจัย (Results) รายงานผลการวิจัยเป็นคำบรรยาย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย อาจมีตารางซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวตั้งบรรจุข้อมูล ที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวตั้ง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตาราง และควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ กรณีรูปภาพ ใช้ภาพถ่ายที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์ คำอธิบายรูปให้ใส่ไว้ใต้รูป

2.7 การอภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายถึงแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย การเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัยอื่น และสรุปอย่างย่อ ๆ

2.8 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นการกล่าวถึงข้อเสนอแนะจากการวิจัยข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาดำเนินไป

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัยนั้น ๆ แต่มิได้เป็นผู้ร่วมงาน

2.10 เอกสารอ้างอิง (References) เอกสารอ้างอิงจำเป็นต้องปรากฏทั้งการเขียนบทความและรายงานผลการวิจัย

การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงต้องอ้างเฉพาะเอกสารตรงกับสาระในบทความจริงและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับเอกสารนั้นจะเป็นภาษาอื่นก็ตาม การเขียนเอกสารอ้างอิงต่างๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver, style) ซึ่งนิยมใช้ในวารสารต่างๆ ไปดังนี้

การอ้างเอกสารในเนื้อเรื่อง ถ้าอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนหนึ่งคนใดโดยเฉพาะการอ้างให้ใส่หมายเลขกำกับไว้ข้างท้ายข้อความที่คัดลอกมาโดยตัวเลขพิมพ์ด้วยตัวยก หมายถึงลำดับที่ของการเรียงเอกสารอ้างอิงที่อ้างไว้ในท้ายบทความซึ่งต้องเขียนให้ตรงกัน การเรียงหมายเลขให้เริ่มต้นด้วยเลข 1 แล้วเรียงลำดับไปเรื่อย ๆ หากมีการอ้างอิงหรือคัดลอกข้อความนั้นซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

ตัวอย่าง อัตราการให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกหลังคลอดต่ำกว่าเป้าหมายซึ่งกำหนดไว้ คือให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ให้ได้ร้อยละ 30 เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2549^{1,2,3}มีการรณรงค์โดยใช้สื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมและใช้หลายวิธีร่วมกัน^{4,5}

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

เอกสารอ้างอิงต้องอ้างเฉพาะเอกสารที่ตรงกับสาระในบทความจริง และให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับเอกสารจะเป็นภาษาอะไรก็ตาม

เอกสารอ้างอิงเป็นวารสาร การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสารประกอบด้วยหมายเลขลำดับการอ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ฉบับที่: หน้า. หากมีผู้เขียนจำนวน 1-6 คนให้เขียนชื่อทุกคน ถ้ามากกว่านั้นให้เขียนชื่อคนที่ 1 ถึง 6 และคณะ. แทน

ตัวอย่างการอ้างอิงจากวารสาร

Chaichan S, Daensekeaw S. Preventive factor of alcohol use among teenager. Journal of nurses' association of Thailand north-eastern division. 2010; 28(4):35-45.

Daensekeaw S, Klungklang R, Chomnirutana W. Factors Associate with Successful Smoking Cessation: Thai Issan Villagers Perspective. Journal of nurses' association of Thailand north-eastern division. 2010; 28(3): 42-51.

ตัวอย่างการอ้างอิงจากหนังสือ

Bundhamchareon K, Teerawattananon Y, Vos T, Begg S. Burden of disease and injuries in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand; 2002.

ตัวอย่างการอ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต

International Health Policy Programme, National Economic and Social, National Statistical Office, Ministry of Public Health. National health account in Thailand 1994-2001 [database on the Internet]. 2010 [cited 2010 Jan 2]. Available from: <http://www.ihppthaigov.net/index.php>

ข้อตกลง

1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกเรื่องเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ ควรได้รับการรับรองจากกรรมการจริยธรรม ควรอ้างอิงผลงานที่เคยเผยแพร่ในวารสารนี้
2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้สงวนลิขสิทธิ์ในทุกประการ
3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน
4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน แต่กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์บทความนั้นให้ผู้เขียนจำนวน 1 ฉบับ

สถานที่ติดต่อปรึกษาและส่งต้นฉบับ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว กองบรรณาธิการวารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. (043) 202407 โทรสาร (043) 362012, 081-4710980, 080-8952065, 081-0567585 E-mail : somdae@kku.ac.th.
2. ดร.วารินทร์ ศิริวาณิชย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทร. (044) 242397 โทรสาร (044) 270222
3. อาจารย์พรรณทิพาแก้วมาตย์ วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ถนนพลแพน อำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี โทร. (045) 243803 โทรสาร (045) 243803



ใบแจ้งความลงโฆษณา

ถึง ประธานฝ่ายวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

บริษัท ห้างร้าน.....

ที่อยู่.....

มีความประสงค์จะลงโฆษณาแจ้งความใน “วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ขนาดเนื้อที่..... หน้าตามอัตราโฆษณา

เป็นเงิน.....บาท พร้อมนี้โปรดระบุข้อความที่ใช้โฆษณา

หมายเหตุ เริ่มลงโฆษณาตั้งแต่ฉบับที่.....ปีที่.....

ถึงฉบับที่.....ปีที่.....เป็นเวลา.....ปี

รวม.....ฉบับ

(ลงนาม).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บริษัท, ห้างร้าน.....

● อัตราค่าโฆษณาวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ●
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

| | | | |
|----------------------|--------------|---|------|
| ปกหลังด้านในเต็มหน้า | 4,000.- บาท/ | 3 | ฉบับ |
| ใบแทรกเต็มหน้า | 2,000.- บาท/ | 3 | ฉบับ |
| ใบแทรกครึ่งหน้า | 1,000.- บาท/ | 3 | ฉบับ |

หมายเหตุ

1. ถ้าบล็อกรวมเกินกว่า 1 สีขึ้นไป ต้องตกลงราคาเป็นกรณีพิเศษ
2. ถ้าข้อความโฆษณามีภาพประกอบ โปรดส่งบล็อกพร้อมกับข้อความที่จะลงโฆษณามาด้วย
3. ขนาดกรอบโฆษณาเต็มหน้า ประมาณ 16 x 24 ซม.
4. จำนวนพิมพ์วารสาร 500 เล่ม ต่อครั้ง



ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลฯ

สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ชื่อ-นามสกุล (หรือสถาบัน).....

ที่อยู่ (ที่ส่งได้ทางไปรษณีย์).....

โทร.....

ขอสมัครเป็นสมาชิก วารสาร “สมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”

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

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

โดยส่งจ่าย รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แदनสีแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

ส่งจ่าย ณ ที่ทำการไปรษณีย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

หมายเหตุ ค่าบำรุงสมาชิก : 1 ปี 200 บาท ลงชื่อ.....

2 ปี 400 บาท (.....)

กำหนดออก ปีละ 4 ฉบับ ราคาเล่มละ 55 บาท วันที่.....