



การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี: สถานการณ์ท้าทายกับทางเลือกที่เปลี่ยนไป

จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล พย.ม. (Jaruwan Kownaklai M.N.S., RN)*
พร้อมจิตรา ห่อนบุญเทิม ศศ.ด.(Promjit Hornboonherm Ph.D., RN)**

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็กที่สำคัญของนานาประเทศทั่วโลก องค์กรที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กทั้งระดับสากลและระดับประเทศได้ดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์มากกว่าสองทศวรรษ จากผลกระทบที่มีต่อห้องสตรีตั้งครรภ์ ทางการในครรภ์ตลอดจนครอบครัว ทำให้การลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกถูกถ่ายเป็นเป้าหมายที่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็กในนานาประเทศรวมถึงประเทศไทย นอกจากนี้ในสถานการณ์ปัจจุบัน พบร่วมกับความต้องการที่จะมีบุตรในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวเพิ่มขึ้น นั่นหมายถึงความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มตามไปด้วย การดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว เป็นภารกิจที่บุคลากรที่มีสุขภาพดีองประสาณความร่วมมือในการทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้านอนามัยแม่และเด็กเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย เนื่องจากเป็นบุคลกรที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการนับตั้งแต่ระยะก่อนการสมรสจนถึงระยะเลี้ยงดูบุตร บทความนิ้ผู้เขียนมุ่งเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการทางการพยาบาลแก่สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว เพื่อลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามความต้องการด้านสุขภาพและคุ้มครองตน

คำสำคัญ: สตรีตั้งครรภ์ การติดเชื้อเอชไอวี อนามัยแม่และเด็ก การพยาบาล

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจากสถิติเอดส์โลก พบว่า ในปี 2008 มีรายงานว่า ทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น 33.4 ล้านคน แบ่งเป็น เสียชีวิต 2 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 2.7 ล้านคน ผู้ใหญ่ 31.3 ล้านคน ผู้หญิง (อายุ 15 ปีขึ้นไป) 15.7 ล้านคน และเป็นเด็ก 3.4 ล้านคนติดเชื้อ ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ถึง 2.1 ล้าน ในปี 2009 มีรายงานว่า ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น 33.3 ล้านคน แบ่งเป็น เสียชีวิต 1.8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 2.6 ล้านคน ผู้ใหญ่ 30.8 ล้านคน ผู้หญิง (อายุ 15 ปีขึ้นไป) 15.9 ล้านคน และเป็นเด็ก 3.4 ล้านคน

ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี 2.5 ล้านคน²

ตั้งแต่มีการระบาดของโรคเอดส์ในปี 2010 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ทั่วโลกจำนวนกว่า 60 ล้านคน 25 ล้านคนต้องเสียชีวิต¹

สำหรับประเทศไทย จากการรายงานของหน่วยราชบัณฑิตยานุสรณ์ กระทรวงสาธารณสุขรายงานเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2554³ พบว่า มีผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น 376,690 ราย เสียชีวิตแล้ว 98,721 ราย กลุ่มอายุที่ติดเชื้อมากที่สุด คือวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 – 44 ปี (ร้อยละ 84) แยกเป็น กลุ่มอายุ 30 – 34 ปี (ร้อยละ 25.0) กลุ่มอายุ 25 – 29 ปี (ร้อยละ 21.7) กลุ่มอายุ 35 – 39 ปี (ร้อยละ 18.2)

* อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
(Lecturer in Family Nursing Division, Faculty of Nursing, Mahasarakham University)

**รองศาสตราจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
(Associated Professor in Family Nursing Division, Faculty of Nursing, Mahasarakham University)



กลุ่มอายุ 40 – 44 ปี (ร้อยละ 10.7) กลุ่มอายุ 20 – 24 ปี (ร้อยละ 7.7) และกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในกลุ่มประชากรวัยเด็ก พบร่วมกับกลุ่มอายุ 0-4 ปี จำนวน 10,909 คน (ร้อยละ 2.9) กลุ่มอายุ 5-9 ปี จำนวน 4,569 คน (ร้อยละ 1.21) และกลุ่มอายุ 10-14 ปี จำนวน 1,621 คน (ร้อยละ 0.43) ตามลำดับ สาเหตุของการติดเชื้อที่พบในประเทศไทยที่ทำให้ติดเชื้อมากที่สุดคือ จากเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 84) รองลงมาคือ ทางเขม็งนีดยา (ร้อยละ 4.4) จากแม่สู่ลูก (ร้อยละ 3.6) จากการรับเลือด (ร้อยละ 0.03) อื่น ๆ (ร้อยละ 0.1) และไม่ทราบสาเหตุ (ร้อยละ 7.87) ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกทั่วโลกลดลงจาก ร้อยละ 30 เป็น ร้อยละ 3-12¹ ในประเทศไทยอัตราการติดเชื้อในปี พ.ศ. 2553-2554 ประมาณ ร้อยละ 3.5-3.6⁴ จากสถิติเห็นได้ว่าประเทศไทย ยังเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในการจัดการกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย

การติดเชื้อเอชไอวี/เออดส์ในสตรีตั้งครรภ์: ความเสี่ยงที่ต้องคำนึงถึง

การติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์ เป็นสถานการณ์ที่ถือว่าเป็นภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ต่อเนื่องไปถึงระยะคลอดและหลังคลอด ที่เรียกว่า High-risk หรือ ภาวะเสี่ยงสูง ผลกระทบที่ถือว่าเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ คือ 1) ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ และ 2) ความเสี่ยงต่อสุขภาพของทารกโดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับเชื้อจากการตั้งครรภ์ในช่วงที่ตั้งครรภ์ระหว่างเจ็บครรภ์และคลอด และจากการให้นมมาตรา การติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์ อาจตรวจพบการติดเชื้อก่อนและภายหลังการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มจะตกลอยู่ในสถานการณ์เดียวกันคือการเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงจากการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งผลกระทบอาจจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพโดยรวม ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ทั้งในระยะก่อนการตั้งครรภ์และระหว่างตั้งครรภ์

ความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัญหาสุขภาพที่ความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ในปัจจุบันช่วยลดผลกระทบปัญหาสุขภาพจากโรคแทรกซ้อนและความรุนแรงจากการภัยภูมิต้านทานต่ำได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในสถานการณ์โลกและประเทศไทย เป็นที่ทราบกันดีว่ายาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเออดส์มีอายุยืนยาวขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขเริ่มให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยเอดส์โดยใช้ยาต้านไวรัสในสูตรยา 3 ชนิดพร้อมกัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 ได้มีการขยายโอกาสการเข้าถึงการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายใต้โครงการ การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (โครงการNAPHA) โดยปัจจุบันได้มีการกระจายพื้นที่การให้บริการยาต้านไวรัสในสถานพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เข้าร่วมโครงการฯ จนครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ 908 แห่ง จากรายงานของหน่วยงานที่ให้บริการ⁵ ผลจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น บวกกับประสิทธิภาพของยาและการดูแลตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่อง รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ได้พัฒนาวิธีการที่จะรักษา ดูแล เพื่อยืดระยะเวลาและช่วยชีวิตผู้ติดเชื้อให้ยืนนานและมีคุณภาพมากขึ้น⁶ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาโรคติดเชื้อulatory โอกาสที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อ การใช้ยาต้านไวรัส และยาอื่น ๆ รวมถึงการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเป็นไปอย่างเคร่งครัดเพื่อช่วยเหลือตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ได้แก่ เน้นการรับประทานยาตรงเวลา รับประทานอาหารที่สะอาด มีประโยชน์ ดื่มน้ำมาก ๆ ออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยโดยรวมด้วยการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ป้องกันตนเองจากลิ่งที่เป็นอันตราย และการมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยไม่รับเชื้อเพิ่ม⁷

ความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพการจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผลกระทบสำคัญทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จากการที่ทรงก้มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อจากมารดาทั้งในช่วงที่ตั้งครรภ์ ระหว่างการคลอด และจากการได้รับนมมารดาตามที่ได้กล่าวข้างต้น เพื่อลดปัญหาดังกล่าวจึงมีการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติ

ทั้งในระดับสากลและแต่ละประเทศ ดังที่พูดในเป้าหมาย
หลักของ UNAIDS ในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์และลด
การแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก ประกอบด้วยเป้าหมาย
4 ประการ ซึ่งครอบคลุมทั้งภาวะสุขภาพของมารดาและ
ทารก¹ ได้แก่ 1) ลดจำนวนการติดเชื้อในหญิงวัยเจริญ
พันธุ์ 2) ป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในสตรีที่ติด
เชื้อ 3) ป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก และ 4) ให้การ
ดูแล รักษาและสนับสนุนมาตรการที่ติดเชื้อ รวมถึงลูกและ
ครอบครัว สำหรับประเทศไทยปัจจุบันการดำเนินงานที่
สามารถลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกในประเทศไทย
คือโครงการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ของกระทรวง
สาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยการใช้ยาต้านไวรัสในสตรี
ตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่²⁴

แม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยจะมีมาตรฐานในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพมากกว่าในอดีต แต่ยังพบการติดเชื้อของทางจากมาตรการดำเนินปี พ.ศ. 2553-2554 ประมาณ 3.5-3.6%⁴ ซึ่งเป็นร้อยละที่สูงกว่าเป้าหมายของประเทศไทยที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยที่ผ่านมาทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยพบว่า สตรีทรายคนต้องการมีบุตรโดยเฉพาะหลังจากได้รับยาต้านไวรัสมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้วพบว่าตนเองมีสุขภาพดีขึ้นจนเกือบปกติ หรือเป็นปกติเท่ากับก่อนติดเชื้อ จึงหันมาคิดเรื่องของ การเมี้ยงค์สัมพันธ์และการมีบุตร⁵ สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวียังมีความต้องการมีบุตรด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน จากผลการวิจัยต่างประเทศ พบว่า สตรีมีความเชื่อเกี่ยวกับการมีบุตรว่า มีอัตราการติดเชื้อต่ำ คือ ลูกจะมีโอกาสติดจากตนเองน้อย เชื่อมั่นในยาต้านไวรัสและวิทยาศาสตร์ การแพทย์ เชื่อมั่นในการให้คำปรึกษาและการดูแลของเจ้าหน้าที่ ต้องการเป็นแม่ เมื่อตั้งครรภ์แล้วไม่สามารถทำแท้งได้เนื่องจากขาดกับความเชื่อทางศาสนา⁹⁻¹³ ส่วนผลการวิจัยในประเทศไทย พบว่า สตรีที่ติดเชื้อเออดสีมีความเชื่อเกี่ยวกับการมีบุตรว่า ลูก คือ ของวัณญ์ ลูก คือ แก้วตา ดวงใจ มีลูกไว้สืบความเป็นตนเอง เป็นตัวแทนของตนเองเมื่อเสียชีวิต มีลูกไว้ “สืบทอด แทนแนว” ผู้ติดเชื้อเออดสีรับรู้ว่าตนสามารถมีลูกได้ถ้ามีการวางแผน มีความพร้อมและตั้งใจจริง โดยปัจจัยที่สำคัญคือความ

ต้องการมีลูกของสามี คิดว่าการมีลูกนั้นมีประโยชน์มากกว่าไม่มีลูก มั่นใจในโครงการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก เห็นด้วยอย่างผู้ติดเชื้อมบุตรที่ไม่ติดเชื้อและมั่นใจในคุณภาพยาต้านไวรัสที่ทำให้ตนเองมีชีวิตยืนยาว¹⁴

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการให้ความหมาย
ของการตั้งครรภ์ในขณะที่ติดเชื้อว่า เป็นสิ่งผิดปกติ
เป็นอันตรายต่อแม่และลูกในครรภ์ ครึ่งหนึ่งของสตรี
เหล่านี้คิดจะทำแท้งเนื่องจากกลัวลูกติดเชื้อ เหตุผลใน
การตั้งครรภ์ ได้แก่ ความต้องการมีลูกของสามี การที่
สตรีตั้งครรภ์ไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองติดเชื้อ ความผิด
พลาดของการคุมกำเนิด และข้อมูลจากโครงการป้องกัน
การติดเชื้อจากแม่สู่ลูก การปฏิบัติตัวเมื่อตั้งครรภ์จะ
มีการปรับปรุงการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหารที่ดีมี
ประโยชน์ การดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจมากขึ้น¹⁵
ในขณะที่ผลการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการตั้งครรภ์ใน
สตรีที่ติดเชื้อ พบว่า กระบวนการตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้เป็น
กระบวนการที่ซับซ้อนและมีเงื่อนไขในชีวิตที่แตกต่าง
กัน เหตุผลที่ตั้งครรภ์ ได้แก่ การสร้างครอบครัวใหม่
ของคู่ที่ไม่เคยมีบุตรมาก่อน ความต้องการมีบุตรไว้สืบ
สกุล ความต้องการความผูกพัน การคุมกำเนิดผิดพลาด
ทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ถุงยางอนามัย¹⁶ เป็นต้น

จากผลการศึกษาวิจัยข้างต้น เห็นได้ว่าเหตุผลที่สำคัญประการหนึ่งที่ผู้ดิดเชื้อเอชไอวีต้องการตั้งครรภ์คือการรับรู้ว่า ya า้านไม่รักทำให้อัตตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกลดลง ยา า้านไม่รักจึงมีความหวังและชีวิตของผู้ป่วยเดตส์สตรีที่ติดเชื้อล้วนมาทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตรไม่ว่าบุตรที่เกิดมาจะติดเชื้อหรือไม่ สำหรับบางคนบุตรเป็นความหวังของชีวิตให้สามารถเผชิญปัญหาและผ่านความยากลำบากของชีวิตไปได้ เปรียบเสมือนรางวัลของชีวิต เป็นรางวัลแห่งความอดทนรอคอย ความพากเพียรในการดูแลตนเองให้ดีขณะตั้งครรภ์ และสำหรับบางคนบุตรคือแรงบันดาลใจในการมีชีวิตอยู่ต่อไป ความต้องการมีบุตรในสถานการณ์ที่ถูกบ่งชี้ว่า “เสื่งสูง” จึงเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลที่จะช่วยเหลือสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวให้สามารถกำหนดเป้าหมายครอบครัวด้วยตนเองตลอดจนมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอเพื่อเผชิญกับ



สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจากผลกระทบที่มีโอกาสเกิดขึ้นในทุกมิติ

จากนโยบายสุขภาพของชาติในการดูแลและตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

เนื่องจากความต้องการมีบุตรเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ต้องการสร้างครอบครัว และคำประกาศสิทธิของสมาคมเพศศาสตร์โลก ประกาศไว้ว่า ทุกคนมีสิทธิที่จะตัดสินใจโดยเสรีและรับผิดชอบในการเจริญพันธุ์ สามารถเลือกจำนวนบุตร ระยะห่างของการมีบุตร และโอกาสได้รับความช่วยเหลือให้ตั้งครรภ์ได้ โดยที่เด็กทุกคนควรเป็นที่รักและต้องการของพ่อแม่¹⁴ สำหรับสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวที่ เช่นเดียวกัน ความต้องการที่จะมีบุตรเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้แม่จะทราบถึงความเสี่ยงที่จะเกิดผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะกับการแต่ครอบครัวไม่น้อยพร้อมที่จะเผชิญกับโอกาสเท่าที่คาดหวังได้ว่าบุตรจะไม่ติดเชื้อจากการตัดสินใจที่จะตั้งครรภ์ในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงเป็นสถานการณ์ที่เลี่ยงไม่ได้ในการให้บริการในงานอนามัยแม่และเด็ก ร่วมไปกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังจากตั้งครรภ์แล้ว ดังนั้นจึงมีนโยบายและแนวปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อรับสถานการณ์ที่เป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นตามความต้องการของสตรีและครอบครัว

นโยบายการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในระดับสากล เพื่อลดปัญหาดังกล่าวจึงมีการกำหนดแนวทางนโยบายและแนวปฏิบัติทั้งในระดับสากลและแต่ละประเทศ ดังที่พูดในเป้าหมายหลักของ UNAIDS ในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์และลดการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก ประกอบด้วยการป้องกันตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในสตรีที่ติดเชื้อ 2) ป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในสตรีที่ติดเชื้อ 3) ป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก หรือที่เรียกว่า mother-to-child transmission (MTCT) และ 4) ให้การดูแล รักษาและสนับสนุนมาตรการที่ติดเชื้อร่วมถึงลูกและครอบครัว¹ การดูแลรักษาทางการแพทย์เพื่อเป้าหมายในการป้องกันการแพร่เชื้อจากมาตรการดูแลที่สำคัญคือ การให้ยาต้านไวรัส

ซึ่งมีการวิจัยที่สะท้อนผลลัพธ์ที่นำพิงพาใจจนกระทั่งมีการกำหนดเป็นแนวปฏิบัติสำหรับประเทศไทยที่มีอัตราการแพร่เชื้อสูง หรือประเทศที่กำลังพัฒนา¹⁷

นโยบายของประเทศไทย สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันการดำเนินงานที่กรรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วยการให้คำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์ สตรีหลังคลอด และครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก มีการดำเนินงานตามแนวโน้มนโยบายภายใต้กิจกรรมหลัก คือ การให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวี สำหรับสตรีตั้งครรภ์ด้วยความสมัครใจทุกราย โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกจะได้รับยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกรวมทั้งเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอดทันที และจะได้รับนมผงสมทัดแทนนมแม่เป็นเวลา 18 เดือน ซึ่งแม่และลูกหลังคลอดจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละปีจะมีสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 5,000 – 6,000 คน และมีโอกาสถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ 1,200 – 1,500 คน หากไม่มีการป้องกัน²⁴ จากสถานการณ์ที่พบว่าร้อยละของเด็กที่ติดเชื้อจากการดาเกินเป้าหมายที่กำหนด กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศนโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในปี พ.ศ. 2554 เป็นแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศ ซึ่งประกอบด้วย 1) สถานบริการสาธารณสุขทุกเครือข่าย ควรจัดให้มีการบริการปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างมีคุณภาพ ควรให้คำปรึกษาแบบคู่และเก็บผลการตรวจเป็นความลับอย่างเคร่งครัดโดยแจ้งให้ทราบเฉพาะบุคคลที่ผู้ป่วยอนุญาตเท่านั้น 2) สตรีตั้งครรภ์ทุกคนและสามีหรือคู่ครอง จะได้รับการปรึกษาแบบคู่และตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการตรวจเซลล์ CD₄ (cluster of differentiation 4) และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูงหรือรักษาด้วยยาต้านไวรัสอื่น ๆ ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข 3) เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับยาต้านไวรัสเมื่อแรกเกิดจะได้รับนมผงสมสำหรับเลี้ยงเด็กแรกและได้รับการตรวจเลือดหากเชื้อเอชไอวีตามแนวทางของกระทรวง



สาธารณสุข และ 4) แม่-ลูก และสามีหรือคู่ครองที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัสตามสภาพของกรณีติดเชื้อ การส่งเสริมสุขภาพและการติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง¹⁸

แนวทางการดำเนินการเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก จากการทราบนักถึงผลกระทบที่มีต่อประชากรวัยเด็กในระยะยาว ประเทศไทยได้กำหนดแนวทาง MTCT อย่างชัดเจน เป็นให้หน่วยบริการทางสุขภาพนำไปปฏิบัติ¹⁹ ดังนี้

1. สถานบริการทุกเครือข่ายต้องจัดให้มีบริการปรึกษาก่อนและหลังการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีคุณภาพ และเก็บผลการตรวจเป็นความลับอย่างเคร่งครัดโดยแจ้งให้ทราบเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ และผู้ที่สตรีตั้งครรภ์อนุญาตเท่านั้น

2. สตรีตั้งครรภ์ทุกคนจะได้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจซึ่งการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

3. สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ทุกคน ที่ต้องการตั้งครรภ์ต่อไป จะได้รับยาต้านไวรัส AZT (azidothymidine) โดย

3.1 เริ่มรับประทานยาเมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ในเวลา เช้า เย็น ครั้งละ 300 มิลลิกรัมจนเจ็บครรภ์คลอด

3.2 เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์คลอด รับประทานเนวิราพีน (nevirapine) เม็ดละ 200 มิลลิกรัม 1 เม็ด พร้อมกับ AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด และรับประทานยา AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัมต่อไปทุก 3 ชั่วโมง จนกระทeggคลอด

4. หากทุกคนที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี

4.1 หากจะได้รับยาต้านไวรัสเนวิราพีน ชนิดน้ำขนาด 6 มิลลิกรัมทันทีหลังคลอด 1 ครั้ง(หากน้ำนมก้นน้อยกว่า 2,500 กรัม ให้ 2 มิลลิกรัมต่อน้ำนมตัว 1 กิโลกรัม)

4.2 จะได้รับยาต้านไวรัส AZT ชนิดน้ำโดยเริ่มรับประทานทันทีหลังคลอด ขนาด 2 มิลลิกรัมต่อน้ำนม 1 กิโลกรัม ทุก 6 ชั่วโมง รับประทานติดต่อกัน 1 สัปดาห์ หากในระหว่างตั้งครรภ์และระยะคลอด แม่ได้

รับประทานยาต้านไวรัสตั้งแต่ 4 สัปดาห์ขึ้นไป

4.3 หากจะได้รับยาต้านไวรัส AZT ชนิดน้ำโดยเริ่มรับประทานทันทีหลังคลอด ขนาด 2 มิลลิกรัมต่อน้ำนม 1 กิโลกรัม ทุก 6 ชั่วโมง รับประทานติดต่อกัน 6 สัปดาห์ หากในระยะตั้งครรภ์และในระยะคลอดแม่ได้รับประทานยาต้านไวรัสไมครอน 4 สัปดาห์

5. หากที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับน้ำนมสำหรับเลี้ยงทารกจนอายุ 21 เดือน แทนการเลี้ยงด้วยนมแม่

6. เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน ต้องได้รับการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเอชไอวี เมื่ออายุ 12 เดือน หากผลพบว่ายังมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเอชไอวีอยู่ ให้ตรวจซ้ำเพื่อยืนยันอีกครั้ง เมื่ออายุ 18 เดือน

7. สำหรับสตรีหลังคลอดและสามี (กรณีที่สตรีหลังคลอดยินตีเปิดเผยผลเลือดตอนกลางวัน) จะได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม และจะได้รับยาต้านไวรัส เพื่อการรักษาหากมีข้อบ่งชี้ว่าจำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัส

8. สำหรับเด็กจะได้รับการดูแลที่เหมาะสม หากพบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา

การสนองนโยบายในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าวข้างต้น ต้องการการทำงานร่วมกันของ สาขาวิชาชีพทั้งทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อสตรีและครอบครัวในทุกดิบดีชีวิต ทีมที่ดูแลควรประกอบด้วย อย่างน้อยที่สุด คือ สูติแพทย์ ภูมิแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวี และผู้ดูแลครรภ์หรือพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ร่วมไปกับนักสุขศึกษา นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิก²⁰ เป็นต้น ในมุมมองทางการพยาบาล เป้าหมายหลักคือการสนองตอบความต้องการทางด้านสุขภาพที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษา โดยคำนึงถึงสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ใช้บริการ ที่ส่งท้อนจากการมีความผาสุก(well-being) มีคุณภาพชีวิตที่ดี (quality of life) และดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า ตามศักดิ์ศรี ตามศักดิ์ศรี ภาระ ภาระ เป้าหมายของการพยาบาล ดังกล่าว พยาบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ใช้บริการแต่ละบุคคลหรือ



ครอบครัว รวมถึงการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา สุขภาพของตนเองของผู้ใช้บริการโดยตรงหน้าถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ พยาบาล จะต้องให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมในแต่ละบริบท ของการให้บริการทางสุขภาพ รวมถึงสภาพความรุนแรง ของปัญหาการติดเชื้อซึ่งอาจจะทำให้พยาบาลต้องกระทำ บทบาทที่แตกต่างกัน ดังที่พูดในหลายประเทศที่มีอัตรา การติดเชื้อเอชไอวีสูง²¹ บทบาทของพยาบาลในการดูแล สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นดังนี้

การให้การปรึกษา: บทบาทที่สำคัญในการ พยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี บทบาทการ เป็นผู้ให้การปรึกษา มีความสำคัญในการให้การพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากเป็นบทบาทที่ ต้องใช้ในทุกสถานการณ์การพยาบาล ซึ่งต้องการการ ฝึกฝนอย่างเฉพาะเจาะจง การให้การปรึกษามีความ แตกต่างจากการให้คำแนะนำหรือการสอนในเรื่องที่ ผู้รับการปรึกษาหรือผู้ใช้บริการการปรึกษาเป็นผู้ตัดสิน ใจเลือกแนวทาง วิธีการ ที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูล แหล่งประโยชน์ และปัจจัยแวดล้อมของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถใช้ในการปรับพฤติกรรมที่มีความสำคัญ ต่อภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ ติดเชื้อเอชไอวี มีความต้องการการปรับเปลี่ยนเพื่อส่ง เสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ทั้งสตรีและ胎ตั้งแต่ ระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด รวมถึงการตั้งเป้าหมาย ใน การดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพทั้งระดับ ปัจจุบันและครอบครัว ดังนี้

1. การให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแล สุขภาพด้วยตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี สิ่งจำเป็นในการมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์มากที่สุดเท่า ที่จะเป็นไปได้ หรือมีความผิดปกติในชีวิต คือการดูแล สุขภาพด้วยตนเองอย่างเหมาะสมสมสอดคล้องกับภาวะสุขภาพ ที่เป็นอยู่และปัญหาที่มีโอกาสเกิดขึ้นทั้งจากพยาธิสภาพ ของการติดเชื้อ การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษา โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นช่วง เวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ที่เกิดจากการตั้งครรภ์เป็น พื้นฐานอยู่แล้ว

1.1 การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต ข้อมูลที่จำเป็นที่พยาบาลควรให้แก่สตรีฯ เกี่ยวกับ แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การขับถ่าย การดูแล สุขวิทยาส่วนบุคคล การมีเพศสัมพันธ์ การมีปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลอื่น และการเผชิญความเครียด

1.2 การหลีกเลี่ยงการรับเชื้อเพิ่มและไม่ แพร่เชื้อสู่ผู้อื่น ซึ่งเป็นหัวใจในการดูแลตนของผู้ติด เชื้อเอชไอวี

2. การให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการบรรลุ เป้าหมายที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส การให้ยาต้านไวรัส เป็นทาง เลือกหลักในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีเป้าหมายครอบคลุมทั้งการป้องกันและลดปัญหา สุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ และการลดการแพร่เชื้อจาก มาตรการสู่ทารก การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นแนวทาง หนึ่งในการรักษา ควบคุมอาการและความรุนแรงของโรค ในปัจจุบันการใช้ยาสูตรอย่างน้อย 3 ตัว เป็นที่นิยมและ มีประสิทธิภาพ สามารถยับยั้งกระบวนการเพิ่มจำนวน ของไวรัสเอชไอวี ทำให้สุขภาพดีขึ้นและลดความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้²² การรักษาด้วยยาต้าน ไวรัสสิ่งแม่จะได้ผลดี แต่ยาต้านไวรัสเอชไอวีมีผลข้าง เคียงมากเช่นกัน²³ ประสิทธิผลของยาขึ้นอยู่กับปัจจัย ทั้งด้านพฤติกรรมการรับประทานยาและภาวะสุขภาพ ของสตรีตั้งครรภ์ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หยุด รับประทานเอง หรือการเกิดผลข้างเคียงจากยาที่รุนแรง ล้วนเป็นอุปสรรคต่อผลลัพธ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทั้งสิ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรม การรับประทานยาของสตรีตั้งครรภ์ รวมทั้งการพยาบาล เพื่อลดผลกระทบจากการข้างเคียงของยา ดังนี้

1. ประเมินภาวะสุขภาพทุกรอบบ่อย่าง ละเอียดพร้อมบันทึกอาการและอาการแสดงก่อนเริ่ม ให้ยา เพื่อประเมินข้อห้ามในการให้ยารวมทั้งเป็นข้อมูล ภาวะสุขภาพเบื้องต้น

2. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการรับประทานยาตามแผนการรักษา

ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการรับ ประทานยาตามแผนการรักษา มีความสำคัญต่อการ



ช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในการวางแผนการจัดการเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสด้วยตนเอง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลต้องประเมินความเข้าใจของสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้คำอธิบายเพิ่มเติมพร้อมทั้งปรับแก้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสรวมทั้งอาการข้างเคียงของยา เน้นย้ำเกี่ยวกับการที่ต้องรับประทานยาต้านไวรัสตามเวลาอย่างเคร่งครัดในแต่ละวัน พึงตระหนักว่าความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งการที่สตรีตั้งครรภ์ไม่มีความรู้ข้อมูลที่จะส่งเสริมความสามารถในการรับรู้และเข้าใจสุขภาพ การณ์ทั้งภายในและภายนอกตนเองในระหว่างการได้รับยา จะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาดีของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ในการทำความเข้าใจกับสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับแผนการรักษา พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจทางเลือกของการให้ยาต้านไวรัสที่สตรีฯได้รับ ซึ่งแนวทางในการให้ยาสำหรับประเทศไทย ตามมาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข²⁴ มีแนวปฏิบัติในการให้ยาต้านไวรัส ดังนี้

ระยะเจ็บครรภ์จริง

- กรณีรับประทานยาไม่สมำเสมอ/ไม่เคยได้รับยาให้ AZT(300) ทุก 3 ชั่วโมง จนคลอด หรือ AZT 600 mg ครั้งเดียว และให้ NVP(200) 1 เม็ด ทันที
- กรณีรับประทานยาสมำเสมอให้ AZT(300) ทุก 3 ชั่วโมง จนคลอด หรือ AZT 600 mg ครั้งเดียว
- กรณีตั้งครรภ์ได้รับยาต้านไวรัสสูตรอื่นที่ไม่ใช่ AZT เช่น Combid / GPO vir / NVP ไม่ต้องให้ AZT อีก โดยให้รับประทานยาเดิมขณะตั้งครรภ์

กรณีหันยังตั้งครรภ์มาคลอดไม่มีผลเลือด

- ให้คำปรึกษาเพื่อยินยอมให้ตรวจเลือด ถ้าผลบวกให้คำปรึกษาเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสในระยะใกล้คลอดถ้าคาดว่าจะคลอดใน 2 ชั่วโมง ให้ AZT(300) ทุก 3 ชั่วโมง จนคลอด หรือ AZT 600 mg ครั้งเดียว ถ้าคาดว่าไม่น่าจะคลอดภายใน 2 ชั่วโมง ให้ AZT(300) ทุก 3 ชั่วโมง จนคลอด หรือ AZT 600 mg ครั้งเดียว และให้ NVP(200) 1 เม็ด ทันที

นอกจากนี้ยังมีแนวทางการให้ยาต้านไวรัสสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ก่อนการคลอด

ตามโครงการช่วยลดการติดเอ็ตสาจากแม่สู่ลูก ของสภากาชาดไทย (ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.2548) ภายใต้พระอุปถัมภ์ของพระเจ้า วงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมส瓦ลี พระวรราชาทินัดดา Mata¹⁹

3. สนับสนุนและชี้แนะนำการดูแลสุขภาพ
 ตนเองระหว่างการได้รับยาต้านไวรัส การดูแลสุขภาพตนเองอย่างสมำเสมอและต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเนื่องจากยาไม่มีผลต่อวัยระต่าง ๆ ที่ทำให้ภาวะสุขภาพลดลงหรือไม่พร้อมสำหรับการรักษาจนครบตามแผนการรักษาของแพทย์ การสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและชี้แนะนำให้ปฏิบัติอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น อย่างไรก็ตาม พยาบาลควรจะประเมินถึงการตระหนักรถการให้ความสำคัญหรือความเชื่อเกี่ยวกับปรับประทานยาต้านไวรัสที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเองว่าผู้ป่วยมีความเชื่อเช่นไรเกี่ยวกับการรับประทานยา เพราะความเชื่อเหล่านี้มีผลต่อความสมำเสมอในการรับประทานยาและประสิทธิภาพการรักษา ดังผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเป็นไปอย่างเคร่งครัดเพื่อช่วยเหลือตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดี พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีความพยาຍามจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเรื่องต่าง ๆ โดยเฉพาะการรับประทานยาให้ตรงเวลา ผู้ป่วยตระหนักว่ายาไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้แต่ทำให้สุขภาพดีขึ้น ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับยาต้านไวรัสว่าเป็นยาที่มีผลในการระงับเชื้อเอชไอวีในร่างกายไม่ให้มีจำนวนมากขึ้น และมีผลข้างเคียงไม่เหมือนกันในแต่ละคน ซึ่งอาการข้างเคียงจะค่อยๆ ดีขึ้นและหายไปเอง ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้คือการแพ้ยา มีผื่นคัน เป็นตุ่มหรือผื่นดำผิวคล้ำลง ผิวไหม้ เป็นต้น การศึกษาความเชื่อและการดูแลตนเองในมิติต่างๆ พบว่า ในสตรีมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสให้ความหมายของการได้รับยาต้านไวรัสว่า เป็นการอยู่อย่างมีความหวัง ยานี้คือความหวัง และการรับประทานยาเพื่อต่อลมหายใจต่อชีวิต ด้านการดูแลตนเองระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้แก่ การระมัดระวังการรับประทานอาหาร มีวินัยในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง รับประทานยาให้ต่อเนื่อง



และตรงเวลา ปรับปรุงคิดยอมรับชะตากรรมและค้นความหมายในชีวิตเพื่ออยู่อย่างมีคุณค่า²⁵

4. ติดตามประเมินอาการและอาการแสดงของอาการข้างเคียงจากยา การทราบถึงอาการและอาการแสดงของอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับพยาบาลในการเตรียมข้อมูลเพื่อแนะนำสตรีตั้งครรภ์ในการสังเกตอาการของตนเอง และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมนอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต่อการพิจารณาให้สตรีตั้งครรภ์พบแพทย์และการหยุดยาตามข้อกำหนดของยาแต่ละชนิด เช่น การให้ยา Nevirapine ต้องหยุดยาหากสตรีตั้งครรภ์มีอาการข้างเคียงจากยา¹⁹ ดังต่อไปนี้

- ค่า ALT/SGPT หรือ AST/SGOT >

2.5 เท่าของค่าปกติ ถึงแม้ไม่มีอาการ

- มีอาการหรืออาการแสดงของตับอักเสบ

ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เปื่อยอาหาร ตัวเหลืองหรือตาเหลือง อ่อนเพลีย อุจจาระลีซีด ตับโต กัดเจ็บบริเวณตับโดยอาจมีอาการทั่วไปอื่น ๆ ได้แก่ ไข้ ปวดศีรษะ ไม่มีเรี่ยวแรง ทั้งนี้การตรวจพบอาการเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้แสดงว่าเป็นตับอักเสบเสมอไป

- มีผื่นที่รุนแรงตั้งแต่เป็นผื่น diffuse maculopapular rash ผื่นลอกหัวตัวมีอาการอักเสบเป็นแพลงของเยื่อบุต่าง ๆ หรือมีอาการทั่วไปร่วมด้วย หากมีเพียงอาการคัน หรือ ปืนแดง เกิดขึ้น ยังสามารถให้ยาต่อไปได้ แต่ต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิดและสามารถเปลี่ยน Nevirapine เป็น Nelfinavir หากอายุครรภ์ < 24 สัปดาห์ หรือ เปลี่ยนเป็น Efavirenz หากอายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์ไปแล้ว

5. การติดตามเพื่อเฝ้าระวังการต้องยา การติดตามเพื่อเฝ้าระวังการต้องยาเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการต้องยาสามารถพบรูปได้ยากในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เนื่องจากเชื้อไวรัสเชื้อเอชไอวีมีอัตราการแบ่งตัวที่รวดเร็วมาก และมีอัตราการกลยุพันธุ์ได้ง่าย²⁶ ดังการศึกษาการต้องยาในต่างประเทศได้มีการศึกษา การต้องยาในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV จำนวน 22 คน พบรูปป้าย 10 คน เกิดการต้องยาโดยการกลยุพันธุ์ของไวรัสในผู้ป่วยที่ใช้ยาต่อไปนี้เป็นหลัก ได้แก่ Lamivudine, nevirapine, zidovudine, stavudine และ abacavir ผู้ป่วย

3 คน มีการต้องยาอย่างมีนัยสำคัญต่อยา zidovudine/ lamivudine, nevirapine โดยทั่วไปการต้องยาต้านไวรัส เอดีพีบอยในสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้ยาต้านไวรัส แต่การถ่ายทอดการติดเชื้อไปยังทารกจากการศึกษานี้พบว่าเด็กที่เกิดจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่ได้ติดเชื้อจากแม่²⁷ ดังนั้นการเลือกใช้สูตรของยาต้านไวรัสสิ่งมีความสำคัญในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งในปัจจุบันการใช้ยาถูกแนะนำให้ใช้ยาสูตรอย่างน้อย 3 ตัว ในการรักษาเป็นที่นิยมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด สามารถยับยั้งกระบวนการเพิ่มจำนวนของไวรัสเชื้อเอชไอวีและการต้องยาได้²² ประกอบกับการแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ตรงตามเวลาอย่างเคร่งครัด สม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะลดโอกาสการต้องยาได้²⁶

บทสรุป

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นภารกิจที่ยังคงท้าทายทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายทั้งในระดับของการสนองนโยบายประเทศ และการตอบสนองความต้องการของสตรีและครอบครัวที่เกิดจากผลกระทบของการติดเชื้อที่ต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมในการประสานความร่วมมือ ในมุมมองทางการพยาบาลจากแนวโน้มที่ผู้ใช้บริการมีทางเลือกเพิ่มมากขึ้นในการดูแลสุขภาพตนเองรวมทั้งการมีสิทธิ์ตัดสินใจเลือกทางออกของการจัดการสถานการณ์ ทำให้พยาบาลต้องตระหนักรถึงการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพแก่สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ใช้บริการที่อยู่ในความดูแล โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใช้บริการ ที่คำนึงถึงการให้เอกสารที่ให้ความร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับเป้าหมายของ การดูแล วิธีการ ตลอดจนการประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

Reference

1. UNAIDS. It takes a village; Ending Mother To Child HIV Transmission –a partnership uniting the millennium villages project and UNAIDS. [2010] Retrieved February 9, 2012, from www.unaids.org.



2. UNAIDS, Global report. [2009]Retrieved February 9, 2012, from www.unaids.org.
3. กองระบบวิทยากระบรรณาธิการสุข. สถานการณ์เออดส์ในประเทศไทย[ข้อมูลณวันที่ 15 พฤษภาคม 2554]. ค้นเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2555, จาก <http://www.moph.go.th>.
4. กรมอนามัย. กรมอนามัย ตั้งเป้าปี 54 ลดเด็กไทยติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก ร้อยละ 3.5. [ข้อมูลณวันที่ 30 พฤษภาคม 2553]. ค้นเมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2555 จาก <http://www.anamai.moph.go.th>.
5. สำนักงานโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สอดคล้องได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ 2552. ค้นเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2554, จาก <http://www.aidsthai.org/arrv03.html>.
6. Frank KO, Blundo R, Brabant S. HIV – Infected woman in Louisiana: psychosocial consideration. AIDS Patients Care 1995; 9(6): 111–120.
7. ภูริชญา บุรินทร์กุล วรรุณี พ่องแก้ว พุนทรพย์ โลภารัตน์. การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้ยาต้านไวรัส. พยาบาลสาร 2550; 34 (1): 143–153.
8. Rujkorakarn D, et al. Overviews on Sexual Intercourse of HIV Infected People Taking Anti-Retroviral Drugs: Duty or Happiness. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(1): 12–21.
9. Chilongizi D, Wang L, et al. Morbidity and mortality among a cohort of human immunodeficiency virus type1-infected and uninfected pregnant women and their infants from Malawi, Zambia, and Tanzania. Pediatr Infect Dis 2008; 27(9): 808–14.
10. Finocchiaro-Kessler S, Dariotis JK, et al. Do HIV-Infection women want to discuss reproductive plans with providers, and are those conversations occurring?. AIDS Patient Care STDS 2010; 24(5): 317–23.
11. Gruskin S, Firestone R, MacCarthy S, Ferguson L. HIV and pregnancy intentions: do services adequately respond to women's needs?. Am J Public Health 2008; 98(10): 1746–50.
12. Sheri B, Elizabeth Hirky A, et al. "Throwing the dice": Pregnancy decision-making among HIV-positive women in four U.S. cities. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2004; 36(3): 106–113.
13. Taha TE, Dallabetta GA, et al. The effect of human immunodeficiency virus on birthweight, and infant and child mortality in urban Malawi. Int J Epidemiol 1995; 24(5): 1022–9.
14. ราภารณ์ จันทร์ตัน. การตัดสินใจมีบุตรของผู้ติดเชื้อเอดส์; 2552. ค้นเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2555, จาก <http://www.thainurseclub.org/Waraporn%20decision.ppt>.
15. นยรี ศิลป์ตระกูล, สุนันทา มงคลจิตร, บุญสวาย ต่อ ชีพ, รัตนา ลูกานิช, ศันสนีย์ ศรีวงศ์ชัย. ปัจจัยในการตัดสินใจตั้งครรภ์ครั้งหลังของหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีในเขต 5. รายงานผลการศึกษาวิจัยของสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ปี 2546.
16. นิตยา แก้วร่วมวงศ์ และ อัญชัน ลิงห์ชัย. การตั้งครรภ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส. วารสารโรคเอดส์ 2552; 21(3):143–157.
17. The Kesho Bora Study Group. Safety and effectiveness of antiretroviral drugs during pregnancy, delivery and breastfeeding for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1: The Kesho Bora Multi centre Collaborative Study rationale, design, and implementation challenges. Contemporary Clinical Trials 2011; 32: 74–85.
18. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2555. ค้นเมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2555 จาก <http://www.anamai.moph.go.th>.



19. แนวทางการดำเนินการเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกสำหรับประเทศไทย.(ไม่มีวันที่). ค้นเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2555, จาก <http://203.157.45.67/napha9/aidspolicy.html>.
20. Mercey D, Ruiter A. Human immunodeficiency virus in pregnancy. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine* 2008; 19(3): 75-79.
21. Relf MV et al. Essential Core Competencies Related to HIV and AIDS Are Critically Needed in Nursing. *Journal of The association of Nurses in AIDS Care* 2011; 22(1): S2-S8.
22. กพ โภคลารักษ์. ปัญหาในการใช้ยาต้านไวรัส. ใน ชีษณุ พันธุ์เจริญ และคณะ บรรณาธิการ. โรคเอดส์ ในเด็ก. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
23. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์; 2545.
24. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกและการดูแลแม่ลูกและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักกิจการโรงพยาบาลองค์การสหประชาธิการผ่านศึก; 2550.
25. นิรัชรา สาและ กิตติกร นิลมา้นต. ประสบการณ์ของสตรีไทยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส. วารสารสภากาชาดไทย. 2554; 26(1): 82-93.
26. วรรณพิพิญ ตั้งสกิดพร. ความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลตั้ง. วารสารโรคเอดส์ 2552; 21(3): 158-168.
27. Weinberg A. et al. Resistance to antiretrovirals in HIV-infected pregnant women. *Journal of Clinical Virology*; 2009; 45:39-42; doi 10.1016/j.jcv.2009.02.009.



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อ พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น*

วิลัยรัตน์ พลาวงศ์ พย.ม **

สมพร วัฒนกุลเกียรติ วท.ม. ***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝึกครรภ์โรงพยาบาลครรภ์และเก๊ะ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านโภชนาการตามกรอบแนวคิดของแบบนูรูรา เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการทดสอบได้ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficient) 0.94 และ 0.86 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ T-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t=2.938$, $P<0.01$ และ $t=4.728$, $P<0.001$) และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t=3.093$, $P<0.01$) ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองของตนเองด้านโภชนาการไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในระยะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความต้องการสารอาหารเพื่อการเจริญเติบโตตามพัฒนาการของร่างกายและเพื่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ หากร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้มีความเสี่ยงที่จะคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย¹ จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลครรภ์และเกณฑ์ระหว่าง พ.ศ. 2550-2552 พบร้อตราชารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 20.9, 19.5 และ 18.3 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราการเกิดน้ำหนักน้อยเกิดจากหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ร้อยละ 10.4, 9.6 และ 11.0 ตามลำดับนอกจากนั้นยังพบว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยคลอดจากการด้วยรุณที่มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 6.2, 8.1 และ 5.9 ซึ่ง

เป็นอัตราที่สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่^{2,3} ที่พบรดา

มีโลหิตจางเพียงร้อยละ 2.1, 2.9 และ 2.4 ตามลำดับ การที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านโภชนาการได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์อื่นๆ เนื่องจากมีนิสัยในการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมมากก่อนการตั้งครรภ์ และมีการเลือกรับประทานอาหารตามความรู้สึกและความชอบมากกว่าคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ โดยเฉพาะอาหารเนื้อสัตว์ที่ไม่คุ้นเคยจะรับประทานเล็กน้อยหรือไม่รับประทาน⁴ การได้รับอิทธิพลค่านิยมเกี่ยวกับการมีรูปร่างผอมบาง และความสนใจต่อภาพลักษณ์ของวัยรุ่น⁵ ทำให้วัยรุ่นงดอาหารเช้าเพื่อควบคุมน้ำหนักหรือบางรายปิดไม่ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะตั้งครรภ์ มีการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นงดรับประทานอาหารเช้าร้อยละ 8.3⁶ และมีความรู้

* วิทยานิพนธ์ปริญญาบัลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาระบบสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
** นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาระบบสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพัฒนาระบบสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ไม่ถูกต้องในเรื่อง การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์⁷ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแก้ไขเด็กน้ำหนักน้อยได้แก่ น้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 10 กิโลกรัม และความเข้มข้นเลือดน้อยกว่า 30 vol%⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กน้ำหนักภายนอกก่อนตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับน้ำหนักแรกเกิดของทารก⁹ หลังตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพออาจเกิดภาวะโลหิตจาง ส่งผลให้การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ทำให้การแก้ไขเด็กน้ำหนักน้อย การมีพัฒนาการทางร่างกายและสมองไม่สมบูรณ์ มีอัตราตายปริกำเนิดสูงขึ้น¹⁰ แผนกฝ่ายครรภ์โรงพยาบาลศรีสะเกษ มีระบบการให้ความรู้และคำแนะนำแบบรายกลุ่มแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝ่ายครรภ์ทุกราย เพื่อให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติธรรมระหว่างตั้งครรภ์ที่เหมาะสม แต่การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้¹¹ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ฯ นั้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy beliefs) ว่าจะดำเนินการกระทำ พฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนต้องการ¹² สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{13,14} ซึ่งจะเห็นได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ และมีอำนาจการดำเนินการที่ดีถึงแนวโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล^{15,16} ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีคุณสมบัติ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝ่ายครรภ์ครั้งแรก มีอายุครรภ์ไม่เกิน 28 สัปดาห์ ไม่มีโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรม สามารถสื่อสารโดยการพูดและเขียนภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์บ้านหรือโทรศัพท์มือถือ และเติมใจให้ความร่วมมือในการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนขาน โดยใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติ พฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจากงานวิจัยของศรินธร มังคุมณี¹⁴ ได้ขนาดตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยจับฉลากอย่างง่ายแบบไม่ทําหน้าที่ เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ อายุครรภ์ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ส่วนสูง และต้นน้ำผลิตภัณฑ์

2. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่ประยุกต์ขึ้นจากแบบสอบถามของ ศรินธร มังคุมณี¹⁴ ที่สร้างตามกรอบแนวคิดของ Bandura¹² มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมินค่า (Rating scale) มี 5 อันดับ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างได้ค่าล้มประสิทธิ์สัมพันธ์ของค่อนบากเท่ากับ .94

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ที่ประยุกต์ขึ้นจากแบบสอบถามของศรินธร มังคุมณี¹⁴ ที่สร้างตามกรอบแนวคิดของ Bandura¹² มีข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 1 ข้อ และเป็นคำถามแบบมาตราประมินค่า (Rating scale) จำนวน 28 ข้อ มี 4 อันดับ มีข้อคำถามเชิงบวก 16 ข้อและข้อคำถามเชิงลบ 12 ข้อ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างได้ค่าล้มประสิทธิ์สัมพันธ์ของค่อนบากเท่ากับ .86

4. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของแบบดูร่า (Bandura)⁹ ประกอบด้วย 1) สภาพทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and



affective state) เป็นการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และอารมณ์โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย 2) ประสบการณ์จากการเห็นการกระทำของผู้อื่นหรือการได้เห็นตัวแบบ (Enactive mastery experience) โดยจัดให้เห็นตัวแบบที่เป็นวัยรุ่นเหมือนหลงตึ้งครรภ์ผ่านสื่อวิดีทัศน์ ทำให้หลงตึ้งครรภ์ได้รับประสบการณ์ทางอ้อม 3) การซักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) เป็นการให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มผ่านสื่อวิดีทัศน์ ร่วมกับการชี้แนะ อธิบาย กระตุ้นให้กำลังใจ ให้ความรู้ผ่านโทรศัพท์ 4) การประสบความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) เป็นการนำไปลองมือปฏิบัติตัวอย่างตนเองที่บ้าน โดยคาดหวังผลลัพธ์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่ไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ แต่กระตุ้นให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง ภายใต้การพิทักษ์ลิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและโรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านสื่อวิดีทัศน์ ประกอบด้วย 1) กิจกรรมผ่อนคลายกล้ามเนื้อใช้เวลา 6 นาที 2) กิจกรรมให้ความรู้เรื่องพุติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการใช้เวลา 15 นาที 3) แจกหนังสือคู่มือการปฏิบัติตัว โภชนาการ หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์กระตุ้นเตือน สอบถามปัญหาและให้คำแนะนำเพิ่มเติม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและลืนสุดการทดลองซึ่งห่างกัน 2 สัปดาห์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ เชิงพรรณนา Independent t – test และ Paired t – test

ผลการศึกษา

1. ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 16-19 ปี จากรดับมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่มีงานทำหรือเป็นแม่บ้าน เป็นครอบครัวขยาย มี

สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันกับสามี ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยกว่าเกณฑ์ยกเว้นรายได้ที่กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนมากกว่ากลุ่มควบคุม

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพุติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เช่นกัน (ตารางที่ 1)

3. หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพุติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านโภชนาการภายนอกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ดังนั้นภายหลังการทดลองจึงไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านโภชนาการ อธิบายได้ว่าทั้งการให้ความรู้ด้านโภชนาการ ตามปกติของแผนกฝ่ายครรภ์ในกลุ่มควบคุม และการเพิ่มโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองทำให้หลงตึ้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านโภชนาการที่เพิ่มขึ้นได้

แต่เมื่อพิจารณาพุติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพุติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพุติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพุติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) แสดง



ให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านโภชนาการตามกรอบแนวคิดของ Bandura¹² ที่มีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายก่อนการให้ความรู้ โดยนำเสนอตัวแบบที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างผ่านสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีภาพเคลื่อนไหวเหมือนจริงและมีดินตรีประกอบ ช่วยดึงดูดความสนใจได้ดีกว่า การสอนทั่วไป^{18,19,20,21} ตลอดจนการโทรศัพท์กระตุ้น เตือน สอดถามปัญหาและหาแนวทางแก้ไข ยังช่วยข้าม เตือนให้วยรุ่นปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการแจกหนังสือคู่มือให้กับลับไปบทหวานความรู้ที่บ้าน ในกลุ่มควบคุมมีการให้ความรู้ตามปกติของแผนก ฝ่ายครรภ์ ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นแต่ไม่ยั่งยืนสู่การปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ มหาวิทยาลัยธุรกิจไทย¹⁴ ที่ศึกษาพบว่ากลุ่มที่ทดลองภายนอก ได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนสูงขึ้นกว่า กลุ่มควบคุมและการศึกษาของ สุทธิ หนุ่งอาทิลี และ กัญญา ประจุคิลป์²² ที่ศึกษาพบว่าພุติกรรมมาตรา วัยรุ่นครรภ์แรกหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มมาตรา วัยรุ่น ครรภ์แรกหลังคลอดที่ได้รับการพยายามตามปกติอย่าง มั่นยำสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม
2. ควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัว ได้แก่ มาตรการและสามีเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจต้องอยู่กับครอบครัวของตนเองหรือครอบครัวของสามีเป็นส่วนใหญ่
3. ในการวิจัยครั้งนี้ใช้สื่อวีดิทัศน์ การแจกหนังสือคู่มือ และการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งพบว่าช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการดีขึ้น ดังนั้นการใช้สื่อวีดิทัศน์ หนังสือคู่มือและการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนจึงมีประโยชน์ต่อระบบบริการ

พยาบาล พยาบาลหน่วยงานฝ่ายครรภ์ควรทดลองนำสื่อวีดิทัศน์ หนังสือคู่มือ และการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนไปใช้ในการให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ในเรื่องต่างๆ เช่น การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การเตรียมตัวเพื่อการคลอด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Moran VH. A systematic review of dietary assessments of pregnant adolescents in industrialized countries. *The British Journal Of Nutrition* 2007; 97(3): 411–425.
2. Department of Obstetrics & Gynecology. Srirakhet hospital medical records. Department of Obstetrics & Gynecology; 2010.
3. Thato S, Rachukul S, Sopajaree C. *Obstetrics and perinatal outcome of Thai pregnant adolescence: A retrospective study*. International Journal of Nursing Studies 2007; 44: 1158–1164.
4. Srinapasawat A, Tongpunchung K. Developing a participational format of nutrition education in pregnancy clinic for control and prevention of iron-deficiency anemia (IDA). Chonburi Hospital journal 2003; 28(1): 3–9.
5. Novak JL, Broom BL. *Maternal and child health nursing*. 9th ed. St. Louis: Mosby; 1999.
6. Chen MY, James K, Hsu LL, Chang HSW, Huang LH, Wang EK. *Health-related behavior and adolescent mothers*. Public Health Nursing 2005; 22(4): 280–288.
7. Ruttanapoung W. *Knowledge and health practice in adolescent pregnancy*. (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 2000.
8. Weiangkham D, Pichainarong N, Chaveepojinkamjorn W, Kerdmongkol P, Thornwattanajarn S. Effect of maternal weight gain on small for gestational age (SGA) infants. *Chulalongkorn Medical Journal* 2005; 49(11): 647–655.



9. Bawadi HA, Al-Kuran O, Tayyem RF, Jaradat A, Tuuri G, Al-Beitawi SN, Al-Mehaisen LM. Gestational nutrition improves outcomes of vaginal deliveries in Jordan: an epidemiologic screening. *Nutrition Research* 2010; 30(2): 110-117.
10. Phipps MG, Blume JD, De Monner SM. Young maternal age associated with increased risk of postneonatal death. *Obstetrics & Gynecology* 2002; 100: 481-486.
11. Lipetz M, Bussigel M, Bannerman J, Risley B. What is wrong patient education program. *Nursing Outlook* 1990; 38: 184-189.
12. Bandura A. Self-efficacy: The Exercise of Control. Cliffs: Prentice-Hill; 1997.
13. Mungkamanee S. The effect of using the perceived self-efficacy promoting program in self care on health promoting behavior of primigravida adolescents. (Thesis) Bangkok: Chulalongkorn University; 2004.
14. Sudhinhinda M, Prachusilpa K. Effects of using perceived self-efficacy promoting program on self-care behavior and recovery in postcesarean section mothers. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2008; 20(1): 136-149.
15. Holloway A, Watson HE. Role of self-efficacy and behavior change. *International Journal of Nursing Practice* 2002; 8: 106-115.
16. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 3rd ed. Stamford: Appleton & Lange; 1996.
17. Rungreung K, Prachusilpa K. The effect of the perceived self-efficacy promoting program on breast feeding behavir of working mothers. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2007; 19(3): 126-137.
18. Singkum P. The effects of vedeotaping instruction on primipara postpartum women's responding abilities on their infant behaviors. (Thesis) Khon Kaen: Khon Kaen University; 2002.
19. Chaivatee H, Pokaeo S, Kespichayawattana J. Psychological Experiences of Unwanted Pregnancy Women. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2009; 27(1): 12-16.
20. Manachevakul S, Prasopkittikun T, Sangperm P. Factors Predicting Parenting Stress in Mothers of Infants. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2012; 30(1): 53-62.
21. Wattanawilai C, Rakpuangchon W, Chisaena R, Prachakul S. Effects of Childbirth Preparation Program on Psychological Factors, Pain Coping Behavior, and Birth Outcomes in Primipara. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2010; 28(4): 27-34.
22. Nungalee S, Prachusilpa K. The effect of using the perceived self-efficacy promoting program on child rearing behavior during postpartal period of first-time adolescent mothers. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2007; 19(2): 72-85.



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-value	P-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	112.65	8.65	120.10	9.85	2.938	0.008**
พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ	88.30	6.20	95.85	4.74	4.728	0.000***

** P <0.01 *** P <0.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-value	P-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	120.10	9.85	117.90	8.32	.763	0.450
พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ	95.85	4.74	89.90	7.17	3.093	0.004**

** P <0.01



Effects of Self-Efficacy Enhancement Program on Nutritional Health Behavior of Pregnant Adolescents*

Wilairat Plangwan M.N.S.**

Sompong Wattananukulkiat M.S.***

Abstract

The objective of this quasi experimental research was to study the effects of the perceived self-efficacy enhancement program for nutritional health behavior among pregnant adolescents. The sample group consisted of 40 pregnant adolescents who received prenatal care at Srisaket Hospital. Selection criteria were based on groups of 20 persons for control and experimental group. Normal care service was provided to the control group; whereas the self-efficacy on nutrition enhancement program, designed by the researcher following the Self-Efficacy Theory of Bandura was presented to the experimental group. The instruments consisted of perceived self-efficacy and nutritional health behavior questionnaire that Cronbach's Alpha Coefficient tested for reliability were 0.94 and 0.86. Data were analyzed by t-test.

The results were as follows: after experimental, the mean score of perceived self-efficacy and nutritional health behavior was higher than before ($t = 2.938$, $P < 0.01$ and $t = 4.728$, $P < 0.001$). The mean score for nutrition health behavior of experimental group was higher than the control group ($t = 3.093$, $P < 0.01$), whereas the perceived self-efficacy was not different.

Keywords: teen pregnancy, perceived self-efficacy, nutritional health behavior

* Thesis of Master of Nursing Science, Advanced Midwifery, Graduate School, Khon Kaen University

** Student of Master of Nursing Science Program in Advanced Midwifery, Khon Kaen University

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



ความตรงตามเกณฑ์ชนิดที่นิติท่านายของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพ 9-THAI โดยการทำนายอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยล่างไต

อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา PhD*

ดร.ณี จันทร์เลิศฤทธิ์ พย.บ., ศศ.ม.**

บทคดีย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตรงตามเกณฑ์ชนิดที่นิติท่านายของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพ 9-THAI ในการทำนายอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยล่างไตในระยะเวลา 3 ปีต่อมา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลข้อหนัง ข้อมูลหัวใจและข้อมูลคุณภาพชีวิตเป็นข้อมูลของผู้ป่วยล่างไตที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่าง 1 มีนาคม ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นข้อมูลจากการศึกษาภัณฑ์อนหนานี้ ส่วนข้อมูลการรอดชีพได้จากการเบียนข้อมูลผู้ป่วยโรคไตและฐานข้อมูลลงทะเบียนรายภูร์ กำหนดวันสุดท้ายของสถานะผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2550

ผลการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยทั้งสิ้น 73 ราย เป็นผู้ป่วยล่างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 59 ราย (ร้อยละ 81) และผู้ป่วยฟอกเลือด 14 ราย (ร้อยละ 19) อายุเฉลี่ย 56.02 ปี มีผู้ป่วยเสียชีวิต 19 ราย (ร้อยละ 26) ระยะเวลา มีระยะเวลาในการติดตามของการศึกษาเท่ากับ 2.07 ปี ผลการวิเคราะห์ด้วย Cox Proportional Hazard Model พบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการรักษา และโรคร่วมเบ้าหวาน คะแนน คุณภาพชีวิตด้านกายและใจของ 9-THAI ที่มีค่าตั้งแต่ศูนย์ขึ้นไป มีผลให้อัตราการรอดชีพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต Hazard Ratio (ช่วงเชื่อมั่น 95%) ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านกายตั้งแต่ศูนย์ขึ้นไปเท่ากับ 0.05 (0.01-0.44) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านใจที่ต่ำกว่าศูนย์ การศึกษาแสดงว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านกายและใจของ 9-THAI สามารถทำนายอัตราการรอดชีพได้ จึงมีความตรงตามเกณฑ์ชนิดที่นิติท่านาย นอกจากนี้ การแปลผลคะแนนในการนำไปประยุกต์ใช้นั้น สามารถใช้เกณฑ์คะแนนศูนย์ได้ โดยผู้ป่วยล่างไตที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านกายและใจต่ำกว่าศูนย์ ควรได้รับการค้นหาสาเหตุของปัญหาและแก้ไขปัญหาอันอาจนำไปสู่การเสียชีวิตต่อไป

คำสำคัญ: การล่างไต คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพ การรอดชีพ ความตรงตามเกณฑ์ชนิดที่นิติท่านาย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตวายเรื้อรังนำไปสู่การเจ็บป่วย เสียชีวิต และคุณภาพชีวิตที่ลดลง¹⁻⁵ ในปัจจุบันผู้ไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายจำนวนมากมีชีวิตอยู่รอดได้โดยอาศัยการรักษาทดแทน ได้แก่ การรักษาทดแทนไตที่ดีที่สุดในปัจจุบัน คือการปลูกถ่ายไต⁶ อย่างไรก็ได้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนมากยังคงต้องได้รับการล่างไต (dialysis) อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการรักษาประจำคับประจำใน

ระหว่างชั้นทะเบียนรอรับการปลูกถ่ายไต ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ แพทย์ พยาบาลให้ความใส่ใจกับการดูแลผู้ป่วยโดยองค์รวม ซึ่งนอกจากการรักษาโดยการให้ยาและทำการล้างไตแล้ว ประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการดูแลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตราภาระ สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้ โดยดูแลตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว นอกจากนี้ ยังอาจสามารถทำงานเป็นประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมได้

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าศูนย์บริการโรคไต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ตามครัวด้วย ทั้งนี้ ในปัจจุบันที่มีผู้ป่วยลังไตจำนวนมาก ดังนั้น ควรมีเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติด้านความเที่ยงตรง เหมาะกับการนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ ซึ่งเครื่องมือวัดนั้นต้องง่ายต่อการนำมาใช้และสามารถแปลผลเข้าใจได้ง่าย⁵ จึงจะช่วยให้แพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างรอบด้าน ดังเช่นการดูแลผู้ป่วยในโรคrunแรงเช่นมะเร็ง⁷ อันจะตอบสนองต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง⁸

คุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรม ดังนั้น จึงมีการศึกษาจำนวนมากที่มุ่งสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิต⁹ ทั้งนี้ คุณสมบัติของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญคือความเที่ยง (reliability) ความตรง (validity) และความสามารถในการตอบสนอง (responsiveness)¹⁰⁻¹¹ ในด้านความตรงของเครื่องมือวัดนั้น แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) และความตรงตามเกณฑ์ (criterion validity) โดยความตรงตามเกณฑ์เป็นความตรงที่จัดอยู่ในกลุ่มที่สูงที่สุดของความตรง 3 ประเภท¹² ทั้งนี้ การประเมินความตรงตามเกณฑ์จำเป็นต้องมีเกณฑ์มาตรฐานที่ชัดเจนเป็น gold standard ความตรงตามเกณฑ์แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือความตรงตามเกณฑ์คู่ขนาน (concurrent criterion validity) ซึ่งผลจากการวัดของเครื่องมือกับเกณฑ์นั้น ประเมินในลักษณะคู่ขนาน และมีความสอดคล้องกัน และความตรงตามเกณฑ์ชนิดทำนาย (predictive criterion validity) ซึ่งผลจากการวัดของเครื่องมือนำไปทำนายเกณฑ์ที่ได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่ดึงความมีความตรงตามเกณฑ์ นอกเหนือจากความเที่ยง ความตรงตามเนื้อหา และความตรงตามโครงสร้าง

ในปัจจุบันนี้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นมาตรฐานและมีการใช้มากในผู้ป่วยโรคไตคือ SF-36⁴ อย่างไรก็ดี ข้อคำถามจำนวนมากใน SF-36 อาจเป็นข้อจำกัดในการนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นงานประจำดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพ (Health-Related Quality of Life, HRQOL) หรือเรียกว่าเครื่องมือวัด

สถานะสุขภาพ (Health status) ที่มีคุณสมบัติสั้น กระชับ มีข้อคำถาม 9 ข้อ จึงให้ชื่อว่า 9-THAI (9-item Thai Health status Assessment Instrument) ทั้งนี้ การศึกษา ก่อนหน้านี้พบว่า 9-THAI มีความเที่ยงและความตรงตามโครงสร้างในประชากรคนไทยปกติและผู้ป่วยรักษาทดแทนໄ替¹³⁻¹⁶ การศึกษารังนี้เป็นการศึกษาต่อเนื่องจากการศึกษา ก่อนหน้านี้ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่าเครื่องมือ 9-THAI มีคุณสมบัติด้านความตรงตามเกณฑ์ชนิดทำนายหรือไม่ เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาขนาดใหญ่ในต่างประเทศพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิต SF-36 สามารถทำนายอัตราการรอดชีวิต (survival) ในผู้ป่วยลังไตได้¹⁷⁻²⁰ ดังนั้น เกณฑ์มาตรฐาน gold standard ใน การศึกษานี้คืออัตราการรอดชีวิต ซึ่งหากคะแนนคุณภาพชีวิต 9-THAI สามารถทำนายอัตราการรอดชีวิตได้ แสดงว่า 9-THAI มีคุณสมบัติความตรงตามเกณฑ์ชนิดทำนายด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลังไตในระยะเวลา 3 ปีต่อมาของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านกายและใจของ 9-THAI

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective data collection study design) ซึ่ง ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและข้อมูลการประเมินคุณภาพชีวิตได้จากการศึกษา ก่อนหน้า ที่ศึกษาความเที่ยงตรงของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพ 9-THAI ในผู้ป่วยรักษาทดแทนໄ替ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่าง 1 มีนาคม ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2548¹⁴⁻¹⁵ โดยใช้ข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยลังไตคือผู้ป่วยลังไตทางช่องห้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, CAPD) หรือผู้ป่วยฟอกเลือด (Hemodialysis, HD) เท่านั้น ซึ่งเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตโดยให้พนักงานสัมภาษณ์ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้ว ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยการอ่านข้อคำถามและตัวเลือกแก่ผู้ป่วยระหว่างรอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ที่แผนก



ผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ การวิจัยก่อนหน้านี้และการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว

การศึกษาการรอดชีพได้กำหนดระยะเวลาศึกษาประมาณ 3 ปีหลังจากการประเมินคุณภาพชีวิตเนื่องจากเป็นระยะเวลาที่ไม่สั้นหรือยาวเกินไปในการนำคะแนนคุณภาพชีวิตที่ประเมินเก็บไว้ มาทำนายการรอดชีพ กำหนดวันสุดท้ายของการศึกษาเป็นวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2550 ทั้งนี้ สืบค้นข้อมูลสถานะของผู้ป่วยณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2550 จากระเบียนข้อมูลผู้ป่วยรักษาด้วยยาและรักษาด้วยการรับประทานยา รวมถึงการรับประทานยาที่ไม่ได้รับการรักษาชนิดเดิม (CAPD หรือ HD) และมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำการบันทึกข้อมูลสถานะเป็นไม่เกิดเหตุการณ์ (censor) และบันทึกวันสุดท้ายเป็น 31 ธ.ค. 2550

(1) กรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวันสุดท้ายของการศึกษา ทำการบันทึกสถานะเป็นการเสียชีวิต คือเกิดเหตุการณ์ (case) และวันที่เสียชีวิตเป็นวันสุดท้าย

(2) กรณีที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่จนปัจจุบันโดยยังคงได้รับการรักษาชนิดเดิม (CAPD หรือ HD) และมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำการบันทึกข้อมูลสถานะเป็นไม่เกิดเหตุการณ์ (censor) และบันทึกวันสุดท้ายเป็น 31 ธ.ค. 2550

(3) กรณีที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงชนิดการรักษา ก่อนวันสุดท้ายของการศึกษา ทำการบันทึกข้อมูลสถานะเป็น censor และบันทึกวันสุดท้ายที่ผู้ป่วยอยู่ในแผนการรักษาชนิดเดิม

(4) กรณีที่ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษา และทำการตรวจสอบข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวันสุดท้ายของการศึกษา ทำการบันทึกข้อมูลสถานะเป็น case และวันที่เสียชีวิตเป็นวันสุดท้าย

(5) กรณีที่ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษา และทำการตรวจสอบข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากวันสุดท้ายของการศึกษา ทำการบันทึกข้อมูลสถานะเป็น censor และบันทึกวันสุดท้ายเป็น 31 ธ.ค. 2550

(6) กรณีที่ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษา และทำการตรวจสอบข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ไม่พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิต ทำการบันทึกข้อมูลสถานะเป็น censor และบันทึกวันสุดท้ายที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

การศึกษานี้ใช้โปรแกรม Stata version 10.0 ใน การวิเคราะห์ข้อมูลการรอดชีพของผู้ป่วยด้วย Kaplan-Meier Survival และการวิเคราะห์ Cox Proportional Hazard Model ที่ใช้ประเมินความสามารถในการทำนายการรอดชีพของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านกายและใจ (คะแนนมาตรฐานเปรียบเทียบกับประชากรไทยสุภาพดี¹⁵ ซึ่งคำนวณจากข้อคำถามด้านกายข้อ 1-4 และด้านใจข้อ 5-7) โดยปรับด้วยปัจจัยทำนายการรอดชีพอื่นๆ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และชนิดของการรักษา (CAPD, HD)

ผลการวิจัย

ในการศึกษานี้ใช้ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากการศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยล่างให้ที่มารักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ทั้งสิ้น 73 ราย โดยเป็นผู้ป่วย CAPD 59 ราย ร้อยละ 81 และ HD 14 ราย ร้อยละ 19 ทั้งนี้ ผู้ป่วย HD ในการศึกษานี้เป็น HD ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของผู้ป่วย HD ทั้งหมดในการศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งมีผู้ป่วย HD ที่ขึ้นทะเบียนรอรับการปลูกถ่ายไตรวมอยู่ด้วย ในจำนวนทั้งหมด 73 ราย เป็นผู้ป่วยชาย ร้อยละ 55 หากว่าหญิงร้อยละ 45 เล็กน้อย ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 56.02 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, SD เท่ากับ 11.71 ปี) ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 88 และมีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 77 ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ร้อยละ 44 ทั้งนี้ ระยะเวลาที่ติดตามในการศึกษานี้มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.07 ปี พิสัยค่าไถ่ (Interquartile range, IQR) เท่ากับ 1.90 ปี

ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 31 ธ.ค. 2550 จำนวน 19 ราย ร้อยละ 26 เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยที่เสียชีวิต กับผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิตพบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีอายุเฉลี่ย (62.58 ปี) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิต (53.72 ปี) อย่างมีนัยสำคัญ และมีระยะเวลา มัธยฐานที่ติดตามสั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (1.20 กับ 2.70 ปี) ส่วนคุณลักษณะอื่นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดในตารางที่ 1

เมื่อจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามคะแนนคุณภาพชีวิต โดยกลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำมากคือน้อยกว่าคุณย์ และกลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่าคือตั้งแต่คุณย์ขึ้นไป



พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านกายต่ำกว่าคูณย์ (Physical Health Score, PHS < 0) มีอัตราอุดเชื้อพิ่มต่างกว่า โดยความน่าจะเป็นในการอุดเชื้อพิในปีที่ 1 เท่ากับ 0.6250 สำหรับกลุ่ม PHS < 0 และเท่ากับ 0.8975 สำหรับกลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านกายตั้งแต่คูณย์ขึ้นไป (PHS ≥ 0) ส่วนความน่าจะเป็นในการอุดเชื้อพิปีที่ 2 เท่ากับ 0.6250 และ 0.7362 ตามลำดับ (รูปที่ 1) ในส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตด้านใจก็มีลักษณะเช่นเดียวกัน โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านใจต่ำกว่าคูณย์ (Mental Health Score, MHS < 0) มีความน่าจะเป็นในการอุดเชื้อพิเท่ากับ 0.6667 และ 0.3333 ในปีที่ 1 และ 2 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านใจตั้งแต่คูณย์ขึ้นไป (MHS ≥ 0) มีความน่าจะเป็นในการอุดเชื้อพิเท่ากับ 0.8995 และ 0.7604 ในปีที่ 1 และ 2 ตามลำดับ (รูปที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าความเสี่ยงในการเสียชีวิต Hazard Ratio (HR) จากการวิเคราะห์ Cox Proportional Hazard Model ซึ่งวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตด้านกายและใจที่ปรับด้วยปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และชนิดของการรักษา ทั้งนี้ การวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตด้านกายและใจนั้น ทำการวิเคราะห์แยกกัน เนื่องจากค่าคะแนนทั้งสองมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง ($r = 0.67$) จึงไม่สามารถวิเคราะห์ร่วมกันได้โดยตรง ผลจากการวิเคราะห์พบว่ากลุ่ม PHS ≥ 0 มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตต่ำกว่ากลุ่ม PHS < 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 0.05, 95% CI 0.01–0.44) เช่นเดียวกับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านใจ ซึ่งกลุ่ม MHS ≥ 0 เสี่ยงต่อการเสียชีวิตต่ำกว่ากลุ่ม MHS < 0 อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (HR 0.29, 95% CI 0.08–0.89) ในส่วนปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญได้แก่ อายุและระดับการศึกษา โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น ส่วนระดับการศึกษาสูงจะลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลง

การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านกายและใจสามารถทำนายอัตราการอุดเชื้อพิในระยะเวลา 3 ปีต่อมาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อ

ปรับด้วยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และชนิดของการรักษา ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านกายและใจตั้งแต่คูณย์ขึ้นไป มีแนวโน้มการเสียชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านกายและใจต่ำกว่าคูณย์เป็น 0.05 และ 0.27 เท่า ตามลำดับ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีคะแนนตั้งแต่คูณย์ขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านกายและใจต่ำกว่าคูณย์มีแนวโน้มเสียชีวิตสูงกว่าถึงเกือบ 20 และ 4 เท่า ตามลำดับ ดังนั้น การนำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพ 9-THAI ไปประยุกต์ใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยลังไถนั้น สามารถแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตด้านกายและใจด้วยการใช้เกณฑ์คะแนนที่ตั้งค่าไว้โดยในกรณีที่ผู้ป่วยรายใดมีคะแนนคุณภาพชีวิต 9-THAI ต่ำกว่าคูณย์ ควรพิจารณาหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอันจะป้องกันการเสียชีวิตในอนาคตได้

การศึกษานี้ให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการใช้คะแนนคุณภาพชีวิตเพื่อทำนายอัตราอุดเชื้อพของผู้ป่วยลังไถ เช่น การศึกษาของ Knight และคณะ¹⁶ ในผู้ป่วย HD 14,815 คนในอเมริกาเหนือ ซึ่งพบว่าคะแนนองค์ประกอบด้านใจ (Mental Component Score, MCS) ของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต SF-36 ที่ต่ำกว่า 30 ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 1.48 เท่า และคะแนนองค์ประกอบด้านกาย (Physical Component Score, PCS) ของ SF-36 ที่ต่ำกว่า 20 ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 1.97 เท่า โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อปรับด้วยปัจจัยลักษณะทั่วไปโรคร่วมและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ของผู้ป่วยแล้ว และการศึกษาของ Mapes และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาในผู้ป่วย HD 17,236 คนในยุโรป อเมริกา และญี่ปุ่น โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต KDQOL-SF ซึ่งมี SF-36 เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือวัด พบว่าคะแนน PCS ที่ลดลงทุก 10 คะแนนมีผลเพิ่มอัตราการเสียชีวิตเป็น 1.29 เท่า และคะแนน MCS ที่ลดลงทุก 10 คะแนนเพิ่มอัตราการเสียชีวิตเป็น 1.13 เท่า ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกันเมื่อปรับด้วยปัจจัยต่างๆ ของผู้ป่วยในลักษณะเช่นเดียวกับการศึกษาของ Knight อย่างไรก็ได้ การศึกษาของ Hayashino และคณะ¹⁸ ในผู้ป่วยญี่ปุ่น HD ที่มีโรค



เบาหวานร่วมด้วย 527 รายพบว่าคะแนน PCS ของ SF-36 ที่สูงกว่าค่ามัธยฐานของกลุ่มนี้ลดอัตราการเสียชีวิตลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.27 , 95% CI 0.08 - 0.96) แต่คะแนน MCS ของ SF-36 ที่สูงกว่าค่ามัธยฐานของกลุ่มนี้ไม่มีผลลดอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.21 , 95% CI 0.44 - 3.35) ซึ่งการวิเคราะห์ปรับด้วยอายุ เพศ โรคร่วมอื่นๆ ระดับ hemoglobin และระดับ hemoglobin A_{1c} แล้ว ทั้งนี้ การศึกษาในญี่ปุ่นนั้นมีขนาดตัวอย่างน้อยกว่าการศึกษาของ Knight และ Mapes มาก ดังนั้น จึงอาจล่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านใจไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การศึกษาเหล่านี้มีการกำหนดเกณฑ์จุดตัดคะแนนที่แตกต่างกัน จึงได้ผลลัพธ์ตัวเลขที่แตกต่างกัน ข้อสังเกตประการสำคัญคือการศึกษาของ Hayashino เป็นกลุ่มผู้ป่วย HD ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยทั้งหมด

การศึกษารั้งนี้มีขนาดตัวอย่างที่น้อยกว่าการศึกษาในต่างประเทศที่กล่าวมาแล้วมาก ผู้วิจัยจึงกำหนดจุดตัดของคะแนนคุณภาพชีวิตที่จัดกลุ่มไว้ค่อนข้างต่ำมาก เนื่องจากต้องการแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงอิทธิพลของคุณภาพชีวิตที่มีต่ออัตราการรอตัววิธี นอกจากนี้ยังมุ่งถึงการนำไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ของคะแนนคุณภาพชีวิตในทางปฏิบัติจริงด้วย อย่างไรก็ต้องศึกษาในอนาคตความมีขนาดตัวอย่างมากขึ้น ร่วมกับการเก็บข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ผลโดยกำหนดจุดตัดคะแนนเป็นช่วงต่างๆ เพิ่มขึ้น ตลอดจนการวิเคราะห์โดยควบคุมปัจจัยด้านผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งจะได้ค่าความเสี่ยงที่ชัดเจนจากผลการวิเคราะห์ที่ปรับด้วยปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้ป่วยดังเช่นการศึกษาในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพ 9-THAI เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงในผู้ป่วยล่างไต เหมาะกับการนำมายกระยุกต์ใช้ในงานประจำ เนื่องจากมีความสัมภาระและสามารถแปลผลได้อย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยที่ได้คะแนนสุขภาพกายและใจต่ำกว่าคูนย์ ควรได้รับการค้นหาปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตไม่ดี เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาและ

ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อันจะเป็นการป้องกันการเสียชีวิตในผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งส่งผลให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญ เสถีรผู้อำนวยการสำนักนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และคุณจีราวรรณบุญเพิ่ม ผู้อำนวยการสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ให้ความอนุเคราะห์โดยอนุญาตให้ใช้ 9-THAI ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบสัมภาษณ์ในการสำรวจนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ใน การศึกษารั้งนี้

Reference

1. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. Am J Kidney Dis 2001;38(3):443-64.
2. Rebollo P, Ortega F. New trend on health related quality of life assessment in end-stage renal disease patients. Int Urol Nephrol 2002;33:195-202.
3. Kalantar-Zadeh K, Unruh M. Health related quality of life in patients with chronic kidney disease. Int Urol Nephrol 2005;37:367-78.
4. Unruh ML, Weisbord SD, Kimmel PL. Health-related quality of life in nephrology research and clinical practice. Semin Dial 2005;18(2):82-90.
5. Finkelstein FO, Wuerth D, Finkelstein SH. Health related quality of life and the CKD patient: challenges for the nephrology community. Kidney Int 2009;76:946-52.
6. Muehrer RJ, Becker BN. Life after transplantation: New transitions in quality of life and psychological distress. Semin Dial 2005;18(2):124-31.
7. Boonyawattanangkul K. Nursing role for pain management in children with cancer. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2007;25(3):6-13.
8. Jumpamoon A. Nursing manager and continuous quality developing. Journal of Nurses' As-



- sociation of Thailand, North-Eastern Division 2006;24(2):24-32.
9. Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *J Clin Epidemiol* 1999;52(4):355-63.
 10. Cook DA, Beckman TJ. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *Am J Med* 2006;119:166.e7-16.
 11. Fayers PM, Machin D. Quality of life: Assessment, analysis, and interpretation. West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd; 2000.
 12. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: A practical guide to their development and use. 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press Inc.; 2003.
 13. Cheawchanwattana A, Limwattananon C, Limwattananon S, Lerkiatbundit S, Tangcharoensathien V. A confirmatory factor analysis of a new health status measure of Thai general population. Abstracts of the 12th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research, October 19-22, 2005, San Francisco, California, USA. *Qual Life Res*. 2005 Nov;14(9):2129.
 14. Cheawchanwattana A, Limwattananon C, Gross C, Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Pongskul C, et al. The validity of a new practical quality of life measure in patients on renal replacement therapy. *J Med Assoc Thai* 2006;89(Suppl. 2):S207-17.
 15. Cheawchanwattana A. The psychometric property of a new generic health status measure: the 9-item Thai Health status Assessment Instrument (9-THAI). [PhD Dissertation]. Khon Kaen (Thailand): Khon Kaen Univ.; 2007.
 16. Cheawchanwattana A, Chunlertrith D, Limwattananon C, Sirivongs D, Pongskul C. Measuring quality-of-life in renal replacement therapy patients using 9-THAI. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2010;28(1):64-72.
 17. Lowrie EG, Curtin RB, LePain N, Schatell D. Medical Outcomes Study Short Form-36: A consistent and powerful predictor of morbidity and mortality in dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2003;41(6):1286-92.
 18. Knight EL, Ofsthun N, Teng M, Lazarus M, Curhan GC. The association between mental health, physical function, and hemodialysis mortality. *Kidney Int* 2003;63:1843-51.
 19. Mapes DL, Lopes AA, Satayathum S, McCullough KP, Goodkin DA, Locatelli F, et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney Int* 2003;64:339-49.
 20. Hayashino Y, Fukuhara S, Akiba T, Akizawa T, Asano Y, Saito S, et al. Low health-related quality of life is associated with all-cause mortality in patients with diabetes on haemodialysis: the Japan Dialysis Outcomes and Practice Pattern Study. *Diabet Med* 2009;26:921-27.



ตารางที่ 1 ผู้ป่วยฟอกเลือดและล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในการศึกษา (N = 73)

	เสียชีวิต ⁽¹⁾		ไม่เสียชีวิต ⁽¹⁾		<i>p</i> -value ⁽²⁾
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
เพศ					
หญิง	9	(27.27)	24	(72.73)	0.826
ชาย	10	(25.00)	30	(75.00)	
อายุ (ปี) [Mean (SD)] ⁽³⁾	62.58	(7.94)	53.72	(12.01)	0.004 ⁽⁴⁾
ชนิดของการรักษา					
CAPD	16	(27.12)	43	(72.88)	0.663
HD	3	(21.43)	11	(78.57)	
สถานภาพสมรส					
สมรส	17	(26.56)	47	(73.44)	0.781
โสด/คู่/หม้าย/หย่า/แยก	2	(22.22)	7	(77.78)	
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	5	(29.41)	12	(70.59)	0.717
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	14	(25.00)	42	(75.00)	
มีโรคร่วมเป็น基础病	10	(31.25)	22	(68.75)	0.369
ระยะเวลาที่ติดตาม (ปี) [Median (IQR)] ⁽⁵⁾	1.20	(1.10)	2.70	(1.52)	0.001 ⁽⁶⁾

หมายเหตุ (1) จำนวนที่แสดงเป็นจำนวนคนและในวงเล็บร้อยละ ยกเว้นระบุเป็นอย่างอื่น

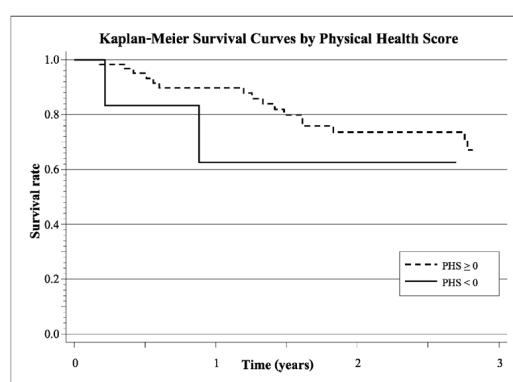
(2) ทดสอบด้วยสถิติ Chi-square test ยกเว้นระบุเป็นสถิติอื่น

(3) จำนวนที่แสดงเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และในวงเล็บเป็นค่าล่วงเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD)

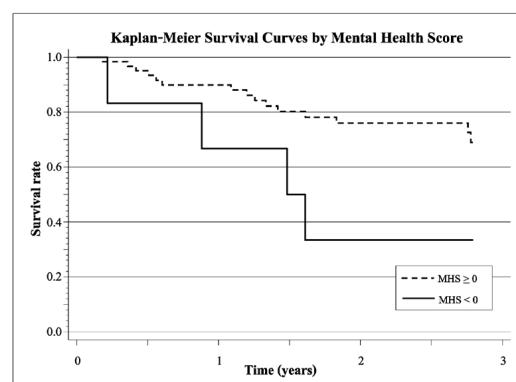
(4) ทดสอบด้วยสถิติ Independent t test

(5) จำนวนที่แสดงเป็นค่ามัธยฐาน (Median) และในวงเล็บเป็นค่าพิสัยควรไทล์ (Interquartile range)

(6) ทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon rank sum test



รูปที่ 1 อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยล้างไตจำแนกตาม
คะแนนสุขภาพด้านกาย



รูปที่ 2 อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยล้างไตจำแนกตาม
คะแนนสุขภาพด้านใจ



ตารางที่ 2 ค่า Hazard Ratio (HR) จากการวิเคราะห์ Cox Proportional Hazard Model

	Physical Health Score (PHS)		Mental Health Score (MHS)	
	Hazard Ratio, HR (95% CI)	p-value	Hazard Ratio, HR (95% CI)	p-value
อายุ (ปี)	1.15 (1.07, 1.23)	< 0.001	1.11 (1.04, 1.18)	0.001
เพศชาย	0.70 (0.23, 2.14)	0.528	0.53 (0.19, 1.47)	0.221
สมรส	3.80 (0.65, 22.15)	0.138	3.65 (0.67, 19.75)	0.133
ปริญญาตรีขึ้นไป	0.14 (0.03, 0.66)	0.012	0.10 (0.02, 0.46)	0.003
Hemodialysis	0.82 (0.19, 3.50)	0.790	0.71 (0.18, 2.85)	0.629
มีโรคร่วมเบ้าหวาน	0.94 (0.29, 3.06)	0.913	1.46 (0.50, 4.27)	0.493
PHS ≥ 0	0.05 (0.01, 0.44)	0.007	-	-
MHS ≥ 0	-	-	0.27 (0.08, 0.89)	0.032

หมายเหตุ กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ เพศหญิง สтанภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยก ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี CAPD และคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ (PHS < 0 หรือ MHS < 0)



Predictive Criterion Validity of a Health-Related Quality of Life 9-THAI by Predicting Survival Rates in Dialysis Patients

Areewan Cheawchanwattana PhD*

Darunee Chanlertrith B.N.S., M.A.**

Abstract

This study aimed to assess the predictive criterion validity of a health related quality of life measure, 9-THAI. The survival of dialysis patients within approximately 3 years after quality of life assessment was studied. A retrospective data collection study design was used. Data of patient characteristic and quality of life were based on the previous study that studied dialysis patients who visited Srinagarind Hospital during 1 March – 31 May 2005. The survival data were based on renal patient log book data and database of Civil Registration. The last date of patient status in this study was 31 December 2007.

Data of total 73 dialysis patients, 59 continuous ambulatory peritoneal dialysis patients (81%) and 14 hemodialysis patients (19%), were studied. The average age of patients was 56.02 years. Nineteen patients (26%) died within the study period, and the median follow up time in this study was 2.07 years. Based on the Cox Proportional Hazard Model, the 9-THAI physical and mental health status scores of zero or above were significantly associated with greater survival rates of these patients, when controlling for other factors including age, gender, marital status, education levels, modality types and diabetes comorbidity. The hazard ratio (95% CI) of 9-THAI physical health status scores of zero or above was 0.05 (0.01–0.44), when compared with the scores of under zero. The hazard ratio (95% CI) of 9-THAI mental health status scores of zero or above was 0.29 (0.08–0.89), when compared with the scores of under zero. The overall results indicated that 9-THAI physical and mental health status scores could predict survival of these patients, and the results confirmed predictive criterion validity of 9-THAI. In additions, further applications of 9-THAI could apply the cut-point criterion of zero score for both 9-THAI physical and mental health status scores. Patients who reported their health status scores of under zero level should be close monitored, since identifying and solving their problems would help protect their lives in the recent future.

Keywords: dialysis, health related quality of life, survival, predictive criterion validity

* Assistant Professor, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

** Registered Nurse, Chief of Center for Kidney Service, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานกับการปฏิบัติภาระกิจกรรมการประกันคุณภาพ การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ*

สมพรรณ ไกรษร พย.ม.**

มาเรลisa ไกรฤกษ์ PhD (Nursing)***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานกับการปฏิบัติภาระกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปจำนวน 145 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างาน และแบบสอบถามการปฏิบัติภาระกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานตามครองบราค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และการปฏิบัติภาระกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ 0.98 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยการทดสอบไคสแควร์ การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ทดสอบพหุคุณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการประกันคุณภาพการพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติภาระกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ 2) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติภาระกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ($r = 0.456, p < .01$) 3) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างาน และประสบการณ์การทำงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติภาระกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 24.3 ($p < .05$)

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติภาระกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิ์เสมอ กันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน” รวมทั้ง มาตรา 82 วรรค (2) ระบุว่า รัฐต้องจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ลั่งผลให้ล้านักการพยาบาล

ใช้มาตรฐานการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการพัฒนาและควบคุมคุณภาพการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ และเพื่อนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาล ซึ่งเป็นการกระทำเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ากิจกรรมการพยาบาลนี้ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยใช้ศักยภาพสูงสุดภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ¹ ซึ่งประกอบ

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ด้วย 4 องค์ประกอบ² คือ การกำหนดมาตรฐาน การปฏิบัติตามมาตรฐาน การวัดและประเมินคุณภาพ และการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการประกันคุณภาพการพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทั่วทั้งโรงพยาบาล เป็นพื้นฐานของคุณภาพการพยาบาล ประโยชน์ที่ตามมาคือ ผู้ใช้บริการได้รับบริการพยาบาลที่ปลอดภัย ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ลดลงประมาณ ด้านสาธารณสุขของประเทศไทย³ กิจกรรมที่สำคัญในการประกันคุณภาพการบริการ คือการติดตามตรวจประเมินคุณภาพภายในองค์กร โดยเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ของสำนักการพยาบาลระบุว่า งานบริการพยาบาลในโรงพยาบาลอย่างน้อยร้อยละ 70 ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการตามแนวการประเมินคุณภาพภายในตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป⁴

โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 14 แห่ง มีการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลตามเกณฑ์ มาตรฐานการพยาบาลทั้ง 9 หน่วยงาน ผลการประเมินพบว่า ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพบริการพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลระดับ 3 เพียงร้อยละ 28.6⁵ ซึ่งผลการประเมินดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิยังไม่สามารถประกันคุณภาพการบริการ หรือก่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดไว้ตลอดเวลาและมีผลลัพธ์ของบริการตามเป้าหมายหรือเกณฑ์ที่กำหนดให้แก่ผู้รับบริการได้

จากการบทหวานรรถกรรม พนวจการดำเนินงานได้ฯ ในองค์การจะให้ประสบผลสำเร็จ หรือล้มเหลวในการดำเนินงาน ปัจจัยสำคัญที่สุด คือ ภาวะผู้นำ⁶ หัวหน้างานจะต้องมีลักษณะภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับแนวคิดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ Bass⁷ ที่กล่าวว่าผู้นำที่สามารถโน้มน้าวจิตใจผู้ใต้บังคับบัญชาให้กระทำการตามที่ผู้นำประสงค์หรือให้ความร่วมมือกระทำการให้บรรลุผลตามความต้องการได้ต้องมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง คือ มีบารมี การดำเนินถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล การกระตุ้นปัญญา การเสริมสร้างแรงบันดาลใจ และการโน้มน้าวความร่วมมือ ทำผ่านให้เป็นจริง โดยเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน เป็น

แบบอย่างที่ดี เช้าใจถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล กระตุ้นให้ผู้ตามได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์และท้าทายในการแก่ไขปัญหาเพื่อพัฒนาตนและงานให้ประสบความสำเร็จ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ตามเกิดความกระตือรือร้น และมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำให้บรรลุเป้าหมายและวิสัยทัศน์ของหน่วยงาน ซึ่งหากหัวหน้างานมีพฤติกรรมของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะสามารถโน้มน้าวจิตใจพยาบาลวิชาชีพให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม การประกันคุณภาพการพยาบาลด้วยความเต็มใจ รวมทั้งสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายจนบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล⁷⁻⁸ จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล และพบว่ายังไม่พบการศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในหัวหน้างานในโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในหัวหน้างานกับการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างาน กับการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

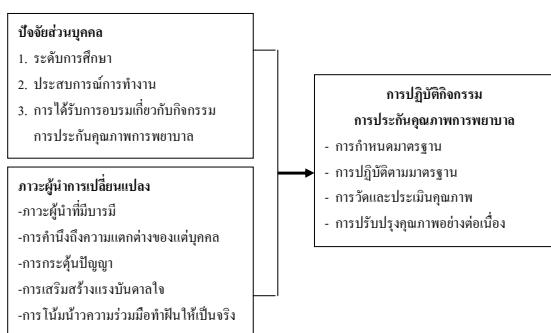
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสหสัมพันธ์และเชิงพยากรณ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานกับการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ



กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยใช้แนวคิดของ Bass³ ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลใช้กรอบแนวคิดของสำนักการพยาบาล² โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ยกเว้นตำแหน่งหัวหน้างาน) ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิทั้ง 14 แห่ง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปและปฏิบัติงานในหน่วยงานต่าง ๆ 8 งาน ดือ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน งานผ่าตัดและงานวินิษฐ์ภูมิ งานฝ่ายครรภ์ งานห้องคลอด งานบริการปรึกษาด้านสุขภาพอนามัย งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 502 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางขนาดตัวอย่าง ประมาณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสมพันธ์ระหว่างตัวแปรของโพลิทและอัชเลอร์⁹ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.95 ให้มีความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม 0.05 และค่า Power (1- β) เท่ากับ .95 จะได้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 145 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ เป็นคำamoto ปalityปิดให้เลือกตอบ และปลายเปิดให้เติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำamoto ปalityปิด แบบ

มาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติ กิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำamoto ปalityปิด แบบ มาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และให้ความหมายคะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หาค่าความตรงตามเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนแบรค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ 0.98 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผู้วิจัยได้เสนอโครงการว่างการวิจัยและได้รับการพิจารณาจวบยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว ได้สั่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์ผ่านผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาล และขอรับกลับระหว่างวันที่ 1-30 ตุลาคม 2553 รวมเวลา 4 สัปดาห์ โดยให้ใส่แบบสอบถามในช่องที่จ่าหน้าช่องที่อยู่ของผู้วิจัยและปิดผนกที่แนบไปให้เรียบร้อย ได้แบบสอบถามที่มีความถูกต้องและสมบูรณ์กลับคืนมา 145 ฉบับ (ร้อยละ 100)

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับรูปกำหนดความเชื่อมั่นในระดับร้อยละ 95 โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน



เบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ทำความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติ กิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลกับการปฏิบัติ กิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาล วิชาชีพ โดยการทดสอบโภคแควร์ วิเคราะห์ทำความ สัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการทำงานและภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างาน กับการปฏิบัติ กิจกรรม การประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ใช้สิทธิ์สัมประลิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และศึกษา ตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติ กิจกรรม การประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยการวิเคราะห์ทดสอบอยพหุคุณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยและภัปติผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 49.7) อายุ เฉลี่ย 36.5 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จะระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 97.9 มีประสบการณ์ การทำงาน ระหว่าง 1 – 5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 30.3) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 9.99 ปี ส่วนใหญ่เคยได้ รับการอบรมเกี่ยวกับการประกันคุณภาพการพยาบาลทั้ง ในและนอกหน่วยงาน (ร้อยละ 55.9)

2. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้า งาน โดยรวมอยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 เมื่อ พิจารณาเป็นรายด้าน พบร้า ทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูงเรียงตามลำดับ ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำ ที่มีการมี ด้านการกระตุ้นทางปัญญา ด้านโน้มนำความ ร่วมมือทำผ่านให้เป็นจริง ด้านการคำนึงถึงความแตกต่าง ของแต่ละบุคคล และด้านการเสริมสร้างแรงบันดาลใจ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95, 3.92, 3.89, 3.83 และ 3.70 ตามลำดับซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาภาวะ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาล ศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปอยู่ในระดับสูง^{10,11} ซึ่งอธิบาย ได้ว่า จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ โรงพยาบาลทุกแห่งจัดระบบบริการสาธารณสุขที่มี คุณภาพมาตรฐานตอบสนองความต้องการและความ คาดหวังของสังคมและประชาชนในยุคที่มีความก้าวหน้า ของวิทยาการด้านการแพทย์และเทคโนโลยีสุขภาพ รวม ทั้งสำนักการพยาบาลมีเป้าหมายให้งานบริการพยาบาล

ในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพภายใน ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปอย่างน้อยร้อยละ 70⁴ ทำให้หัวหน้า งานมีความมุ่งมั่นในการดำเนินงานประกันคุณภาพการ พยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้ตามเป้าหมายตามแผน ยุทธศาสตร์ของสำนักการพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องอาศัย ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และอุดมการณ์ที่ชัดเจนในการทำงาน เป็นแบบอย่างที่ดี สามารถมอบหมายงานได้ตามความรู้ ความสามารถและความชำนาญของแต่ละบุคคล ให้คำ บริการเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมงาน ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ตลอด จนช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ร่วมงานแต่ละคนได้ อย่างเหมาะสม สามารถกระตุ้นให้ผู้ตามได้ใช้ความคิด สร้างสรรค์และท้าทายในการแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาตน และงานให้ประสบความสำเร็จ ดังนั้นหัวหน้างานโรงพยาบาล ชุมชนจึงมีคุณลักษณะภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ใน ระดับสูงเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ

3. การปฏิบัติ กิจกรรมการประกันคุณภาพ การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 โดยการกำหนด มาตรฐาน การวัดและประเมินคุณภาพและการปรับปรุง คุณภาพอย่างต่อเนื่องมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปาน กลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62, 3.61, และ 3.57 ตามลำดับ ส่วนการปฏิบัติตามมาตรฐานมีค่าคะแนน เฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 อธิบาย ได้ว่า โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิดำเนินงาน ด้านการประกันคุณภาพการพยาบาลได้ไม่นาน โดยเริ่ม มีการประเมินการประกันคุณภาพการพยาบาลภายใน อย่างจริงจัง ในปีพ.ศ. 2548 โดยหัวหน้าพยาบาลใน แต่ละโรงพยาบาลรวมกลุ่มกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน การปฏิบัติ กิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล และในการดำเนินงานมักจะจัดทำโดยคณะกรรมการ คณบดี ที่ได้รับแต่งตั้ง รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการประกันคุณภาพ การพยาบาลทั้งในและนอกหน่วยงาน (ร้อยละ 55.9) จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้เป็นคณบดีทำงานจึงมี ส่วนร่วมในการปฏิบัติ กิจกรรมการประกันคุณภาพการ พยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

4. ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่ง ได้แก่ ระดับการศึกษา การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการ



ประกันคุณภาพการพยาบาลและประสบการณ์ในการทำงาน พบร่วมกับความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพอาจมีการเรียนรู้ในการปฏิบัติกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลจากการที่โรงพยาบาลชุมชนเอง มีการพัฒนาคุณภาพหลากหลายระบบ เช่น การพัฒนาคุณภาพสู่ระบบการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (HA) ซึ่งหลักการของคุณภาพแต่ละระบบ จะคล้ายคลึงกัน รวมทั้งหัวหน้างานถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และข้อมูลข่าวสารอย่างเต็มที่ มีการมอบหมายงานตามความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล และมีวิธีการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล รวมทั้งมีการประเมินคุณภาพการพยาบาล จากทีมประเมินคุณภาพการพยาบาลของจังหวัดชัยภูมิ เองอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลมากขึ้น สามารถจะปฏิบัติกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลได้ ทำให้ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ^{8,12,13} และอาจเนื่องมาจากการลักษณะของข้อมูล ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างพบร่วมกันในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า สูงถึงร้อยละ 97.9 ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการศึกษา จึงเป็นไปได้ว่าข้อมูลมีการกระจายไม่เพียงพอที่จะแยกให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการปฏิบัติกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

5. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการปฏิบัติ กิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาล วิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) = 0.456 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบร่วม ทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการปฏิบัติกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ซึ่งได้แก่ ด้านการเริ่มสร้างแรงบันดาลใจ ด้านการกระตุนทางปัญญา ด้านโน้มนำความร่วมมือทำผันให้เป็นจริง ด้านการดำเนินถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล และด้านภาวะผู้นำที่มีบารมี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) = 0.479, 0.427, 0.413,

0.411 และ 0.357 ตามลำดับทั้งนี้เนื่องจากหัวหน้างานที่มีลักษณะภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถโน้มนำให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามที่หัวหน้างานต้องการ โดยใช้กลวิธีพัฒนาศักยภาพการทำงาน พัฒนาความรู้ ความสามารถ เสริมสร้างแรงบันดาลใจ และกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ รวมทั้งกระทำการบทบาทและแสดงพฤติกรรมที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพให้ความไว้วางใจและยอมรับในความสามารถ จึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกรรมการประกันคุณภาพ การพยาบาลด้วยความเต็มใจ รวมทั้งสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายจนบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Meyer พบร่วมกับการที่ผู้นำยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ตาม ทำให้ผู้ตามเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จ¹⁴ รวมทั้งพบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานใน 4 ขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพ คือ Plan Do Check และ Action ใน การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลบังปีการณ์จันทร์¹⁰ และการพัฒนาคุณภาพตามแนวคิดของเดเมิร์ 14 ประการ¹⁵

6. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติ กิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาล วิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 24.3 ($R^2 = .243$, $p - value < .05$) โดยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างาน สามารถพยากรณ์ได้เป็นอันดับแรก ร้อยละ 20.8 ($R^2 = .208$, $p - value < .05$) อธิบายได้ว่า หากหัวหน้างานมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสูงขึ้น จะสามารถทำให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น โดยมีความเป็นไปได้ร้อยละ 20.8 ทั้งนี้เนื่องจากการที่หัวหน้างานเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัคค์ที่ชัดเจน เป็นแบบอย่างที่ดี เช่นใจถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล กระตุ้นให้ผู้ตามได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์และท้าทายในการแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนา



ตนและงานให้ประสบความสำเร็จ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลเกิดความกระตือรือร้น และมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำให้บรรลุเป้าหมายและวิสัยทัศน์ของหน่วยงาน และสามารถโน้มน้าวจิตใจพยาบาลวิชาชีพให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลด้วยความเต็มใจ รวมทั้งสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายจนบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้นำที่สูงขึ้นสามารถพยากรณ์ความพยายามในการทำงานของผู้ตาม¹⁶⁻¹⁷ ผลสำเร็จของงาน¹⁸⁻¹⁹ และการปรับปรุงคุณภาพของงาน²⁰ ให้เพิ่มมากขึ้น จนมีคำกล่าวว่า "ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงถูกเสนอว่าเป็นรูปแบบภาวะผู้นำที่ดีที่สุดกับการเปลี่ยนแปลงในสภาวะแวดล้อมของการดูแลสุขภาพ"^{21,22,23,24} และเพื่อนำประสบการณ์การทำงานเข้ามาร่วมพยากรณ์ พบว่า สามารถพยากรณ์ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.5 (R^2 change = .035, p – value < .05) แต่จากผลการวิจัยจะพบว่า ประสบการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ แสดงว่า ประสบการณ์การทำงานเพียงปัจจัยเดียวไม่มีผลต่อการปฏิบัติกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ แต่การที่หัวหน้างานมีคุณลักษณะภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานจะทำให้สามารถดำเนินการปฏิบัติกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 24.3 โดยที่ประสบการณ์การทำงานจะทำให้สามารถดำเนินการปฏิบัติกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น โดยมีความเป็นไปได้ร้อยละ 3.5 อธิบายได้ว่า เนื่องจากประสบการณ์การทำงานมีส่วนช่วยให้บุคคลสามารถจินตนาการได้อย่างกว้างไกล รอบคอบ มีเหตุผล และมักจะมีโอกาสเผชิญปัญหาต่างๆ มาก ทำให้เป็นคนกล้าคิด กล้าตัดสินใจ เลือกแนวทางปฏิบัติได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง⁸

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารระดับสูงควรสนับสนุน ชื่นชม และให้กำลังใจแก่หัวหน้างานให้สามารถคงไว้และพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้ดียิ่งขึ้น

2. หัวหน้างานควรหาเทคนิคและวิธีการต่างๆ ในการทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความกระตือรือร้น อุทิศตนในการทำงาน เกิดความผูกพันต่องค์กร และรู้สึกว่า งานของตนมีความหมายและสำคัญมากยิ่งขึ้น โดยการมอบหมายงานหรือโครงการที่สำคัญแก่พยาบาลวิชาชีพ

3. จัดให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล โดยให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนเป็นคณะกรรมการของแต่ละมาตรฐานการพยาบาล

4. จัดให้พยาบาลวิชาชีพมีการประเมินตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล รวมทั้งมีการนิเทศงาน การเยี่ยมสำรวจเพื่อสะท้อนผลการประเมินตนเองของพยาบาลวิชาชีพ โดยให้มีส่วนร่วม

5. ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนได้รับการอบรมเกี่ยวกับการประกันคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นเวลา 5 วันหรือมากกว่า

6. ควรศึกษาวิจัยในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป เนื่องจากประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ความรู้ความเข้าใจในงานพัฒนาคุณภาพยังไม่ดีพอ

เอกสารอ้างอิง

- Bureau Of Nursing, Department of Medical Service, Ministry of Public Health. Nursing Quality Assurance in Hospital: The Quality Assessment of Internal Audit. Bangkok: The Express Transportation Organization of Thailand; 2004.
- Srisatidnarakul B. Leadership and Strategic Management in Nursing Organization for the 21st Century. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2007.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2551-2555. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2551.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. รายงานผลการประเมินคุณภาพการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ; 2551.
- Witayaudom W. Organization & Management. Bangkok: Thanatat Printing Company Limited; 2007.



6. Bass BM. Transformation Leadership Industry, Military and Education Impact. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1998.
7. Phayuppala U. Implementation of Nursing Quality Development at The Community Hospital Khon Kaen Province. (An Independent Study Report). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2003.
8. Kanjanastien R. Relationship between Personal Factors, Motivation and Control System in Nursing Care Quality Perceived by Head Nurses in Regional Hospital, Ministry of Public Health, Thailand. (Thesis). Khonkaen: Khonkaen University; 2005.
9. Polit DF, Hungler BP. Nursing Research : Principle and Methods. 3rded. Philadelphia: Lippincott; 1987.
10. Thipornpan K. Relationships between Head Nurse's Transformational Leadership as Perceived by Staff Nurses and Practice of Staff Nurses in Hospital Accreditation Project of Regional Medical Centers Being under the Ministry of Public Health. (Thesis). Khonkaen: Khonkaen University; 2002.
11. Meehanpong P. Relationships between Transformational Leadership of Head Nurses, Organizational Citizenship Behavior and Effectiveness of Patient Units as Perceived by Staff Nurses, General Hospitals. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2004; 18(1): 101- 114.
12. Duangurai A. Relationships between Personal Factors, Leadership of Head Nurses, Perceived Organizational Policy Clarity, and Participation in Quality Development Activities of Staff Nurses, Hospitals under The Jurisdiction of The Ministry of Defense. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2002.
13. Junhom C. Relationships between Personal Factors, Job Empowerment, and Performance in Service Quality Improvement Activities of Staff Nurses, Community Hospitals in The Inspection Region 13. (Thesis). Bangkok: Sukhothai Thammathirat University; 2006.
14. Bass BM. Leadership and Performance beyond Expectation. New York: The Free Press, 1985.
15. Amphanphong S. The Effect of Chief Nurses Leadership Styles on The Registered Nurses Activities in Nursing Quality Improvement in Northern Com-
- munity Hospital. (Thesis). Pitsanulok: Naresuan University; 2003.
16. Pongsriwat S. Leadership: Theory and Practice. Chiangrai: Chiangrai Rajabhat University; 2002.
17. Bennett TM. The Relationship Between The Subordinate's Perception Of The Leadership Style Of IT Managers And The Subordinate's Perceptions Of Manage's Ability To Inspire Extra Effort, To Be Effective, And To Enhance Satisfaction With Management. Proceedings of the Academy of Information and Management Sciences. 2009; 13(1). (Internet). 2009 (cited 2009 Dec 12). Available from: <http://vpn.kku.ac.th/DanaInfo=proquest.umi.com>.
18. Rowold J, Heinitz K. Transformational and Charismatic Leadership: Assessing the convergent, divergent and criterion validity of the MLQ and the CKS. The Leadership Quarterly 2007; 18(2), 121- 133. (Internet). 2007(cited 2010 Jan 18). Available from <http://vpn.kku.ac.th/DanaInfo=sciencedirect.umi.com>.
19. Taylor DJ. Nurse Executive Transformational leadership Found in Participative Organizations. Journal Organization Nursing Administration 2000; 30(5): 241-250.
20. Laohavichien T, Fredendall LD, Cantrell RS. The Effects of Transformational and Transactional Leadership on Quality Improvement. The Quality Management Journal 2009; 16(2): 7-24.
21. Finkelman WA. Leadership and Management in Nursing. New Jersey: Pearson Education, Inc; 2006.
22. Seetaso K, Juntachum W. Organizational Factors Affecting Nurses' Burnout in Thai University Hospitals. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2010; 27(4): 66-73.
23. Phouthavong O, Krairiksh M. The Relationship between Head Nurse's Leadership with Job Satisfaction of Staff Nurse in Vientiane Capital Centre Hospital. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2010; 29(1): 51-58.
24. Rakpuangchon W. The Impact of the Law Protecting Victims of Public Health Services to the Nursing Profession. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2010; 29(1): 5-11.



The Relationship among Personal Factors of Professional Nurses, Transformational Leadership of Head Nurses and Nursing Quality Assurance Performance of Professional Nurses in Community Hospitals, Chaiyaphum Province*

Sompan Kraison M.N.S.**

Marisa Krairiksh PhD (Nursing)

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study relationships among personal factors of professional nurses, transformational leadership of head nurses and nursing quality assurance performance of professional nurses in community hospitals, Chaiyaphum province. The sample was 145 professional nurses who had working experience at least 1 year. The research instrument was a questionnaire consisted of three parts: personal data of professional nurses, transformational leadership of head nurses and nursing quality assurance performance of professional nurses. Five experts examined the content validity of the questionnaire. The reliability coefficients of the parts of transformational leadership of head nurses and nursing quality assurance of professional nurses were 0.98 and 0.96, estimated by Cronbach's alpha coefficients. The data were analyzed by using Chi-Square test, Pearson's product moment correlation coefficients, and stepwise multiple regression analysis.

The findings showed that: 1) Education, nursing quality assurance training and work experience did not have Significant correlations with nursing quality assurance performance of professional nurses. 2) The transformational leadership of head nurses had a statistically significant moderate positive correlation with the nursing quality assurance performance of professional nurses ($r = .456, p < 0.01$). 3) The factors could significantly predicted and explained for 24.3% ($R^2 = .243, p < 0.05$) of the nursing quality assurance performance of professional nurses were transformational leadership and work experience.

Keywords: transformational leadership, nursing quality assurance performance, head nurse, professional nurses, community hospitals

* Thesis of Master of Nursing Science, Nursing Administration, Khon Kaen

** Student of Master of Nursing Science, Nursing Administration, University Khon Kaen University

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

ผลของโปรแกรมการจัดการตนของต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของกลุ่มเลี้ยงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2*

น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ ส.ด.**

รัชนีกร ปล้องประภา พย.ม.***

ឧបកគ្រួយៗ

การวิจัยเชิงทดลองแบบติดตามไปข้างหน้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนของพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ของกลุ่มเลี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มเลี่ยงต่อการเกิดเบาหวานที่สมัครใจและเข้าร่วมโปรแกรมครบถ้วนกว่าเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 25 ราย โดยโปรแกรมการจัดการตนของประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรม 4 ครั้ง ได้แก่ 1) การประเมินและการวางแผน 2) การเตรียมความพร้อมในการจัดการตนของ 3) การฝึกปฏิบัติการจัดการตนของตามแนวคิดการจัดการตนของแคนเนอร์แลฟลิติก-บายส์ที่ประกอบด้วยการติดตามตนของ การประเมินตนของและการเสริมแรงตนของเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย และ 4) การประเมินผลการจัดการตนของ เก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายและสถิติที่คู่ ผลการวิจัย พบว่าพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ส่วนน้ำหนัก ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนของ พฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว กลุ่มเลี้ยงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2

ความเป็นมาและความสำคัญของปัลชา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วไปในประเทศไทยที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนามาพันธ์นานาชาติ (International Diabetes Federation) คาดประมาณการว่า ผู้เป็นเบาหวานจะเพิ่มจาก 285 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2010 เป็น 438 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่พบในผู้เป็นเบาหวานได้แก่ ความผิดปกติของหลอดเลือดทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ (micro and macrovascular) ได้แก่ หลอดเลือดที่ตา ที่ไต หลอดเลือดที่หัวใจและสมอง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้เป็นเบาหวาน และค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศไทยที่เพิ่มสูงขึ้น¹

ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด
เบาหวาน ได้แก่ ภาวะอ้วน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการตื้อต่อ

อินสูลิน (Impaired glucose tolerance) จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2551-2552 เปรียบเทียบกับผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2547 พบว่า คนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน (obesity) จากค่าดัชนีมวลกาย และภาวะอ้วนลงพุงที่ประเมินจากเส้นรอบเอวเพิ่มขึ้น โดยพบว่า เพศชาย มีภาวะอ้วนเพิ่มจากร้อยละ 23 เป็นร้อยละ 28.4 และเพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 40.7 ส่วนภาวะอ้วนลงพุงในเพศชายจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 18.6 และเพศหญิงจากร้อยละ 36 เป็นร้อยละ 45²

จากการทบทวนวรรณกรรม พบร่วมกัน จึงเป็นการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายในประชากรกลุ่มนี้เสียงที่มีภาวะอ้วน โดยมีเป้าหมายในการลดน้ำหนักอย่างรวดเร็วและ

* ทุนสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ดำเนินม่วงหมู่

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงหมู่ อ. เมือง จ. สิงคโปร์



ในระยะเวลา 6 เดือน ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 150 นาที จะทำให้น้ำหนัก ดันนมวัลการเส้นรอบเอว และความดันเลือดลดลง เมื่อติดตามเป็นระยะเวลาที่นานกว่า 3 ปี พบร่วมสามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดเบาหวานได้ในประเทศฟินแลนด์³ อินเดีย⁴ สหรัฐอเมริกา⁵ และจีน⁶ ซึ่งพบผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกันในประเทศไทย ที่ศึกษาในประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน และมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานแต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระยะเวลาสั้น ๆ ไม่เกิน 24 สัปดาห์⁷⁻¹⁰

โดยที่เคยมีการศึกษาการนำแนวคิดการจัดการตนของแคนเฟอร์และแกลิค-บายส์¹¹ ร่วมกับแนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรอง และเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดภาวะเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อในสถานบริการและในชุมชนของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹² และแนวปฏิบัติแนวทางเชิงปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551¹³ มาจัดเป็นโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย โดยมีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานเข้าร่วมจำนวน 26 ราย เป็นระยะเวลา 3 เดือน และพบว่า โปรแกรมมีความเป็นไปได้และกลุ่มตัวอย่างยอมรับโปรแกรมในระดับสูง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น น้ำหนักและเส้นรอบเอวลดลง¹⁴ แต่ยังไม่มีการศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการติดตามผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 ปี เพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ และผลของโปรแกรมที่มีต่อน้ำหนัก ดันนมวัลการเส้นรอบเอว และเส้นรอบเอว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบเพิ่มพูนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง 1 ปี

2. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนัก ดันนมวัลการเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง 1 ปี

กรอบแนวคิดการวิจัย

แคนเฟอร์และแกลิค-บายส์พัฒนาแนวคิดการจัดการตนของจากการกำกับตนเองของแบบดูรา¹⁵ โดยให้ความหมายการจัดการตนเองเป็นกระบวนการในการควบคุมตนของวิเคราะห์และคัดเลือกพฤติกรรมเป้าหมาย ประกอบด้วย การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินผลตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement)¹¹ ในการศึกษาระบบนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงได้ฝึกปฏิบัติในการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินและการวางแผน เป็นกิจกรรมรายบุคคล ประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนักและเส้นรอบเอว ให้ข้อมูลย้อนกลับกับกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ใช้ในการวางแผนและเป้าหมายในการจัดการตนเอง 2) การเตรียมกลุ่มเสี่ยงให้พร้อมในการจัดการตนเอง ประกอบด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องเบาหวาน ความต้องการพลังงาน อาหาร และการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก 3) การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง โดยการติดตามตนเอง โดยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมที่กระทำทุกวัน การประเมินผลตนเองจากบันทึกพฤติกรรมที่กระทำในแต่ละวันกับเป้าหมายที่กำหนด และเสริมแรงตนเอง เมื่อสามารถปฏิบัติตามเป้าหมาย และ 4) ติดตามประเมินผลการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง โดยผู้วิจัยเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ เพื่อรับฟังปัญหา อุปสรรค และเป็นที่ปรึกษาช่วยชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 3 เดือน และเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพน้ำหนัก ดันนมวัลการเส้นรอบเอว หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 ปี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่ติดตามเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective intervention study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ประชากรเข้าถึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานจากการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองด้วยวิชาจานวน 76 ราย กลุ่มตัวอย่าง



เลือกจากประชารถเข้าถึงอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด คือเป็นวัยผู้ใหญ่ ที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี อ่านออกเขียนได้และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้สมัครใจและเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองครบถ้วน ครั้ง มีจำนวน 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย แผนการจัดกิจกรรม และแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ใช้ในการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมในสัปดาห์ที่ 3-11 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และสื่อการสอนเรื่องพิชิตอ้วน พิชิตพุง เพื่อคนไทยไว้พุงของผู้ชาย กิจารพัฒนา¹⁶ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดล่วงสูง สายวัด และแบบบันทึกน้ำหนักตัวนี้มวลกายและเส้นรอบเอว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม อาจารย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเชื่อมั่นนิດความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพกับกลุ่มเลี่ยงต่อการเกิดเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ลัพธ์ของ cronbach's coefficient .75

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยและเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี และหัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มเลี่ยงต่อการเกิดเบาหวานตามเกณฑ์คุณสมบัติ อายุข่าย 50 ปี ประจำปี ประมาณ 30 คน ที่จะได้รับกระบวนการ และชั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามแผนการวิจัย ตลอดจนชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง และ

ใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น กลุ่มเลี่ยงมีสิทธิ์ปฏิเสธ และหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้โดยไม่มีผลต่อการรับบริการพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคต เมื่อกลุ่มเลี่ยงยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เข็นใบยินยอม การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการทดลองตามแผนการจัดกิจกรรมในแต่ละชั้นตอน ดังนี้

2.1 กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ชั้นตอน การประเมินและการวางแผน เป็น กิจกรรมรายบุคคล ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร และการออกกำลังกาย ชั้นน้ำหนัก วัดล่วงสูง ค่านวนภูภาวะโภชนาการจากค่าดัชนีมวลกาย วัดเส้นรอบเอว ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อการวางแผนและตั้งเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรม แนะนำวิธีการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกายตามแบบบันทึก

2.2 กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ชั้นตอน การเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเองเป็นกิจกรรมรายบุคคล ที่ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มตัวอย่างในเรื่องเบาหวาน ความต้องการพลังงาน อาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับความต้องการพลังงาน เพื่อการลดน้ำหนัก และให้ความรู้ในการใช้อาหารแลกเปลี่ยน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเคราะห์อาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างจากแบบบันทึก และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการจัดการตนเองเป็นรายบุคคล

2.3 กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3-12 ชั้นตอน การฝึกการจัดการตนเอง เป็นกิจกรรมรายบุคคล โดยกลุ่มตัวอย่างฝึกการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกาย ตามแนวคิดการจัดการตนเอง ได้แก่ การติดตามตนเอง จากการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมที่ปฏิบัติทุกวัน การประเมินตนเอง จากการเปรียบเทียบพฤติกรรมที่ปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนด และเสริมแรงตนเอง โดยการให้รางวัลชมเชยตนเองเมื่อสามารถปฏิบัติตามเป้าหมาย



2.4 กิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4-12

ขั้นตอนการประเมินผลการจัดการตนเองตามโปรแกรม เป็นกิจกรรมรายบุคคล โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน และ โทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้ความ รู้และคำแนะนำเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา ลดอุปสรรค ตลอด จนกระทั่น และสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติ พฤติกรรมตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 ปี ผู้วิจัยเก็บ รวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติดังนี้ ข้อมูลส่วน บุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพุติกรรม สุขภาพ น้ำหนัก ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว โดยใช้ สถิติที่คู่ (Paired t-test) เนื่องจากผลการทดสอบการ กระจายของตัวแปร พบว่าเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่ม ตัวอย่างเป็นกลุ่มเลี้ยงต่อการเกิดเบาหวาน ที่เข้าร่วม โปรแกรมการจัดการตนเอง 4 ครั้ง จำนวน 26 ราย แต่เมื่อสิ้นสุดโครงการ 6 เดือน มีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ตั้ง ครรภ์ จึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย ล้วนใหญ่เป็นเพศ หญิง 20 ราย ร้อยละ 80 มีอายุระหว่าง 36-58 ปี โดย อายุเฉลี่ย 48 ปี ($SD=5.48$) สถานภาพสมรสคู่ 16 ราย ร้อยละ 64 ระดับการศึกษาประถมศึกษา 14 ราย ร้อยละ 56 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและค้าขายเท่าๆ กัน 7 ราย ร้อยละ 28 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 600-15,000 บาท โดยรายได้เฉลี่ย 5380 บาท ($SD=3504.52$)

กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีภาวะอ้วน โดยค่าดัชนี มวลกายระหว่าง 26.37-38.37 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 30.60 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ($SD=2.93$) เมื่อพิจารณาจากเส้นรอบเอวพบว่า เพศชาย ทุกรายมีเส้นรอบเอวเกิน 90 เซนติเมตร และเพศหญิงมี เส้นรอบเอวเกิน 80 เซนติเมตร นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 44 มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน ร้อยละ 28 มีภาวะไขมันในเลือดสูง และร้อยละ 20 มีภาวะความ ดันเลือดสูง อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 รายที่มี

ภาวะดื้อต่ออินสูลิน

2. พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ภายหลังเข้าร่วม โปรแกรม 1 ปี ค่าเฉลี่ยพุติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้า โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.000$

3. น้ำหนัก ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว พบ ว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 ปี ค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ดัชนี มวลกายและเส้นรอบเอว ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.000$ (ตารางที่ 1)

การอภิปรายผล

โปรแกรมการจัดการตนเองมีผลทำให้กลุ่ม ตัวอย่างมีพุติกรรมสุขภาพดีขึ้น น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลง อธิบายได้ดังนี้

พุติกรรมสุขภาพ การที่กลุ่มตัวอย่างมีค่า เฉลี่ยคะแนนพุติกรรมสุขภาพ หลังเข้าโปรแกรมการ จัดการตนเอง 1 ปี อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการ ตนเอง มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับความ เสี่ยงของตนเองต่อการเกิดเบาหวาน เกิดความตระหนักร ถึงผลเสียของการมีน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน สามารถ เลือกอาหารและวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมในการ ลดน้ำหนักได้ โดยการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพุติกรรมสุขภาพได้ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและวางแผน ผู้วิจัยประเมิน พุติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว และใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ กลุ่มตัวอย่างใช้ในการวางแผนและกำหนดเป้าหมาย ของการเข้าร่วมโปรแกรมที่สอดคล้องกับสภาพความเป็น จริงเท่าที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายสามารถจะดำเนินการ ได้ตามการรับรู้ของตนเอง ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความ พร้อมในการจัดการตนเอง ข้อมูลจากบันทึกพุติกรรม ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายได้สะท้อนพุติกรรมสุขภาพ ด้านอาหารและการออกกำลังกายที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ จริง ช่วยให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยใช้เป็นแนวทางใน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งนำไปสู่ ถึงความเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมของอาหารที่รับ ประทาน ทั้งประเภทและวิธีการปรุง ทำให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารแลกเปลี่ยนที่ทรงกรณีและ สามารถนำไปใช้ได้ในสถานการณ์จริง การฝึกปฏิบัติการ เลือกอาหารจากตัวอย่างอาหารจริง โดยใช้หลักอาหาร แลกเปลี่ยน และอุปกรณ์ที่ใช้ในการซึ่ง ดวง วัด ซึ่งเป็น



อุปกรณ์ที่ใช้ในครัวเรือน เช่น ท้าพพี ช้อนกินข้าว เป็นต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ความรู้และทักษะเบื้องต้นที่จะนำไปใช้ในการจัดการตนเองเมื่อกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน ขั้นตอนที่ 3 การฝึกหัดจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้ทดลองปฏิบัติการจัดการตนเองโดยการสังเกต จดบันทึก ประเมินพฤติกรรมที่ปฏิบัติกับเป้าหมายที่ตั้ง และเสริม แรงตนเองร่วมกับการที่ผู้จัยได้ไปเยี่ยมบ้านรับฟังปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น เป็นที่ปรึกษาในการแก้ไขปัญหา และอุปสรรค ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น เมื่อเข้าโปรแกรม 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างได้มาซึ่งน้ำหนักและวัด เลี้นรอบเอวที่โรงพยาบาลล่างเริ่มต้นลดลง ทำให้ได้ข้อมูลป้อนกลับที่สะท้อนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผ่านมา และเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ทำให้กลุ่ม ตัวอย่างทราบว่าตนเองปฏิบัติได้ดีมากน้อยเท่าใด ร่วมการที่กลุ่มตัวอย่างได้พบกับกลุ่มตัวอย่างคนอื่น ๆ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ได้ข้อมูลความ รู้เพิ่มเติม ช่วยลดปัญหาและอุปสรรคที่พบ ตลอดจน ก่อให้เกิดกำลังใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่าง ต่อเนื่อง จนถาวร เป็นวิธีการดำเนินชีวิตตามปกติ นอกจากรู้ ผู้จัยได้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่ม ตัวอย่างเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมครบร 3 เดือน และใช้เป็น ข้อมูลในการชี้เชิงและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้เหมาะสม และมีส่วนร่วมกับกลุ่มตัวอย่างแก้ปัญหาพฤติกรรมที่ยัง ปฏิบัติได้ไม่ดี จึงพบว่าพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเข้าร่วม โปรแกรม 1 ปี ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม สอดคล้อง กับการศึกษาของคูลเซอร์และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มเลี้ยงต่อการเกิด เบาหวานจำนวน 91 ราย และพบว่าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

น้ำหนักและดัชนีมวลกาย ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 ปีน้ำหนักและดัชนีมวลกายลดลง จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการ ตนเอง โดยผ่านทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การที่กลุ่มตัวอย่างเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทาง โภชนาการ เช่น การต้มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม การรับ

ประทานผักมากกว่าวันละ 3 ท้าพพี ร่วมกับการปรุงอาหาร ด้วยวิธีต้ม นี่ ย่าง ตุ๋น แทนที่การทอดด้วยน้ำมัน เป็นต้น ร่วมกับการออกกำลังกายที่ต้องใช้พลังงานมากขึ้น ทำให้ ร่างกายได้รับพลังงานลดลง ต้องพยายามไขมันที่สะสมใน ร่างกายออกมากใช้เป็นพลังงาน เป็นผลทำให้น้ำหนักลดลง และส่งผลทำให้ดัชนีมวลกายลดลงตามไปด้วย ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทย^{8,18} และต่างประเทศ^{17,19-20} ที่พบว่าการปรับเปลี่ยนวิธีการ ดำเนินชีวิตด้านอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย และการ ออกกำลังกาย ทำให้กลุ่มเลี้ยงต่อการเกิดเบาหวานมี น้ำหนักตัวลดลง และดัชนีมวลกายลดลง

เส้นรอบเอว ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรม การจัดการตนเองมีผลทำให้เส้นรอบเอวลดลงอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยลดตั้งแต่ 1–12.50 เซนติเมตร (ค่าเฉลี่ย 5.08 เซนติเมตร SD=2.66) อนิมายได้ว่า เป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างปรับเปลี่ยนวิธีการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย เพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายสามารถใช้มันที่สะสมออกมากใช้เป็น พลังงาน ซึ่งไขมันบริเวณหน้าท้องจะถูกนำมาสลายให้ พลังงานก่อนไขมันบริเวณอื่นของร่างกาย²¹ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง 22 ราย ร้อยละ 88 ออกกำลังกายโดย การเล่นห่วงสูลารูบ ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบ ไอโซโทนิก ที่ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้องตึงตัว และกระชับมากขึ้น ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 176 รายที่เข้าร่วมโปรแกรม การปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตด้านพฤติกรรมสุขภาพ และติดตามผลเป็นระยะเวลา 12 เดือน มีเส้นรอบเอวลดลง กว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{9,22,23} ที่พบว่า ภัยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ใน การออกกำลังกาย 12 สัปดาห์ เส้นรอบเอวของผู้ใหญ่ ที่มีน้ำหนักตัวเกินในกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนเข้า โปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<.05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการ จัดการตนเอง มีผลทำให้กลุ่มเลี้ยงต่อการเกิดเบาหวาน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและการ ออกกำลังกาย ส่งผลให้น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบ เอวลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 ปี



ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือเป็นประชากรวัยผู้ใหญ่ เพศหญิงในเขตพื้นที่ชนบท ที่มีอาชีพเกษตรกรรมและค้าขาย ซึ่งสามารถจัดสรรเวลาในการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอได้

2. ควรจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะๆ และติดตามประเมินผลจากน้ำหนักและเส้นรอบเอว อย่างน้อยทุก 3 เดือน เพื่อให้พฤติกรรมสุขภาพคงอยู่อย่างต่อเนื่อง

3. การวิจัยครั้งต่อไป ควรติดตามศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดเบาหวานในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ อย่างน้อยทุกปี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต่ำบล่ม่วงหมู่ที่สนับสนุนทุนในการศึกษานายแพทย์ วิชิต อัศวรรฤทธิ์ ศศ. ดร. สุภาพ อารีเอ็ง และคุณสุมนา สัมฤทธิ์ชุมศักดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย นายแพทย์สารณสุข จังหวัดสิงหบุรี สารณสุข อำเภอเมือง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต่ำบล่ม่วงหมู่ที่สนับสนุนการศึกษาและกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมโปรแกรมและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้ง

Reference

- International Diabetes Federation. Annual Report 2010. retrieved from www.idf.org/sites/default/files/Annual_Report_2010Final-EN-0.pdf. (access 10 November 2011).
- Aekplakorn W. (editor). The fourth report of the Thai health survey by physical examination 2551-2552. Nonthaburi: The Graphico Systems Co.; 2010.
- Lindstrom J, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up the Finnish Diabetes Prevention Study. Lancet 2006; 368: 1673-79.
- Ramachandran A, Snehalatha C, Mary S, Mukesh, B, Bhaskar AD, Vijay V. The Indian Diabetes Prevention Program shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP-1). Diabetologia 2006; 49: 289-297.
- Jaber LA, et al. Feasibility of group lifestyle intervention for diabetes prevention in Arab Americans. Diabetes Research and Clinical practice 2011; 91: 307-315.
- Li G, et al. The long-term effects of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. www.thelancet.com 2008; 371: 1783-1789.
- Sukkho A. Effects of the health promotion program on the dietary habits and physical activity of middle-aged, overweight people who are near the Khon Kean Municipality, Khon Kean province. [Thesis]. Khon Kean: Khon Kean University; 2006.
- Meesana A. Effect of diabetes prevention program on BMI, FBS, knowledge, cholesterol, and triglycerides in high risk subjects. [Thesis]. Pathumthani: Rangsit University; 2005.
- Wongsombut C, Preechawong S. Effects of health promoting self-efficacy program on waist circumference, body mass index, and blood pressure of overweight adults. Journal of Nursing Science, Chulalongkorn University 2010: 57-72.
- Kotsobutt S, Lohsoonthorn V, Lertmaharit S, Suwannashine S, Kanasoot K. Effectiveness of intensive behavioral modification program for individual at risk of type 2 diabetes. Journal of Health Systems Research 5; 2: 224-232.
- Kanfer FH. And Guelick-Buys F. "Self-management methods." In FH Kanfer, AP Arnold. Helping people changes: a textbook of methods. 4th ed. New York: Pergamon Press; 1991.
- Tipdharadol P. (editor). Guidelines for health workers to provide screening and enhance the skills of health behavior change to reduce risk and reduce non-communicable diseases in the community. 2nd ed. Nonthaburi: The War Veterans Organization Printing; 2009.



13. Diabetes Association of Thailand under the patronage of her royal highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. Diabetes Management Guideline 2551. Bangkok: Rungsilp Printing, Co.; 2551.
14. Pongprapa R. Feasibility and acceptability of self-management for diabetes prevention program. [Thesis]. Pathumthani: Rangsit University, 2010.
15. Bandura A. Social foundations of thought and action a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: practice Hall; 1995.
16. Kitvorapat W. Conquest obesity Conquest belly fat for Thai people no belly. Nonthaburi: The War Veterans Organization Printing; 2008.
17. Kulzer B, Schwarz P, Hermanns N, Haak T, Gorges D. Prevention of diabetes self-management program (PREDIAS): Effects on weight, metabolic risk factors, and behavioral outcomes. *Diabetes Care* 2009; 32: 1143–1146.
18. Weangnon S, Nantsupawat W, Hornboontherm P. Effects of Self-management Program on Behaviors for Controlling Disease and Hemoglobin A1c Level in Patients with Diabetes Mellitus Type 2. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2010; 28 (4): 5–14.
19. Knowler WC, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine* 2002; 346: 393–403.
20. Kaye M. et al. Translating the Diabetes Prevention Program a Comprehensive model for prevention and training program delivery. *American Journal of Preventive Medicine* 2009;37: 505–511.
21. Strasser B, Schobersberger W. Evidence for resistance training as a treatment therapy in obesity. *Journal of Obesity*. 2010; 1–9.
22. Singyamuang A, Nantsupawat W, Hornboontherm P. Effects of The Development of Self –Care Agency Program on Level of Hemoglobin A1c in Patients with Diabetes Mellitus Type 2. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2010; 28(1): 56–63.
23. Chinsom J, Senarak W. Type 2 Diabetes Risk in Middle-Aged Isaan Women: A Case Study of Urban Community. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2011; 29 (1): 31–40.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงต่อ การเกิดเบาหวาน ระหว่างก่อนเข้าโปรแกรม และหลังเข้าโปรแกรม 1 ปี ด้วยสถิติที่คู่

ตัวแปรตาม	ก่อนเข้า โปรแกรม $\bar{X} \pm SD$	หลังเข้า โปรแกรม 1 ปี $\bar{X} \pm SD$	$\bar{d} \pm SD$	Paired t-test	p-value
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	55.28 ±	66.96 ±	11.68 ±	6.565	.000
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	73.40 ±	71.68 ±	-1.72 ±	-5.393	.000
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	30.50 ±	29.81 ±	-0.69 ±	-5.554	.000
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	99.54 ±	94.46 ±	-5.08 ±	-9.534	.000



Effects of Self-Management Program on Health Behavior, Body Weight, Body Mass Index and Waist Circumference of Persons at Risk of Type 2 Diabetes

Nam-oy Pakdevong Dr.P.H.** Rachaneekorn pongprapa M.N.S.***

Abstract

This prospective intervention study aimed to investigate the effects of the Self-management program on health behavior, weight, body mass index and waist circumference of the persons at risk of type 2 diabetes. The 25 persons with risk to diabetes were purposively recruited and participated the 12-week Self -management program. The program consisted of 4 activities including 1) Assessment and Planning, 2) Training for self-management, 3) Self-management in diet and exercise modification practices which consisted self-monitoring, self-evaluation and self-reinforcement according to Kanfer and Guelick-Buys' Self-management model, and 4) Evaluation of the program. Health behavior, body weight, body mass index and waist circumference were collected before and 1 year after the program. Descriptive statistics and paired t-test were used in data analysis. The results showed that after the program, health behavior was significantly better, whereas body weight, body mass index and waist circumference significantly decreased ($p < .000$).

Keywords: self-management program, health behavior, body weight, body mass index, waist circumference, Diabetes risk groups

* Grant for research from Sub-district Health Insurance Funds. Tambon Meangmoo

** Lecture, Faculty of Nursing Rangsit University

*** Registered Nurse, Hospital of Health Promotion Tambon Muangmoo Muang District, Singburi, Thailand



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับผลลัพธ์สำนักงานในการปฏิบัติ พุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพและภาวะโภชนาการของวัยรุ่น ในโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น*

สรัญญา เปลงกระโทก พย.ม.**

สาวมาศ เถื่อนนาดี ศศ.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการ และผลลัพธ์สำนักงานในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น ศึกษาภาวะโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับผลลัพธ์สำนักงานในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ และศึกษาปัจจัยร่วมที่มีผลต่อผลลัพธ์สำนักงานในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น โรงเรียนมัธยมศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุ 12 – 15 ปี จำนวน 212 คน ที่ได้จากการสุ่มเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2553 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเชื่อใน การปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภค เพื่อสุขภาพ แบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทาง สังคมในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ และแบบสอบถามผลลัพธ์สำนักงานในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาร์ของ ครอนบากค่าเท่ากับ .82, .83, .84, .84 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแยกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ทดสอบแบบชี้ขาด

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) วัยรุ่นตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มีภาวะ โภชนาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 50.9) 2) วัยรุ่นตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มีผลลัพธ์สำนักงานในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = .97$) 3) ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความเชื่อในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติพุทธิกรรม บริโภคเพื่อสุขภาพ ความตั้งใจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ และปัจจัยภายนอก คือ แรงสนับสนุนทาง สังคมในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้น โรงเรียนมัธยม เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ต่างก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์สำนักงานในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ($r = 0.31, 0.53, 0.57$ และ 0.53 ตามลำดับ) 4) ความตั้งใจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติ พุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ สามารถร่วมที่มีผลต่อผลลัพธ์สำนักงานในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น โรงเรียนมัธยมศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 59.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอแนะว่า การส่งเสริมให้วัยรุ่นมีผลลัพธ์สำนักงานในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภค เพื่อสุขภาพ พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความเชื่อในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อ สุขภาพ และให้ครอบครัว อาจารย์ และเพื่อนกระตุ้นและส่งเสริมให้วัยรุ่นมีผลลัพธ์สำนักงานในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภค เพื่อสุขภาพ เพื่อภาวะโภชนาการที่ดี

คำสำคัญ: ปัจจัยคัดสรร ผลลัพธ์สำนักงาน การปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ ภาวะโภชนาการ วัยรุ่น

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการการพยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ความเปี่ยมแผลความสำคัญของปัญหา

จากการสำรวจภาวะโภชนาการของนักเรียน มัธยมศึกษา พบร้า มีนักเรียนน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ผอม) ร้อยละ 5.3 มีนักเรียนส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (เตี้ย) ร้อยละ 4.9 และมีนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน (อ้วน) ร้อยละ 3.6¹ ซึ่งเมื่อสิ้นแผนฯ 9 กำหนดไว้ว่า เด็กที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ผอม) ไม่เกินร้อยละ 8 เด็กที่มีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (เตี้ย) ไม่เกินร้อยละ 5 ส่วนเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน (อ้วน) ไม่เกินร้อยละ 10² ซึ่งโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคลโดยพฤติกรรม การบริโภคอาหารได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่วัยเด็ก

วัยรุ่นตอนต้นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนและรวดเร็ว ทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ปัจจุบันปัญหาที่พบเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ คือ วัยรุ่นมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นบริโภคน้อยเกินไป ไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย การบริโภคอาหารไม่ครบถ้วนหมู่ เมื่อครบหมู่มือ หรือบริโภคอาหารมากเกินไป³ โดยเฉพาะนักเรียนกลุ่มอายุ 15–20 ปี และ 21–25 ปี⁴ และวัยรุ่นเริ่มต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อน ๆ จึงทำให้บางคนงดอาหารมื้อเช้า เนื่องจากเข้าใจผิด กลัวอ้วน เพื่อรักษาทรงตัวให้มีรูปร่างบอบบาง เอาเล็ก คล้ายหุ่นนางแบบ และต้องการเลียนแบบเหมือนเพื่อนในกลุ่ม⁵ ล่งผลเสียต่อสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยในวัยผู้ใหญ่ต่อไป⁶

ปัจจุบันปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น ในอนาคต ซึ่งเมื่อบุคคลรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติก็ จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อไป เพื่อให้วัยรุ่นมีพลังอำนาจ สามารถควบคุม และจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยภายใน และภายนอกตนเอง ซึ่งพลังอำนาจเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดของกิบสัน⁷ ซึ่งปัจจัยนำที่ทำให้บุคคลเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ ความมุ่งมั่นทุ่มเท ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์

เป้าหมาย และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีข้อคิดข้อใจ เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลได้พัฒนา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาภาวะโภชนาการ และพลังอำนาจในการปฏิบัติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น โรงเรียนมัธยมศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดั้งเดิม ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก กับพลังอำนาจในการปฏิบัติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น โรงเรียนมัธยมศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

3. ศึกษาปัจจัยร่วมที่มีผลต่อพลังอำนาจในการปฏิบัติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น โรงเรียนมัธยมศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้พลังอำนาจของกิบสัน⁷ รวมกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของแบบดูร่า⁸ ซึ่งแนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสันที่มีปัจจัยนำที่ทำให้บุคคลเกิดพลังอำนาจ ได้แก่ ความมุ่งมั่นทุ่มเท ความรัก และความผูกพัน ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกระบวนการสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ เป้าหมาย และการสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งชีวิตรูร่า⁹ เชื่อว่าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนจะมีผลต่อการกระทำการหรือปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล คือ เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำการหรือปฏิบัติงานนั้นจนประสบความสำเร็จ และการกระทำการหรือปฏิบัติกรรมดังกล่าวจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น⁹ แนวทางการปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ปริมาณเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย และควรหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ¹⁰



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research Design) แบบการศึกษาสหสัมพันธ์ (Correlation study)

ประชากร (Population) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ นักเรียนวัยรุ่นอายุ 12 – 15 ปี ทั้งนักเรียนชายและนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2553 ทั้งหมด 14 แห่ง มีจำนวนนักเรียนทั้งหมด 12,382 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีวิเคราะห์ Multiple Regression Analysis ของ Cohen¹¹ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) กำหนดที่ 0.90 ดังนั้น จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 212 คน และในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบตามจำนวนตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับใคร จำนวนพี่น้อง ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน และมีโรคประจำตัวหรือไม่ รวมจำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด ในลักษณะเดิมข้อความและคำถามปลายปิดในลักษณะเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไม่แบบ¹² และแนวทางการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย⁶ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ประเมินถึงความรู้สึกนิยมคิด หรือความเข้าใจของวัยรุ่นที่ทำให้วัยรุ่นมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ 4 หมวด คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ 2) การรับรู้ความรุนแรงของพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ 3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ 4) สิ่งกระตุ้นให้ปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถต้นเองในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถต้นเองของแบบดูรา⁸ และแนวทางการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย⁶ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ประเมินถึงการตัดสินใจ หรือความเชื่อมั่นของวัยรุ่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ 3 หมวด คือ 1) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ 2) ปริมาณที่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย และ 3) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลเสียต่อร่างกาย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย⁶ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ประเมินถึงการแสดงหรือแจ้งถึงความตั้งใจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ 4 หมวด คือ 1) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ 2) ปริมาณที่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย และ 3) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลเสียต่อร่างกาย 4) สุนิสัยการบริโภคอาหาร

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House¹³ และแนวทางการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย⁶ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ประเมินถึงการที่วัยรุ่นได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองและสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิด 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร 4) การสนับสนุนทางด้านการประเมินเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁷ และแนวทางการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย⁶ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ประเมินถึงการรับรู้พลังอำนาจของวัยรุ่น 4 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกถึงความสำเร็จในการปฏิบัติ



พฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ 2) ความพึงพอใจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของตนเอง 3) การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้น 4) การมีเป้าหมายในภาวะโภชนาการที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับวัยรุ่นในโรงเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลfaของ cronbach's coefficient (Cronbach's Alpha Coefficient) มีดังนี้ แบบสอบถามความเชื่อในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่นเท่ากับ 0.82 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่นเท่ากับ 0.83 แบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่นเท่ากับ 0.84 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่นเท่ากับ 0.84 แบบสอบถามพลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่นเท่ากับ 0.82

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยทำเรื่องขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโรงเรียน เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอรายชื่อนักเรียนในห้องเรียนของแต่ละโรงเรียนที่ได้รับการสุ่มให้เป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียน

ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยเดินทางไปยังโรงเรียนที่กลุ่มได้เพื่อเข้าไปพบผู้ช่วยวิจัย คือ อาจารย์ฝ่ายแนะแนวการศึกษาของโรงเรียน ได้แนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพจากนั้นอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจและนัดหมายวันคุยกับผู้ดูแลโรงเรียนที่ได้รับแบบสอบถามคืน

ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและแจกใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ไปยังพ่อแม่หรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างนำมาส่งที่อาจารย์แนะแนวการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 522043 ซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเชื่นในยินยอมในการเข้าร่วม การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือผลต่อการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสํารูปโดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยการใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญสํารับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 และอำนาจในการทำงานพลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น โดยวิเคราะห์โดยถอยพหุคุณแบบเพิ่มขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วัยรุ่นทั้งหมด 212 คน เพศหญิงร้อยละ 51.4 และเพศชายร้อยละ 48.6 มีอายุเฉลี่ย 13.86 ปี อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 13-15 ปี ร้อยละ 68.4 รองลงมาอยู่ในช่วงมากกว่า 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 20.8 ภาวะโภชนาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์คือ น้ำหนักกว่า 18.5 กิโลกรัม/ม.² ร้อยละ 50.9 รองลงมาคือ มีภาวะโภชนาการปกติ คือ 18.5-22.9 กิโลกรัม/ม.² ร้อยละ 20.8 น้ำหนักเฉลี่ย 49.26 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 160.42 เซนติเมตร และค่า BMI เฉลี่ย 19.04 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน ประมาณ 50 – 100 บาทต่อวัน ร้อยละ 77.4



2. พลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น วัยรุ่นมีพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพโดยภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.57$) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า วัยรุ่นมีพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับดีทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 0.65$) ด้านความรู้สึกถึงความสำเร็จในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของตนเอง ($\bar{X} = 4.00$, $SD = 0.67$) ด้านการมีเป้าหมายในภาวะโภชนาการที่ดี ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 0.67$) และด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของตนเอง ($\bar{X} = 3.84$, $SD = 0.73$) ตามลำดับ และพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า วัยรุ่นมีพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับดีทุกข้อเช่นกัน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดั้งเดิมกับพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น พบว่า ปัจจัยภายในได้แก่ ความเชื่อในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพและความตั้งใจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเรียงลำดับความสัมพันธ์จากมากไปน้อย ดังนี้ ความตั้งใจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ ($r = 0.57$) การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ ($r = 0.53$) และความเชื่อในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ ($r = 0.03$) และปัจจัยภายนอก คือ แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ .53 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น

4. ปัจจัยร่วมทำนายพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพโดยภาพรวม พบว่า ความตั้งใจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพสามารถทำนายพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพได้ร้อยละ 43.5 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยที่ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ สามารถทำนายพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ ได้ร้อยละ 57.2 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และตัวแปรการรับรู้ความสามารถตอนตนของในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ สามารถทำนายพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ ได้ร้อยละ 59.4 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรความเชื่อในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพต่อพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพไม่มีอำนาจในการทำนายพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น

การอภิปรายผล

1. ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น

1.1 ความเชื่อในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น แสดงว่า ถ้าวัยรุ่นตอนต้นมีความเชื่อในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพมาก ก็จะมีพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพมาก ด้วยว่าความเชื่อ คือการรับประทานผัก ผลไม้ เป็นประจำช่วยป้องกันห้องผูก และการขาดวิตามินที่ร่างกายต้องการ และรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงจากพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ คือการดูบประทานอาหารมื้อเช้า ทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร และความเจ็บป่วยได้ ซึ่งสิ่งกระตุนที่ช่วยให้ปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพได้คือ เพื่อนสนิทหรือคนใกล้ชิดที่เคยแนะนำข้อดีของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ทำให้เข้าใจและมีความรู้สึกอย่างปฏิบัติมากขึ้น¹⁴



นอกจากนั้นการที่บุคคลปักใจยึดถือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติ และสร้างพฤติกรรมตรงตามความเชื่อในนั้น ๆ ความเชื่อจะฝังแน่นอยู่ในจิตใจ และมีบทบาทสำคัญในการวางแผนแห่งพฤติกรรม และความเชื่ออย่างจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมตามสิ่งที่ตนเชื่อ ทั้ง ๆ ที่บางครั้งความเชื่อนั้นอาจไม่อุบัติพื้นฐานความเป็นจริงก็ตาม กล่าวว่า สิ่งซึ่งนำให้เกิดการปฏิบัติขึ้นอีก และนำมาเป็นรูปแบบ การอธิบายพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ โดยจะยึดเรื่องความเชื่อเป็นหลักการที่บุคคลได้บุคคลหนึ่งจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค¹⁵

1.2 การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภค เพื่อสุขภาพของวัยรุ่น แสดงว่าถ้าวัยรุ่นตอนต้นมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพมาก ก็จะมีพลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรม บริโภคเพื่อสุขภาพมาก โดยวัยรุ่นมีการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลเสียต่อร่างกาย คือการผ่อนคลายอารมณ์ด้วยการออกกำลังกายแทนการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือเลือกรับประทานผลไม้สดแทนผลไม้หมักดอง และรับประทานอาหารที่มีปริมาณที่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย¹⁶ นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในความสามารถมีผลกระทบต่อการกระทำโดยตรง และมีอิทธิพลต่อความตั้งใจด้วย

1.3 ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น และงว่าถ้าวัยรุ่นตอนต้นมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพมาก พลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพมาก โดยวัยรุ่นมีสุนทรีย์ในการบริโภคอาหาร เช่น ล้างผักและผลไม้ให้สะอาดก่อนรับประทานทุกครั้ง และล้างมือทุกครั้งก่อน และหลังรับประทานอาหาร ซึ่งวัยรุ่นมีความตั้งใจในการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย คือตั้งใจจะรับประทานไข่ 3-4 ฟองต่อสัปดาห์ รับประทานผักและผลไม้สดทุกเมือง และดื่มน้ำอย่างน้อย

วันละ 1-2 กล่อง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าความตั้งใจ เป็นการแสดงความมุ่งมั่นของบุคคลที่จะกระทำหรือไม่กระทำการตามนั้นในอนาคต และเป็นปัจจัยการจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความตั้งใจจะเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลได้ทุ่มเทความพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำการตามนั้น^{14,15,17}

1.4 แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภค เพื่อสุขภาพของวัยรุ่น แสดงว่าถ้าวัยรุ่นตอนต้นมีแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพดี พลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพดี โดยวัยรุ่นมีแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ คนใกล้ชิดมีการจัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ และปลอดภัยต่อสุขภาพ และเคยแนะนำอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากส่วนใหญ่วัยรุ่นจะพักอาศัยอยู่กับบิดามารดา และแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือได้รับข้อมูลจากคนใกล้ชิด และการโฆษณาอาหารเพื่อสุขภาพ โรคที่เกิดจากการบริโภคไม่ถูกต้องทางโทรศัพท์ทุกวัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรัก ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน ลิ่งของ การให้ข้อมูล ข่าวสาร ตลอดจนข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมิน^{18,19}

2. ปัจจัยคัดสรรษสามารถร่วมทำนายพลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ ของวัยรุ่น พบว่า ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถ สามารถร่วมทำนายพลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น ได้ร้อยละ 59.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายพลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ ได้ร้อยละ 43.5 ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแปร



ที่ 2 และสามารถเพิ่มความสามารถในการอธิบายพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพได้ร้อยละ 13.5 ทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้น แต่ในคราวนี้ ได้ร้อยละ 57.2 และตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพสามารถร่วมทำงานพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น ได้ร้อยละ 5.2 และตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแปรที่ 3 และสามารถเพิ่มความสามารถในการอธิบายพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น ได้ร้อยละ 2.1 ทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ สามารถร่วมทำงานพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น ได้ร้อยละ 59.4

จะเห็นได้ว่าความตั้งใจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพสามารถร่วมทำงานพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่นได้ ส่วนความเชื่อในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพต่อพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพไม่มีอำนาจในการทำงานพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่นได้ อาจเนื่องจากตัวแปรมีความสัมพันธ์กับพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพในระดับต่ำ^{20,21,22} ซึ่งทำให้ไม่สามารถทำงานพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพได้ เพราะตัวแปรทำงานและตัวแปรเกณฑ์ต้องมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง มิฉะนั้นจะส่งผลต่อค่าสัมประสิทธิ์ให้สัมพันธ์การพยากรณ์

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของความเชื่อ การรับรู้ความสามารถตัดสินใจ แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ

แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ ใน การประเมินและส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

2. พยาบาลควรจัดให้มีการส่งเสริมความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อให้วัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนมีพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ เพื่อป้องกันปัญหาภาวะโภชนาการในวัยรุ่นตอนต้น

3. พยาบาลเด็กที่มีบทบาทในการดูแลวัยรุ่น ควรจัดโปรแกรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพให้กับเด็กและผู้ปกครองซึ่งสามารถช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจากปัญหาภาวะโภชนาการที่จะตามมาได้

4. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมที่เสริมสร้างความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถตัดสินใจ และแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ ต่อพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพในวัยรุ่นตอนต้นต่อไป

5. ควรจัดทำ หรือพัฒนาเครื่องมือ รูปแบบ การสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพ จากการรับรู้พลังอำนาจในการปฏิบัติพุทธิกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพของวัยรุ่น เพื่อเฝ้าระวังปัญหาภาวะโภชนาการในวัยรุ่นต่อไป

Reference

1. Department of Health, Ministry of Public Health. Healthy Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2006.
2. Office of the National Economic and Social Development Board. Sustainable Development Indicators. Bangkok; 2004.
3. Likitmaskul S. Childhood Obesity in Thailand. Clinic: Journal of Clinical Practice and Use Drug 2002; 18(12): 1009-1017.
4. Wongtong O. Family Nutrition. Bangkok: Kasetsart University; 2003.



5. Mahachoklertwattana P, et al. Health Care Strategy and Health Promotion “Teen”. Bangkok: Chaicharoencom; 2004.
6. Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. Reference standards, Body weight – in infancy and childhood – charts, Growth – physiology, Growth – in infancy and childhood – charts, Health of Special Groups, Thailand. Nonthaburi: Printing Federation of Agricultural Cooperatives of Thailand; 2000.
7. Gibson C.H. A study of empowerment in mothers of chronically ill children. Unpublished doctoral dissertation. Boston: Boston College, 1993.
8. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.
9. Department of Health, Ministry of Public Health. Over-nutrition Control and Prevent Manual among students. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2001.
10. Suthutvoravut U. Nutrition and Exercise. In Suwanna Reangkanjanaseart, Dungrurdee Wattanasirichaigoon and Kanchana Tangnararat-akit (Editor). Pediatric Advanced Practice 3: From Treatment to Health Promotion. Bangkok: Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital; 2001.
11. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
12. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. Medical Care 1975; 13(1): 3-24.
13. House JS. Work Stress and Social Support. MA: Addison-Wesley, Reading; 1981.
14. Vongpitakroj R. The Relationship Between Health Belief, Social Support And HIV Pregnant Womens Practical Behavior: A Case Study In Nakorn Pathom Hospital. (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 2000.
15. Nakprecha P. Selected Factors Relating to Weight Control Behaviors of Adolescents in Saraburi Municipality. (Thesis). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2005.
16. Sookkho A. Effect of Health Promotion Program on Food Consumption Behavior and Physical Activit Modification of Overweight Middle Age Women Living Near Khon Kaen Municipality City Area, Khon Kaen Province. (Thesis). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2003.
17. Tanmukayakul A. Power with Empowerment in Nursing. Nursing journal 1997; 24(1): 1-9.
18. Chuebang W. Attitudes Subjective Norms and Intentions to Perform Healthy Dietary Behaviors among Female Aldolescents. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2002.
19. Paipayob T. Relationships Between Selected Factors and Stress Management Behavior of Lower Secondary Students. Bangkok (Thailand): Chulalongkorn University; 2005.
20. Deenan A, et al. Acomparative study of exercise behaviors, eating behaviors, serum lipid, and body mass index of Thai Adolescents. Chonburi: Faculty of Nursing Burapha University; 2000.
21. Nadee S, Teeranute A, Boonsawat W. The Effect of Empowerment Program on Fatigue symptom in The Elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(4): 69-78.
22. Daenseekaew S, Thongkrajai E, Saenson D, Boonpaung P, Reungsuksud P. Development of Health Promotion System for Primary School Student in Remote Communities along Thailand and Loas PDR Border. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2012; 30(1): 5-14.



The Relationship between Selected Factors and the Power in Practicing of the Consumption Behaviors for Health and Nutritional Status of Youth in Secondary School Ampur Maung, Khon Kaen province*

Saranya Plengkratoke M.N.S.**

Sauwamas Theunnadee PhD***

Abstract

This study aims to describe nutritional status and power in practices on healthy eating behaviors in youth, relationship between selected factors, power in practices on healthy eating behaviors in youth and examine predictor of practices on healthy eating behaviors in youth secondary school, Khon Kaen province two hundred twelve school children attending at school in Khon Kaen province were randomly selected. The study was conducted during June – July, 2010. Data was collected by using the questionnaires developed by the researcher, to assess belief in practices on healthy eating behaviors, perceived self – efficacy in practices on healthy eating behaviors, intentions to perform in practices on healthy eating behaviors, social support in practices on healthy eating behaviors and power in practices on healthy eating behaviors. Content validity for all questionnaires was established by a panel of experts. Cronbach's alpha coefficients of the instruments were .56, .88, .84, .84 and .82 respectively. Analyzing data by calculating means, standard deviation, percentages, Pearson's product moment correlation coefficient, and the stepwise multiple regression analysis.

The results are as following: 1) The youth in secondary school, Khon Kaen province was 50.94 % of the undernutrition. 2) The youth in secondary school, Khon Kaen province had power in practices on healthy eating behaviors was at the good level and mean score .97. 3) There were positivity statistical correlations between prior related belief, perceived self – efficacy, intention to perform in practices on healthy eating behaviors and social support in practices on healthy eating behaviors in youth in secondary school, Khon Kaen province and power in practices on healthy eating behaviors at the level of .01 ($r = .31, .53, .57$ and $.53$, respectively) 4) Prior related intention to perform, social support and perceived self – efficacy in practices on healthy eating behaviors were the variables that significantly predicted power in practices on healthy eating behaviors youth in secondary school, Khon Kaen province at the level of .05. The predicted power was 59.40 % of the variance. 5) Based on these findings, the researcher suggested that, to promote the youth power in practices on healthy eating behaviors, health care providers, family, teacher and your friend should pay more attention on enhancing their belief in practices on healthy eating behaviors and also supporting their significant persons of power in practices on healthy eating behaviors and good nutritional status.

Keywords: selected factors, power in practicing, consumption behaviors for health, nutritional status, youth

* Thesis of Master of Nursing Science, Child Health Nursing, Khon Kaen University

** Student of Master of Nursing Science, Child Health Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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



การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ญูณี คงทรัพย์ พย.ม.*

นงลักษณ์ เมธากัญจนศักดิ์ PhD**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกรุงเทพ จังหวัดขอนแก่นจำนวน 25 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสัมภ์เสมอ 11 คนและกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายจำนวน 14 คน ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เก็บข้อมูล ระหว่างเดือน มกราคม- กุมภาพันธ์ 2555 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสรุปผลการศึกษาดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า ความคิดหลักที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่มีการออกกำลังกายต่อเนื่องมี 2 แนวคิดหลัก คือ กระบวนการคิดรู้ และการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย กระบวนการคิดรู้ มีผลต่อการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย โดย 1) กระบวนการคิดรู้ ประกอบด้วย 1.1) การให้ความหมายของโรคเบาหวาน 1.2) การให้ความหมายการออกกำลังกาย 1.3) การให้ความหมายของการมีชีวิต 2) การพัฒนาเป็นทักษะวิธีการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 4 แนวคิดย่อย ได้แก่ 2.1) การค้นหาหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการออกกำลังกาย 2.2) การพัฒนาทักษะเฉพาะเพื่อการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง 2.3) การควบคุมกำกับตนเอง และ 2.4) การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย มีกระบวนการคิดรู้ที่แตกต่างจากกลุ่มที่ออกกำลังกายเป็นประจำ แต่มี 2 แนวคิดหลักเช่นกัน คือ กระบวนการคิดรู้ และการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย โดย 1) กระบวนการคิดรู้ ประกอบด้วย 1.1) การให้ความหมายของโรคเบาหวาน 1.2) การให้ความหมายการออกกำลังกาย ในส่วนของการพัฒนาเป็นทักษะวิธีการจัดการตนเองในกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายอย่างสัมภ์เสมอ ประกอบด้วย 2 แนวคิดย่อย ได้แก่ 1) ไม่มีรูปแบบวิธีการออกกำลังกายที่ชัดเจน และ 2) ไม่สามารถเข้าใจในกระบวนการคิดรู้ ที่ชัดขึ้นของการออกกำลังกายได้ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพจึงควรตระหนักรและทำความเข้าใจในกระบวนการคิดรู้ ของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละคน ความมีการส่งเสริมกระบวนการคิดรู้ของผู้ป่วยให้ถูกต้องจนทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนสามารถพัฒนาทักษะวิธีการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับตนเองได้

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การออกกำลังกาย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานถือว่าเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในโรคต่อมไร้ท่อ จัดเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ

คาดการณ์ว่าคนป่วยด้วยโรคเบาหวานจะเพิ่มมากขึ้นจาก 177 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 เป็น 300 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568¹ และที่พบปัญหานี้มากที่สุดคือ ทวีปเอเชีย สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ. 2551 พบร่วมผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 534,098 คน คิดเป็นอัตราการป่วย 844.90 ต่อแสนประชากร² ปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคเบาหวาน คือ

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



เมื่อมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัย ควรได้รับการรักษาด้วยการควบคุมอาหาร ร่วมกับการออกกำลังกาย ก่อนที่จะเริ่มใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดยกเว้นในรายที่มีระดับน้ำตาลขณะดื่มหาารมากกว่า 250 มก./dl. สามารถใช้ยาร่วมกับการควบคุมอาหารไปพร้อมกัน³ ด้านการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเบาหวาน และการมาตรวัดตามนัด⁴ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นเกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยทั้งสิ้น เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติกรรมบางอย่าง จากที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม หรือเพิ่มการปฏิบัติกรรมในสิ่งที่ไม่เคยปฏิบัติตามก่อน ให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันบางรายการต้องพยายามปรับเปลี่ยนอย่างมาก แต่ไม่สามารถปรับให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของตนเองได้สั่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้⁵ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกรรณวน มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการในคลินิกเบาหวาน เพิ่มขึ้นทุกปี เฉลี่ยประมาณ 1,200 รายต่อเดือน และส่วนใหญ่ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ในเดือน สิงหาคม 2553 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 130 มก./dl. สูงถึง 730 รายคิดเป็นร้อยละ 60.83

จากการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนร่วมกับการวัดความรู้และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกรรณวน ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 20 คน เพศหญิง 10 คน และเพศชาย 10 คน ผู้ป่วยเบาหวาน มีอายุระหว่าง 40-55 ปี (เฉลี่ย 48.75 ปี) มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 5-15 ปี (เฉลี่ย 8.2 ปี) เมื่อวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและวิธีการปฏิบัติตัวพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและวิธีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากการสรุปข้อมูลเบื้องต้น พบว่าพุทธิกรรมด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการมาตรวัดตามนัดผู้ป่วยสามารถออกและปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องพร้อมทั้งมีเกลี้ยงครอยให้

ดำเนินการรื่นยาเบาหวานเป็นอย่างดี ส่วนพุทธิกรรมที่เป็นปัญหาอย่างเห็นได้ชัดคือพุทธิกรรมด้านการออกกำลังกาย ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปรับพุทธิกรรมการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับแผนการรักษาได้โดยผู้ป่วยคิดว่าตนรับประทานยาอย่างถูกต้องและควบคุมอาหารก็จะเพียงพอแล้วและไม่มีเวลา คิดว่าการทำงานบ้านคือการออกกำลังกาย จากการศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ออกกำลังกาย เช่น ไม่มีเวลา ปวดข้อ ปวดหลัง ไม่มีแรง และไม่ชอบออกกำลังกาย เป็นต้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะคิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้วและยังไม่เข้าใจถึงผลของการออกกำลังกายในการรักษาโรคเบาหวาน จะเห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานยังคงมีปัญหาในการจัดการตนเองเรื่องการออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายมีหลายประเภท ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีความรู้ความเข้าใจเพื่อที่จะตัดสินใจเลือกชนิดการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเอง⁶ และจากการบททวนวรรณกรรม พบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นโปรแกรมสุขศึกษาด้านการการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย แต่ถึงแม้จะมีโปรแกรมสุขศึกษาด้านอาหารและการออกกำลังกาย แต่ในสภาพปัจจุบันก็ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากยังคงไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อที่จะได้ให้การดูแลผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความเข้าใจของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานตามมุมมองของผู้ป่วยเอง ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงบรรยายนี้ (Descriptive qualitative study) โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระปูชนีย์ จังหวัดขอนแก่น ทั้งเพศชาย และหญิง มีอายุระหว่าง 35 - 55 ปี เลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเฉพาะ เพื่อให้ได้ความครอบคลุมของการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย และได้ผู้ป่วย 2 กลุ่มคือกลุ่มผู้ป่วยที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอซึ่งหมายถึง การออกกำลังกายนาน 50 นาที/ครั้ง ขึ้นไป เป็นเวลา 4 ครั้ง/สัปดาห์ และมีพฤติกรรมนี้นานกว่า 6 เดือน และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอระยะเวลาไม่ถึง 45 นาที/ครั้ง น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่การเจ็บป่วย อาชีพ ศาสนา ประเพณีของยาที่ใช้ในการรักษา และระดับน้ำตาลในเลือด 3 เดือน ย้อนหลัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการบททวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองเกี่ยวกับเบาหวานของผู้ป่วย แนวคิดการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แนวคิดดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาความเหมาะสมสมโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 2 ท่าน พยาบาลประจำการผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 1 ท่าน และเทพบันทึกเสียง เพื่อบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมุขย์เลขที่ HE 542279 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อหาบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจนและตรงตามประสบการณ์จริงที่เป็นอยู่ได้ผู้ป่วยทั้งหมด 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ออกกำลังกาย 11 คน กลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย 14 คน เก็บข้อมูล

ระหว่างเดือน มกราคม 2555 – กุมภาพันธ์ 2555 ผู้วิจัยนัดผู้ให้ข้อมูลเพื่อสัมภาษณ์แต่ละราย ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ตามวันเวลาและสถานที่ที่นัดหมาย ซึ่งสถานที่ในการสัมภาษณ์ คือบ้านผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน โดยใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60 - 90 นาที ต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณหาค่าความถี่ สถิติร้อยละ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา⁷ โดยถอดเทปข้อมูลแบบคำต่อคำ อ่านบททวนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหา นำข้อความหรือประโยคที่ได้มาตีความหรือให้ความหมาย ถัดประยุกต์ที่เกี่ยวกับการจัดการตนเองอภิมาให้ชัดเจน มีการกำหนดรหัสเพื่อแสดงแหล่งที่มาของข้อมูลและจัดหมวดหมู่ของข้อความ นำเสนอผลการวิจัย โดยการบรรยายพร้อมยกตัวอย่างคำพูดของกลุ่มตัวอย่างประกอบ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยกลุ่มที่ออกกำลังกายต่อเนื่องสม่ำเสมอ จำนวน 11 คน เป็นหญิง ร้อยละ 72.7 ชาย ร้อยละ 27.3 มีอายุระหว่าง 46-55 ปี ร้อยละ 81.8 อายุเฉลี่ย 51.36 ปี ($SD = 4.29$) สถานภาพสมรส ร้อยละ 81.8 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 54.6 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.6 ระยะเวลาเป็นเบาหวาน 0-5 ปี ร้อยละ 45.5 เฉลี่ยระยะเวลาที่เป็น 10.55 ปี ($SD = 5.3$) การรักษาในปัจจุบัน ด้วยยารับประทาน ร้อยละ 90.9 ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) 100-150 mg/dl ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 147.55 mg/dl ($SD=33.48$) ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย จำนวน 14 คน เป็นหญิง ร้อยละ 64.3 ชาย ร้อยละ 35.7 มีอายุระหว่าง 46-55 ปี ร้อยละ 71.4 อายุเฉลี่ย 50.14 ปี ($SD = 4.16$) สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.4 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 71.4 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.1 ระยะเวลาเป็นเบาหวาน 0-5 ปี ร้อยละ 57.1 เฉลี่ยระยะเวลาที่เป็น 10.36 ปี ($SD = 3.27$) การรักษาในปัจจุบัน ด้วยยารับประทาน ร้อยละ 64.3 ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) 151-200 mg/dl และ 201-250 mg/dl เท่ากัน ร้อยละ 35.7 ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 215.21 mg/dl ($SD=38.92$)



2. การจัดการต้นทางด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.1 การจัดการต้นทางด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ออกกำลังกายต่อเนื่องสม่ำเสมอ ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 11 ราย พนวจ การจัดการต้นทางด้านการออกกำลังกายขึ้นอยู่กับแนวความคิด 1) กระบวนการคิดรู้ องค์ประกอบของแนวความคิด ได้แก่ 1.1) การให้ความหมายของโรคเบาหวาน โดยโรคเบาหวานที่เป็นไม่รุนแรง และอยู่ระยะเริ่มต้น โรคเบาหวานที่เป็นเริ่มมีความรุนแรงและอาจควบคุมได้ยาก 1.2) การให้ความหมายของการออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายเป็นเหมือนยา维เตชหรือยาครอบจักรวาล ยาร้อยแปด การออกกำลังกายเป็นเหมือนการสร้างพลังชีวิต 1.3) การให้ความหมายของชีวิตและสุขภาพ โดยต้องอยู่อย่างสุขภาพดี เพื่อคนที่เรารัก สุขภาพดีไม่มีข้อจำกัดได้ต้องทำเอง 2) การพัฒนาทักษะวิธีการจัดการต้นทาง องค์ประกอบของแนวความคิด ได้แก่ 2.1) การค้นหาหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการออกกำลังกาย โดยการใช้ข้อมูลที่ได้รับจากทีมสุขภาพ การค้นหาข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ 2.2) การพัฒนาทักษะเฉพาะเพื่อการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง โดยค่อยๆ ทำเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำท่าทางโดยกรรม การจัดการอุปสรรคที่ขัดขวางการออกกำลังกาย และการผสมผสานให้เป็นล่วงหนึ่งของวิถีชีวิต 2.3) การควบคุมกำกับตนเอง โดยการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน และความมีวินัยและความพยายาม 2.4) ประสบการณ์เกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สอดคล้องกับการแพทย์ และสุขภาพดีขึ้น

2.2 การจัดการต้นทางด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายภายหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 14 ราย พนวจ การจัดการต้นทางด้านการออกกำลังกายขึ้นอยู่กับแนวความคิด 1) กระบวนการคิดรู้ องค์ประกอบของแนวความคิด ได้แก่ 1.1) ความหมายของโรคเบาหวาน โดยเบาหวานเป็นโรคที่ใครๆ ก็เป็น และเบาหวานเป็นโรคที่ต้องรักษาด้วยยา 1.2) การให้ความหมายของการออกกำลังกาย โดยการทำกิจวัตรประจำวันเปรียบเหมือน

การออกกำลังกาย และการออกกำลังกายไม่ได้ช่วยอะไร

2) วิธีการจัดการต้นทาง ด้านการออกกำลังกาย องค์ประกอบของแนวความคิด ได้แก่ 2.1) ไม่มีรูปแบบ วิธีการออกกำลังกายที่ชัดเจน โดยไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนในการออกกำลังกาย และไม่ได้กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการออกกำลังกาย 2.2) ไม่สามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ที่ขัดขวางการออกกำลังกายได้ โดยขาดความตั้งใจจริง ชี้เกี้ยว ไม่มีเวลา ภาวะสุขภาพไม่ดี และขาดระบบสนับสนุน

การอภิปรายผล

1. การจัดการต้นทางด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1.1 ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ พนวจ การจัดการต้นทางด้านการออกกำลังกายขึ้นอยู่กับแนวความคิดหลัก 2 องค์ประกอบ คือ กระบวนการคิดรู้ กลไกการคิดรู้สามารถจัดได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) การให้ความหมายของโรคเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ มีการให้ความหมายของโรคเบาหวานใน 2 ลักษณะ คือ โรคเบาหวานที่เป็นไม่รุนแรงและอยู่ระยะเริ่มต้น และ ความหมายของโรคเบาหวานขณะที่โรคเบาหวานเริ่มมีความรุนแรงและอาจควบคุมได้ยากโดยความหมายของโรคเบาหวานที่เป็นไม่รุนแรงและอยู่ระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่า โรคเบาหวานสามารถควบคุมได้โดยการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไวยรรณธนาณัย และคณะ⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 65 มีความเชื่อว่าโรคเบาหวานจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเองมากกว่าแพทย์ และสอดคล้องกับ สิริลักษณ์ สุทธัตันกุล⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าโรคเบาหวานสามารถควบคุมการดำเนินโรคได้จะมีพฤติกรรมการจัดการต้นทางดีกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าโรคเบาหวานไม่สามารถรักษาหรือควบคุมการดำเนินโรคได้ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบบดูรา¹⁰ ที่ว่า การรับรู้ความสามารถต้นทางเป็นความเชื่อหรือการรับรู้ การตัดสินพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะกระทำการตอบสนองบางอย่างโดยเฉพาะ และการรับรู้ความสามารถต้นทางมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ



ส่วนความหมายของโรคเบาหวานขณะที่โรคเบาหวานของตนมีความรุนแรงและอาจจะควบคุมได้ยากผู้ป่วยคิดว่าโรคเบาหวานของตนมีความรุนแรงมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างต้องเปลี่ยนจากยารับประทานเป็นยาฉีดแทน จึงทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากที่ไม่ออกรักษาอยู่กับลับมาออกรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosen stock¹¹ กล่าวไว้ว่า บุคคลเมื่อมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะเป็นผลทำให้บุคคลนั้น เอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัย และหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล ฤทธิมนตรี¹² ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี ดังนั้น การที่บุคคลจะออกรักษาหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งจะต้องมีความเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรค ถ้าออกรักษาแล้วโอกาสเป็นโรคน้อยลง บุคคลนั้นก็จะออกรักษาได้

ความหมายของการออกรักษา ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ได้ให้ความหมายของการออกรักษา ว่า การออกรักษาเปรียบเหมือนยา维เชช ยาครอบจักรวาล และยาเรียวัยแพด ถือว่าผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ได้ให้ความสำคัญกับการออกรักษาว่ามีประโยชน์มากเหมือนเป็นยาช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ และการออกรักษาเป็นเหมือนการสร้างพลังชีวิตซึ่งการที่ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ให้ความหมายของการออกรักษาในลักษณะว่า มีประโยชน์กับตนเองมากนั้นแสดงให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มีการรับรู้ประโยชน์ของการออกรักษา ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้จึงมีพฤติกรรมการออกรักษาที่ต่อเนื่องและเหมาะสมได้

การให้ความหมายของชีวิตและสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ได้ให้ความหมายของชีวิตและสุขภาพ ว่า ต้องอยู่อย่างสุขภาพดีเพื่อคนที่เรารัก และมีความคิดว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ตนปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ ต่อสุขภาพของตนดังคำกล่าวที่ว่าสุขภาพดีไม่มีขัยถ้าอยากรู้ได้ต้องทำเอง จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้เกิดการพัฒนาการออกรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

1.2 การพัฒนาทักษะวิธีการจัดการตนเอง เป็น 4 กลุ่ม

1) การค้นหาหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการออกกำลังกาย ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มีการค้นหาหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการออกกำลังกายทั้งจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานอื่น ๆ มีการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมจากสื่อต่าง ๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจ การออกแบบ กิจกรรมของตนเองในด้านการออกกำลังกาย จากผลการวิจัยของขวัญใจ ต้นติวัฒนาเสถียร¹³ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2) การพัฒนาทักษะเฉพาะเพื่อการออกรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการออกรักษา ได้แก่ ค่อยๆ ทำเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำหลากหลายกิจกรรม ทำจนถูกใจเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Methakanjanasak¹⁴ ที่พบว่าการจัดการตนเองเป็นหน้าที่ประกอบด้วยทักษะการจัดการ 4 รูปแบบคือ 1) การเฝ้าระวังตนเอง 2) การมีทักษะหรือกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง เพื่อควบคุมการดำเนินของโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3) การค้นหาคำแนะนำในการปรับเปลี่ยน วิถีการดำเนินชีวิต และ 4) การปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือกิจกรรมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของโรคและการรักษา

3) การควบคุมกำกับตนเอง ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มีการควบคุมกำกับตนเองให้มีการออกรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับ การศึกษาของ นพวรรณ ภัทรงค์¹⁵ ที่พบว่า ถ้าผู้สูงอายุมีการควบคุมตนเองได้ก็จะออกรักษาได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่ถ้าควบคุมตนเองไม่ได้ก็จะออกรักษาได้ไม่เพียงพอ

4) ประสบการณ์เกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มีความคาดหวังในผลลัพธ์ทางสุขภาพเปลี่ยนแปลง มีสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ ภัทรงค์¹⁵ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่คาดหวังผลดีของการออกรักษาอย่างน้อย ก็จะออกรักษาอย่างน้อยหรือไม่ออกรักษาด้วย



1.2 ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ไม่ออกรกำลังกาย พบร่วมกับการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายขึ้นอยู่กับแนวความคิดหลัก 2 องค์ประกอบคือกระบวนการคิดรู้ และวิธีการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ดังนี้

1.2.1 กระบวนการคิดรู้ กลไกการคิดรู้ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ไม่ออกรกำลังกายสามารถจัดได้เป็น 2 กลุ่มคือ 1) การให้ความหมายของโรคเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้คิดว่าโรคเบาหวานไม่มีผลกระทบต่อชีวิต รับประทานยาและควบคุมอาหารก็พอแล้ว และเบาหวานเป็นโรคที่ต้องรักษาด้วยยา อาจกล่าวได้ว่าเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โรเซนสต็อก¹⁶ ได้อธิบายแนวคิด ว่าการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อว่าตนเองเป็นบุคคลที่อาจเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น และเมื่อเกิดโรคขึ้นโรคนั้นจะมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันและการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา 2) การให้ความหมายของการออกกำลังกาย ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ให้ความหมายของการออกกำลังกายว่าการออกกำลังกายเป็นลักษณะการมีกิจกรรมทางกายโดยการทำางานบ้าน ทำงาน ทำไร่ ถือเป็นการออกกำลังกายทั้งหมด ซึ่งถือเป็นการให้ความหมายของการออกกำลังกาย ที่ไม่ถูกต้อง ถือได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้องจึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย

1.2.2 วิธีการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ ไม่พบว่ามีการพัฒนาวิธีการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ให้กลายเป็นทักษะได้ แต่พบว่ามีปัญหาการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย 2 กลุ่ม คือ 1) ไม่มีรูปแบบวิธีการออกกำลังกายที่ชัดเจน ไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่แน่นอน และไม่ได้กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการออกกำลังกาย ซึ่งการไม่กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการออกกำลังกาย ทำให้การออกกำลังกายนั้นไม่เพียงพอ จึงไม่ทำให้เกิดผลดีที่ชัดเจน ต่อร่างกาย 2) ไม่สามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆที่ชัดข้างหน้าในการออกกำลังกาย และมีอุปสรรคที่ค่อยขัดขวาง

การออกกำลังกายหลายอย่าง ได้แก่ ขาดความตั้งใจจริง ชี้เกียจ ไม่มีเวลา สอดคล้องกับงานวิจัยของพวรรณ ภัทรวงศ์¹⁵ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายส่วนใหญ่มีความตั้งใจระดับสูงมากที่สุด แสดงว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายต้องมีความตั้งใจจริงจะสามารถมีพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ สุขภาพไม่ดี เช่น ปวดขา ปวดเข่า แก้เหลวภาวะสุขภาพไม่ดีถือเป็นข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่สำคัญ ซึ่งจากการศึกษาของ Deshande, Baker, Lovegreen & Brownson¹⁸ พบว่า ข้อจำกัดทางด้านร่างกายนี้เป็นอุปสรรคที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานขาดการออกกำลังกายเป็นไปตามแนวคิดของโอลเริม¹⁹ ที่ว่า ภาวะที่ร่างกายมีปัญหาจากความเสื่อมตามพัฒนาการของวัยสูงอายุ หรือการมีโรคประจำตัว หรือมีความเจ็บป่วย ย่อมทำให้การทำหน้าที่ของร่างกาย มีความจำกัด นอกจากนั้นยังขาดระบบสนับสนุน แขก เช่น และพิษภายนอก²⁰ กล่าวว่า สาเหตุที่ทำให้บุคคลไม่ค่อยมีการออกกำลังกายส่วนใหญ่เกิดจาก การมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการออกกำลังกาย ขาดแรงผลักดันทางสังคมขาดแรงสนับสนุนทางสังคม และขาดแรงจูงใจ^{21,22}

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มนี้มีการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายที่แตกต่างกันในด้านกระบวนการคิดรู้และการพัฒนาทักษะวิธีการจัดการตนเอง ถ้าผู้ป่วยมีกระบวนการคิดรู้ในด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะวิธีการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพจึงควรตระหนักร่วมกับความเข้าใจในกระบวนการคิดรู้ของผู้ป่วยเบ้าหวานแต่ละคน ควรมีการส่งเสริมกระบวนการคิดรู้ของผู้ป่วยให้ถูกต้อง จนทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนสามารถพัฒนาทักษะวิธีการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในด้านส่งเสริมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนและสามารถนำข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษา



วิจัยเพื่อการพัฒนาต่อเป็นโปรแกรมการจัดการตนเอง การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะทำให้ ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสมสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของ ผู้ป่วยแต่ละคน

เอกสารอ้างอิง

1. Word Health Organization (WHO). Diabetes mellitus. [2006] Retrieved May 25, 2006, from <http://www.who.int/diabetes/goal/en/index.html>
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2551. นนทบุรี. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
3. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2007: Supplement 1. Printed in USA; The Jackson-Gaeta Group, Inc; 2006.
4. ราชบัณฑิตยสถาน. หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน 2550; 6(3): 78-93.
5. ภาวนा กีรติยุตวงศ์. การยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : มโน madical สำหรับการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ชลบุรี. พี เพลส จำกัด; 2544.
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โรคเบาหวาน. ค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2551, จาก <http://www.Moph.go.th>
7. สภากาชาด จันทนนิช. การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
8. ไวยรัตน์ ธนะมัย และคณะ. การสำรวจความเชื่อเรื่อง โรคเบาหวานในประชากรไทย 4 ภาค. วารสารกรรมการแพทย์ 2547; 29 (4): 206-215.
9. สิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. (วิทยานิพนธ์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
10. Bandura, A. Self-Efficacy the exercise control. New York: W.H. Freeman company; 1997.
11. Rosenstock, I.M. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Health Education Monographs 1974; 2 (4): 330-335.
12. สุวิมล ฤทธิมันตรี. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
13. ชวัญใจ ตันติวัฒนาเสถียร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย คัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายงาน ของผู้สูงอายุในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2534.
14. Methakanjanasak N. Self-management of End-stage Renal Disease Patients Receiving Hemodialysis. (Thesis). Chiang Mai University; 2005.
15. นพวรรณ กัทวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การไม่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ; มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
16. Rosenstock IM. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Health Education Monographs 1974; 2 (4): 330-335.
17. Weangnon S, Nantsupawat W, Hornboontherm P. Effects of Self-management Program on Behaviors for Controlling Disease and Hemoglobin A1c Level in Patients with Diabetes Mellitus Type 2. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2010; 28 (4): 5-14.
18. เอ็อมเดือน ทองจำ. การเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่ง เสิร์ฟการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ มีภาวะซึมเศร้าโรงยาบาลศรีบูญเรือง. (รายงานการ ศึกษาอิสระ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
19. Orem, D. Nursing: Concept to Practice 2nd ed. New York: Mc Graw -Hill Book Company; 1980.
20. ดวงเดือน พันธุ์โยธี. ความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญ ของสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัด เชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2539.
21. Singyamuang A, Nantsupawat W, Hornboontherm P. Effects of The Development of Self -Care Agency Program on Level of Hemoglobin A1c in Patients with Diabetes Mellitus Type 2. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2010; 28(1): 56-63.
22. Chinsom J, Senarak W. Type 2 Diabetes Risk in Middle-Aged Isaan Women: A Case Study of Urban Community. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29 (1): 31-40.



Exercise Self Management among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

Junee Kongsap M.N.S.*

Nonglak Methakanjanasak PhD**

Abstract

The purpose of this descriptive study was to examine exercise self-management in patients with type 2 diabetes mellitus at the diabetes clinic, the Crown Prince Kranaun Hospital, Khon Kaen. Twenty-five participants who met the eligibility criteria were recruited for this study. Group 1 was participants ($n=11$) who had actively and continuously exercise while Group 2 was those ($n=14$) who did not exercise. From January to February, 2012, in-depth interview regarding exercise self- management in patients with type 2 diabetes was performed. The results revealed two major thoughts: cognition and development of exercise self- management. Cognition influenced the development of exercise self- management and it was composed of 1) giving the meaning of diabetes; 2) giving the meaning of exercise; and 3) giving the meaning of life. The development of exercise self- management was composed of 1) seeking and receiving information of diabetes and exercise; 2) developing appropriate skills for exercise self-management; 3) self-control; and 4) evaluation of the health outcome. Group 2 (those not exercising) had cognition different from Group 1 (those actively and continuously exercising) despite similar major thoughts. The cognition of the Group 2 was composed of 1) giving the meaning of diabetes and 2) giving the meaning of exercise. In the group of those not exercising, there was no clear pattern of the exercise and those not exercising could not overcome barrier of the exercise.

Health care staff should realize and try to understand thoughts in individual diabetes patients. Patients should be promoted the right thoughts and be able to develop their own appropriate skills for self-management of the exercise.

Keywords: self-management, type 2 diabetic patients, exercises

* Students of Master of Nursing Science in adult Thesis Nursing in Adult Nursing, Graduate School, Khon Kaen University.

** Assistance Professor, Academic thesis advisor. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Khon Kaen University



การศึกษาอาการเตือนและการจัดการอาการเตือนของพยาบาล ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเฉียบพลันที่เข้ารับ^{*} การรักษาในโรงพยาบาลราชครุฑราชสีมา*

ยุพา แก้วรัมเพชร พย.ม.**

กล้าเพชร โชคบำรุง ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการเตือนก่อนที่จะเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาการเตือนกับการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของไต และวิธีการจัดการอาการเตือนของพยาบาล ศึกษาย้อนหลังจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชครุฑราชสีมา และเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันในโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2553 จำนวน 180 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูล ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสมัพน์เพียร์สันวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาข้อมูลการจัดการอาการเตือนของพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าอาการเตือนที่พบก่อนเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน มี 6 อาการ ได้แก่ มีไข้ หายใจหอบ ระดับการรู้สึกเปลี่ยนแปลง อ่อนเพลีย ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยลดลง และค่าเฉลี่ยปริมาณปัสสาวะลดลง โดยอาการเตือนที่มีความสัมพันธ์อย่างมั่นคงสำคัญทางสถิติกับอัตราการกรองของไตคือปริมาณปัสสาวะเฉลี่ยต่อชั่วโมง ($r = 0.284$, $p = 0.000$) และวิเคราะห์จำแนกการจัดการอาการเตือนของพยาบาล ออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 4 กลุ่ม คือ 1) การให้การบำบัดทางการพยาบาล 2) การให้การรักษาตามแผนการรักษา 3) การรายงานอาการ 4) การติดตาม/เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของอาการ

คำสำคัญ: อาการเตือน ไตวายเฉียบพลัน การจัดการอาการของพยาบาล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะไตวายเฉียบพลันถือได้ว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญไม่น้อยกว่าโรคอื่นๆ ของประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น อุบัติการณ์ของภาวะไตวายเฉียบพลันในประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข มีผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่เป็นผู้ป่วยในทั้งประเทศ(ไม่ว่าจะ กทม.) คิดเป็นอัตราผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2550 – 2552 เป็น 66.86, 83.99 และ 99.65 ต่อแสนประชากรตามลำดับ¹ และสถิติผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่จำหน่ายโดยโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือจำนวนผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 กันยายน ของแต่ละปีในระหว่างปี 2550 – 2554 เป็น 1,530 คน;

1,836 คน; 2,038 คน; 2,418 คน และ 3,068 คน ตามลำดับ (งานสถิติและเวชระเบียน โรงพยาบาลราชครุฑราชสีมา) หากพิจารณาถึงโรคหรือการเจ็บป่วยที่เป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ เช่น โรคติดเชื้อ ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (sepsis) นิ่วในไต โรคหัวใจ โรคของระบบทางเดินหายใจ โรคอื่นๆ ของระบบไหลเวียนเลือด^{2,3,4} รวมทั้งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตได้มาก^{5,6} เป็นต้น การเจ็บป่วยเหล่านี้ล้วนแต่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน¹

การเกิดไตวายเฉียบพลันจะส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสุขภาพโดยรวม กล่าวคือ ต่อของผู้ป่วยจะมีประสิทธิภาพการทำหน้าที่ลดลง ทำให้

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ เนื่องจากไม่สามารถจัดของเสียออกจากร่างกายได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะกรด-ด่างในร่างกาย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ห้าใจเต้นผิดปกติ อาจเกิดอาการชัก 昏迷สติ หรือเสียชีวิตได้^{2,3-9} ในขณะที่เมื่อเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา ซึ่งจะทำให้จำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่าได้^{2,3} และการรักษาภาวะไตวายเฉียบพลันต้องใช้เทคโนโลยีชั้นสูง รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น การล้างไตทางช่องท้องผนับพลัน (Acute Peritoneal Dialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมฉุกเฉิน (Acute Hemodialysis) นอกจากภาวะไตวายเฉียบพลันจะมีอุบัติการณ์สูงแล้ว ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันร่วมด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤต จะมีอัตราการตายสูงกว่าร้อยละ 50^{4,5} และพบว่าร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันจะมีการดำเนินโรคเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง⁶ ดังนั้นการป้องกันการเกิดไตวายเฉียบพลันจึงถือได้ว่าเป็นแนวทางการดูแลที่ดีที่สุด^{2,4,7,10} อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมและการสังเกตการปฏิบัติงาน ก็ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนว่าจะต้องทำอย่างไร

การศึกษาที่สะท้อนถึงการเตือนของการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีน้อยมาก มีการกล่าวถึงอาการแสดงบางอย่างที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนที่จะมีการวินิจฉัยโรคว่าเป็นไตวายเฉียบพลัน โดยอาการแสดงดังกล่าวอยู่ในลักษณะของปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ ดังเช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ การมีปัสสาวะออกน้อย เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมายังไม่สะท้อนให้เห็นว่า อาการแสดงดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของไตอย่างไรบ้าง

การทำความเข้าใจอาการเตือนของการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้ก้าวล่วงสู่การเป็นไตวายเฉียบพลัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยครอบครัว และระบบสุขภาพโดยรวม ดังที่ได้กล่าวถึงข้างต้น โรงพยาบาลเป็นบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการดูแลผู้ป่วย เพราะโรงพยาบาล

เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามจากการสังเกตแฟ้มการรักษาและการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลพบว่า มีการสะท้อนถึงองค์ความรู้ที่เป็นการจัดการอาการเตือนก่อนเกิดไตวายเฉียบพลันของพยาบาลค่อนข้างน้อยหรือแทบจะไม่มีเลย ดังนั้นเพื่อสะท้อนให้เห็นบทบาทของพยาบาล ที่เป็นการจัดการอาการเตือนของภาวะไตวายเฉียบพลันว่าพยาบาลได้ดำเนินการอย่างไรบ้าง จึงควรศึกษาถึงวิธีการจัดการอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันของพยาบาล เพื่อให้เห็นบทบาทของพยาบาลให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอาการเตือนก่อนที่จะเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาการเตือนก่อนเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันกับการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของไต และวิธีการจัดการอาการเตือนของพยาบาลก่อนเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยทำการศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนัก ทุกหอ ผู้ป่วยของโรงพยาบาลหาราชครรภ์มีรา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2553 แฟ้มประวัติที่เลือกมาทำการศึกษาเป็นแฟ้มประวัติที่ต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยยึดการวินิจฉัยโรคของแพทย์ตามคำจำกัดความของการจำแนกและรหัส ICD-10 (International classification of disease: ICD-10)¹¹ คือ ไตวายเฉียบพลัน หมายถึงภาวะที่มีการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็ว โดยพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของ BUN หากกว่า 10 มิลลิกรัมต่อลิตร serum creatinine เพิ่มขึ้นมากกว่า 1 มิลลิกรัมต่อลิตร และมีบันทึกเกี่ยวกับการดูแลรักษา อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สัญญาณชีพ การบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย โดยเฉพาะปริมาณปัสสาวะ ต้องเป็นจำนวนมิลลิลิตร การบันทึกทางการพยาบาล



(nurse note) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนเกิดไต้วยেียบพลันครับถ้วน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรใน การวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเกิดภาวะไต้วยะเยียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชนครราชสีมาระหว่างวันที่ 1 มกราคมถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2553 ผู้วิจัยทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของ Cochran¹² ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 312 คน แต่เมื่อทำการศึกษาแฟ้มประวัติข้อมูลของประชากรพบว่ามีแฟ้มที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษาเพียง 180 แฟ้มเท่านั้น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงมี 180 แฟ้มประวัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกอาการเตือนของภาวะไต้วยะเยียบพลัน 3) แบบบันทึกการจัดการอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดไต้วยะเยียบพลันของพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา ลักษณะของแบบบันทึกเป็นแบบเติมคำ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ในการวิเคราะห์การจัดการอาการเตือนของพยาบาล

จริยธรรมการวิจัย การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาล มหาชนครราชสีมา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเรียบร้อยแล้ว

ผลการวิจัย

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.2 มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นส่วนมาก ร้อยละ 66.1 รองลงมา คือ อายุ ระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 23.3 โรคหรือภาวะการเจ็บป่วยที่นำมาโรงพยาบาลแบ่งตามระบบที่เป็นสาเหตุหรือได้รับผลกระทบ ได้แก่ ระบบหัวใจ

การไหลเวียนโลหิตและหลอดเลือด ร้อยละ 22.8 โรคติดเชื้อ ร้อยละ 20.3 ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 15 ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาทและสมอง ร้อยละ 12.2 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 10.6 ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธ์ ร้อยละ 5 ระบบไหลเวียนและระบบหัวใจ ร้อยละ 3.9 ระบบผิวหนัง ร้อยละ 3.3 ระบบเลือดและภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 2.2 สารพิษ แพลงไนท์ ไฟฟ้าช็อต ร้อยละ 1.7 ระบบหัวใจและระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 0.6

- อาการเตือนก่อนเกิดภาวะไต้วยะเยียบพลัน จากการวิเคราะห์ข้อมูล ได้สรุปให้เห็นอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไต้วยะเยียบพลันอย่างน้อย 6 อาการ ด้วยกัน และผู้ป่วยหนึ่งคนอาจมีอาการมากกว่าหนึ่งอย่าง คือ 1) มีไข้จำนวน 160 คน โดยมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ร้อยละ 62.5 อุณหภูมิร่างกาย 37.5 – 38.5 องศาเซลเซียส ร้อยละ 37.5 2) หายใจlab เนื้ออย จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 85.6 3) ระดับการรู้สึกเปลี่ยนแปลง จำนวน 90 คน มีอาการสับสน ซึมลง ตอบสนองต่อการกระตุ้นลดลง กระบวนการหายใจ ร้อยละ 58.9 Semi-coma ร้อยละ 18.9 และ Coma ร้อยละ 22.2 4) อ่อนเพลีย มีอาการเหนื่อยง่ายกว่าเดิมทำกิจกรรมได้ลดลง จำนวน 70 คน ร้อยละ 38.9 5) ปริมาณปัสสาวะต่ำชั่วโมง โดยมีค่าเฉลี่ยปริมาณปัสสาวะต่ำชั่วโมง ≤ 30 มล. /ชม. ร้อยละ 40 ค่าเฉลี่ยปริมาณปัสสาวะ 31 – 50 มล. /ชม. ร้อยละ 28.3 ค่าเฉลี่ยปริมาณปัสสาวะ 51 – 100 มล./ชม. ร้อยละ 24.4 ค่าเฉลี่ยปริมาณปัสสาวะมากกว่า 100 มล. /ชม. ร้อยละ 7.2 6) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (mean arterial pressure, MAP) โดยมีค่า MAP 70 – 80 มิลลิเมตรปอร์อท ร้อยละ 31.1 MAP 81 – 90 มิลลิเมตรปอร์อท ร้อยละ 27.2 MAP 91 – 100 มิลลิเมตรปอร์อท ร้อยละ 18.9 MAP น้อยกว่า 70 มิลลิเมตรปอร์อท ร้อยละ 12.2 MAP มากกว่า 100 มิลลิเมตรปอร์อท ร้อยละ 10.6 ตามลำดับ

- ความสัมพันธ์ระหว่างอาการเตือนกับอัตราการกรองของไตก่อนเกิดไต้วยะเยียบพลัน จากการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างอาการเตือนกับอัตราการกรองของไตก่อนเกิดไต้วยะเยียบพลัน พบว่า ปริมาณปัสสาวะ



เฉลี่ยต่อชั่วโมงมีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตก่อนเกินไตวายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.284$, $P=0.000$) (ตารางที่ 1)

4. การจัดการอาการเตือนของพยาบาล

จากผลการศึกษา สามารถวิเคราะห์จำแนกกิจกรรมการพยาบาลในการจัดการอาการเตือนก่อนเกิดไตวายเฉียบพลัน ออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 4 กลุ่มคือ

1) การให้การบำบัดทางการพยาบาล เช่น จัดท่านอนให้เหมาะสม พูดคุยก่อนให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ให้ข้อมูลหรือประสานงานให้ผู้ป่วยหรือญาติรับทราบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแนวทางการดูแลรักษา ดูแลความสะอาดร่างกาย/สุขวิทยาส่วนบุคคล ทำแผล ดูดเสมหะ จัดวางสายร่ายต่างๆ ให้เหมาะสม ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากการร่างกาย คำนหาสาเหตุปัญหาของผู้ป่วย ประเมินความรุนแรงของปัญหาที่พบ

2) การให้การรักษาตามแผนการรักษา เช่น ให้ยา เลือด สารน้ำ-สารอาหาร ทางหลอดเลือดดำ

3) การรายงานอาการ เมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของผู้ป่วย หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกจากการร่างกายผิดปกติ

4) การติดตาม/เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของอาการ เช่น วัดและบันทึกลัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ลังเก็ตการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของหัวใจ จาก Monitor EKG วัด $O_2 Sat$ เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังให้การดูแลให้การพยาบาล

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมงที่ลดลงก่อนเกิดไตวายเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตที่ลดลงเมื่อเป็นไตวายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.284$, $p = 0.000$) อภิปรายได้ว่าปริมาณปัสสาวะที่ออกก่อนเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน สัมพันธ์กับอัตราการกรองของไต (GFR) หรืออัตราการทำงานหัวใจของไตได้ โดยที่ปริมาณปัสสาวะที่น้อยลงกว่าปกติ แสดงว่าไตเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของการทำงานหัวใจในทางที่ลดลงแล้ว เมื่อ

วิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณปัสสาวะเฉลี่ยต่อชั่วโมงก่อนเกิดไตวายเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำคือค่าเฉลี่ยปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมง $\leq 30 - 50$ มล./ชม. ร้อยละ 68.3 การที่มีค่าเฉลี่ยปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมงลดลง อาจเป็นผลมาจากการสาเหตุหรือภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ซึ่งร่างกายอาจจะต้องสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญอื่นก่อน เช่น หัวใจ สมอง เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวมีพิเศษได้บ่อยในผู้ที่เป็นโรคระบบไหลเวียนเลือด หรือมีความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด^{6,7} ซึ่งในการศึกษารังนึกพบร่วมกับผู้ป่วยจำนวนมากที่มีสาเหตุหรือระบบไหลเวียนเลือด ที่เป็นต้นเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้เมื่อเลือดไปที่ต่อลดลงจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางสรีรวิทยาของเนื้อเยื่อไต และส่งผลถึงการทำงานหัวใจในการรักษาสมดุลน้ำ เกลือแร่และกรดด่างของร่างกายได้^{10,11,12,13}

การที่ไม่เลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอทำให้เกิดไตวายเฉียบพลันจากการขาดเลือด (ischemic ARF) การลดลงอย่างทันทีของเลือดที่มาหล่อเลี้ยงไต ไม่ว่าจะเป็นการลดลงเพียงบางส่วนหรือทั้งหมด จะทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายต่อไตอย่างต่อเนื่องและเกิดผลกระทบต่อเซลล์บุพนังท่อไต (tubule epithelium cell) ตามมา โดยในระยะเวลา 2 ชั่วโมงแรกที่ขาดเลือด จะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดที่ไต ทำให้การไหลเวียนเลือดที่ไตและการกรองที่ไต (GFR) ลดลงทันที หลังจากนั้นไตจะปรับสภาพช่องแซมตันเองเพื่อให้สามารถกลับมาทำงานได้เช่นเดิม โดยใช้เวลาประมาณ 7 – 8 วันหลังจากที่ขาดเลือดครั้งแรก ในระยะนี้อัตราการกรองของไตจะต่ำลงที่ถ้าหากไม่มีการขาดเลือดเลือดต่อเนื่องหรือการขาดเลือดไม่รุนแรง ไตจะช่องแซมตันเองได้ลำเรื่ง ทำให้การไหลเวียนเลือดที่ไตและการกรองที่ไต (GFR) จะค่อยๆ เพิ่มขึ้น ความรุนแรงต่อ tubule epithelium cell จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการขาดเลือด ภาวะพร่องออกซิเจนและระยะเวลาของการขาดเลือด¹⁰ เมื่อจากเกิดกระบวนการ apoptosis ทำลายเซลล์เยื่อบุพนังท่อไต ซึ่งเกิดขึ้นสองระยะ คือระยะแรกเกิดระหว่าง 12 – 48 ชั่วโมงหลังจากมีการขาดเลือดหรือการกระตุ้นจากสาร



พิษ และทำให้เซลล์ของห่อไตเสียหายที่ ระยะที่สองเกิดขึ้น 7 วันหลังจากนั้น ซึ่งเป็นระยะเดียวกันกับที่เซลล์ของห่อได้ทำการซ้อมแซมตนเองเพื่อให้มีโครงสร้างและการทำงานที่กลับมา เช่นเดิม¹⁴ ดังนั้นถ้าสามารถแก้ไขสาเหตุ และทำให้มีเลือดไปหล่อเลี้ยงไตอย่างเพียงพอและทันเวลาแล้ว จะจะสามารถฟื้นกลับมาทำงานได้ดังเดิม

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไตวายเฉียบพลันของ ADQI (The Acute Quality Initiative) ที่ได้กำหนดเกณฑ์ RIFLE criteria และการวินิจฉัยภาวะไตวายเฉียบพลัน(Acute Kidney Injury: AKI) ของ AKIN (The Acute Kidney Injury Network)^{3,4} ที่ประเมินความรุนแรงของไตวายเฉียบพลัน จากค่าการเปลี่ยนแปลงอัตราการกรองของเรียของไต (GFR) ซึ่งวัดจากค่า serum creatinine ที่เพิ่มขึ้นและจากปริมาณปัสสาวะ (urine output) ที่ลดลงเป็นตัววินิจฉัยและแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะไตวายเฉียบพลัน โดยการมีปริมาณปัสสาวะที่ลดลงในระยะเวลาหนึ่งบ่งชี้ถึงความรุนแรงของไตวายเฉียบพลันที่เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกัน

ส่วนอาการเตือนอื่น ๆ ของภาวะไตวายเฉียบพลันที่ไม่สัมพันกับอัตราการกรองของไตที่ลดลงเมื่อเป็นไตวายเฉียบพลัน คือ การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ($r = 0.023$, $p = 0.764$) หายใจหนักหน้อย ($r = 0.100$, $p = 0.183$) มีไข้ ($r = 0.068$, $p = 0.361$) นั้น เป็นอาการที่พบในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคหรือภาวะเจ็บป่วยทุกระบบ แตกต่างกันเพียงจำนวนผู้ป่วยที่แสดงอาการเตือนแต่ละอาการเท่านั้น เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยระบบทางเดินหายใจพบอาการหอบเหนื่อยร้อยละ 96.3 ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียสารน้ำหรือเลือด หรือมีภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินอาหารพบอาการหอบเหนื่อยร้อยละ 90.9 โรคของระบบการไหลเวียนเลือดพบอาการหอบเหนื่อยร้อยละ 83.4 ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (sepsis) พบอาการหอบเหนื่อยร้อยละ 83.3 โรคของสมองและระบบประสาทพบอาการหอบเหนื่อยร้อยละ 71.6 ในผู้ป่วยโรคสมองและระบบประสาทพบอาการระดับการรู้สึกเปลี่ยนแปลงร้อยละ 94.7 ผู้ป่วยที่มีแพลไทร์ หรือได้รับสารพิษ พบรากการระดับการรู้สึกเปลี่ยนแปลงร้อยละ 66.7 ผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ(sepsis)พบรากการระดับ

การรู้สึกเปลี่ยนแปลงร้อยละ 63.9 ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจพบอาการระดับการรู้สึกเปลี่ยนแปลงร้อยละ 44.4 ผู้ป่วยระบบไหลเวียนเลือดพบอาการระดับการรู้สึกเปลี่ยนแปลงร้อยละ 41.5 หรือพบอาการอ่อนเพลียมากที่สุดในผู้ป่วยระบบทางเดินอาหารโดยพบอาการอ่อนเพลียร้อยละ 68.2 โรคระบบหัวใจพบอาการอ่อนเพลียร้อยละ 50 โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อพบอาการอ่อนเพลียร้อยละ 44.4 โรคระบบการไหลเวียนเลือดพบอาการอ่อนเพลียร้อยละ 42.5 อภิปรายได้ว่า อาการ อาการแสดงดังกล่าวเป็นอาการแสดงของการตอบสนองของร่างกาย ที่อาจจะมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรภาพ ตามกลไกการดำเนินโรคที่ผู้ป่วยมีอยู่เดิม หรืออาจจะเกิดร่วมกับการเริ่มเสียหน้าที่ของไตในการขับน้ำและของเสียต่าง ๆ ออกจากร่างกาย เป็นผลให้การปรับสมดุลน้ำหรือการด่างในร่างกายเริ่มเสียไป⁴⁻¹⁴

เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (mean arterial pressure, MAP) ก่อนเกิดไตวายเฉียบพลันในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ที่ 86.30 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าระดับความดันโลหิตที่จะทำให้กลไกการคงสภาพการไหลเวียนเลือดที่ไต (autoregulation of renal blood flow) และการทำหน้าที่ของไตเป็นปกติในคนทั่วไปที่มีสุขภาพปกติ คือความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 65 มม.ปรอทถึง 70 มม.ปรอท^{4,7,8,10,11,12} อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยที่ทำให้ความสามารถในการทำงานของไตลดลงร่วมด้วย เช่น สูงอายุ ไตวายเรื้อรังหรือเป็นโรคที่ทำให้เกิดการเสื่อมหน้าที่ของไตได้ง่าย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ^{4,5,13,15,16} เป็นต้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 66.1 มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10.6 เบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 10 ความดันโลหิตสูงและไตเสื่อม ร้อยละ 3.3 การที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันเลือดในระดับสูงกว่า 70 มม.ปรอท และเกิดไตวายเฉียบพลันตามมานั้น อภิปรายได้ว่า ความดันโลหิตในระดับที่ต่ำกว่า 86.30 มิลลิเมตรปรอทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ อาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงไต และเมื่อพิจารณาจากข้อมูลดิบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ



ร้อยละ 95 มีระดับความดันโลหิต(MAP) ลดต่ำกว่า 70 มิลลิเมตรปอร์ทานาติดต่อกัน 1- 4 ชั่วโมงเป็นระยะๆ การมี MAP ลดต่ำลงจึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง และเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงในการทำงานที่ของไตตามมาจนกระทั่งเกิดไตวายเฉียบพลันขึ้น

การจัดการอาการเตือนของพยาบาล พยาบาล ส่วนใหญ่ จัดการอาการเตือนที่พบในลักษณะให้การดูแลแก่ไขหรือลดความรุนแรงของอาการ อาการแสดงที่ปรากฏในขณะนั้น มากกว่าการเฝ้าระวังหรือการจัดการแก่ไขอาการการเปลี่ยนแปลงที่เป็นความเสี่ยงหรืออาการเตือนของภาวะไตวายเฉียบพลัน ยกตัวอย่างในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของปริมาณปัสสาวะในทางที่ลดลงกว่าเดิม เช่น ผู้ป่วยที่เคยมีปัสสาวะออก 400- 600 มิลลิลิตร ในระยะเวลา 8 ชั่วโมงหลายวันแล้วต่อมามีปัสสาวะลดลงเหลือ 150 ถึง 200 มิลลิลิตรต่อระยะเวลา 8 ชั่วโมง ปรากฏติดต่อกัน 1-2 วัน จะไม่พบบันทึกถึงการดูแลแก่ไขการเปลี่ยนแปลงนี้ของพยาบาล โดยพยาบาลส่วนใหญ่จะรายงานแพทย์เพื่อพบว่าผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออก ไม่มีปัสสาวะออก หรือมีปัสสาวะออกน้อยกว่า 100 ถึง 200 มิลลิลิตรในเวลา 8 ชั่วโมง หรือการที่ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าค่าอยู่ที่ 90/60 มม.ปรอท หรือต่ำกว่านั้นนานติดต่อกัน 1- 4 ชั่วโมง โดยส่วนใหญ่จะไม่พบบันทึกการแก่ไขเบื้องต้นของพยาบาล เช่น การรายงานแพทย์ การปรับเพิ่มขนาดยาเพิ่มความดันโลหิตในกรณีที่ทำได้และมีคำสั่งการรักษาอยู่เดิม หรือการบันทึกการเปลี่ยนแปลงของปริมาณปัสสาวะในชั่วโมงที่พบว่าความดันโลหิตต่ำกว่าเดิมนั้นๆ และส่วนใหญ่ไม่พบการประเมินอาการอาการแสดงของภาวะขาดน้ำหรือภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของปริมาณปัสสาวะดังกล่าว จากปรากฏการณ์ดังกล่าว นี้ ทำให้เกิดความล่าช้าในการชะลอหรือลดการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันอีกหนทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาที่พบว่าการเกิดการเปลี่ยนแปลงของปริมาณปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในการทำงานที่ของไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้องจำเป็นต้องให้การดูแลและเฝ้าติดตามการ

เปลี่ยนแปลงของปริมาณปัสสาวะอย่างเคร่งครัด การจัดการอาการเตือนของพยาบาล ควรเพิ่มเติมการนำบัดทางการพยาบาลด้านการติดตามเฝ้าระวังและแก่ไขปัจจัยเสี่ยงที่มีผลเสียต่อการทำงานของไตให้มากขึ้น และหน่วยงานควรสร้างแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไต

ผลการวิจัยนี้ทำให้ทราบว่าอาการเตือนของภาวะไตวายเฉียบพลันในผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือปริมาณปัสสาวะที่ลดลง และมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของไตหรืออัตราการกรองของไตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การจัดการอาการเตือนของพยาบาลก่อนเกิดไตวายเฉียบพลันยังให้ความสำคัญเกี่ยวกับปริมาณปัสสาวะที่ลดลงค่อนข้างน้อย จึงควรเพิ่มการนำบัดทางการพยาบาล ด้านการใช้ปริมาณปัสสาวะเป็นตัวช่วยในการเฝ้าระวังและแก่ไขปัจจัยเสี่ยงที่มีผลเสียต่อการทำงานของไตให้มากขึ้น

Reference

- ข้อมูลสถิติการป่วยของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2550-2552 สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2553. สืบค้นจาก URL: <http://www.bps.ops.moph.go.th> . ค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2553
- Barrantes F, Feng Y, Ivanoy O, Yalamanchili, HB, Patel J, Buenafe X, et al. Acute kidney injury predicts outcomes of non-critical ill patients. Mayo Clin Proc 2009; 84(5): 410-416.
- Chertow GM, Burdick E, Honour M. Acute kidney injury, mortality, length of stay, and costs in hospitalized patients. J Am Soc Nephrol 2005; (6): 3365-3370.
- An international consensus conference in intensive care medicine. An official ATS/ ERS/ ESICM/SCCM/SRLF statement: prevention and management of acute renal failure in the ICU patient. American journal Respiratory Critical Care Medicine 2010; 181: 1128-1155.



5. Klahr S, Miller SB. Acute oliguria. New England Journal Medicine 1996; 338: 671-675
6. Black SA, Brooks MJ, Naidoo MN, Wolfe JHN. Assessing the impact of renal impairment on outcome after arterial intervention : A prospective review of 1559 patient. Eur J Vasc Endovasc Surg 2006; 32(September):300-3004.
7. Guthrie-Chu C. Acute renal failure. Evidence Base Nursing Monographs 2008; 30(June): 55-62.
8. Lameire N, Biesen WV, Hoste E, Vanholder R. The prevention of acute kidney injury: an in-depth narrative review part 1: volume resuscitation and avoidance of drug and nephrotoxin-induced AKI. Nephrology Dialysis Transplantation plus 2008; 6: 392-402.
9. Rivers EP, Aheren T. Improving outcomes for severe and septic shock: Tools for early identification of at-risk patients and treatment protocol implementation. Critical Care Clinics 2008; 23: 1-47.
10. Suttun TA, Fisher CJ, Molitoris BA. Microvascular endothelial injury and dysfunction during ischemic acute renal failure. Kidney International 2002; 62: 1539-1549.
11. Venkataraman R, Kellum JA. Prevention of acute renal failure. Journal of American college of Chest Physicians 2010; 131: 300-308.
12. Yegenage I, Hoste E, Biesen WE, Vanholder R, Benoit D, Kantarci G, et al. Clinical characteristics of patients developing ARF due to sepsis/systemic inflammatory response syndrome: result of a prospective study. American Journal of Kidney Diseases 2004; 43(5): 817-824.
13. Jones DR, Lee HT. Perioperative renal protection. Best practice & Research Clinical Anaesthesiology 2008; 22(1): 193-208.
14. Jarnberg PO. Renal protection strategies in the perioperative period. Best Practice & research Clinical Anaesthesiology 2004; 18(4): 645-660.
15. Banharak S, Lertrat P. Symptom Management Experiences of Older Persons with Acute Myocardial Infarction. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2010; 28(3): 52-60.
16. Bunsut P, Limumnoilap S. Effects of Clinical Nursing Practice Guideline Development for Acute Kidney Injury Patients with Continuous Renal Replacement Therapy in Intensive Care Unit. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(4): 50-57.

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการเตือนกับอัตราการกรองของไตก่อนเกิดไตวายเฉียบพลัน

อาการเตือน	อัตราการกรองของไต เมื่อถูกวินิจฉัยว่าเป็นไตวาย เฉียบพลัน	
	r	P value
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต(mean MAP) ก่อนเกิดไตวายเฉียบพลัน	.023	.764
ปริมาณปัสสาวะเฉลี่ยต่อชั่วโมง ก่อนเกิดไตวายเฉียบพลัน	.284**	.000
หายใจหนัก ก่อนเกิดไตวายเฉียบพลัน	.100	.183
มีไข้ (อุณหภูมิร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 37.5 °C) ก่อนเกิดไตวายเฉียบพลัน	.068	.361

** p < 0.01



Study of Warning signs and Nurse's management in Patients who at Risk to Acute Renal Failure, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Yupha Kaewrourumphet M.S.N.** Klaphachoen Shokebumroong PhD***

Abstract

This research aimed to investigate warning signs of acute renal failure (ARF), the association between warning signs and renal function changes, and nursing management of pre-ARF warning signs. A retrospective review of medical records was conducted for 180 patients who were diagnosed with ARF and admitted to Maharat Nakhon Ratchasima Hospital during January 1, 2010 and December 31, 2010. Data collection with collection from, analysis with Pearson's correlation coefficients and analyze nursing management activities. Results indicated that ARF warning signs consisted of fever, dyspnea, altered consciousness, fatigue, decreased of average blood pressure and decreased average amount of urine before ARF developed. The pre-ARF amount of urine per hour was significantly correlated with the post-ARF glomerular filtration rate ($r = 0.284, p = 0.000$). Nursing management of pre-ARF symptoms could be categorized into four groups; 1) providing nursing therapeutic interventions, 2) providing treatments as prescribed by physicians, 3) reporting symptoms, and 4) symptom monitoring and surveillance.

Keywords: warning signs, acute renal failure, nursing management

* Thesis of Master of Nursing science, Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



สถานการณ์ของการจัดการดูแลผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษา ที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลบำราสูตรราชวอร์ อินเตอร์เนชั่นแนล*

พัชราภรณ์ สมหมายวงศ์ พย.ม.**

วารินทร์ บินโซเช่น พย.ด.***

น้าอ้อย ภักดีวงศ์ ส.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบ Retrospective Study มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ที่โรงพยาบาลบำราสูตรราชวอร์ อินเตอร์เนชั่นแนล กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นเวชระเบียนของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการ Activate stroke code ที่แผนกฉุกเฉิน ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 105 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นผู้ที่ขอใช้บริการโรงพยาบาล และกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่ญาตินำส่ง แผนกฉุกเฉิน ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย 3) แบบบันทึกการจัดการดูแล 4) แบบบันทึกระยะเวลา ที่ใช้ และ 5) แบบบันทึกผลการจัดการดูแล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่ 1 มีจำนวน 18 คน สามารถจัดส่งรถพยาบาลออกไปรับผู้ป่วยได้ ภายใน 8 นาที ร้อยละ 94.40 ผู้ป่วยทุกคนได้รับการประเมินโดยใช้ The Los Angeles Pre-hospital Stroke Screen (LAPSS) และ นำผู้ป่วยส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้ผลอ่าน ภายใน 45 นาที ร้อยละ 94.4 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 66.7 แบ่งเป็นชนิดหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 44.4 ชนิดหลอดเลือดสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวและชนิดหลอดเลือดสมองแตก อย่างละร้อยละ 11.10 กลุ่มที่ 2 มีจำนวน 87 คน ผู้ป่วยทุกคนได้รับการคัดกรองโดยใช้ F.A.S.T และได้รับการประเมินอาการ การดูแลโดย แพทย์ภายใน 10 นาที และนำผู้ป่วยส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้ผลอ่าน ภายใน 45 นาที ร้อยละ 98.9 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 65.4 แบ่งเป็นชนิดหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 35.6 ชนิดหลอดเลือดสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ร้อยละ 21.8 และชนิดหลอดเลือด สมองแตก ร้อยละ 8.0 ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาด้วย rt-PA เพียงร้อยละ 15.4 และส่วน ใหญ่ไม่ได้รับการรักษาด้วย rt-PA เนื่องจาก 1) ระยะเวลาที่เกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองจะน้อยกว่าระยะเวลาในการให้ rt-PA มากกว่า 4.5 ชั่วโมง 2) ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และ 3) ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 66.7, 18.2 และ 15.2 ตามลำดับ

ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่า ผู้ที่ส่งสัญญาเป็นโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่ มีประสิทธิภาพภายในระยะเวลาที่กำหนด ตั้งนั้น ความมีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน การสังเกตอาการเบื้องต้น เพื่อให้เข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที

คำสำคัญ: การจัดการการดูแล ผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลระยะฉุกเฉิน

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ป่วย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ป่วย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

*** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต



ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจัย

การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในประเทศไทย พบว่า แนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ประมาณ 700,000 ราย¹ ในประเทศไทย พนวฯ แนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปี พ.ศ. 2552 จากจำนวน 152.59 ต่อประชากร 100,000 ราย เพิ่มเป็น 277.67 ต่อประชากร 100,000 ราย² โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบทำให้เสียชีวิตและเกิดความพิการที่อาจจะหลงเหลืออยู่ ผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 100 คน จะเสียชีวิต 20 คน ส่วนที่รอดชีวิต 80 คน จะมีความพิการสูงถึง 60 คน มีเพียง 20 คนเท่านั้น ที่จะสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติแต่มีความพิการหลงเหลืออยู่³ และทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลงและมีการสูญเสียระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ⁴ ในด้านจิตใจผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวในด้านอัตโนมัติได้⁵ นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทั้งส่วนตัว ครอบครัวและประเทศชาติ²

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน มีวิธีการรักษาที่ได้รับการยอมรับและถือเป็นมาตรฐานการรักษา ได้แก่การรักษาด้วยการให้ยาละลายนมิลินีมีต์ (Thrombolytic agent) ทางหลอดเลือดดำ ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ยาที่ใช้คือ Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ซึ่งมีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพของการให้ยาละลายนมิลินีเลือดทางหลอดเลือดดำภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ (Onset) ถือว่าระยะเวลานี้เป็น “ช่วงโmontทอง” ใน การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน⁶ ที่จะช่วยให้เนื้อสมองของผู้ป่วยถูกทำลายน้อยลงและสามารถฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติและพบว่าประมาณร้อยละ 30 ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น หรือหายเป็นปกติได้และช่วยลดอัตราเสียชีวิตลงได้ เมื่อติดตามไปนาน 3 เดือน พนวฯ ผู้ป่วยที่ได้รับ rt-PA ไม่มีความพิการเกิดขึ้น ร้อยละ 50 และร้อยละ 12 มีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด⁷ ในประเทศไทยมีรายงานการใช้ยา rt-PA เพื่อรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันเฉียบพลัน พนวฯ ได้ผลดีสามารถช่วยลดระดับความ

รุนแรงของความพิการที่ระยะเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติประมาณร้อยละ 50⁸ ดังนั้นการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากต่อการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตันเฉียบพลัน ได้รับการรักษาด้วย rt-PA เพียงร้อยละ 26.6⁹ เนื่องจากมีการตรวจพบอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยหลังจาก 4.5 ชั่วโมงไปแล้ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ล่าช้า จึงได้มีการพัฒนาแนวทางในการจัดการดูแลและเครื่องมือในการประเมินอาการผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการรักษาอย่างทันท่วงที และมีประสิทธิภาพ โดยแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ Stroke chain of survival and recovery (8D's)¹⁰ ประกอบด้วย Detection, Dispatch, Delivery, Door, Data, Decision, Drug และ Disposition

ในประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการรักษาด้วย rt-PA ได้ทันเวลา มีเพียงร้อยละ 2.0 เท่านั้น¹¹ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือ จึงได้พัฒนาแนวทางใหม่ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือนำกระบวนการทางด่วนพิเศษ หรือ Stroke fast track มาใช้ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที ทั้งในด้านอุปกรณ์ เครื่องมือและบุคลากร มีสถานพยาบาลนำร่องเข้าร่วมโครงการ Stroke fast track 15 แห่งทั่วประเทศ¹¹ ในด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พนวฯ ที่โรงพยาบาลศิริราช มีการใช้เครื่องมือ The Siriraj Stroke Score (SSS) ซึ่งพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการประเมินแยกประเภทโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ควบคู่ไปกับการประเมินอาการทางระบบประสาท มีความแม่นยำ (accuracy) ใน การวินิจฉัยแยกโรค ร้อยละ 90.3¹² และในปัจจุบันพบว่าได้เริ่มมีการนำเครื่องมือ FAST Test ประกอบด้วยการประเมินความผิดปกติของ Face Arm Speech Time มาทดลองใช้ในการประเมินผู้ป่วยในหลายโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลกรุงเทพ สถาบันประสาทวิทยา เป็นต้น แต่ยังไม่พบรายงานผลของการใช้



เครื่องมือ ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย¹³

จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในแผนกฉุกเฉิน ที่โรงพยาบาลบำรุงราชภารีอินเตอร์เนชั่นแนล มีการพัฒนาแนวทางการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ได้แก่ 1) มีการใช้ Stroke protocol ใน การวางแผนงานเพื่อรับผู้ป่วยที่มีอาการ และอาการแสดงบ่งชัด หรือสงสัยว่าเป็น Stroke/TIA เช้า นำรับการรักษาในโรงพยาบาล 2) Activated stroke code คือมีการแจ้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้การรักษาอย่างเร่งด่วนเมื่อผู้ป่วย Stroke/TIA ที่มีอาการและอาการแสดงภายใน 24 ชั่วโมง 3) Clinical Practice Guideline for Acute Stroke หมายถึงแนวทางการปฏิบัติตามเบื้องต้นเมื่อมีผู้ป่วย Stroke/TIA เช้า รับการรักษาพยาบาล ซึ่งแนวทางการปฏิบัติตามในการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่กล่าวมาข้างต้นนั้นเป็นแบบแผนการดูแลรักษาเชิงรุก เพื่อให้สอดคล้องกับแบบแผนการดูแลรักษาเชิงรุก จึงได้มีการใช้ The Los Angeles Pre-hospital Stroke Screen (LAPSS) ในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนอกโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ถูกต้องและมีประสิทธิภาพสูง โดยมีความเฉพาะเจาะจง (specificity) ร้อยละ 97 และความไว (sensitivity) ร้อยละ 91¹⁴ ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินอยู่กว่า 3 นาที¹⁴ และได้รับการยอมรับ F.A.S.T Test มาใช้ในการประเมิน และคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ที่โรงพยาบาลบำรุงราชภารี อินเตอร์เนชั่นแนล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (System theory) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์โดย 1) ปัจจัยนำเข้าที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2) กระบวนการที่แพทย์และ

พยาบาลปฏิบัติในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) ผลการจัดการดูแล ได้แก่ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ผลการวินิจฉัยโรค และ วิธีการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการ Activate stroke code และได้รับการดูแลรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลบำรุงราชภารี อินเตอร์เนชั่นแนล ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 โดยสืบค้นจากเวชระเบียนและแบ่งผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในรายที่ขอใช้บริการรถพยาบาลรับมาตรวจและรักษา ต่อที่แผนกฉุกเฉิน และกลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในรายที่ญาตินำผู้ป่วยส่งแผนกฉุกเฉิน จำนวน 105 ราย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี 2) ไม่ใช่ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ 3) เป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ทั้งชายและหญิงที่อายุ 20-100 ปี 4) ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติ ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป^{6,10} ได้แก่ 4.1) แขนขาชาอ่อนแรง หรือชาครึ่งซึ่งข้างใดข้างหนึ่งทันที 4.2) พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ นิสัยคำพูดไม่ออกหรือฟังไม่เข้าใจคำพูด 4.3) เวียนศีรษะบ้านหมุนเดินเซ ทันทีทันใด 4.4) ตาบวม มองเห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง ทันทีทันใด 4.5) ปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลัน และไม่เคยเป็นมาก่อน

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลชุดที่ 1 (Case Report Form 1 –CRF 1) ใช้ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยในรายที่ขอใช้บริการรถพยาบาลรับมาตรวจและรักษาต่อ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการประเมิน The Los Angeles Pre-hospital Stroke Screen (LAPSS)¹⁴ ซึ่งเครื่องมือประกอบด้วยข้อมูลการประเมินปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Screening Criteria) ในการแปลผลการประเมินผู้ป่วยในรายที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองด้วย



LAPSS นั้น การที่ประเมินผู้ป่วยแล้วเข้าเกณฑ์ (Met criteria) แสดงว่ามีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 3 แบบบันทึกแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยของแพทย์และพยาบาล ส่วนที่ 4 แบบบันทึกระยะเวลาการจัดการดูแลผู้ป่วย และส่วนที่ 5 แบบบันทึกการจัดการดูแลผู้ป่วย 2) แบบบันทึกข้อมูลชุดที่ 2 (Case Report Form 2-CRF2) ใช้ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยในรายที่ญาตินำผู้ป่วยส่งแผนกฉุกเฉินเพื่อตรวจและรับการรักษาประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการประเมิน F.A.S.T¹⁵ ซึ่งเครื่องมือประกอบด้วย Face Arm Speech Time ใน การแปลผลหากพบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติ Face Arm Speech ข้อใดข้อหนึ่งก็ต้องว่ามีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 3 แบบบันทึกแนวทางการจัดการดูแลของแพทย์และพยาบาล ส่วนที่ 4 แบบบันทึกระยะเวลาการจัดการดูแล และส่วนที่ 5 แบบบันทึกผลการจัดการดูแลผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องของข้อมูล และวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบันของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยทำการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล ภายหลังเสร็จสิ้นการนำเสนอข้อมูลจะถูกเก็บและทำลายตามระเบียบการของบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต การนำเสนอผลงานวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และสถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยนำเข้า (Input) ประกอบด้วย 1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนทั้งหมด 105 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.8 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 64.8 โดยมีช่วงอายุระหว่าง 28-98 ปี อายุเฉลี่ย 65.70 ปี (SD = 15.08) น้อยกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.8 ส่วนใหญ่มีสัญชาติอยู่ในกลุ่มประเทศแถบเอเชีย ร้อยละ 84.8 2) ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.7 และมียาที่รับประทานเป็นประจำ ร้อยละ 72.4 โดยกลุ่มของผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยหรือญาติขอใช้บริการรถพยาบาลรับมาตรวจและรักษาต่อที่แผนกฉุกเฉิน มีจำนวนทั้งหมด 18 ราย ผู้ป่วยทุกคนมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งประกอบด้วย โรคความดันเลือดสูง ร้อยละ 83.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 61.1 โรคไขมันในหลอดเลือดสูง ร้อยละ 55.6 และเป็นโรคความผิดปกติของหลอดเลือดดำ ร้อยละ 5.6 รองลงมาคือโรคในระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิسم ซึ่งประกอบด้วย โรคเบาหวาน ร้อยละ 38.9 โรคอ้วนและโรคต่อมไทรอยด์ ร้อยละ 5.6 และน้อยที่สุดเป็นโรคในระบบไตและทางเดินปัสสาวะ ซึ่งประกอบด้วย โรคไต ร้อยละ 16.7 และโรคต่อมลูกหมากโต ร้อยละ 5.6

กลุ่มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ญาตินำผู้ป่วยส่งแผนกฉุกเฉิน มีจำนวนทั้งหมด 87 ราย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.8 หากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งประกอบด้วย โรคความดันเลือดสูง ร้อยละ 62.1 โรคไขมันในหลอดเลือดสูง ร้อยละ 28.7 และโรคหัวใจ ร้อยละ 25.3 รองลงมาคือโรคในระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิسم ซึ่งประกอบด้วย โรคเบาหวาน ร้อยละ 28.7 โรคต่อมไทรอยด์ ร้อยละ 4.6 และโรคอ้วน ร้อยละ 1.1 และน้อยที่สุดเป็นโรคในระบบเลือดและมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 1.1

2. กระบวนการ (Process)

2.1 กลุ่มผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยหรือญาติขอใช้บริการรถพยาบาล (18 คน)

2.1.1 การประเมิน The Los Angeles Pre-hospital Stroke Screen (LAPSS) ผลการประเมิน



พบว่า ร้อยละ 66.7 เข้าเกณฑ์การประเมิน (Met criteria) และภายในได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 75 แต่ผู้ป่วยร้อยละ 33.3 ไม่เข้าเกณฑ์การประเมิน (Not -met criteria) และภายในได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 50

2.1.2 แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยของแพทย์และพยาบาล ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามที่โรงพยาบาลได้กำหนดได้แก่ การแนะนำให้ผู้ป่วยด้น้ำและดื่มน้ำ ร้อยละ 94.4 รองลงมา คือ การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 83.3 และสามารถชักประวัติระยะเวลาในการเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 72.2 และ การจัดการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ทั้งหมด ร้อยละ 100 ได้แก่ 1) การให้ออกซิเจน 2 ลิตรต่อนาที 2) monitor ECG 3) การตรวจวัดระดับสัญญาณชีพ 4) การตรวจวัดระบบประสาท 5) การดูแลระบบการหายใจ 6) การดูแลเฝ้าระวังการสำลัก 7) การดูแลเฝ้าระวังการแพล็ตติกหล่ม และ 8) การดูแลเฝ้าระวังภาวะชัก รองลงมา คือการให้สารน้ำ NSS 1000 ml IV 50 ml/hour ร้อยละ 33.3 และน้อยที่สุด คือ การทำ NSS locked บริเวณแขนขามข้างที่ให้สารน้ำ ร้อยละ 22.2 ระยะที่ถึงโรงพยาบาล สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามที่โรงพยาบาลได้ทั้งหมด ร้อยละ 100 ได้แก่ การนำผู้ป่วยส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ สมอง (CT brain non contrast) การส่งทำเอกซเรย์ปอด (Portable CXR) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 lead) ได้รับการดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบบประสาทและหลอดเลือดสมอง และการที่ผู้ป่วยดันน้ำและดื่มน้ำ รองลงมา คือ การ Activated stroke code และ การวัดระดับการแข็งตัวของเลือดplainin (PT/ INR) ร้อยละ 88.9 และที่น้อยที่สุด คือ การตรวจวัดระดับน้ำตาลplainin ร้อยละ 16.7 และการจัดการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ทั้งหมด ได้แก่ 1) การให้ออกซิเจน 2 ลิตรต่อนาที 2) monitor ECG 3) การตรวจวัดระดับสัญญาณชีพ 4) การตรวจวัดระบบประสาท 5) การดูแลระบบการ

ประสาท 5) การดูแลระบบการหายใจ 6) การดูแลเฝ้าระวังการสำลัก 7) การดูแลเฝ้าระวังการแพล็ตติกหล่ม และ 8) การดูแลเฝ้าระวังภาวะชัก รองลงมา คือ การทำ NSS locked บริเวณแขนขามข้างที่ให้สารน้ำ ร้อยละ 77.8 และน้อยที่สุด คือ การให้สารน้ำ NSS 1000 ml IV 50 ml/hour ร้อยละ 66.7

2.1.3 ระยะเวลาการจัดการดูแลผู้ป่วยในรายที่ขอใช้บริการโรงพยาบาล พบว่าการจัดส่งโรงพยาบาลไปรับผู้ที่สงสัยว่าอาจจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านหรือสถานที่อื่นๆ ตามที่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยโทรศัพท์เข้ามาขอใช้บริการโรงพยาบาล สามารถจัดส่งโรงพยาบาลลอกอไปรับผู้ป่วยได้ ภายใน 8 นาที ร้อยละ 94.4 และปฏิบัติไม่ได้ ภายใน 8 นาที ร้อยละ 5.6 ระยะเวลาในการจัดการส่งผู้ป่วยไปตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ สมองตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้ผลลัพธ์ พบว่า ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามที่ภายใน 45 นาที ร้อยละ 94.4 และปฏิบัติไม่ได้ ร้อยละ 5.6

2.2 กลุ่มผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมองในรายที่ญาตินำผู้ป่วยส่งแผนกฉุกเฉิน (จำนวน 87 คน)

2.2.1 การประเมิน F.A.S.T พบร่วมผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการกำมือ 67 คน ร้อยละ 73.5 รองลงมา มีความผิดปกติของการพูด ร้อยละ 43.7 และระยะเวลาที่เกิดอาการ พบร่วมมากกว่าครึ่งหนึ่งระยะเวลาที่เกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ชั่วโมง ร้อยละ 51.7 รองลงมา คือ ระยะเวลาที่เกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 4.5 ชั่วโมงแต่น้อยกว่า หรือเท่ากับ 24 ชั่วโมง ร้อยละ 27.6 และน้อยที่สุด คือ ระยะเวลาที่เกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า 3 ชั่วโมงแต่น้อยกว่า หรือเท่ากับ 4.5 ชั่วโมง ร้อยละ 8 ระยะเวลาที่เกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 12.71 ชั่วโมง (SD=40.59)

2.2.2 แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยของแพทย์และพยาบาล พบร่วมการจัดการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามที่โรงพยาบาลได้ทั้งหมด ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามที่โรงพยาบาลได้กำหนด ได้แก่ 1) การให้ออกซิเจน 2 ลิตรต่อนาที 2) monitor ECG 3) การตรวจวัดระดับสัญญาณชีพ 4) การตรวจวัดระบบประสาท 5) การดูแลระบบการ



หายใจ 6) การดูแลเฝ้าระวังการสำลัก 7) การดูแลเฝ้าระวัง การพลัดตกหกลม และ 8) การดูแลเฝ้าระวังภาวะชัก รองลงมาคือการให้สารน้ำ NSS 1000 ml IV 50 ml/hour ร้อยละ 98.9

2.2.3 ระยะเวลาการจัดการดูแลผู้ป่วย พบร่วมกับในรายที่สงสัยว่าอาจเป็นโรคหลอดเลือดสมองทุกรายได้รับการดูแลโดยแพทย์ประจำแผนกฉุกเฉิน ภายใน 10 นาที ระยะเวลาอยู่ในช่วง 1-7 นาที ระยะเวลาเฉลี่ย 1.23 นาที ($SD = 0.87$) ส่วนใหญ่สามารถนำส่งผู้ป่วยไปตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้ผลอ่าน สามารถปฏิบัติได้ภายใน 45 นาที ร้อยละ 98.90

3. ผลผลิต (Output)

3.1 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในรายที่ขอใช้บริการโรงพยาบาล พบร่วมกับทุกรายสามารถปฏิบัติได้ภายใน 8 นาที ร้อยละ 94.4 ระยะเวลาในการจัดการส่งผู้ป่วยไปตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้ผลอ่าน พบร่วมกับทุกรายสามารถปฏิบัติได้ภายใน 45 นาที ร้อยละ 94.4 ส่วนระยะเวลาการจัดการดูแลผู้ป่วยในรายที่ญาตินำส่งแผนกฉุกเฉิน ด้วยอาการที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบร่วมกับในรายทุกรายได้รับการดูแลโดยแพทย์ประจำแผนกฉุกเฉิน ภายใน 10 นาที ระยะเวลาอยู่ในช่วง 1-7 นาที ระยะเวลาเฉลี่ย 1.23 นาที ($SD=0.87$) เกือบทุกรายสามารถนำส่งผู้ป่วยไปตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้ผลอ่าน สามารถปฏิบัติได้ภายใน 45 นาที ร้อยละ 98.9

3.2 การวินิจฉัยโรคของแพทย์ ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชันแนล มีจำนวนทั้งหมด 105 คน พบร่วม เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 65.7 ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองดีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) ร้อยละ 65.7 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (TIA) ร้อยละ 37.1 และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) จำนวนอย่างละ ร้อยละ 8.6 และที่ไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Non-Stroke) ร้อยละ 34.3 ได้แก่ โรคเรียนศีรษะหรือน้ำในหูไม่เท่ากัน ร้อยละ 6.7 เป็นลมร้อยละ 5.7 และโรคปลายประสาಥ้อกเสบ ร้อยละ 3.8

3.3 วิธีการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษา พบร่วมกับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 3 ชนิด (ดีบหรืออุดตัน ขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว และหลอดเลือดสมองแตก) ได้รับการรักษาทางยา ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่เป็นยา抗凝 (Anti-platelet ร้อยละ 84.1 รองลงมา คือ ยา抗凝 (Anti-coagulant ร้อยละ 28.9 และที่น้อยที่สุด คือ เป็นยา rt-PA ร้อยละ 8.7 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดดีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาด้วย rt-PA ร้อยละ 84.6 และได้รับการรักษาด้วย rt-PA ร้อยละ 15.4 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย rt-PA มากกว่า 60 นาที จำนวน 4 คน และได้รับการรักษาด้วย rt-PA ภายใน 60 นาที จำนวน 2 คน ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) จำนวน 9 คน มากกว่าครึ่งหนึ่ง ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ร้อยละ 55.6 และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ร้อยละ 44.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนรับไว้ดูแลรักษาต่อในโรงพยาบาล ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่รับไว้ที่ Critical care unit ร้อยละ 95.2 และรับไว้ที่ Regular ward ร้อยละ 4.8

การอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุมากกว่า 60 ปี มีโรคประจำตัวในระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นุ่มชัย เพิ่มศิริวัฒนชัย และคณะ¹⁶ ที่พบว่า การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย และมีอายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี และพบว่า โรคประจำตัวที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจ ไขมันในหลอดเลือดสูง และเบาหวาน แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยของแพทย์และพยาบาล สามารถปฏิบัติได้ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชันแนลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอธิบายได้ว่าเกิดจาก การที่โรงพยาบาลได้จัดอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัตินี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546¹⁷ ทำให้บุคลากรมีความรู้และทักษะที่จะต้องปฏิบัติ ซึ่งจากการใช้แบบคัดกรองการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ผู้ป่วยเรียกรถพยาบาล



ไปรับมือทั้งที่เข้าเกณฑ์การประเมิน และภัยหลังพบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและไม่เข้าเกณฑ์การประเมิน แต่พนวจภัยหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองซึ่งยังต้องเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของแบบคัดกรองนี้ต่อไป

จากการวินิจฉัยโรคพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 65.7 มากที่สุดเป็นชนิดหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร้อยละ 37.1 รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ร้อยละ 20 และน้อยที่สุดเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 8.6 ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามพยาธิสภาพ (AHA/ASA)⁶ วิธีการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาด้วย rt-PA เพียงร้อยละ 15.4 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของ Fonarow และคณะ⁷ โดยมีสาเหตุจาก ระยะเวลาที่เกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองกับระยะเวลาในการให้ rt-PA มากกว่า 4.5 ชั่วโมง ถึง ร้อยละ 66.7

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมาถึงโรงพยาบาลล่าช้า ดังนั้นควรรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองในระยะเริ่มแรกที่จะสามารถสังเกตได้ด้วยตนเอง

2. ควรศึกษาวิจัยแบบไปข้างหน้า ในเรื่องการใช้เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยที่ส่งสัญญาเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบประเมิน The Los Angeles Pre-hospital Stroke Screen (LAPSS) และ F.A.S.T Test เพื่อประเมินประสิทธิภาพในด้านความไว และความเฉพาะเจาะจง

3. ควรศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรในการใช้วัสดุปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพต่อไป

Reference

- Harold PA., Zoppo G, Alberts J M, Deepak LB. Guidelines for the Early Management of Adults with Ischemic Stroke: American Heart Association. Circulation. 2007; 115: e478-e534.
- Bureau Of Policy and Strategy. "Public Health Statistics 2011." [Online] Available at: <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index2.html>, 1 April 2012.
- National Health Foundation. "The Loss of Stroke" National Health Security Office (NHSO) and Department of Disease Control. Ministry of Public Health. [Online] Available at: <http://www.thaihf.org/index.php?modul=search>, 6 September 2007.
- Sukkhumpitak J, Nantsupawat W, Hornboonherm P. Development of a Care Model for Male Stroke Patients in Secondary Hospital Using A Participatory Action Research. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 30(1): 32-38.
- Imsuk K. Effects of a Multidisciplinary Developmental Care Model in Patients with Stroke at Chao Phya Abhaibhubetjhr. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(3): 15-24.
- American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics – 2010 Update: American Heart Association. Circulation 2010; 121:e46-e215.
- The National Institute of Neurological Disorder and Stroke rt-PA Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. New England Journal of Medicine 1995; 333:1581-88.
- Suwawela NC. Management of Acute Ischemic Stroke. Chulalongkorn University, 2007.
- Fonarow CG, Smith EE, Saver LJ, Reeves JM, and Deepak LB. Timeliness of Tissue-Type Plasminogen Activator Therapy in Acute Ischemic Stroke: Patient Characteristics, Hospital



- Factors, and Outcomes Associated With Door-to-Needle Times Within 60 Minutes. *Circulation*. 2011; 123: 750–758.
10. American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Part 11: Adult stroke. *Circulation* 2010; 122: S818–S828.
 11. National Health Security Office (NHSO), Thailand. Stroke fast tract. [Online] Available at: <http://www.nhsogo.th/network/download>, 24 May 2008.
 12. Poungvarin N, Viriyavejakul A, Komontri C. Siriraj stroke score and validation study to distinguish supratentorial intracerebral haemorrhage from infarction. Siriraj Hospital Medical School, Mahidol University, Bangkok. *BMJ* 1991; 302:1565–7.
 13. Prasat Neurological Institute. The development of tertiary medical services and the higher for persons with stroke. Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2009.
 14. Kidwell SC, Starkman S, Eckstein M, Weems K, Saver LJ. Identifying stroke in the field: prospective validation of the Los Angeles pre-hospital stroke screen (LAPSS). *Stroke* 2000; 31: 71–76.
 15. Kleindorfer OD, Miller R, Moomaw JC, Alwell K, Broderick PJ. Designing a Message for Public Education Regarding Stroke: Does FAST Capture Enough Stroke? *Stroke* 2007; 38: 2864–2868.
 16. Permsirivanich W, Tipchtyotin S, Piravej K, Junta-wises U, Kuptniratsaikul V, Ma-A-Lee A. Factors Influencing Home Modification of Stroke Patients. *J Med Assoc Thai* 2009; 92 (1): 101–7.
 17. Bumrungrad International Hospital. Clinical Practice Guideline for Acute Stroke Bangkok: Bumrungrad International Hospital; 2003.



Situation of Care Management in Persons with Stroke at Emergency Department, Bumrungrad International Hospital

Patcharaporn somhanwong M.N.S.*

Varin Binhosen PhD**

Nam-oy Pakdevong Dr.P.H.**

Abstract

Situation of care management in persons' suspected having stroke at ED of Bumrungrad International Hospital by using tools to screen patients for appropriate treatments based on clinical practice guidelines for acute stroke. By retrospectively reviewed from patient's medical records that stroke code were activated from January - December 2010 in a total of 105 patients. Patients are categorized into 2 groups 1) request an ambulance to pick-up and 2) walk-in patient. Data were collected by recording forms including 1) demographic data 2) pre-hospital screening test 3) care management process 4) door-to-CT, and door-to-rt-PA and 5) care management result. Descriptive statistics were used to analyze the data.

The research finding shows that in 1st group, by applying LAPSS, from total number of 18 patients, 94.4% of patients' call-to-respond time is within 8 minutes. 94.4% of patients' door-to-CT result is within 45 minutes. 66.7% of 18 patients were diagnosed with stroke (Ischemic stroke 44.4%, TIA and Hemorrhagic stroke 11.1% each). In 2nd group, by applying F.A.S.T, from total number of 87 patients was assessed by ED physician within 10 minutes. 98.9% of patients' door-to-CT result is within 45 minutes. 65.4% of 87 patients were diagnosed with stroke (Ischemic stroke 35.6%, TIA 21.8%, and Hemorrhagic stroke 8%). 15.4% of total patients with ischemic stroke received a treatment of rt-PA, whereas 84.6% didn't receive a treatment. (onset >4.5 hours 66.7%, significant improvement of symptoms 18.18%, and medical contraindication 15.2%).

This research finding recommends that majority of patients are considered to lack of self-awareness therefore, stroke alert education program need to be disseminated.

Keywords: care management, persons with stroke, emergency care

* Thesis of Master of Nursing Science, Adult Nursing, School of Nursing, Rangsit University

** Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Rangsit University

*** Instructor School of Nursing, Rangsit University



คุณภาพชีวิตและการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่มารับการรักษา¹ ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

วันเพ็ญ บูรณวนิช พย.ม.*

พระเทพ แพรข่าว ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย เป็นการบาดเจ็บที่มีอาการไม่รุนแรง แต่พบรากที่สุดถึงร้อยละ 80 ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมส่วนใหญ่อาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะจะมีอาการตั้งแต่อาการมีเพียงเล็กน้อยจนถึงรุนแรงมาก ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของตัวผู้ป่วยได้ การศึกษาเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและอาการของผู้ป่วยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ภายหลังมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ 4 สัปดาห์ จำนวน 177 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกอาการที่พบภายหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะ 3) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะ ร้อยละ 76.8 อาการปวดศีรษะมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในรายด้านพบว่าด้านที่มีคุณภาพชีวิตดีที่สุดคือ ด้านครอบครัว ส่วนด้านที่มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดคือ ด้านจิต-วิญญาณ ทั้งนี้ เนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อน ผู้ให้บริการมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะความสุขสบายทางกาย ละเลยต่อการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ บุคลากรในทีมสุขภาพควรจะให้ความช่วยเหลือ ไม่เพียงแต่ให้ความสนใจด้านร่างกายเท่านั้น ควรให้ความดูแลทางด้านจิตใจและทางแนวทางเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นรูปแบบมาตรฐานในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยจากกลุ่มอาการนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการวางแผนกับผู้ป่วยและญาติที่ต้องเผชิญกับกลุ่มอาการดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต อาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild traumatic brain injury) เป็นการบาดเจ็บที่มีอาการไม่รุนแรงแต่จำกัดถึงพบรากที่สุดถึงร้อยละ 80^{1,2} ในประเทศไทยการบาดเจ็บศีรษะมีสาเหตุมาจากการอุบัติเหตุทาง交通事故 ร้อยละ 77 พบรากในกลุ่มน้อยทำงาน^{3,4} ซึ่งประชากรกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมส่วนใหญ่⁴ การบาดเจ็บศีรษะจะส่งผลให้เกิดโครงสร้าง

ของสมองเกิดการเปลี่ยนแปลง ตลอดเส้นเลือดเล็กๆ และเซลล์แกนประสาทนำออกฤทธิ์ทำลาย ทำให้การทำหน้าที่ของสมองผิดปกติไป ส่งผลให้มีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม รวมทั้งบกพร่องทางด้านการรู้คิดและจิตสังคม^{2,4,6} ผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยจะมีอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะถึงร้อยละ 56.4-85 โดยพบตั้งแต่ระหว่างสัปดาห์แรก และอาจมีอาการได้นานถึง 2-4 ปีหลังได้รับบาดเจ็บ^{6,7} อาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะจะมีอาการตั้งแต่อาการมี

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



เพียงเล็กน้อยจนถึงรุนแรงมาก ซึ่งจะส่งผลถึงพฤติกรรมในการทำหน้าที่ในกิจกรรมประจำวัน รวมถึงการกลับไปทำงานหรือการเรียนของผู้ป่วยสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของตัวผู้ป่วยด้วย^{8,9} จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่าถึงแม้ว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยจะพบได้มากที่สุด และผู้ป่วยยังคงมีอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะอยู่เป็นจำนวนมาก แต่ในประเทศไทยงานวิจัยที่ศึกษาถึงอาการภายหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะยังน้อยมาก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีระดับความรู้สึกตัวดี เพราะผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดงให้เห็นเด่นชัดแต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านอาจมีอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะได้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงอาการที่เกิดภายหลังได้รับบาดเจ็บและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยคาดหวังว่าผลที่ได้จากการศึกษาจะใช้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การพยาบาล เป็นแนวทางในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลโดยร่วมกับทีมสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องแม้ผู้ป่วยจะกลับไปอยู่บ้านแล้วก็ตาม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและอาการของผู้ป่วยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส โดยณัฐรัตน์ เพชรประไพ ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทย จาก Quality of life index Brain injury version^{8,9,10} ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว

ผู้badเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย หลังจากออกจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์

อาการภายนอก ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย (PCS)
อาการด้านร่างกาย (Somatic symptoms)
อาการด้านการรับรู้ (Cognitive symptoms)
อาการด้านการที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น (Vision-related symptoms)
อาการด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ (Emotional symptoms)

คุณภาพชีวิต

- ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Health and functional domain)
- ด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic domain)
- ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychology/Spiritual domain)
- ด้านครอบครัว (Family domain)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาที่เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ประชากรเป็นผู้นำด้วยศีรษะระดับเล็กน้อยมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิง เพศชายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชนครรัชสม่า ศึกษาภายหลังได้รับบาดเจ็บได้ 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า ดังนี้ 1) มีอาการภายหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะอย่างน้อย 1 อาการ 2) ไม่มีประวัติเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะมาก่อน 3) สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้ 1) มีประวัติได้รับบาดเจ็บศีรษะช้ำขณะทำการเก็บข้อมูล 2) ไม่ยินยอมหรือขอถอนตัวขณะเข้าร่วมวิจัย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Cochrance กำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ .01 คำนวณต่า Drop out ของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 177 ราย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 6 ข้อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2) แบบสอบถามอาการหลังได้รับบาดเจ็บ



ศีรษะ 14 ข้อที่ผู้จัดสร้างขึ้น 3) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส โดยณัฐวิจิตา เพชรประพง ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทย จาก Quality of life index Brain injury version. และตรวจสอบความตรง ของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านได้เท่ากับ 0.87 ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 6 ระดับ

ผู้จัดทำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย ลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายได้ค่า ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรอัลฟารอนบาก เท่ากับ 0.982 ผู้จัดดำเนินการเก็บข้อมูลเองโดยผู้จัดเป็นผู้อ่านให้ฟังและให้ผู้ป่วยเลือกตอบด้วยตนเอง โดยเริ่มเก็บจาก แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะ และแบบวัดคุณภาพชีวิต ตามลำดับ นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม SPSS ตามขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คิดคะแนนคุณภาพชีวิตตามขั้นตอน หาช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และหาคะแนนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม รายด้าน และรายข้อของตัวอย่าง แล้วประเมินกับค่าเฉลี่ยของเกณฑ์ที่ตั้งไว้

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 18-35 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ เป็นวัยทำงาน มีรายได้ต่อครอบครัวน้อยกว่า 5,000 - 10,000 บาท/เดือน พบร้าไม่พึงพอใจในรายได้ของ ครอบครัว การบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 86.2 สาเหตุการบาดเจ็บจากการรถจักรยานยนต์ มากที่สุดร้อยละ 68.1 มีอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 136 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.8 อาการปวดศีรษะ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมาเป็นอาการ วิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 40.4 อาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 36.8 และมีอาการกระสับกระส่าย อุญญ่ามีสุข น้อยที่สุด ร้อยละ 9.6

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบร้า คะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดย

มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ $20.90 \text{ SD} = 3.84$ มีคะแนนเฉลี่ย ในแต่ละด้านใกล้เคียงกัน คือ อุญญาระหว่าง $19.97 - 22.21$ เมื่อเรียงลำดับคะแนนจากมากไปน้อย พบร้า กลุ่ม ตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี 2 ด้านคือ ด้านภาวะ สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $21.12 \text{ SD} = 4.17$ และด้านครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $22.21 \text{ SD} = 4.62$ ด้านที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ ปานกลางคือ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $20.44 \text{ SD} = 4.33$ และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านจิตวิญญาณ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $19.97 \text{ SD} = 3.85$ (ตารางที่ 1)

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบร้ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย อาจเนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยง หลายประการ เช่นขับรถด้วยความเร็ว และดื่มสุราเป็นต้น เป็นเหตุให้ความสามารถในการตัดสินใจลดลงและขาด สติ จึงมีความเสี่ยงสูงในการเกิดอุบัติเหตุจราจร¹¹ สาเหตุ ของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยของกลุ่มตัวอย่างนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร โดยเฉพาะอุบัติเหตุ รถจักรยานยนต์ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18-35 ปีทั้งนี้ เพราะกลุ่มผู้มีอายุในช่วงนี้มีการขับขี่รถจักรยานยนต์ รถยนต์ หรือรถบรรทุก อยู่ในวัยที่มีความสามารถของ ขาด ความสูญมรรคตอบและยังคง ขาดการตัดสินใจที่ดี ทำให้ เกิดอุบัติเหตุและได้รับบาดเจ็บศีรษะในอัตราสูง¹² และ อยู่ในวัยทำงานจะนิยมใช้รถจักรยานยนต์และรถยนต์ใน การสัญจร เนื่องจากมีราคาถูก สะดวก รวดเร็วและคล่อง ตัวสูง ซึ่งอาจทำให้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บได้บ่อย สำหรับในกลุ่มอายุ 51 ปีขึ้นไป มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุลดลง เนื่องจากโดยทั่วไปเมื่อ บุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น ความสูญมรรคตอบจะเพิ่มขึ้นด้วย^{11,13} การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีสถานภาพ คู่ และโสดในจำนวนใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่ม ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนมากอยู่ในวัยศึกษา และ วัยทำงาน ดังนั้นจึงพบสถานภาพโสดและสมรสแล้วใน จำนวนใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าราย ได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ กับรายจ่าย คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะพบร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดี



ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลและคุณภาพชีวิต อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยซึ่งไม่มีความพิการซึ่งกลุ่มนี้สามารถกลับไปทำงานเดิมได้และสามารถดูแลตนเองได้¹¹

อาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยหลังจากจำหน่ายอกจากโกร พยาบาล 4 สัปดาห์ เกิดอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะร้อยละ 75.5 และไม่มีอาการร้อยละ 24.5 อาการด้านร่างกายมีมากที่สุด รองลงมาเป็นอาการด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ อาการด้านการรู้คิด และอาการด้านเกี่ยวข้องกับการมองเห็น ตามลำดับ อธิบายได้ว่าการบาดเจ็บที่สมองทำให้โครงสร้างสมองของสมองเปลี่ยนแปลง เชลล์ แกนประสาทนำออกและหลอดเลือดเล็กๆ ถูกทำลาย การทำหน้าที่ของสมองผิดปกติไปหลังจากได้รับบาดเจ็บศีรษะ ทำให้ผู้บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยมีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม รวมทั้งบกพร่องด้านการรู้คิดและจิตสังคม^{14,15}

จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างหลังจากได้รับบาดเจ็บศีรษะจะมีอาการที่เกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บตามมา และอาการหลังการบาดเจ็บดังกล่าวมีหลากหลายซึ่งเป็นอาการที่แสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มากกว่าด้านอื่น เนื่องมาจากอาการด้านร่างกาย เป็นอาการที่แสดงออกมาให้เห็นเด่นชัดหลังจากได้รับบาดเจ็บศีรษะ นอกจากร้ายแรงมีทางด้านอารมณ์ จิตสังคม เช่น เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และทางด้านการรู้คิด พฤติกรรม เช่น สมารธิสัม การคิดช้าลง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาถึงคุณภาพชีวิตที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านครอบครัว มีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับดี ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้นนี้พบว่าคุณภาพชีวิตลดลง¹⁸

แต่การศึกษารั้งนี้พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาหลังได้รับบาดเจ็บ และผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตันเองได้ดี ไม่มีความพิการและไม่ได้รับการรักษาใด ๆ จึงทำให้รับรู้ถึงภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปไม่มาก ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตซึ่งมีคุณภาพชีวิตดี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนภายหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย คุณภาพชีวิตในภาพรวมจะอยู่ในระดับดี ซึ่งมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าถ้าเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่มีอาการแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับบาดเจ็บระดับเล็กน้อยจะมีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยการใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าสังคมและมีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน เพราะผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย บางครั้งการตรวจร่างกายไม่พบอาการผิดปกติ แต่ผู้ป่วยก็ยังมีอาการภายหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะที่อาจจะเกิดขึ้นและมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้^{8,10} โดยการศึกษารั้งนี้พบว่าอาการภายหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยมีผลกับคุณภาพชีวิตโดยรวม และการทำหน้าที่ด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำสุด แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับการวิจัยในครั้นนี้พบว่าคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวอยู่ที่สุด คุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายดีที่สุด¹⁹ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะ ดังกล่าวข้างต้น การศึกษารั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ 4 สัปดาห์เท่านั้น จึงทำให้รับรู้ถึงภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปไม่มาก ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาพของตนเอง ล่วงมาให้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในรายด้านแล้วพบว่า คะแนนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านจิตวิญญาณด้านสังคมและเศรษฐกิจต่ำกว่าด้านอื่น ๆ นั้น อธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนหลังได้รับบาดเจ็บ 1 เดือน จะมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม มีการหยุดงานใน



ช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตวิญญาณต่ำกว่าด้านอื่น ๆ สอดคล้องกับกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าคุณภาพด้านสังคมและเศรษฐกิจจะต่ำที่สุด แต่บางการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานที่ของร่างกายต่ำสุด^{20,21,22}

จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะประเมินคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวสูงกว่าด้านอื่น ๆ อาจจะเป็นจากกลุ่มผู้ป่วยภายนอกได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย 1 เดือน ที่มีอาการแทรกซ้อน มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการสนับสนุนที่ดีจากการครอบครัวทั้งด้านความรัก ความเอาใจใส่ ความใกล้ชิด ผูกพัน ความอบอุ่น ตลอดจนการใช้จ่ายด้านอื่น ๆ เช่นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าท่ากิจกรรมบางอย่าง ซึ่งลักษณะของวัฒนธรรมไทยนั้น ครอบครัวมีความใกล้ชิดกันมากอยู่แล้ว ผู้ป่วยจึงได้รับความเห็นใจ ความสนใจ ความเอาใจใส่จากครอบครัว ได้รับการยอมรับจากครอบครัวแล้ว จะรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าใน ผู้ป่วยจึงประเมินความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวสูงกว่าด้านอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้จัดข้อขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนอุดหนุนการค้นคว้าและวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณ

Reference

1. Bazarian JJ, McClung J, Shah MN, Cheng YT, Flesher W, Kraus J. Mild traumatic brain injury in the United States 1998–2000. *Brain Inj* 2005; 19(2): 85–91.
2. Gouick J, Gentleman D. The emotional and behavioral consequences of traumatic brain injury. *Trauma* 2004; 6: 285–92.
3. Yang CC, Yong-Kwang, Hua MS, Hung SJ. The association between the post concussion symptoms and clinical outcomes for patients with mild traumatic brain injury. *J Trauma* 2007; 62(3): 657–63.
4. Ryan LM, Warden DL. Post concussion syndrome. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15: 310–16.
5. Heitger MH, Jones RD, Dalrymple-Alford J, Frampton CM, Ardagh MW, Anderson TJ. Motor deficits and recovery during the first year following mild closed head injury. *Brain Inj* 2006; 20(8): 807–24.
6. Hall Ryan CW, Hall Richard CW, Chapman MJ. Definition, diagnosis and forensic implications of post concessionary syndrome. *Psychosomatics* 2005; 46(3): 195–202.
7. Lundin A, De Boussard C, Edman G, Borg J. Symtoms and disability until 3 months after mild TBI. *Brain Inj* 2006; 20(8): 799–806.
8. Petchprapai N. Adaptation to mild traumatic brain injury among Thai adults [dissertation]. Cleveland (OH): Case Western Reserve Univ.; 2007.
9. Petchprapai N. Factors Effecting on Quality of life of valvular Heart Disease Patients. Adult Nursing, Khon Kaen University, Thailand; 2005.
10. Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal* 10(3); 293–304.
11. Ta-ue I. The relationship between post concussion syndrome and functional status in patients with mild traumatic brain injury. Adult Nursing Mahidol University , Thailand; 2010.
12. Haboubi NHJ, Long J, Koshy M, Ward AB. Short-term sequelae of minor head injury (6 years experience of minor head injury clinic). *Disabil Rehabil* 2001; 23(14): 635–38.
13. Kliangda R. Experiences of headache, Management strategies and Health-related Quality of life in patients with mild traumatic brain injury. Adult Nursing Mahidol University; 2009.Thai.
14. Drake AJ, Gray N, Yoder S, Pramuka M, Llewellyn M. Factors predicting return to work following mild traumatic brain injury: a discriminant analysis. *J Head Trauma Rehabbil* 2000; 15(5): 1103–12.



15. Cheawchanwattana C, Pongskul C, Sirivongs D. Measuring Quality of Life in Renal Replacement Therapy Patients Using 9-THAI. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2010; 28(1): 64-72.
16. King N, Crawford S, Wenden F, Moss N, Wade D. The Rivemead post-concussion symptoms questionnaire. J Neural 1995; (242): 587-92.
17. Anderson T, Heitger M, Macleod AD. Concussion and mild head injury. Pract Neurol 2006; 6:342-57.
18. Findler M, Cantet J, Hadad L, Gordon W, Ashman T. The reliability and validity of the SF-36 health survey questionnaire for use with individual with traumatic brain injury. Brain Injury 2001; 15(8): 715-723.
19. Schretlen DJ, Shapiro AM. A quantitative review of the effects of traumatic brain injury on cognitive functioning. Int Rev Psychiatry 2003; 15: 341-49.
20. Daenseekaew S, Klungklang R. Community needs for Strengthening Quality of Life of Small Group Informal Workers. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(2): 60-69.
21. Stulemeijer M, vander Werf S, Bleijer M, birert J, Brauer J, Vos PE. Recovery from mild traumatic brain injury a focus on fatigue. A Neurol 2006; (253): 1041-47.
22. Pattanapo N, Ketkowit K. Quality of work life of professional nurse, Government University Hospital. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2010; 28(3): 61-64.

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่มีอาการแทรกซ้อน จำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน

คุณภาพชีวิต	Range	\bar{X}	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านที่ 1 ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย	7.36 – 28.57	21.12	4.17	ดี
ด้านที่ 2 สังคมและเศรษฐกิจ	6.43 – 30.00	20.44	4.33	ปานกลาง
ด้านที่ 3 จิตวิญญาณ	9.57 – 30.00	19.97	3.85	ปานกลาง
ด้านที่ 4 ครอบครัว	9.50 – 30.00	22.21	4.62	ดี
รวม	9.27 – 29.32	20.90	3.84	ดี



Quality of Life and Symtoms among Adults after Mild Traumatic Brain Injury in Maharat Nakhonratchasima Hospital

Wanphen Buranavanich M.N.S.*

Pornthep Pearnkao PhD**

Abstract

Mild traumatic brain injury was not a serious symptom but mostly found 80% in working age, a group of people which was an important power of the country. This would cause the problems in health, economic and society. The mild traumatic brain injury could be found insignificantly until severely resulting in the patients' behaviors in everyday life. Moreover, the injury could also affect the patients' entire quality of lives when going back to work or school.

Purpose : To investigate the quality of life and symptoms of adult patients after getting mild traumatic brain injury. The sample group of the study was 177 patients diagnosed to have a mild traumatic brain injury after having got treatment from Maharat Nakhonratchasima Hospital for 4 weeks. The research tools were a questionnaire consisted of 3 parts: of 3 parts; personal data record, post-concussion symptoms record, quality of life of mild traumatic brain injury patients' record applied from Ferrans and Powers. The content validity checked by 5 experts was 0.87, the reliability calculated by using alpha cronbach was 0.982. The data were analyzed by calculating percentage, means and standard deviation.

The result showed that 76.8% of the sample group had the symptoms after brain injury. The highest rate was headache at 52.9%. The overall mean score of quality of life was good, which was 20.90. Comparing each domain, the highest means was 22.21 at family domain and the lowest was 19.97 at psycho-spiritual domain. The result showed the quality of life of patients who'd got mild traumatic brain injury was good. When each domain was considered, the means of psycho-spiritual one was lower than others, which meant the patients realized their health could affect their mind. Not only physical symptoms should be taken care but the mental problem should also be paid attention by multidisciplinary care teams to support the quality of life. The rehabilitation nursing scheme should be developed to reach the standard. The patients and their relatives should be instructed to cope with the symptoms which might occur when going back home.

Keywords: quality of life, the symptoms after mild traumatic brain injury, brain traumatic injury

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

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



การรับรู้อาการและการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วย กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน*

ลาวัลย์ ออกรสุข พย.ม.**

วาสนา รายสูงเนิน PhD***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการรับรู้อาการและการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 18 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ เชิงลึกตามแนวคำถาม ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และสรุปผลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้อาการของตนเองใน 2 ลักษณะ กล่าวคือ รับรู้อาการตามความรุนแรงและรับรู้อาการตามสาเหตุและตำแหน่ง ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ความรุนแรงของการแตกต่างกัน 2 กลุ่ม คือ รับรู้ว่าอาการรุนแรงมาก เกิดขึ้นเฉียบพลันทันใด ซึ่งคิดเป็นประมาณ 2 ใน 5 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด ส่วนที่เหลือรับรู้ว่าอาการว่าไม่รุนแรง ค่อยๆ เกิดขึ้น สำหรับการรับรู้ตามสาเหตุและตำแหน่งของอาการ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ รับรู้ว่าอาการมีสาเหตุมาจากหัวใจ รับรู้แบบไม่แน่ใจว่าอาการเกิดจากหัวใจ และรับรู้ว่าอาการไม่ได้มีสาเหตุจากหัวใจ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลประมาณ 4 ใน 5 รายรับรู้ว่าอาการของตนเองไม่ได้มีสาเหตุมาจากหัวใจ เนื่องจากอาการที่เกิดคลุมเครือ ไม่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลตอบสนองและจัดการกับอาการแตกต่างกัน ส่วนกลุ่มที่รับรู้ว่าอาการไม่น่าจะมาจากหัวใจจะพยายามรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีของตนเอง ตามความเข้าใจ และรอประเมินอาการหลังการจัดการนั้น ๆ โดยมีส่วนหนึ่งที่อุดหนورอยู่ให้อาหารหายไปเองโดยไม่คิดว่าต้องรับการรักษา มีผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยเก่าเพียง 1 ราย ที่รับรู้ว่าตนเองจะต้องพบแพทย์โดยด่วน เนื่องจากเคยมีประสบการณ์มาแล้ว สำหรับปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจมาโรงพยาบาลคือ ความชัดเจนของอาการ และอาการที่รุนแรงมากขึ้นจนทำให้รู้สึกเหมือนกำลังจะตาย โดยที่ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยเก้ายังคงไม่สามารถเชื่อมโยงอาการที่เกิดขึ้นกับโรคที่เป็นอยู่ได้ แม้ผู้ให้ข้อมูลบางรายพยายามจัดการอาการโดยการอมยາให้ลื้นตามคำแนะนำ แต่ระยะเวลาที่รอดูอาการจนตัดสินใจมารับการรักษา ยังขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการที่รุนแรงมากเป็นหลัก ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจคือ ความสามารถในการเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง การศึกษานี้ยังพบว่า ระบบบริการทางการแพทย์ในการรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เป็นที่นิยม เพราะความล่าช้าและความเชื่อเกี่ยวกับการเคยใช้รถรับส่งผู้เสียชีวิต ล้วนทำให้ระยะเวลาในการมารับการรักษาค่อนข้างล่าช้า การศึกษานี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อ ความเข้าใจในอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยเฉพาะอาการที่คลุมเครือ รวมทั้งวิธีการตอบสนองต่ออาการที่ถูกต้อง และการจัดระบบปรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน การรับรู้อาการ การตอบสนองและจัดการกับอาการ การตัดสินใจมารับการรักษา

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจุบัน

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจัดเป็นภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดหัวใจและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดสาเหตุหนึ่ง¹ คาดว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านหรือระหว่างการเดินทางมาโรงพยาบาล² การอุดตันของหลอดเลือดหัวใจทำให้การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจหยุดชะงัก การตายของกล้ามเนื้อหัวใจค่อนข้างเกิดโดยจะเริ่มตายหลังจากการอุดตันภายใน 20 นาที และกล้ามเนื้อหัวใจจะตายทั้งหมดภายใน 4-6 ชั่วโมง^{3,4} การรักษาที่มีประสิทธิภาพคือการทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยเร็วในปัจจุบันมี 2 วิธี คือ ให้ยาละลายลิ่มเลือด และขยายหลอดเลือดหัวใจ⁵ ซึ่งจะต้องรักษาภายในเวลาไม่เกิน 12 ชั่วโมงหลังเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ⁶

อาการเจ็บหน้าอกร เป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล⁷ แต่พบว่ากว่า 1 ใน 5 ของผู้ป่วยมีอาการไม่ชัดเจนหรือไม่มีอาการเจ็บหน้าอกรเลย เรียกว่า painless myocardial infarction ซึ่งมักพบได้ในผู้สูงอายุ เพศหญิง เบาหวาน หรือในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำให้บวบ อาการได้ยักษ์⁸ จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับประโยชน์จากการรักษาสูงสุด แม้ว่าปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้มีการพัฒนาจนมีประสิทธิภาพมาก⁹ ดังนั้นอัตราตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงสูงอยู่เนื่องจากการมารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาช้า ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย โดยเฉพาะลักษณะส่วนบุคคลในการรับรู้ต่ออาการของโรคหรือการเจ็บป่วย 2) ปัจจัยด้านการเดินทางมาโรงพยาบาล และ 3) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ¹⁰ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การมีอาการเจ็บหน้าอกรแบบค่อยๆ เป็น จนกระทั่งเจ็บมากขึ้นเรื่อยๆ รับรู้ว่าอาการนั้นไม่ได้เกิดจากหัวใจ อาการนั้นไม่รุนแรง การมีประสบการณ์ของโรคกระเพาะอาหารที่มีลักษณะอาการคล้ายคลึงกัน การมีอาการเหนื่อยเพลีย การรอปรึกษาแพทย์หรือการไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อขอคำแนะนำ การรอปรึกษา กับสมาชิกในครอบครัวหรือคู่สมรส การประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่ไม่ร้ายแรงหรือ

อาการที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับปกติ การเฝ้ารอดูอาการที่เกิดขึ้นก่อน รอคอยให้อาการนั้นหายไปเอง การวิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นอื่นๆ ถ้าไปรับการรักษา รู้สึกเขินอายในการขอรับความช่วยเหลือ/การรักษา มีการรักษาด้วยตนเองก่อน เช่น การรับประทานยารักษาโรคกระเพาะอาหาร การอมยาไว้ลิ้น ล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาที่ช้า¹¹

ทั้งนี้การจัดการกับอาการที่หลอกหลอนแต่ต่างกันไปตามการรับรู้และประสบการณ์การมีอาการของแต่ละบุคคล มีความสำคัญในการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลเร็วหรือช้าต่างกันไป¹⁰ ซึ่งผลจากการวิจัยในบริบทสังคมและวัฒนธรรมที่ต่างกันซึ่งให้เห็นการรับรู้อาการและวิธีจัดการอาการที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับอาการ และกระบวนการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลของตน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้เกี่ยวกับอาการ และกระบวนการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรายเก่าและรายใหม่ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลของตนแก่น จำนวน 18 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถาม ข้อมูลที่ได้นั้นนำมาวิเคราะห์และสรุปผลเชิงเนื้อหา (Content analysis) การวิจัยนี้ได้ยึดหลักปฏิบัติทางจริยธรรมพื้นฐาน โดยการขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลโดยอิสัยให้ทราบว่าผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการเข้าร่วมและการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษา และบริการที่ได้รับของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยข้อมูลที่นำเสนอจะเป็นภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น



ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 18 คน เป็นเพศชาย 15 คน เพศหญิง 3 คน มีอายุระหว่าง 32-86 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 59 ปี นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีสถานภาพสมรสคู่และ การศึกษาจะระดับชั้นประถมศึกษา ระยะเวลาที่มีอาการจนกระทั้งตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 10 นาทีถึง 2 วัน โดยเฉลี่ยระยะเวลาที่มีอาการจนกระทั้งตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่ากัน 8 ชั่วโมง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น ST-elevation myocardial infarction (STEMI) จำนวน 16 คน และ Non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) จำนวน 2 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การเดินทางมารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เดินทางโดยรถส่วนตัวและมีญาติเป็นผู้นำส่ง

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูล มีการรับรู้ลักษณะของอาการที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ทั้งหมด 10 อาการ ได้แก่ 1) อาการเจ็บ/แน่น/ปวด/บีบ/รัดบริเวณหน้าอก 2) อาการหายใจไม่อิ่ม หายใจลำบาก หายใจไม่สะดวก 3) อาการเหื่อออก ตัวเย็น 4) อาการปวดเมื่อยตามตัว 5) อาการเหนื่อย/oxy เลี้ยง 6) อาการใจสั่น 7) อาการคล้ายการมีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหารและระบบขับถ่าย เช่น รู้สึกคลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง ปวดถ่ายอุจจาระ เป็นต้น 8) อาการหน้ามืด ตาลาย หูอื้อ วูบ 9) อาการเมื่อนคนกำลังจะขาดใจตาย 10) อาการอื่นๆ ที่ไม่เฉพาะเช่น มีอาการอกร้อนตามตัว ร้อนที่หน้าอก หงุดหงิดร้าคัญใจ เมื่อนเป็นตะคริว เป็นต้น

ผลการศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นถึงการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการที่แตกต่างกัน โดยสามารถแบ่งการรับรู้ความรุนแรงของอาการออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การรับรู้อาการที่มีความรุนแรงมาก/เฉียบพลัน 2) การรับรู้อาการที่ไม่รุนแรง หรือมีความรุนแรงน้อย เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ส่วนด้านการรับรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการนั้นสามารถ

แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) มีสาเหตุมาจากหัวใจ 2) สาเหตุนั้นอาจจะใช่หรือไม่ใช่โรคหัวใจก็ได้ 3) ไม่ได้มีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ

ผลการศึกษาในส่วนของการรับรู้ความรุนแรงของอาการ พบว่า ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 33.3 มีการรับรู้ว่าอาการนั้นมีความรุนแรงมากและเฉียบพลัน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายลักษณะของอาการที่เกิดขึ้นว่า เกิดขึ้นโดยทันทีทันใด มีความรุนแรงมากที่สุดในชีวิต ไม่เคยมีประสบการณ์การมีอาการเช่นนี้มาก่อน ดังตัวอย่างคำพูด

“นอนอยู่ก็ลําดັ່ງตີ່ນมา...เป็นแบบແນ່ນຫຼາກອກແນ່ນໜີ່ນາເຮືອງฯ ເປັນຕົວດົບຄ່າລາຍ ມີເຫຊວແຕກໃຈສັ້ນນໍາຫາຍໃຈບໍ່ອື່ນ ໄຈລິຫາດໃຫ້ໄດ້ ບໍ່ເຄີຍເປັນ ບໍ່ເຄີຍພ້ອ ຢ່ານວ່າສີຕາຍນາກ ແມ່ນອັນຄົນກຳລັງສີຕາຍ ມັນແນ່ນມັນປວດ...ມັນບໍ່ເຄີຍເປັນແຜ່ງປານນີ້ນຳກ່ອນ” ID 05/01/02

“ตอนຂໍ້ຈົກຍານອູ້ນ໌ນີ້ກີ່ມີເວັກເກີດຂຶ້ນມາທັນທີທັນໄດ້ ມັນເປັນເຈັບແນ່ນຫຼາກອກ ແນ່ນມາກ ແບບວ່າມີອີຫຍັງມາບືບມາທັບທີ່ຫຼາກອກໄວ້ມັນປວດໄປນຳຄອນໄໝໄຫ້ຂ້າງໜ້າຍ ມັນບໍ່ເຄີຍເປັນຫຍັງເລີຍ ເຖີ່ນມັນເປັນແຜ່ງມາກ ສີຫາຍໃຈກໍ່ຫາຍໃຈບ້ອກ ມັນເປັນຕາຕາຍແທ້” ID 17/01/02

แต่อย่างไรก็ตาม พ布ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 รับรู้ว่าอาการนั้นไม่รุนแรง เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งอธิบายลักษณะอาการว่า เหนื่อยเพลียປວດເມື່ອຕາມຮ່າງກາຍໄມ່ສຸຂະບາຍປົກຈຸກທອງປວດແນ່ນຫຼາກອກໄມ່ມາກຄລັງກີບอาการຂອງກຳລັມເນື້ອອັກເສບເຄຍມີประสบการณ์ເກື່ອງກັນການในลักษณะแบบเดียวกัน นอกจากนี้อาการคล้ายอาการของโรคประจำตัวที่ตนเองเคยเป็น

“ມີເວັກເອຸ່ນຫຍ່າຍເທື່ອ ກີ່ມີເວັກແນ່ນຫຼາກອກມັນບໍ່ເປັນຫຍ່າຍ ກີ່ບໍ່ຄົດວ່າສີເປັນຫຍັງຮູນແຮງ ກີ່ນໍ່ພັກເບິ່ງອາກາກກ່ອນ ຈຶ່ກໜ່ອຍມັນກີ່ອ່ອນລົງ ນັ້ນພັກມັນກີ່ຫາຍ” ID 09/01/01

“ອາກາມມັນເປັນເໜື່ອຍໆ ມາຫຍາລີ່ມື່ອ ແຕ່ກີ່ບໍ່ຄົດວ່າຕົວເລີນເປັນຫຍ່າຍ ເພຣະປົກຕິສີເປັນຄົນເຂົ້າຈານຫຼັກອູ້ແລ້ວ ແຕ່ກີ່ຮູສີກວ່າມັນເໜື່ອຍໆ ມັນເປົ້າ ແນ່ນ່າງໆ ທີ່ ອັງໃຈແຕ່ກີ່ບໍ່ເປັນຫຍ່າຍ ຄົດແຕ່ວ່າເປັນຈາກການເຂົດເວີຍກເຊີດຈານໜັກ ມັນເລີຍເໜື່ອຍ້ອງຊື້ໆ ອາການນຳແສງ ແລ້ວກີ່ເປັນແບບເຕີ່ຍາ ນັ້ນພັກມັນກີ່ເຫຼາ” ID 02/01/01



ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูล (ร้อยละ 77.8) รับรู้สาเหตุของการว่าไม่ได้มีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลบางรายเป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยมีประสบการณ์การเจ็บหน้าอكمแล้วก็ตาม โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่นั้นรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น จากการทำงานหนัก กล้ามเนื้ออักเสบหรืออีน อักเสบ ภาระกดไหลย้อน อาการของโรคประจำตัวที่เคยเป็น การนอนผิดท่า และไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจ

“อาการมันเป็นแน่น ๆ บริเวณหน้าอก ปวดบริเวณห้ายทอยนำ อาการรกระแน่นอยู่บ่โตน...เล่าให้เมียฟัง...คงเป็นอาการเจ็บคิงธรรมชาติ...กินยาแก้ปวด แล้วจะเข็จงานได้ตามปกติ แต่จะยังปวดห้ายทอยอยู่ แต่ มันจะอ่อนลงอยู่ดอก ตอนแรกจะคิดว่ามันเป็นกับการเปลี่ยนยาน้ำดัน...บ่คิดว่าสิ เป็นจากโรคหัวใจดอก กีบูร์และบ่เคยเป็น บ่คิดอิหยังดอก แต่เม้นกีเป็นแน่น ๆ บ่ซึ้ดอกว่าโรคหัวใจมันเป็นจังได และกีบคิดว่าเจ้าของสิ เป็นโรคหัวใจนำ” ID 01/02/16

“ผ้าตัดทำนายพาสไปแล้วตั้งแต่ปี 49 จากนั้นกีสายดีตลอด...แต่เมื่อนี้มีอาการแน่นหน้าอก หายใจบ่อิม มีอาการอยู่ส่องสามเท้อมันกีอ่อนลงนั่งพักมันกีหาย...บคิดว่าสิเป็นจากหัวใจ...อาการเทือนี่มันบคือเทือก่อน มันบ่หนักคือตอนนั้น...กีคิดว่ามันบ่ได้เป็นมาจากหัวใจ...น่าลิเป็นจากแนวอื่นมากกว่า จากการเอื้ดเวียกเข็จงานหนัก...อีกอย่างหลังจากผ่าตัดไปกีสายดีตลอด” ID 09/01/11

“คิดว่าอาการนั้นไม่รุนแรง ไม่ต้องรีบไปรับการรักษา เคยเป็นแบบเดียวกัน กีคิดว่าเป็นจากกรณีไหลย้อน... เพราะเคยเป็น มีโรคประจำตัวก็เป็นโรคกระเพาะอาหาร มียาโรคกระเพาะกินประจำ...กีไม่คิดว่าจะเป็นโรคหัวใจ” ID 14/01/08

มีผู้ให้ข้อมูลเพียงรายเดียว ร้อยละ 5.6 ที่รับรู้ว่าอาการนั้นมาจากการหัวใจโดยตรง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่เดิม และมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่คล้ายคลึงกันบ่อยๆ ดังคํากล่าว “เป็นโรคหัวใจตีบมาตั้งแต่ปี 40...จากนั้นกีมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บแน่นหัวใจดูอยู่...ผอมกีรู้ว่านี้เป็นอาการของโรคหัวใจ” ID 08/01/05

ผู้ให้ข้อมูลที่รับรู้สาเหตุของการว่าอาจเกิดจากหัวใจหรือไม่ก็ได้ไม่แน่ใจ มีจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 16.7) เกิดจากการมีอาการเป็นครั้งแรก จึงไม่คาดคิดว่าจะเป็นโรคที่เกี่ยวกับหัวใจ แต่เคยได้ยินเกี่ยวกับอาการของโรคจึงนำมาเทียบเคียงกัน ดังคํากล่าว

“มันเป็นเหมือนอยู่ เพลีย ๆ แน่นหน้าอก กีคิดว่าตัวเองมีอาการของคนโรคหัวใจบ่... เพราะเคยได้ยินอาการของคนโรคหัวใจมาจากวิทยุ...กีคิดว่าอาจสิเป็นโรคหัวใจก็เป็นได้ แต่กีบ่แน่ใจ หรือว่าสิอาการของคนเข็จงานหนัก” ID 02/01/04

“ตอนมันเป็นหลาย ๆ เป็นหนัก ๆ เข้า มันบีบมันรัดตรงหัวใจเลย หายใจกีบ่อออก กีคิดอยู่ว่าอาการมันอาจสิเป็นจากหัวใจก็ได้ เพราะว่ามันเจ็บบริเวณหัวใจนี่ เลอะ ๆ หัวใจ มันรู้สึกว่าถูกบีบถูกรัดเหล่า ๆ หัวใจ รัดเข้าหน้าอกนี่...กีคิดว่าอาจสิเป็นโรคหัวใจก็ได้” ID 06/03/09

ผลการศึกษาด้านการตอบสนองต่ออาการและการจัดการกับอาการ พบว่า 2 กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นควบคู่กันไป กล่าวคือ เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ของอาการ จะประเมินลักษณะ ความรุนแรงของอาการ และสาเหตุของการ ซึ่งนำไปสู่การตอบสนองและจัดการกับอาการ ตามผลการประเมินและการให้ความหมายของอาการที่รับรู้นั้น ๆ โดยที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน แสดงハウอิการและกระทำเพื่อบรรเทาหรือชัดอาการ แตกต่างกันไป เช่น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ที่รับรู้ว่าอาการไม่รุนแรง จะไม่รู้สึกวิตกกังวล จึงไม่รีบไปรับการรักษาในโรงพยาบาล และพยายามจัดการกับอาการตามความเข้าใจและประสบการณ์เดิมของตน หรือจากการปรึกษา กับบุคคลอื่น ซึ่งสามารถอธิบายวิธีการจัดการกับอาการของผู้ให้ข้อมูล ได้ 2 ลักษณะใหญ่ ๆ ดังนี้ คือ 1) พยายามรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีของผู้ให้ข้อมูลเอง เช่น การบีบวนด กรรมน้ำดม ทายาหม่อง เปิดพัดลมให้คลายร้อน เปลี่ยนท่านอนใหม่ นั่งพัก หายใจเข้าลึก ๆ ใช้น้ำอุ่นประคบ อมลูกอม กินยาแก้ปวด/ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีวิธีการจัดการอาการมากกว่า 1 วิธีการ ตลอดจนมีการประเมินว่าอาการบรรเทาหรือหายไปหรือไม่ 2) การพยายามอุดทนต่ออาการที่เกิดขึ้น และรอดูอาการ



การอภิปรายผล

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงและสาเหตุของการในเบื้องต้นคล้ายคลึงกัน นั่นคือ มีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงน้อย อาการมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ไม่ต้องรีบไปรับการรักษาในโรงพยาบาล อาการสามารถหายไปเองได้จึงใช้ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนกระทั่งมารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ชั่วโมงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{10,14-18} ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน¹¹⁻¹³

การรับรู้ความรุนแรงและสาเหตุของการดังกล่าวแล้วข้างต้น มีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Moser และคณะ¹⁰ สนับสนุนผลการศึกษานี้ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ ทำให้เกิดการรับรู้ว่าสาเหตุของการนั้นมาจากโรคไข้อุณหภูมิและจากโรคกระเพาะอาหาร จึงจัดการอาการของตนเองโดยการรับประทานยา.rักษาโรคกระเพาะ ซึ่งทำให้มารับการรักษาช้ายิ่งขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลได้มีการปรึกษากับบุคคลใกล้ชิดโดยพบว่าปรึกษากับคู่สามีภรรยาเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือปรึกษาลูก เพื่อนบ้าน และการไปรับคำปรึกษาหรือการรักษาจากคลินิกหรือสถานอนามัยก่อนการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระยะเวลาในตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Pangyotha¹⁸ ส่วนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีประวัติการมีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเต็บ มีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลาถึง 1 ชั่วโมงขึ้นไป เนื่องจากการที่รับรู้นั้นแตกต่างไปจากเดิม และมีการจัดการอาการด้วยการอมยาให้ลิ้น พยาบาลอดทนรอดูอาการต่อ โดยคิดว่าอาการนั้นอาจจะหายไปได้ ซึ่งทำให้ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Walsh และคณะ¹⁶ ที่พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่ได้มารับการ

ผลจากการประเมินการจัดการอาการ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.9 มีการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อรับรู้ว่าอาการเป็นมากขึ้น รุนแรงขึ้น เมื่ອ่อนกำลังจะตาย ดังตัวอย่างค้า甫

“อาการมันเหมือนคนลิ้มหายใจเจ็บ หายใจบ่อ กอก อาการเจ็บไม่ลง เป็นตลอดบ่าเชา มีแต่แสงขึ้น เฮ็ดจัง ได้กีบเชา ทึ่งพักทึ่งข่ม เป็นอาการไปกีบดีขึ้น มันบ่เป็นตาอยู่แล้ว ย่านตายมาก” ID 02/04/14

“ผู้ที่ท่านเป็นอาการประมานเครื่งชี้ว่ามีอาการมันกีบเชา อาการมันกีบเป็นทรายขึ้น มันปวดมันแน่นมาก ขึ้น บ่ไหวแล้วแหลก เหมือนมันออก ตัวเย็นนำ กีดิตว่าตัวเองซื้อคแล้วนี่แหลกครับ ถึงได้ตัดสินใจมาโรงพยาบาล” ID 03/03/04

“มันเป็นทรายกว่าเก่า... มันคือลิ้มหายใจบ่อได้หายใจบ่ออีม มีจังมีของ เกร็งนำแขวนไปหมดครับ เหี้ยวอก ตัวเย็นนำ บัดนี้ กีบย่านแล้ว เพราะว่ามันเป็นทราย มันคือลิ้มหายใจบ่อแล้ว กี เลยอ้งเอ็นลูกให้พ้าไปโรงพยาบาลแทน มันลิ้มหายใจแล้ว” ID 10/01/11

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการมากกว่า 1 อาการ โดยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการและสาเหตุของการที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์การมีอาการของผู้ให้ข้อมูล ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 18 ราย เฉลี่ยเท่ากับ 8 ชั่วโมง ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีการรับรู้อาการว่าไม่รุนแรงและไม่ได้มีสาเหตุมาจากหัวใจใช้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มอื่นๆ จากการพยายามจัดการอาการด้วยวิธีการของตนเองและรอดูอาการจนกระทั่งอาการทวีความรุนแรงมากขึ้นจึงตัดสินใจไปรับการรักษา

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เดินทางมารับการรักษาโดยใช้รถส่วนตัวและมีญาตินำส่ง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลให้เหตุผลว่าสาเหตุ รวดเร็วกว่า ไม่ต้องรอ เพราะไม่สามารถรอต่อไปได้ถ้ารีสก์กว่าตนเองกำลังจะเสียชีวิต จึงไม่ยอมรอเรียกใช้รถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากความล่าช้าและความเชื่อเกี่ยวกับการใช้รถที่เคยรับส่งผู้ป่วยชีวิต



รักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้พยาบาลหาวิธีการจัดการทำกับอาการ พยาบาลรักษาหรือบรรเทาการด้วยวิธีของตนเอง โดยใช้มากกว่า 1 วิธีในการพยาบาลรักษา หรือบรรเทาอาการ เช่น การบีบันดู การดมยาดม หายทรมง เปิดพัดลมให้คลายร้อน เปลี่ยนท่านอนใหม่ กินยาแก้ปวดกินยา.rักษาโรคระเพาะอาหาร หรือลดอุบัติการโดยไม่ท่าอะไรเลย เป็นต้น พร้อมทั้งมีการประเมินอาการ เป็นระยะๆ หากอาการนั้นไม่บรรเทา หรือรุนแรงมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับเปลี่ยนวิธีการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของปฏิพิธ บุณยพัฒน์กุล¹⁷ ซึ่งพบว่าการพยาบาลจัดการกับอาการด้วยวิธีการของตนเอง การพยาบาลอดทนรออุบัติการ การเฝ้ารอให้อาการนั้นหายไป เพราะคิดว่าไม่รุนแรง นั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มารับการรักษาซึ่งให้ข้อมูลจะตัดสินใจรับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออาการนั้นเป็นมากในระดับที่ทนไม่ได้ เมื่อันกำลังจะเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจรวรพล แฟรงโกรา¹⁸ ที่พบว่าหากอาการนั้นมีระดับความรุนแรงมากขึ้น เท่าที่เคยมีอาการ จะส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที

การศึกครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่เมื่ออาการจนกระทั่งตัดสินใจรับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 10 นาทีถึง 2 วัน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 8 ชั่วโมง ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งที่ตัดสินใจรับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งก่อตัว 4 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะเวลาที่กล้ามเนื้อหัวใจอาจมีการตายหมัดอย่างถาวรได้¹⁹⁻²² นอกจากนี้แล้ว การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 89.9 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ 77.8 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคกระเพาะอาหาร ที่เลี้ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจะเป็นผู้สูงอายุ อ้วน มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย ไม่เคยมีประสบการณ์การมีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมาก่อน การรับรู้อาการ การรับรู้สาเหตุ และความรุนแรงของอาการ ตลอดจนการจัดการกับอาการนั้น ผู้ให้ข้อมูลได้อาศัยประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล ตามการรับรู้ที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่ส่วนใหญ่รับรู้ว่าอาการนั้นไม่ได้มีสาเหตุจากหัวใจ

และไม่รุนแรง เนื่องจากมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป จึงพยาบาลจัดการกับอาการตามการรับรู้ของตนเอง และจากการปรึกษาบุคคลใกล้ชิด ทำให้ระยะเวลาตั้งแต่เมื่ออาการจนกระทั่งตัดสินใจรับการรักษาในโรงพยาบาลนานโดยเฉลี่ยถึง 8 ชั่วโมง

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในด้านลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMI และเป็นผู้ป่วยใหม่ไม่เคยมีประสบการณ์การเป็นโรคหัวใจมาก่อน และเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งทำให้ไม่สามารถเข้าถึงการรับรู้เกี่ยวกับการรับรู้อาการของผู้ป่วย ตามความเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ผู้ป่วยในกลุ่ม Unstable angina, NSTEMI และ STEMI ทั้งในกลุ่มผู้มารับการรักษาเร็วและในกลุ่มที่มารักษาต่อจันในกลุ่มผู้ป่วยเก่าและกลุ่มผู้ป่วยใหม่ และไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงและมีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเน้นเนื้อหาการสอนเกี่ยวกับลักษณะอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ทั้งอาการที่พบได้บ่อย และอาการที่แปลงออกไป (Atypical presentation of acute coronary syndrome) เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่อาจเกิดตามการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

2. มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแก่บุคลากร สุขภาพและประชาชนทั่วไป ตลอดจนเน้นการให้ความรู้โดยเฉพาะในกลุ่มเลี้ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเพื่อมุ่งหวังให้ระยะเวลาในการตัดสินใจมาพบแพทย์ลดลง

3. มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน



มีการวางแผนการจำหน่ายให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของโรค

4. ให้ความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์จุลเจนเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้บริการของระบบบริการการแพทย์จุลเจน

5. ควรมีการศึกษาวิจัยทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการรับรู้อาการ การตอบสนองต่ออาการ การจัดการกับอาการ และการตัดสินใจ marrow การรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ครอบคลุมทั้งในกลุ่ม Unstable angina, NSTEMI และ STEMI ในกลุ่มผู้มารับการรักษาเร็วและในกลุ่มที่มารักษาช้ามากขึ้น และควรศึกษาในหลาย ๆ บริบท ที่แตกต่างกันทั้งในด้านสังคม วัฒนธรรม เชื้อชาติ ศาสนา เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสื่อสารมุมมองจริงของผู้ป่วย

References

1. Christopher B, Steg P, Peterson E, Sendon J, Werf F, Rogers E, et al. Medication performance measures and mortality following acute coronary syndromes. Am J Med 2005; Aug, 118(8): 858-865.
2. Hofgren C, Karlson B & Herlitz J. Prodromal Symptoms in subsets of patients hospitalized for suspected acute myocardial infarction. Heart Lung 1995; 24(1): 3-10.
3. Thygesen K, Alpert JS, & White HD. Universal definition of myocardial infarction [database on the Internet]. 2011 [cited 2011 May 13] Available from <http://www.circ.ahajournals.org>.
4. Pollack CV & Braunwald E. 2007 Update to the ACC/AHA Guidelines for Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: Implications for Emergency Department Practice. Annals of Emergency Medicine 2008; 51(5): 591-606.
5. Wongvipaporn C. Thronbolytic in Acute coronary syndrome. Khon Kaen, Khon Kaen karnpim, Thailand; 2011.
6. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics-2008 Update [database on the Internet]. 2008 [cited 2008 December 11] Available from <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.107.187998v1>.
7. Treesukoson D. Guideline in Management of Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: Update in Acute Coronary Syndrome, Queen Sirikit hospital, Khon Kaen, Thailand; 2008.
8. Kiatchoosakul C. Management of acute myocardial infarction. Emergency Medicine. Khon Kaen: Klungnanawitaya, Thailand; 2000.
9. Dracup K, Moser DK, Eisenberg M, Meischke H, Alonso AA & Braslow A. Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. Soc Sci Med 1995; 40(3): 379-392.
10. Moser DK, Kimble LP, Alberts MJ, Alonso A, Croft JB & Dracup K et al. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke. Journal of the American Heart Association 2006; 114: 168-182.
11. Hazzard W.R., Chang M.Y. & Chait A. Aging and atherosclerosis. In W.R., Hazzard P.J., Bless J.B., Helter J.G., Ouslander & M.E. Tinetti. (eds.). Principles of geriatric medicine and gerontology. 5th ed. USA.: McGraw-Hill 2003; 423-432.
12. Ferebee L. Cardiovascular function. In: Meiner, S.E., & Lueckenotte, A.G. (ed.). Gerontologic nursing. 3rd ed. Missouri: St. Louis 2006; 468-476.
13. El-Hazmi M.A. & Warsy A.S. Prevalence of hypertension in obese and non-obese Saudis. Saudi Medicine Journal 2001; 22(1), 44-48.



14. Johansson I, Stromberg A & Swahn E. Factors related to delay times in patients with suspected acute myocardial infarction. *Heart and Lung* 2004; 33(5): 291-300.
15. Dracup K & Moser DK. Beyond sociodemographics: factors influencing the decision to seek treatment for symptom of acute myocardial infarction. *Heart and Lung Journal* 1997; 26(4): 253-262.
16. Walsh JC, Lynch M, Murphy AW, Daly K. Factors influencing the decision to Seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction: An evaluation of Self-Regulatory Model of illness behavior *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 56(1): 67-73.
17. Boonyapatkul P. A study of symptom emergencies, symptom outcomes and symptom management strategies of patients with acute ischemic syndromes. Thesis of Master of Nursing science, Adult Nursing, Graduate School, Mahidol University; 1999.
18. Pangyotha J. Relationship between personal factors, symptom experiences, chest pain management strategies, and self care ability of patients with acute ischemic syndromes, regional hospital and medical care centers, southern region. Thesis of Master of Nursing science, Chulalongkorn University; 2005.
19. Sanckamanee Y, Ruisungnoen W. Effects of Preparatory Information Intervention on Knowledge, Anxiety, and Self-Care Practice among Patients Underwent Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2012; 30(1): 15-21.
20. Dongmala W, Malahom O. The Development of Postoperative Care System: Case Management Model in Surgical Intensive Care Unit, Sappasithiprasong Hospital, UbonRatchathani. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2011; 29(4): 13-22.
21. Phochan S. Development of a Case Management System for Patients with ST-elevated Myocardial Infarction in Khon Kaen Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2011; 29(1): 22-30.
22. Sharejoho T, Khamla A, Pattanajid vilai 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; 29(1): 41-50.



Perception of Symptoms and Decision to Seek Treatment in Patients with Acute Coronary Syndrome*

Lawan Orksuk M.N.S.^{**}

Wasana Ruisungnoen PhD^{***}

ABSTRACT

This descriptive study aimed to explore perception of symptoms and decision to seek treatment in patients with acute coronary syndrome. Participants were 18 patients with acute coronary syndrome, including both old and new cases; who were admitted for treatment at Khon Kaen Hospital. Data were collected by in-depth interviews using guided questions. Each interview took approximately 45–60 minutes. Content analysis was used for data analysis and conclusion of findings.

Findings revealed that participants perceived their symptoms 2 ways differently, which were severity and causes of symptoms. Symptom severity was differentiated into 2 groups according to their experiences including suddenly severe that accounted for 2 out of 5 of the participants and gradually severe. Additionally, participants perceived their symptoms in relation to the cause in which 3 different causes were identified depending on the description, location, and clarity of symptoms. Causes of symptoms were distinguished as heart-related symptom, possibly heart-related symptom, and non heart-related symptoms, which accounted for 4 out of 5 of the participants. Vagueness of symptoms was the reason for this understanding.

Diverse perceptions of symptoms resulted in different responses and management. Those who perceived their symptoms as non heart-related tried to manage symptoms according to their experiences and understandings. Consequently, they waited to see if the symptoms disappeared after management. However, several participants felt that they could wait for the symptoms to recover without having to see the doctor. Only one participant in this study who was an old case decided to see the doctor immediately because of symptom familiarity. Key factors to the decision to seek treatment in this study were worsening of symptoms to the critical state as well as clarity of symptoms to be perceived as heart-related conditions. Surprisingly, some participants who were old cases could not identify the symptoms to be related to their heart condition. Some of them took sublingual medication as suggested by healthcare providers, however; they waited until symptoms became intolerable to go to the hospital. Another condition involved in a decision to seek treatment was transportation problem. Several participants disclosed that they needed to wait for someone to take them to the doctor. EMS service was not commonly used because of its delay and the avoidance to use the vehicle that might deliver the dead body previously. All of these conditions were responsible for the delay in seeking treatment. Findings from this study indicate the importance of educating the risk group of acute coronary syndrome regarding symptoms, especially atypical presentation of symptoms. Education of appropriate symptom response and management should be provided. Moreover, the transportation system that serves people needs in emergency state should be developed.

Keywords: acute coronary syndrome, perception of symptoms, response of symptoms and symptoms management, decision to seek treatment

* Thesis of Master of Nursing science, Adult Nursing, Graduate School, Khon Kaen University

** Student of Master of Nursing science in Adult Nursing, Khon Kaen University

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



ผลของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองต่อความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง และค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะ ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2*

นันนภัส พิรพุฒิพงศ์ พย.ม.**

น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ ส.ต.***

อำเภอพ นามวงศ์พรหม Ph.D.****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยก่อนทดลอง (Pre-Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pre-post test design) เป็นการทำซ้ำ เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองต่อความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเองและค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบ เฉพาะเจาะจงเป็นผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและมารับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพดำเนินการดูแลตนเอง จำนวน 29 ราย เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองที่ออกแบบโดย ภารนา กีรติยุตวงศ์ (2548) ซึ่งใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของໂອเร็ม และทฤษฎีการนำบัดความคิดและพฤติกรรมของเบค เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ที่ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานเป็นรายกลุ่ม ฝึกหักษณ์การปรับความคิด การสื่อสาร การแก้ปัญหาและกิจกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ และติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 7 และ 9 เป็นเวลา 5 สัปดาห์ เก็บรวบรวม ข้อมูลความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินที่น้ำตาลเกะ ก่อนเข้าโปรแกรมและเมื่อครบ 16 สัปดาห์ หลังเข้าโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Wilcoxon Signed Rank test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้และกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นหวานหลังเข้าโปรแกรมดีกว่า ก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) และกลุ่มตัวอย่างมีค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะลดลง หลังเข้าโปรแกรมมี จำนวน 22 ราย แต่เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p=.086$) ผลการวิจัยนี้สนับสนุน การนำโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองไปใช้ในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีกิจกรรมกระตุ้นเตือนและติดตามผลระยะยาว

คำสำคัญ: การจัดการดูแลตนเอง ความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง ค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะ ผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหา สาธารณสุขที่ท้าโลกให้ความสนใจ เนื่องจากเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหลอดเลือดทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ทำให้เกิดภาวะไตวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตาบอด เป็นแผลเรื้อรังที่เท้าจนลุกไม่ขึ้น ถึงต้องตัดเท้า

หรือขา ติดเชื้อง่าย เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้เป็นเบาหวานโดยตรง ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีผลให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งอาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จนส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้บุพพานห้ามที่ในครอบครัวเปลี่ยนแปลง กิจกรรมต่างๆ ในครอบครัว ที่สมาชิกในครอบครัวเคยทำร่วมกันลดลง ผลกระทบต่อชุมชนและสังคม¹ และผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดย

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต



รวม เป็นภาระด้านงบประมาณในการดูแลรักษาสูง ถึงปีละ 3.5-8.4 ล้านบาท คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจปีละกว่า 1.5 หมื่นล้านบาท แต่ถ้าห้ามรวมค่ารักษาโรคแทรกซ้อนค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลและค่าเสียโอกาสอื่น ๆ ประเทศไทยอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้เป็นเบาหวานสูงถึงแสนล้านบาทต่อปี²

ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา การจัดการดูแลตนเองที่ประสบผลสำเร็จต้องสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพกระทำอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เน้นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ไม่สูบบุหรี่ และควบคุมน้ำหนัก การจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ตลอดจนการตรวจเท้า ตรวจตา และตรวจการทำงานของไต³ การที่ผู้เป็นเบาหวานจะจัดการดูแลตนเองได้ดีและให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้เป็นเบาหวานต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค พยาธิสภาพ และภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้มีความพร้อมก่อนนำไปปฏิบัติที่บ้าน และมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด การรู้จักประเมินสุขภาพตนเอง ประเมินความสามารถในการควบคุมเบาหวาน และได้รับความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมนับว่าเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพราะความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวานจะเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยใช้คิดวิเคราะห์ตัดสินใจ และวางแผนดูแลตนเองต่อไป⁴ ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลตนเอง และเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการส่งเสริมสนับสนุนพฤติกรรมควบคุมโรค⁴ จากการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการดูแลตนเอง ในผู้เป็นเบาหวานที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าการจัดการดูแลตนเองเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ^{5,6,7} ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองของหวานา กีรติยุติวงศ์ มาใช้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่มา

รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสอง เพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้เป็นเบาหวานให้มีความสามารถดูแลตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองต่อความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเองและค่าอีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกิน

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ผู้สร้างภารนา กีรติยุติวงศ์ ได้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอลิเมร์⁸ ในส่วนระบบการพยาบาลที่สนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative Nursing System) เป็นกรอบในการออกแบบโปรแกรม และใช้ทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของเบ็ค⁹ (Cognitive behavioral theory) เป็นแนวทางในการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งโรคเบาหวานมีผลต่อวิวัฒนาการร่างกายแทนทุกระบบเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น ผู้เป็นเบาหวานกลุ่มนี้ต้องการการดูแลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับโรค เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ ผู้เป็นเบาหวานที่มีความสามารถไม่พอเพียงที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง ทั้งหมดเรียกว่ามีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ซึ่งระดับความพร่องในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความสามารถและความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด พยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้เป็นเบาหวานพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และตอบสนองต่อความต้องการการดูแลเพื่อลดความพร่องในการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน โดยการสนับสนุน ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นที่ปรึกษา และให้แนวทางในการจัดการดูแลตนเอง สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ สтанที่สื่อ และบรรยายการการเรียนรู้ และการสอน (Teaching) เป็นการให้ความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวาน ส่วนทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม และ



ร่างกายว่ามีความสัมพันธ์กัน ซึ่งใช้เป็นแนวทางการวิเคราะห์ความคิดและความรู้สึกของผู้เป็นเบาหวานที่มีต่อการเจ็บป่วย การรักษา และการปรับกิจกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนเป็นแนวทางสำหรับผู้วัยในการจัดกิจกรรมฝึกทักษะในกระบวนการคิด การติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาให้แก่ผู้เป็นเบาหวาน เพิ่มสมรรถนะของผู้เป็นเบาหวานด้านความคิดและการฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อผู้เป็นเบาหวานต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยก่อนทดลองชนิดกลุ่มเดียวดัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของสอง ตามเกณฑ์คุณสมบัติคือ อายุ 21-60 ปี เป็นเบาหวาน 1-10 ปี ได้รับการรักษาด้วยยารักประทาน ระดับน้ำตาลในเลือดยืนหนึ้ง 3 เดือนมากกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี และยินดีเข้าร่วมวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือแพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาจากรักประทานยาเม็ดเป็นการฉีดอินซูลิน และพบภาวะแทรกซ้อนในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ของตัวแปรกิจกรรมการดูแลตนเองจากงานวิจัยของภوانา กิรติยุตวงศ์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 จำนวนในการทดสอบ .80 เปิดตารางของ Norwood¹⁰ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่พัฒนาโดยภานา กิรติยุตวงศ์ ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยโปรแกรมการจัดการดูแลตนเอง สื่อการสอน วีดีทัศน์ 5 เรื่องซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มาเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ๆ 2 ชั่วโมง จะได้รับความรู้ ร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชมวีดีทัศน์ ครั้งละ 1 เรื่อง และ

ฝึกทักษะสัปดาห์ละ 1 เรื่อง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ และได้รับหนังสือชุดความรู้เพื่อการดูแลตนเองสำหรับผู้เป็นเบาหวานจำนวน 10 เล่ม ที่พัฒนาโดยสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ¹¹ เพื่อนำไปศึกษาอ่านเพิ่มเติมที่บ้าน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2.2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 33 ข้อ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 8 ข้อ ด้านการควบคุมอาหาร 7 ข้อ ด้านการใช้ยา 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการประเมินตนเอง 2 ข้อ และด้านสุขอนามัยและการดูแลเท้า 6 ข้อ คะแนนเต็ม 33 คะแนน ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 ราย พบร่วมค่าความยากง่ายระดับปานกลาง (Difficulty index=0.62) และอำนาจจำแนกระดับพอใช้ (Discrimination index=0.24) 2.3) แบบประเมินกิจกรรมการดูแลตนเอง เป็นการประเมินการปฏิบัติการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจำนวน 19 ข้อ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร 7 ข้อ การออกกำลังกาย 2 ข้อ การประเมินตนเอง 3 ข้อ การดูแลเท้า 5 ข้อ และการรับประทานยา 2 ข้อ คะแนนรวม 133 คะแนน ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 ราย ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นนิยติความสอดคล้องภายนอกด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ์ของครอนบากได้ค่าเท่ากับ 0.70 และ 2.4) อุปกรณ์ในการเจาะเลือดและเครื่องตรวจวัดค่าอีโมโกลบินที่มีนำตาลเกา วิเคราะห์ด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ Nyco card READERII โดยวิธี Turbid metric Inhibition Immunoassay เทียบโดย Control ทุกเช้า รายงานผลเป็นเบอร์เซ็นต์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อโครงการร่างการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมคณะกรรมการสหพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต ผู้วัยชราอนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของสอง เพื่อทำวิจัยและเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดซึ่งจะตัดกุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ซึ่งจะไม่มีผล



ผลกระทบได้ 尤่ต่อการรับบริการ การเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอบันทึกความรู้ ไม่ออกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ลงรายละเอียดไว้ในเอกสารพิทักษ์สิทธิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายนอกการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าโปรแกรมผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง และเจ้าเลือดส่งตรวจหาค่าฮีโนโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองสำหรับผู้เป็นเบาหวาน เป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 9-10 คน สัปดาห์ละครั้ง รวม 5 ครั้ง ประกอบด้วย การเข้ากลุ่มเรียนรู้โดยการฟังบรรยาย ชนวีดีทัศน์ร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นและประสบการณ์ในการจัดการดูแลตนเอง การฝึกทักษะปรับความคิด และการตั้งเป้าหมาย ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหาและการจัดการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้าการและประเมินตนเองและการรับประทานยา ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 7 และ 9 ติดตามประเมินความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง และค่าฮีโนโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะเมื่อครบ 16 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับกิจกรรมการดูแลตนเอง และค่าฮีโนโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการจัดการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 33 - 60 ปี อายุเฉลี่ย 50.66 ปี ($SD=6.57$) สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธทุกราย จบการศึกษาประมาณศึกษามากที่สุด ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานเฉลี่ย 4.83 ปี ($SD=3.02$) อัชีพแม่บ้านมากที่สุดรองลงมาอาชีพค้าขาย รายได้ 5,001-10,000 บาท ต่อเดือนมากที่สุด ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพทุกราย

ส่วนใหญ่มีบุตร 1-2 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 2 คน และเดินทางมาโรงพยาบาลโดยรถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง

2. ความรู้ พบร่วมก่อนเข้าโปรแกรมการจัดการดูแลตนเอง มีคะแนนความรู้อยู่ระหว่าง 11-29 คะแนน (คะแนนเต็ม 33 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 20.69 คะแนน ($SD=3.95$) ภายนอกเข้าโปรแกรมการจัดการดูแลตนเอง มีคะแนนความรู้อยู่ระหว่าง 21-31 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 26.59 คะแนน ($SD=2.18$) ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังเข้าโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$)

3. กิจกรรมการดูแลตนเอง พบร่วมก่อนเข้าโปรแกรมการจัดการดูแลตนเอง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 48-116 คะแนน (คะแนนเต็ม 133 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 76.41 คะแนน ($SD=18.70$) คะแนนกิจกรรมการดูแลตนเอง ภายนอกเข้าโปรแกรมการจัดการดูแลตนเอง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 60 – 120 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน 100.28 คะแนน ($SD=12.16$) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนกิจกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$)

4. ค่าฮีโนโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 ราย ก่อนเข้าโปรแกรมการจัดการดูแลตนเอง อยู่ระหว่าง 7.10 – 10.40 เปอร์เซ็นต์ มีค่าเฉลี่ย 8.18 เปอร์เซ็นต์ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = .91) ภายนอกเข้าโปรแกรมการจัดการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าฮีโนโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอยู่ระหว่าง 5.20 – 14.10 เปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.88 เปอร์เซ็นต์ ($SD=1.99$) โดยพบว่าค่าฮีโนโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 ราย มีแนวโน้มลดลง เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test พบร่วมค่าเฉลี่ยอันดับของฮีโนโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ($p=.086$) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาการควบคุมโรคเบาหวานโดยใช้เกณฑ์ของ ADA³ ค่า HbA1c ≤ 7 % พบร่วมหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ร้อยละ 34.50 มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 130 มิลลิกรัม



เปอร์เซ็นต์ ซึ่งแสดงว่าสามารถควบคุมโรคได้

การอภิปรายผล

1. ความรู้ ผลการวิจัย พบร่วมกันว่าความรู้หลังเข้าโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้ากลุ่มเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลตนเองที่ผ่านมา ช่วยการสื่อสาร การฝึกทักษะการปรับความคิด ทักษะการสื่อสาร และทักษะการแก้ปัญหา พร้อมทั้งได้ฝึกปฏิบัติ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ได้รับความรู้ที่ตรงกรณีกับประสบการณ์ของตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างได้นำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองที่บ้าน เป็นการสะท้อนให้กับกลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และมีความรู้เพิ่มขึ้นจากการทดลองปฏิบัติ โดยพบว่าความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้ถูกต้องมากขึ้นได้แก่ อาการแสดงของโรค การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเลือกอาหารที่เหมาะสม วิธีการออกกำลังกาย การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะชอกอับและเท้า และการดูแลแพลงท์เท้า ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนบทบาทของพยาบาลตามทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ของโอลิเมร์^{4,8} ที่อธิบายว่าการซึ่งแน่ การให้การปรึกษา และการสอน ในบรรยายการที่เป็นมิตรจะช่วยทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และมีความรู้เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับผลการสังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 57 เรื่อง เกี่ยวกับการนำทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ของโอลิเมร์มาใช้ในการดูแลผู้เป็นเบาหวานในประเทศไทย พบร่วมกันว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีค่าขนาดอิทธิพลของความรู้เท่ากับ 1.52^7 และสอดคล้องกับการศึกษาของภารนา กีรติยุตวงศ์^{5,6} และสมใจ ราชวงศ์¹² ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้เป็นเบาหวานซึ่งได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองตามทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอลิเมร์ มีความรู้ดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม

2. กิจกรรมดูแลตนเอง ผลการวิจัย พบร่วมกันว่าคะแนนเฉลี่ยอันดับกิจกรรมการดูแลตนเองหลังเข้า

โปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) อธิบายได้ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดเรียนรู้และมีความรู้เพิ่มขึ้น เกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเอง ซึ่งความรู้เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถแยกแยะการกระทำการของตนเองที่ดีหรือเหมาะสมจาก การกระทำการที่ไม่ดี หรือไม่เหมาะสมได้ ร่วมกับการได้ฝึกทักษะกระบวนการคิด การสื่อสาร การแก้ปัญหา และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองซึ่งครอบคลุมด้านการเลือกอาหารที่บริโภค วิธีและชนิดของการออกกำลังกาย และการดูแลเท้า ดังแต่การตรวจเท้า การประเมินสภาพเท้า และการตัดเล็บ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถคิดตัดสินใจและวางแผนดูแลตนเองได้ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับไปทดลองปฏิบัติที่บ้าน ผู้วิจัยได้ติดตามชีวันประจำวัน สนับสนุนให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลทำให้กลุ่มตัวอย่างกระทำการดูแลตนเองได้ดีขึ้น โดยพบว่า ด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกปริมาณอาหารที่จะรับประทานได้เหมาะสม กับความต้องการของตนเอง หลีกเลี่ยงการกินจุบจิบระหว่างมื้อ และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด ส่วนด้านการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างสามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอในน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยเลือกกำลังกายด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่นเดินเร็ว เล่นสูล่าญี่ปุ่น ยกบริหารตามท่าฤทธิ์ดัดตน เป็นต้น ตรวจเท้าและดูแลเท้าได้ถูกต้อง จนไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายได้เกิดแพลงท์เท้า รับประทานยาได้ถูกต้อง และไม่พบภาวะแทรกซ้อนทั้งน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงจนเกินไป สอดคล้องกับทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอลิเมร์^{4,8} และทฤษฎีการนำบัดความคิดและพฤติกรรมของเบ็ค⁹ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ McGowan¹³ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้ และการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลตนเอง เกี่ยวกับสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย การมาพบแพทย์ และมารับยาตามนัด และฝึกทักษะ ทัศนคติ การจัดการโรคเรื้อรัง และการจัดการปัญหา ใช้เวลา 6 เดือน หลังการทดลองพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่ม



ทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0125$)

3. ค่าอีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าอีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะลดลงจำนวน 22 รายโดย 10 ราย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1c \leq 7\%$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการจัดการดูแลตนเองได้ดีขึ้นทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อย ระยะเวลาการติดตามผลสั้นร่วมกับอำนาจการทดสอบของสถิตินอนพารามترิกที่ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหวานา กีรติยุตวงศ์^{5,6} และ Ismail¹⁴ และคณานุพันธ์ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และพบว่าค่าน้ำตาลสะสมในกลุ่มการจัดการดูแลตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵⁻¹⁷ นอกจากนี้จากการสังเคราะห์งานวิจัยของลินีนาฎ ลิขิตรัตน์เจริญ⁷ พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ของโอเร็ม มีค่าขนาดอิทธิพลของการควบคุมน้ำตาลในเลือดระดับปานกลาง (0.60) ซึ่งต่ำกว่าด้านความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง

โดยสรุปโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีความรู้และการจัดการดูแลตนเองดีขึ้น ส่งผลให้ระดับอีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะมีแนวโน้มลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลสั่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองไปใช้ในการดูแลผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมมีแนวทางและขั้นตอนที่ชัดเจน ซึ่งพยาบาลสามารถเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในการจัดกิจกรรมได้ไม่ยาก นอกเหนือนี้การใช้เวลาในการเข้ากลุ่มเพื่อเรียนรู้และฝึกทักษะของกลุ่มตัวอย่าง

แต่ละครั้งประมาณ 2 ชั่วโมง ซึ่งไม่นานเกินไปสำหรับผู้เป็นเบาหวานที่จะเข้าร่วมกิจกรรมได้ ดังจะเห็นได้จาก การที่กลุ่มตัวอย่างทุกรายในการศึกษาครั้งนี้เข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วน

2. ควรจัดกิจกรรมกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่างให้ดูแลตนเองทุกครั้งที่กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาตามนัด และติดตามประเมินกิจกรรมการดูแลตนเอง และระดับค่าอีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะเมื่อครบ 1 ปี เพื่อศึกษาความคงอยู่ของการจัดการดูแลตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ศ. เกียรติคุณ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล ที่ให้คำแนะนำในการแก้ไขและปรับปรุงการทําวิทยานิพนธ์ และศ.ดร. หวานา กีรติยุตวงศ์ ที่รุ่นมา สละเวลาให้คำปรึกษา สอน และแนะนำการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการดูแลตนเอง และขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลสั่งเสริมสุขภาพตำบลลงสองทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ และขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นเบาหวานทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทําวิจัยครั้งนี้

References

- American Diabetes Association (ADA). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes care, 35 (Supplement 1) January 2012: S11 – S44.
- Health System Research Institute. [Database in the internet]. 2011. (cited 2011 March 1). Available from: <http://www.nsri.or.th/th/whatnews/detail.php>
- American Diabetes Association. Executive Summary: Standards of Medical Care in Diabetes Diabetes. Diabetes Guidelines. 2011: 4-46.
- Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St.Louis: Mosby.
- Keeratiyutawon P. A Self-management program for improving knowledge, self-care activities, quality of life, and glycosylated HbA1c in Thai



- with type 2 diabetes mellitus [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2005.
6. Keeratiyutawong, P., Hanucharurnkul, S., Boonchauy, w., Phumleng, B., and Mungkao w. Effectieness of Supportive-educative program on diabetic control, perceived self-care efficacy, and body mass index in persons with type 2 diabetes mellitus. *Thai Journal of Nursing* [Research]. 9 (1) (January–March 2005): 1–11.
 7. Likittracharoen S. Meta-analysis of educative-supportive intervention research for diabetic patients in Thailand. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2000.
 8. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 5th ed. St Louis: Mosby Year Book; 1995.
 9. Bect, AT. *Cognitive therapy and the emotion disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
 10. Norwood SL. *Research strategies for advanced practice nurse*. New Jersey: Prentice Hall; 2000.
 11. Hanucharurnkul S. et al. Self-care education package for person with diabetes. Bangkok: Faculty of Medicine Division, Ramathibodi Hospital; 2004.
 12. Ratsavong S. The Effectiveness of health education program in self health care promotion by applying self care Theory of Orem with Self Efficacy Theory in behavior development of diabetes patients type 2 treated at outpatient department of Mahosoth Hospital Vientiane Capital, Lao [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2009.
 13. McGowan J, The Efficacy of diabetes patient education and self-management education in type 2 diabetes 2011; 35(1): 46–53.
 14. Ismail K, Maissi E, Thomass S, Chalder T, Schmidt U, Bartlett J, et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy and motivational interviewing for people with type 1 diabetes mellitus with persistent sub-optimal glycemic control: A Diabetes and Psychological Therapies (ADaPT) study. *Health Technology Assessment* 2010;[Online] 2010 [cite 2010 November 11]. Available from:<http://www.hta.ac.uk/htacd/index.shtml>
 15. Jirakal C. Effects of Supportive-educative nursing system on self-care behavior and dependent care among diabetic patients and their families. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2007.
 16. Weangnon S, Nantsupawat W, Hornboontherm P. Effects of Self-management Program on Behaviors for Controlling Disease and Hemoglobin A1c Level in Patients with Diabetes Mellitus Type 2. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2010; 28 (4): 5–14.
 17. Singyamuang A, Nantsupawat W, Hornboontherm P. Effects of The Development of Self -Care Agency Program on Level of Hemoglobin A1c in Patients with Diabetes Mellitus Type 2. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2010; 28(1): 56–63.
 18. Chinsom J, Senarak W. Type 2 Diabetes Risk in Middle-Aged Isaan Women: A Case Study of Urban Community. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2011; 29 (1): 31–40.



Effects of Self-Management Program on Knowledge, Self-Care Activities, and HbA_{1c} in Persons with Type 2 Diabetes Mellitus*

Nannapat Peeraphruethipong M.N.S.** Nam-oy Pakdevong Dr.P.H.*** Ampaporn Namvongprom Ph.D.****

Abstract

This pre-experimental one group pre-posttest design aimed to examine the effectiveness of the Self-Management Program on knowledge, self-care activities, and HbA_{1c} in person with type 2 diabetes mellitus. The program was developed by Pawana Keeratiyutawong (2005) and used Orem's Educative-Supportive nursing system with Beck's Cognitive behavioral therapy as a conceptual framework. Twenty-nine persons with uncontrolled diabetes who receiving care at Tambon Health promoting hospital, Klong Song was purposively selected to attend five sessions of the program including group education, cognitive restructuring, communication skill, problem solving skill and diabetes self-care skill training. Knowledge, Self-care activities and HbA_{1C} were collected before and after the program and analyzed by descriptive statistics, paired t-test and Wilcoxon Signed Rank test.

After 4 months, it was found that knowledge and self-care activity increased significantly ($p=.000$) While HbA_{1C} tended to decrease in 22 persons, but no statistical significance difference was found. The study findings support the effectiveness of the Self-Management Program. Encouraging activity and long-term follow-up study are suggested.

Keywords: self-care management, knowledge, self-care activities, HbA_{1c}, type 2 diabetes.

* Thesis of Master of Nursing Science, Adult Nursing, School of Nursing, Rangsit University

** Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Rangsit University

*** Instructor, School of Nursing, Rangsit University

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



ผลของการใช้โปรแกรมการดูดเสมบแบบประยุกต์ต่อความอื้มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงและสัญญาณชีพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หลังผ่าตัดสมองที่เข้าเครื่องช่วยหายใจ

ปราิชา หาญมานพ พย.ม.*

อภิน พรีรักษา พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูดเสมบแบบประยุกต์ต่อความอื้มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงและสัญญาณชีพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดสมองที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูดเสมบโดยใช้โปรแกรมการดูดเสมบแบบประยุกต์ ข้อมูลที่บันทึกประกอบด้วย ความอื้มตัวของออกซิเจนและสัญญาณชีพในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 2 นาที และหลังการทดลอง 5 นาทีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Mann-Whitney U Test, Friedman Test และ Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test ผลการวิจัยสรุปได้ว่าโปรแกรมการดูดเสมบแบบประยุกต์ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของความอื้มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง ความดันชิสโนติก ความดันไอกแอลโนติก ในเวลา 5 นาที หลังการทดลอง แต่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้นหลังการทดลองทันที และไม่มีการเปลี่ยนแปลงหลังการทดลอง 2 นาทีและ 5 นาที ซึ่งผลที่ได้เหมือนกับวิธีการดูดเสมบตามปกติ ดังนั้นวิธีการดูดเสมบแบบประยุกต์สามารถใช้ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูดเสมบแบบประยุกต์ บาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดสมอง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บศีรษะ (Head Injury) สาเหตุส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุจราจร¹ ดังสถิติในปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทยมีอุบัติเหตุจราจรสบกเกิดขึ้นจำนวน 100,733 ครั้ง ในจำนวนผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุนี้ อย่างที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดคือศีรษะซึ่งพบประมาณร้อยละ 30^{2,3} บาดเจ็บศีรษะรุนแรงมีอัตราตายร้อยละ 29⁴ จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ พบร่วมในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและได้รับการผ่าตัดสมอง 130 ราย ร้อยละ 52 และปี พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและได้รับการผ่าตัดสมอง 100 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.9⁵

บาดเจ็บศีรษะหมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงภายนอกมากระทำต่อโครงสร้างทางกายภาพและ

หน้าที่ของสมองซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างน้อย 1 อาการ⁶ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการบาดเจ็บศีรษะ หากพบว่าขนาดของก้อนเลือดมีขนาดใหญ่และกดการทำงานของสมองแพทย์จะพิจารณาทำการผ่าตัดสมอง เพื่อกำจัดก้อนเลือดที่กดเบี้ยดภายในกะโหลกศีรษะและลดแรงดันในกะโหลกศีรษะ⁷ ภาวะพร่องออกซิเจนเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในระยะหลังผ่าตัดสมองที่ส่งผลต่อหลอดเลือดสมองหดตัวทำให้ระบบไหลเวียนในสมองเปลี่ยนแปลง⁸ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อแก้ไขภาวะอุดกั้นในทางเดินหายใจ ป้องกันการสำลัก ช่วยในการดูดเสมบ^{9,10} เพื่อการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังต้องคาดท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อให้เนื้อเยื่อสมองที่

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ไข้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



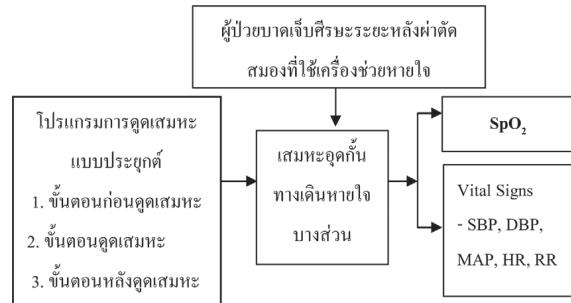
ได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดได้รับออกซิเจโนอย่างเพียงพอ อีกทั้งยังรักษาสมดุลของภายในเลือดแดง การใส่ท่อช่วยหายใจมีผลต่อการกระตุนการผลิตเสมหะ เสมหะแห้งเหนียวมากขึ้น ส่งเสริมให้ทางเดินหายใจอุดกั้น การปิดของฝากล่องเสียงไม่สนิทชั่วสั่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการไออุบัติสเมหะ¹¹ การอุดสเมหะในท่อช่วยหายใจเป็นการกำจัดเสมหะในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ¹² การอุดสเมหะในท่อช่วยหายใจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน^{13,14,15} เนื่องจากการอุดสเมหะเป็นการใช้แรงดันลบในการดูดเอาสเมหะและออกซิเจนออกจากท่อช่วยหายใจ การสอดสายยางดูดสเมหะเป็นกระตุนประสาทวากัสที่ผนังหลอดคอ มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจชั่ลง นอกเหนือนี้การอุดสเมหะยังทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุหลอดลม และส่วนคารานากระตุนให้เกิดปฏิกิริยาการไอส่งผลต่อการเพิ่มความดันในช่องอกเพิ่มสูงขึ้น ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ มีผู้ป่วยคัลยกรรมประสาทรับไว้ในความดูแล แต่ยังไม่มีแนวทางการอุดสเมหะเฉพาะสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการใช้โปรแกรมการอุดสเมหะแบบประยุกต์ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดสมองที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจตามหลักฐานเชิงประจำการ เพื่อศึกษาผลของการโปรแกรมการอุดสเมหะแบบประยุกต์ ต่อความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงและลัญญาณชีพว่าเป็นไปในทิศทางใดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดสมองที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการอุดสเมหะแบบประยุกต์ต่อความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงและลัญญาณชีพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดสมองที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้โปรแกรมการอุดสเมหะแบบประยุกต์ที่อ้างอิงมาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจำการประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ ระยะก่อนอุดสเมหะ และระยะหลังอุดสเมหะ ได้มีการตรวจสอบความต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านได้ 1 ส่วนการฝึกทักษะการใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่ง



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการอุดสเมหะแบบประยุกต์ต่อความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงและลัญญาณชีพ ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดสมองที่ใช้เครื่องช่วยหายใจกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดสมองที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ schiesselman กำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ .05 คำนวณค่า Drop out ของกลุ่มตัวอย่าง 15% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกลักษณะทั่วไปและการเจ็บป่วย เครื่องติดตามลัญญาณชีพข้างตึียง ยี่ห้อ Philips รุ่น MP 20 ซึ่งใช้ในการวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง ความดันซิสโตโลกิค ความดันไดแอลโตโลกิค ความดันเลือดแดงเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้ดัดและบันทึกค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงและลัญญาณชีพในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที 2 นาที และ 5 นาที โปรแกรมการอุดสเมหะแบบประยุกต์เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจำการ โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ระยะก่อนอุดสเมหะ ระยะขณะอุดสเมหะ และระยะหลังอุดสเมหะ ได้มีการตรวจสอบความต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านได้ 1 ส่วนการฝึกทักษะการใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่ง



ได้มีการทดสอบความเที่ยงของข้อมูลด้วยวิธี Interrater Reliability ในผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลทั้งหมด 10 รายเท่ากับ 0.8

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยคำนวณหาค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงและสัญญาณชีพต่อโปรแกรมการดูดเสมหะแบบประยุกต์ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test การทดสอบภัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Friedman Test และการทดสอบเป็นรายคู่ระหว่างก่อนการทดลองเปรียบเทียบกับหลังการทดลองทันที 2 นาที และ 5 นาที ภายนอกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test หลังจากการทดสอบ การแจกแจงของประชากรด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบร่วมกับการแจกแจงของประชากรไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดสมองที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ มีผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 20 คน กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 45.00 ปี ($SD = 23.41$) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 38.30 ($SD = 10.27$) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80 เท่ากัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 และ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา เช่นกัน ร้อยละ 50 สำหรับ GCS กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มี GCS ก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับคะแนน 2T-7T ร้อยละ 60 รองลงมาเป็นระดับคะแนน 8T-11T ร้อยละ 40 สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มี GCS ก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับคะแนน 2T-7T ร้อยละ 80 รองลงมาอยู่ในระดับ 8T-11T ร้อยละ 20 จากผลการทดสอบพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน

1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง ความดันชีสโตลิก

ความดันไดออกซิโตลิกความดันเลือดแดงเฉลี่ย อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจ ก่อนการทดลอง หลัง การทดลองทันที 2 นาที และ 5 นาที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบร่วมกับค่าเฉลี่ยความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง ความดันชีสโตลิก ความดันไดออกซิโตลิกความดันเลือดแดงเฉลี่ย อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจ ก่อนการทดลอง หลัง การทดลองทันที หลังการทดลอง 2 นาที และ หลังการทดลอง 5 นาที ภายนอกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Friedman Test พบร่วมกับกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจจากที่วัดไว้ก่อนการทดลองเมื่อเวลาเปลี่ยนไปหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 2 นาที และหลังการทดลอง 5 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง ความดันชีสโตลิก ความดันไดออกซิโตลิก ความดันเลือดแดงเฉลี่ย อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจ ก่อนการทดลอง หลัง การทดลองทันที หลังการทดลอง 2 นาที และ หลังการทดลอง 5 นาที ภายนอกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Friedman Test พบร่วมกับกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจจากที่วัดไว้ก่อนการทดลองเมื่อเวลาเปลี่ยนไปหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 2 นาที และหลังการทดลอง 5 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงเป็นรายคู่ เปรียบเทียบในระยะเวลา ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองภัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks test พบร่วมกับกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจระยะก่อนการทดลองแตกต่างกันกับระยะหลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การอภิปรายผล

จากการวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และภัยในกลุ่ม ในระยะเวลา ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันคือความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงไม่เปลี่ยนแปลงนื่องจากโปรแกรมการดูดเสมหะแบบประยุกต์และโปรแกรมการดูดเสมหะตามปกติต่างก็ให้ออกซิเจนในระยะก่อนและหลังดูดเสมหะนาน 1 นาทีเหมือนกันแต่ที่ต่างกันคือโปรแกรมการดูดเสมหะแบบประยุกต์ให้ออกซิเจน 100% นาน



1 นาทีจากเครื่องช่วยหายใจโดยไม่ได้เพิ่มปริมาตรปอด และไม่ได้ปั๊บท่อช่วยหายใจ แต่โปรแกรมการดูดเสมห์ตามปกติให้ออกซิเจนพร้อมการเพิ่มปริมาตรปอดโดยวิธีการใช้ Self-Inflating Bag with O₂ flow 5–10 LPM เป็น 4–5 ครั้ง นาน 1 นาทีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนจากการดูดเสมห์ซึ่งพบว่า การให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูง 100% ทั้งก่อนการดูดเสมห์และหลังการดูดเสมห์สามารถลดภาวะพร่องออกซิเจนได้ร้อยละ 49¹⁶ อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้น้ำเกลือนอร์มัลและไม่ใช้น้ำเกลือนอร์มัลก่อนการดูดเสมห์ไม่มีความแตกต่างของค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05¹⁷

จากการวัดความดันซิสโตริลิก ความดันไดแอสโตริลิก และ ความดันเลือดแดงเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มในระยะเวลา ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน แต่จากการศึกษาพบว่า ความดันซิสโตริลิกหลังการทดลองทันที ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะหลังการทดลอง 2 นาที และ 5 นาทีความดันซิสโตริลิกลดลงเรื่อยๆ ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ความดันไดแอสโตริลิกหลังการทดลองทันทีในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะหลังการทดลอง 2 นาทีและ 5 นาที ความดันไดแอสโตริลิกลดลงเรื่อยๆ ตามลำดับ ซึ่งมีผลต่อผลต่างระหว่างความดันซิสโตริลิกและความดันไดแอสโตริลิกที่มากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบผลต่างระหว่างความดันซิสโตริลิกและความดันไดแอสโตริลิก พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นผลดีในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ความดันเลือดแดงเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปกติผลการศึกษาดังกล่าวอาจเนื่องจากแรงดันที่ใช้ในการดูดเสมห์ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองต่างกันเล็กน้อย คือโปรแกรมการดูดเสมห์แบบประยุกต์ใช้แรงดัน 80–120 มม. ป.ร.อ.^{16,18} วิธีการดูดเสมห์ตามปกติใช้แรงดันไม่เกิน 150 มม. ป.ร.อ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้แรงดันลบในการดูดเสมห์มีผลต่อการเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะ ชั่วคราวและผลจากการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความดันเลือดแดงเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังดูดเสมห์ทันทีและกลับสู่ค่าพื้นฐานในนาทีที่ 2¹⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงกึ่งทดลองที่พบว่าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตรการใช้แรงดันลบในการดูดเสมห์ไม่มีผลต่อค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ยและการกำชับเลือดในสมองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05²⁰ อีกทั้งการเพิ่มปริมาตรปอดในระยะเวลาสั้น จากการดูดเสมห์ในกลุ่มควบคุมไม่ทำให้ความดันเลือดแดงเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงเนื่องจากแรงดันในศีรษะที่เพิ่มจะกลับสู่ค่าพื้นฐานในระยะเวลา 2 นาที ซึ่งโปรแกรมการดูดเสมห์แบบประยุกต์มีระยะเวลาห่วงการดูดเสมห์ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เป็นเวลา 2 นาทีส่วนในกลุ่มควบคุมแม้ว่าจำนวนครั้งในการดูดเสมห์ไม่จำกัดจำนวนแต่ในช่วงระยะเวลาห่วงการดูดเสมห์แต่ละครั้งมีระยะเวลาห่วง 2–3 นาที ซึ่งผลของระยะเวลาห่วงดูดเสมห์ทำให้ค่าแรงดันเฉลี่ยในกะโหลกศีรษะและความดันเลือดแดงเฉลี่ยกลับสู่ค่าพื้นฐานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การระบายอากาศปริมาตร 1.35 เท่าของปริมาตรปอดด้วยออกซิเจนเข้มข้น 100% ก่อนและหลังดูดเสมห์ ระยะเวลาในการดูดเสมห์แต่ละครั้งไม่เกิน 10 วินาที จำนวนครั้งที่ใช้ในการดูดเสมห์คือ 2 ครั้งต่อรอบ และเว้นระยะเวลาอย่างน้อย 2 นาทีก่อนดูดเสมห์ครั้งต่อไป²¹

จากการวัดอัตราการเต้นของหัวใจภายในกลุ่มทดลองในระยะเวลา ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง การวัดอัตราการเต้นของหัวใจรายคู่/ภายนอกกลุ่มทดลอง ระยะ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) คือหลังการดูดเสมห์ทันที อัตราการเต้นของหัวใจทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นหลังดูดเสมห์ทันทีและลดลงในนาทีที่ 2 หลังการดูดเสมห์แต่ในกลุ่มควบคุมพบว่ามีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นในนาทีที่ 5 เนื่องจากมีการใช้น้ำเกลือนอร์มัลก่อนการดูดเสมห์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าในผู้ป่วย



ที่ใช้น้ำเกลือนอร์มัลก่อนการดูดเสมหะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจในนาทีที่ 4 ถึงนาทีที่ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05¹⁷

ค่าเฉลี่ยอัตราการหายใจภายในกลุ่มทดลองในระยะเวลา ก่อนการดูดเสมหะ 2 นาที และหลังการดูดเสมหะ 2 นาที ในกลุ่มทดลองมีอัตราการหายใจหลังการดูดเสมหะ 2 นาที ในกลุ่มทดลองมีอัตราการหายใจน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

อัตราการหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะเวลา ก่อนการดูดเสมหะ และหลังการดูดเสมหะ ไม่แตกต่างกันอาจเนื่องจากโปรแกรมการดูดเสมหะแบบประยุกต์และโปรแกรมการดูดเสมหะตามปกติต่างก็ให้ออกซิเจนในระดับก่อนและหลังดูดเสมหะนาน 1 นาที เมื่อนอกนั้นแต่แตกต่างกันในวิธีการให้ออกซิเจนผลจากการดูดเสมหะทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนชั่วขณะที่ดูดเสมหะ มาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีปอดปกติและในระยะแรกหลังผ่านตัวตัด 24 ชั่วโมงผู้ป่วยยังไม่มีภาวะติดเชื้อในปอดทำให้การแลกเปลี่ยนกําชีวิตร่วมกับการดูดเสมหะทั้งทั้งสองกลุ่ม ไม่มีผลต่อความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงลดลง^{22, 23} ผลการวิจัยสรุปได้ว่าโปรแกรมการดูดเสมหะแบบประยุกต์ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง ความตันชิลโตลิก ความดันไนโตรเจนในเลือด ความตันชิลโทลิก ความดันไนโตรเจนในเลือด และความตันชิลไนโตรเจนในเลือด ทั้งนี้เป็นผลมาจากการดูดเสมหะตามปกติ ดังนั้นวิธีการดูดเสมหะแบบประยุกต์สามารถใช้ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ไม่ต้องห่วงหายใจ

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการดูดเสมหะแบบประยุกต์จะเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
2. ศึกษาผลของการดูดเสมหะโดยใช้โปรแกรมการดูดเสมหะแบบประยุกต์ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีพยาธิสภาพที่ปอดเพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูดเสมหะแบบประยุกต์ที่ชัดเจนขึ้น

3. ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยควรเพิ่มระยะเวลาในการบันทึกหลังจากระยะดังให้การพยาบาลนาน 10 นาที เพื่อศึกษาระยะเวลาที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงและปรับสู่ค่าพื้นฐานหลังการทดลองโดยเฉพาะค่าความดันโลหิต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ อร骏 ศรีรักษ์ ดร.โภวิตา ทัดพินิจ ออาจารย์ ดร.อภิญญา วงศ์พิริโยธา ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ คำแนะนำและการพัฒนาระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงงานวิจัยให้สมบูรณ์ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์และเจ้าหน้าที่ห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่ช่วยสนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์

Reference

1. Barker E. Neuroscience Nursing: A Spectrum of Care. 3rd ed. St.Louis Toronto: Mosby company; 2008.
2. Traffic And Civil Service Planning Division. Sheets of seminar in traffic and reduce accident; 2008.
3. Dumnakkaew K. Severe injury due to transports accidents 2007. Epidemiological surveillance and investigate. Ministry of Public Health; 2008.
4. Ratanalert S, Kornsilp T, Chintragoolpradub N, Kongchoochouys. The impacts and outcomes of implementing head injury guidelines: clinical experience in Thailand. Emerg Med J 2007; 24: 25–30.
5. Patients Register in ICU Surgery. Statistic in ICU Surgery. Surin: ICU Surgery Surin Hospital. 2008–2009.
6. Silver MJ, McAllister WT, Yudofsky CS. Textbook of Traumatic Brain Injury. 2nd ed. Missouri: Mosby Elsevier; 2001.



7. Task force of Brain Trauma Foundation. Guideline for the management of severe head injury. *J Neurotrauma* 2000; 463-478.
8. Hickey JV. The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing. 3rd ed. Philadelphia: JB Lippincott Company; 2003.
9. Hess DR, Kacmarek RM. Airway management. In D.R. Hess & R.M. Kacmarek (Eds.). Essential of mechanical ventilation. (pp. 295-306). (2nd ed). Newyork; McGraw-Hill; 2002.
10. Lerdwiriyakul, W. Respiratory Care. In: Chutmongkonchat S. Respiratory Care and oxygen therapy, Songkhla: Chanmuangkarnpim; 2006.
11. Deem SA, Bishop MJ, Bedford RF. Physiologic and pathophysiologic responses to intubation. In C. A. Hagberg (Ed.). Benumof's airway management: Principle and practice. 2nd ed. Philadelphia; Mosby; 2007.
12. American Association for Respiratory Care. AARC Clinical Practice Guidelines: Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways. *Respiratory Care* 2010; 55(6): 758-764.
13. Thompson L. Suctioning adult's artificial airway. A systemic review. The New Zealand Centre for Evidence Based Nursing for Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midewifery 2000; 9: 1-95.
14. Boonburapong T. Respiratory therapy in practice. Bangkok: Bannangsuoksin; 2009.
15. Day T, Iles N, Griffiths P. Effect of performance feedback on tracheal suctioning knowledge and skills: randomize controlled trial. *Journal of Advance Nursing* 2009; 65(7), 1423-1431.
16. Oh H, Seo WA. A meta-analysis of effects of various interventions in preventing endotracheal suction-induced hypoxemia. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12: 912-924.
17. Akgul S, Akyolcu, N. Effect of Normal saline on Endotracheal Suctioning. *Journal Clinical Nurse*. 2002; 11: 826-830.
18. Pedersen CM, Rosendahl – Nielsen M, Hjermind J, Egerod I. Endotracheal suctioning of the adult intubated patient – what is the evidence?. *Intensive and Critical care Nursing* 2009; 25: 21-30.
19. Wainwright SP, Gould D. Endotracheal suctioning: an example of the problems of relevance and rigour in clinical research. *Journal of Clinical Nursing* 1996; 5(6): 389-398.
20. Brucia J, Rudy E. The effect of suction catheter insertion and tracheal stimulation in adult with severe head injury. *Heart & Lung* 1996; 25(4): 295 -303.
21. Tantivisut S, Namvongprom A, Sirikul S. Effectiveness of Nursing System Development in Using Evidence-based Protocol on Quality of Care in Patients with Severe Traumatic Brain Injury. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2011; 29(3): 5-14.
22. Naopiriyawat U, Puttapitakpol S, Srisurin W. Development of Nursing Care Model for Caring Patients on Ventilator Controlling by Volume and Pressure at the Medical Intensive Care Unit of a Tertiary Care Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2011; 29(3): 25-34.
23. Nayokvhon N, Puthikamin T, Kitkhuandee A. Effects of Local Head-and-Neck Cooling on the Reduction of Relevant Brain Temperature in the Patients with Severe Traumatic Brain Injury. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2011; 29(4): 40-49.



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง ความดันชีสโตลิก ความดันได้แอล์ฟิสโตลิก ความดันเลือดแดงเฉลี่ย อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 2 นาที และ หลังการทดลอง 5 นาที ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	Mean Score				Statistics ^{**} value	p value
	ก่อน ทดลอง	หลังทดลอง ทันที	หลังทดลอง 2 นาที	หลังทดลอง 5 นาที		
อัตราการเต้นของหัวใจ						
กลุ่มทดลอง (n=10)	86.50	96.40	80.50	77.70	9.21 ^F	.027*
กลุ่มควบคุม (n=10)	89.20	99.40	83.80	88.50	11.35 ^F	.010*
อัตราการหายใจ						
กลุ่มทดลอง (n=10)	18.50	23.50	19.20	16.30	15.80 ^F	.001*
กลุ่มควบคุม (n=10)	16.00	22.80	20.60	15.10	25.15 ^F	.000*

^F** = Friedman Test *p < 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง ความดันชีสโตลิก ความดันได้แอล์ฟิสโตลิก ความดันเลือดแดงเฉลี่ย อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 2 นาที และ หลังการทดลอง 5 นาที ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	Mean Score				P Value		
	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง ทันที	หลัง ทดลอง 2 นาที	หลัง ทดลอง 5 นาที	(1) VS (2)	(1) VS (3)	(1) VS (4)
	(1)	(2)	(3)	(4)			
อัตราการเต้นของหัวใจ							
กลุ่มทดลอง (n=10)	86.50	96.40	80.50	77.70	.010*	.380	.092
กลุ่มควบคุม(n=10)	89.20	99.40	83.80	88.50	.004*	.014*	.102

Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test *p < 0.05



Effects of Suctioning Apply Program on Oxygen Saturation and Vital Signs Post Brain Surgery in Head Injury Patients with Mechanical Ventilator

Parichart Hanmanop M.N.S.*

AmpornNaunkoksoongM.N.S.**

Abstract

This experimental research study aimed to test the effects of the Suctioning Apply Program (SAP) on oxygen saturation and vital signs among post brain surgery in head injury patients with mechanical ventilator who were admitted in Surgical Intensive Care Unit, Surin Hospital. The purposive sampling method was used to select 20 patients and assign equally into the experimental and the control groups, 10 patients each. The measurement were oxygen saturation and vital signs

before suctioning and immediately, two-minute, and five- minute after suction pass. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Mann-Whitney U test, Friedman test and Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks test. the Suctioning Apply Program had no effects on oxygen saturation, systolic, diastolic, mean arterial pressure within 5 minutes after intervention. The program affected heart rate and respiratory rate after intervention. These effects were the same as a routine suction procedure. Thus, this program should be used in post brain surgery in head injury patients with mechanical ventilator.

Keywords: suctioning apply Program, Head Injury, post brain surgery

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

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



ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อจำนวนเม็ดเลือดขาว การติดเชื้อในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอน ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ชนิดเฉียบพลันชนิดไม้อลอยด์ ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด*

ธนิดา หอมจีน พย.ม.**

อำนวย นามวงศ์พรหม PH.D.***

น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ ส.ด.****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ ชนิด Retrospective and Prospective Uncontrolled before and after Intervention Study เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ต่อจำนวนของเม็ดเลือดขาว (ANC) การติดเชื้อในโรงพยาบาล และจำนวนวันนอน ในผู้ป่วย AML ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง ทั้งหมด 25 ราย ประกอบด้วย กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 15 ราย และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 10 ราย โดยกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นระยะเวลา 5–7 วัน ระหว่างการเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในหอผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยเมื่อแรกเข้ารับการรักษา ติดตามบันทึกผลการตรวจ จำนวนเม็ดเลือดขาว ทุก 2 วัน ส่วนกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน

ผลการศึกษาพบว่าจำนวน ANC ในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับคงที่และมีบางส่วนสูงขึ้น ด้านอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลพบว่าอัตราการติดเชื้อของกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล แต่มีอัตราสลบทางสถิติพิบว่าไม่แตกต่างกัน ($p = .397$) เมื่อเปรียบเทียบ จำนวนวันนอน ระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .011$) ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วย AML ข้อเสนอแนะในการวิจัยคือ ควรมีการวิจัยติดตามผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวนเม็ดเลือดขาว การติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวนวันนอน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นอีกโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข และกำลังเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ในประเทศไทยและอเมริกาในปี ค.ศ. 2008 พบร่วม 3 ผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยารายใหม่ ซึ่งประกอบด้วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง 138,530 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.6 จากผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด และพบอัตราการตายร้อยละ 9.6¹ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของมะเร็งเม็ดเลือดขาว 1 ใน 10 ของผู้ป่วยมะเร็ง

ทั้งหมด ในปี 2547 อุบัติการณ์ของ AML ในประชากรที่ไปเท่ากับ 2 – 3 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีอัตราการเพิ่มขึ้น 10 เท่า ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา²

การรักษาโรงมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ใช้มากที่สุดคือ การให้เคมีบำบัดเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งเพื่อให้ไขกระดูกกลับมาทำหน้าที่ปกติได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว ผลการรักษาด้วยเคมีบำบัดพบอัตราการเข้าสู่ภาวะโรคสงบสมบูรณ์ (Complete Remission, CR) ร้อยละ 72³

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

** นักศึกษาหลักสูตรหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต



อย่างไรก็ตามการให้เคมีบำบัดก่อให้เกิดผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนจากการกดการทำงานของไขกระดูก ผลที่ตามมาทำให้เกิดการติดเชื้อ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญ และยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ การติดเชื้อนี้เป็นสาเหตุสำคัญ ของการเสียชีวิตในผู้ป่วยซึ่งพบมากถึงร้อยละ 75⁴ เป็นผลให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 78 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด นอกจากนี้พบว่าจำนวนวันนอนที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับอัตราการตาย การติดเชื้อร้า และการติดเชื้อในกระแสเลือด⁵ จากการสังเคราะห์งานวิจัยของ Larson และ Nirenberg⁴ พบว่าปัญหาสำคัญของผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีการกดไขกระดูกอย่างรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ Neutropenia มีผลให้เกิดความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อที่สูงมากขึ้นด้วย ซึ่งเชื้อที่เป็นสาเหตุสำคัญ ของการติดเชื้อคือเชื้อประจามิน (Microbial floras) ของ ผู้ป่วย ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยที่มี ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อนั้น ควรเป็นการดูแลที่มุ่ง เน้นเพื่อจะลดภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการติดเชื้อจาก เชื้อประจามิน และป้องกันการติดเชื้อจากลิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล ในกรณีที่นี้พบว่าการพยาบาลที่เหมาะสม และควรใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะ Neutropenia ประกอบ ด้วย การรักษาแบบผู้ป่วยนอกเพื่อป้องกันผู้ป่วยจากลิ่ง แวดล้อมของโรงพยาบาล การใช้ยาปฏิชีวนะและการใช้ ยากระตุ้นเม็ดเลือดขาว (Colony stimulating factors, CSF) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การจำกัดลิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาลโดยการใช้ Laminar air flow กับ High-Efficiency Particulate Air (HEPA) การใส่เสื้อกาวน์ การ ใช้ห้องแยก การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการทำความ สะอาดผิวหนัง การใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ในการใส่สาย ส่วนหลอดเลือดดำ และความสะอาดของอาหารและน้ำ

โรงพยาบาลราชวิถีมีสถิติรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ด เลือดขาวที่คลินิกโลหิตวิทยาบ่มีผู้ป่วย 600 – 800 รายต่อเดือน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชั้น 6 เป็นหอผู้ป่วย ที่รับผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งหมดพบสถิติผู้ป่วยมะเร็ง เม็ดเลือดขาวจำนวน 24 คนในเวลา 3 เดือน เป็นมะเร็ง เม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิด AML จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 58.3) สาเหตุที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ คือเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดครั้งแรก จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 45.8) จำนวนวันนอนเฉลี่ย 21.55

วัน น้อยที่สุด 2 วัน มากที่สุด 65 วัน มีผู้ป่วยเสียชีวิต 4 ราย (ร้อยละ 16.66) สาเหตุสำคัญของการตาย เนื่องจากมีการติดเชื้อในร่างกาย จะเห็นได้ว่าปัญหาการ ติดเชื้อจากเม็ดเลือดขาวต่าในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งควรจะได้รับการ พัฒนาให้ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาและเลือกสร้าง แนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการดูแล ผู้ป่วยที่เป็น AML ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในหอ ผู้ป่วยอายุรกรรมชั้น 6 เพิ่มเติมจากที่ปฏิบัติอยู่เดิม โดย มีเป้าหมายเพื่อลดลงให้ผู้ป่วยมีจำนวน ANC เพิ่มขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ที่ตามมาคือ มีการติดเชื้อลดลง และส่งผลให้ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อศึกษาติดตามจำนวนเม็ดเลือดขาว (ANC) ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดกลุ่ม หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
- เพื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มก่อน และหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
- เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนของผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มก่อนและ หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจาก การทบทวนวิจัยที่มีมาก่อนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการติด เชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่รับการรักษาด้วยเคมี บำบัด พบว่ามีปัจจัยที่สำคัญ 3 ด้านได้แก่ 1) ต้านผู้ ป่วย 2) ด้านการรักษา 3) ด้านบุคลากรและผู้ดูแล^{6,7} ใน การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่มุ่งจัดการทำกับปัจจัยด้านผู้ป่วย บุคลากรและลิ่ง แวดล้อมเนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ ซึ่ง แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยได้เลือกชุด ของกิจกรรมการพยาบาล ที่สำคัญจากการสังเคราะห์ งานวิจัยของ Larson และ Nirenberg⁴ ซึ่งผู้สังเคราะห์ เสนอแนะว่าเมื่อนำมาใช้ร่วมกันแล้วคาดว่าจะมีผลใน การเพิ่มจำนวน ANC สามารถป้องกันและลดการติด



เชื่อลงได้ ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดังนี้คือ 1) ด้านการประเมิน และการตรวจวัดสัญญาณการติดเชื้อ ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การบันทึกระดับเม็ดเลือดขาว/ANC สัญญาณแสดงของการติดเชื้อ 2) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การจัดการด้านอาหารและน้ำดื่มให้ผู้ป่วยการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การให้ความรู้ 3) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ เทคนิคการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ และการเจาะเลือด⁸ และ 4) ด้านลิ้งแวดล้อม ได้แก่ เทคนิคการล้างมือของบุคลากร และการแยกผู้ป่วย⁹⁻¹⁵

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบชนิด Retrospective and Prospective Uncontrolled before and after Intervention Study เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ต่อระดับของเม็ดเลือดขาว (ANC) การติดเชื้อในโรงพยาบาลและ จำนวนวันนอน ในผู้ป่วย AML ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเลือกจากประชากรเข้าถึงแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่มดังนี้ 1) อายุ 15 ปี ขึ้นไป 2) เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด AML 3) ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภาวะ Febrile neutropenia หายแล้ว และเริ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัดใหม่ 4) ไม่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบหหวาน ไตเรื้อรัง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ร่วมด้วย 5) ผ่าตัด ฟันและเขียนภาษาไทยได้ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัยประกอบด้วย 1) ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ มีภาวะแทรกซ้อนต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมชั้น 6 2) ผู้ป่วยหรือญาติของตนตัวจากการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการกำหนดระยะเวลาในการเก็บข้อมูลคือ 10 เดือน ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวนทั้งหมด 25 ราย คือกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 15 ราย กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาล คู่มือ แนวปฏิบัติการพยาบาล เอกสารแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วย และแบบประเมินผู้ป่วยประจำวัน 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบบันทึกประจำวัน แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และระดับเม็ดเลือดขาว (ANC) จำนวนวันนอน ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและด้านการติดเชื้อ 3 ท่าน

แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และมีภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ พัฒนามาจาก การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่มีมาก่อน ร่วมกับประสบการณ์ ประกอบด้วยแนวปฏิบัติ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินและการตรวจวัดสัญญาณชีพ ด้านผู้ป่วย ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านลิ้งแวดล้อม ซึ่งด้านการประเมินและการตรวจวัดสัญญาณชีพประกอบด้วย การวัดสัญญาณชีพ การบันทึกระดับเม็ดเลือดขาว และสัญญาณแสดงการติดเชื้อ ด้านผู้ป่วยประกอบด้วย การจัดการด้านอาหารและน้ำดื่มให้ผู้ป่วย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และน้ำดื่ม การทำความสะอาดปากและฟัน การอาบน้ำ การทำความสะอาดอวัยวะสีบพันธุ์และทวารหนัก ด้านปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยเทคนิคการให้สารน้ำ และยาทางหลอดเลือดดำ และการเจาะเลือด การดูแลให้ได้รับยาเคมีบำบัด ยกกระตุ้นเม็ดเลือดขาว ด้านลิ้งแวดล้อมประกอบด้วย เทคนิคการล้างมือของบุคลากร และการแยกผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากที่โครงสร้างการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลราชวิถีแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังของกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ส่วนกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็น



พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ทำการพยาบาลในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลและรวมทั้งประสานงานความร่วมมือกับแพทย์ในการดำเนินการให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติ หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และจำนวน ANC ใช้สถิติเชิงบรรยาย 2) ทดสอบความแตกต่างด้านอายุและภาวะโภชนาการระหว่างกลุ่มก่อน และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test 3) ทดสอบความแตกต่างระหว่างจำนวนครั้งของการรักษาด้วยเคมีบำบัด ระยะเวลาที่เป็น AML ชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ ประวัติการเกิดภาวะ Febrile neutropenia และประวัติการได้รับยากระตุ้น เม็ดเลือดขาวระหว่างระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test 4) บรรยายจำนวน และระดับของ ANC โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย 5) ทดสอบความแตกต่างระหว่างอัตราการติดเชื้อโดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และ 6) เปรียบเทียบจำนวนวันนอนระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 ราย แบ่งเป็น กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 15 ราย และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 10 ราย กลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 15 รายเป็นเพศชาย 11 ราย ร้อยละ 73.3 เพศหญิง 4 ราย ร้อยละ 26.7 มีอายุระหว่าง 24 – 71 ปี และมีอายุเฉลี่ย 50 ปี ($SD = 17.88$) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ระหว่าง 5,000 – 20,000 บาทต่อเดือน เฉลี่ย 8,400 บาทต่อเดือน ($SD = 4102.2$) ซึ่งร้อยละ 86.7 มีภาวะโภชนาการที่วัดจากดัชนีมวลกาย ต่ำกว่าปกติ มีค่าอยู่ระหว่าง 13.82 – 22.45 กิโลกรัมต่อมترเมตร ค่าเฉลี่ย 17.14 กิโลกรัมต่อมตร. ($SD = 1.93$) ร้อยละ 86.7 มีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 66.7 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา

กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 10 ราย เป็นเพศชาย และเพศหญิงอย่างละครึ่ง มีอายุระหว่าง

18 – 70 ปี และมีอายุเฉลี่ย 40.6 ปี ($SD = 17.45$) ร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้อยู่ระหว่าง 3,000-10,000 บาทต่อเดือน เฉลี่ย 7,100 บาทต่อเดือน ($SD = 2558.1$) ร้อยละ 80 ภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ อยู่ระหว่าง 12.64–18.75 กิโลกรัมต่อมตร. เฉลี่ย 15.98 กิโลกรัมต่อมตร. ($SD=1.89$) มีสถานภาพสมรสสอดคล้องกัน มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาอย่างละครึ่ง

เมื่อทดสอบความแตกต่างด้านอายุ และภาวะโภชนาการ ระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กับกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติ Mann – Whitney U test พบร่วมกันไม่แตกต่างกัน และเมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างจำนวนครั้งของการรักษาด้วยเคมีบำบัด ระยะเวลาที่เป็น AML ชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ ประวัติการเกิดภาวะ Febrile neutropenia และประวัติการได้รับยากระตุ้นเม็ดเลือดขาวระหว่างระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test พบร่วมกันไม่แตกต่างกัน

จำนวนเม็ดเลือดขาว (ANC) ของผู้ป่วยกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เมื่อติดตามดูจำนวนเม็ดเลือดขาวก่อนได้รับเคมีบำบัดและระหว่างได้รับเคมีบำบัด 3 ครั้ง ทุก 2 วันในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 10 ราย พบร่วมกัน ANC ก่อนได้รับเคมีบำบัด มีค่าเฉลี่ย 1062.64 เชลล์ต่อลบ.ม.m. ($SD=876.48$) ระดับ ANC ครั้งที่ 1 และ 2 ระหว่างให้เคมีบำบัดเฉลี่ย 2002.58 เชลล์ต่อลบ.ม.m. ($SD=2115.70$) และ 1699.03 เชลล์ต่อลบ.ม.m. ($SD=1703.29$) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าจำนวน ANC ถึงแม้จะมีค่าเฉลี่ยลดลงภายหลังได้รับเคมีบำบัด แต่พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ออย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเป็นรายคนแล้ว พบว่ามีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง 3 ราย คือมีระดับ ANC ระหว่าง 122.00–374.40 เชลล์ต่อลบ.ม.m. และค่อยๆ ลดลงอีกในครั้งที่ 3 ของการตรวจนับเม็ดเลือด ซึ่งเป็นวันที่ 7 และเป็นการสิ้นสุดการให้ยาเคมีบำบัด

อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 15 ราย เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 11 ครั้ง ร้อยละ 73.3 แบ่งเป็น



การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 4 ครั้ง ร้อยละ 26.7 ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 4 ครั้ง ร้อยละ 26.7 ติดเชื้อที่ผิวหนัง 4 ครั้ง ร้อยละ 26.7 และติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร 1 ครั้ง ร้อยละ 6.7 ซึ่งบางรายมีการติดเชื้อมากกว่า 1 ครั้ง ส่วนกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 10 ราย เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 5 ครั้ง ร้อยละ 50 แบ่งเป็น ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 2 ครั้ง ร้อยละ 20 ติดเชื้อที่ผิวหนัง 2 ครั้ง (ร้อยละ 2) และติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร 1 ครั้ง ร้อยละ 10 แต่ไม่พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ถึงแม้ว่าร้อยละของการติดเชื้อในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจะต่ำกว่ากลุ่มก่อน ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล แต่เมื่อทดสอบอัตราการเกิดการติดเชื้อโดยใช้สหสัมฤทธิ์ Fisher's Exact Test พบร่วอตรากการเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลกลุ่มก่อนและกลุ่มหลัง ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลไม่แตกต่างกัน ($p=.397$) ดังตารางที่ 1

จำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่ 13 ราย (ร้อยละ 86.7) มีจำนวนวันนอนมากกว่า 8 วัน คือ อよุร่วง 7–69 วัน เฉลี่ย 34 วัน ($SD=20.67$) กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 10 ราย มีจำนวนวันนอนมากกว่า 7 วัน เป็นส่วนใหญ่ 8 ราย ร้อยละ 80 อよุร่วง 7–30 วัน เฉลี่ย 14.2 วัน ($SD=7.80$) เมื่อทดสอบจำนวนวันนอนโดยใช้สหสัมฤทธิ์ Mann – Whitney U test พบร่วอกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .011$)

การอภิปรายผล

จำนวน ANC กลุ่มตัวอย่างหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรม พบร่วมจำนวน ANC หลังได้รับเคมีบำบัดต่ำลงกว่าก่อนเข้ารับการรักษาซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ คือ ในการรักษามะเร็งเลือดขาวโดยการให้เคมีบำบัดนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็ง และทำให้ไครอคูลัมมาทำหน้าที่ปกติในระยะเวลาที่รวดเร็ว อย่างไรก็ตามผลของการให้เคมีบำบัดจะทำให้มีเดลีอีดขาวชนิด Neutrophils ลดลงอย่างรวดเร็ว ในวันที่ 7 และจะต่ออยู่อีกประมาณ 7 วันแล้วจึงเพิ่มขึ้นจนเป็นปกติภายใน 3 สัปดาห์หลังให้เคมีบำบัด¹⁶ ในการ

วิจัยครั้งนี้พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของจำนวน ANC ที่สอดคล้องกับทฤษฎี คือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการลดลงของจำนวน ANC สูงที่สุดในการตรวจครั้งที่ 3 ระหว่างได้รับเคมีบำบัด หรือวันที่ 7 ของการให้เคมีบำบัด และบางรายเริ่มมีจำนวน ANC ต่ำลงในวันที่ 5 ของการให้เคมีบำบัด

อย่างไรก็ตามพบว่าในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีจำนวน ANC ลดลงแต่ไม่เท่ากับกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพราะว่า แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้กำหนดให้มีการประเมิน ติดตามและรายงานเมื่อพ้น Neutrophil ต่ำ ซึ่งในการศึกษานี้มีการรายงานจำนวน 5 ราย และได้รับยากระตุ้นเม็ดเลือดขาว (G-CSF) จำนวน 4 ราย จึงทำให้จำนวน ANC สูงกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผลของการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Shelley และคณะ¹⁷ ที่พบว่าภาวะ Neutropenia เป็นปัญหาที่สำคัญส่วนใหญ่พบผู้ป่วยเกิดภาวะ Neutropenia จากการให้เคมีบำบัดครั้งแรก จึงควรมีการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนให้เคมีบำบัด และเมื่อพบว่ามีความเสี่ยงควรให้ G-CSF ในครั้งแรกของการให้เคมีบำบัด และระหว่างการให้เคมีบำบัด จากการศึกษายังพบว่าพยาบาลมีส่วนสำคัญในการพัฒนาและนำ Neutropenia management protocol ไปใช้ ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยมะเร็งและท่อนให้เห็นถึงคุณภาพของการพยาบาลที่ดี^{17,18,19}

อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ยังมีส่วนในการลดการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากมีเน้นการป้องกันการติดเชื้อใน 4 ระบบที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อที่ผิวหนังและการติดเชื้อระบบทางเดินอาหารซึ่งในแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นทั้งด้านการประเมิน และการตรวจวัดสัญญาณการติดเชื้อ ด้านผู้ป่วย ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและด้านลิงแวดล้อม ที่สำคัญคือในด้านของผู้ป่วย จะเน้นในส่วนที่สามารถช่วยในการป้องกันการติดเชื้อได้ ด้วยการให้คำแนะนำผู้ป่วย เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อ ตั้งแต่การดูแล



สุขวิทยาส่วนบุคคล การอ่านน้ำทำความสะอาดร่างกาย เช่น การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การล้างมือ การทำความสะอาดในช่องปากและฟัน การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม การยั่งแนะนำให้ผู้ป่วยสามารถประเมิน ความผิดปกติที่เป็นสัญญาณแสดงของการติดเชื้อได้ เอง และสามารถแจ้งพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ในด้านของการปฏิบัติการพยาบาลและสิ่งแวดล้อม จะเน้น การป้องกันการติดเชื้อและการประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับ สัญญาณชีพ สัญญาณแสดงของการติดเชื้อ เน้นเทคนิค การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ การเจาะเลือด การป้องกันการแพร์กรายจายเชื้อ โดยการแยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อทางเดินหายใจ

จำนวนวันนอน จากการวิจัยนี้พบว่ากลุ่มหลัง ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มีจำนวนวันนอน เฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จะเห็นได้ว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีผลทำให้จำนวนและระดับของ ANC ของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อยกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีผลให้เกิดการติดเชื้อ เพียง 5 ราย ร้อยละ 50 ในขณะที่กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มีการติดเชื้อ 11 ราย ร้อยละ 73.3 ถึงแม้ทดสอบแล้วจะพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลที่เกิดขึ้นมีนัยสำคัญทางคลินิก (Clinical significance) ซึ่งผลที่ตามมาคือ จำนวนวันนอนลดลง ซึ่งจะมีผลให้ค่าใช้จ่ายที่เกิดจาก การนอนโรงพยาบาลลดลง

ข้อจำกัดการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนน้อย จึงอาจจะยังไม่สามารถที่จะใช้เป็นตัวแทนของประชากร กลุ่มนี้ได้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมอีกในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

- ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วย AML โดยสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพื่อช่วยลดอัตราการติดเชื้อ

- ความมีการวิจัยติดตามระยะยาวเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้นเพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับผลของโปรแกรมต่ออัตราการติดเชื้อ

Reference

- National Cancer Institute. SEER Stat Fact Sheets: Acute Lymphocytic Leukemia. Epidemiology and End Results 2008. [Online] [cited 8 October 2009] Available from <http://www.seer.cancer.gov>
- Nanakorn and Intragumtorntchai T. Acute Myeloid Leukemia. In: Nanakorn T, et al., (Eds). Essential Hematology for General Practitioners. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Publishing; 2010: 309–20. (in Thai).
- Wichai Prayoonwiwat. Acute Leukemia. The Royal College of Physician of Thailand 2545; (19): 20 – 50.
- Larson E, Nirenberg A. Evidence-based nursing practice to prevention infection in hospitalized neutropenic patients with cancer.” Oncology Nursing Forum 2007; (31):17 – 725.
- Kuderer NM, Dale DC, Crawford J, Cosler LE, Lyman GH. Mortality, morbidity, and cost associated with febrile neutropenia in adult cancer patients. CANCER 2006; (17): 2258–2266.
- Chatuparisute C, Anunnatsiri S. Febrile neutropenia. Khon Kaen: Faculty of Medicine, Khon Kaen University; 2006. (in Thai).
- Lekdamrongkul P, Pongthavornkamol K, Chewapoonpon C, Siritanaratkul N. Factors associated with febrile neutropenia in acute leukemia patients receiving chemotherapy. Journal of Nursing Science 2009; (27): 58–68.
- Achariyakaroon N. Effect of two different intravenous injection sites cares on rate and duration of onset of phlebitis. [Thesis] Pathumthani: Rangsit University; 2005.



9. UTMB. Protocol: Management of Patient with Neutropenia." UTMP Nursing Practice Standards protocol 2002; (11): 1–30
10. Suman K. Management of febrile neutropenia. Community Oncology 2006; 3: 585–590.
11. Bishop L, Dougherty L, Bodenham A, Mansi J, Crowe P, Kibbler C, et al. Guidelines on the insertion and management of central venous access devices in adults. Journal Compilation 2007; (29): 261–278.
12. Webster J, Clarke S, Paterson D, Hutton A, Dyk SV, Gale C, et al. Routine care of peripheral intravenous catheters versus clinically indicated replacement: randomized controlled trial. BMJ. 2008; (8): 337 – 339.
13. CDC. Guideline for environmental Infection Control in Health-Care Facilities; 2003.
14. Prasertsri T, Namwongprom A, Pakdevong NO. Effects of Health Promotion Program on Health Promoting Behaviors, Absolute Neutrophils Count, Infection Rate, and Quality of Life of Persons with Breast Cancer Receiving Chemotherapy. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 30 (1): 39–45.
15. Garcia SJ, Krsnik I, Reyes E, Miguel DD, Hernanz N, Barr-Ali M, et al. Elderly haematological patients with chemotherapy-induced febrile neutropenia have similar rates of infection and outcome to younger adults: a prospective study of risk – adapted therapy. British Journal of Haematology 2003; (120): 209 – 216.
16. Tiensiwakul P. Introduction to advance clinical hematology. in Pornthep Tiensiwakul P, et al. (editors). Advanced Clinical Hematology. 2nd ed. Bangkok : Chulalongkorn University Publishing; 2004. (in Thai).
17. Shelley D, Crombez P, Munoz M. Neutropenia management with granulocyte colony – stimulating factor: From guidelines to nursing practice protocols. European journal of Oncology Nursing 2005; (9): 514–523.
18. Juangpanich U, Onbunreang J, lunlud J, Khan-sorn T, Vatanasapt P. Effect of Music Therapy on Anxiety and Pain in Cancer Patients Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 30 (1): 46–52.
19. Onbunreang J, et al. Self-Care and Quality of Life in Cholangiocarcinoma Patients Receiving Chemotherapy. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29 (3): 74–81.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test

อัตราการติดเชื้อของผู้ป่วย	กลุ่มก่อนใช้แนว		กลุ่มหลังใช้แนว		สถิติ
	รวม	ปฏิบัติการพยาบาล	รวม	ปฏิบัติการพยาบาล	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	p – value
การติดเชื้อของผู้ป่วย มีการ					
ติดเชื้อ	16	11	73.3	5	50
ไม่มีการติดเชื้อ	9	4	26.7	5	50
รวม	25	15	100	10	100
					Fisher's Exact Test .397



Effects of Nursing Care Protocol on Absolute Neutrophil Count, Nosocomial Infections, and Length of Stay in Patients with Acute Myeloid Leukemia*

Thanida Homchin M.N.S.** Ampaporn Namvongprom Ph.D.*** Nam-oyPakdevongDr.P.H.****

Abstract

This retrospective and prospective uncontrolled before and after Intervention study aimed to investigate the effects of nursing care protocol on ANC, infection rate, and length of stay of patients with AML receiving chemotherapy. A purposive sample of 25 subjects was recruited for this study. Fifteen subjects in the retrospective group received a usual care whereas 10 in the prospective group received the evidence – based nursing protocol developed by the researcher for 5–7 days during hospitalization. Background information of the prospective group was collected and ANC monitoring was recorded. Data and information of the retrospective group were collected from the patients' record.

The findings revealed that the ANC of the prospective group was at a constant level and some were increasing and then declining on day 7 which was a final day of the chemotherapy. The infection rate of the prospective group was lower than that of the retrospective group however, was not statistically significant ($p = .397$). The length of stay between the retrospective group and prospective group was significantly different ($p = .011$). The findings of this study will benefit to nursing practice in caring of patients with AML. Follow – up study regarding infection rate is suggested.

Keywords: nursing care protocol, absolute neutrophil count, nosocomial infections, Length of stay

* Thesis of Master of Nursing Science, Adult Nursing, School of Nursing, Rangsit University.

** Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Rangsit University

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

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



ผลของการสอดมันต์บำบัดต่อความวิตกกังวลและความผาสุก ทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษา*

พรทิพย์ ปุกหุต พย.ม.**

ทิตยา พุฒิคามิน PhD***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการสอดมันต์บำบัดต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษา ณ หน่วยรักษาปฐม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 10 ราย สูมตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ และ คู่มือการสอดมันต์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.00$, $95\%CI=5.14-11.46$) คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$p=.04$, $95\%CI=(-4.02)-(-0.18)$] แสดงว่าการสอดมันต์ช่วยลดความวิตกกังวล และเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

คำสำคัญ : ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ความวิตกกังวล ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสอดมันต์บำบัด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากใน สตรีเป็นอันดับที่ 2 รองจากมะเร็งปอดดูด อุบัติการณ์ การเกิดโรคมะเร็งเต้านมในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 16.3 รายต่อแสนประชากร เป็น 20.3 รายต่อแสนประชากร¹ สำหรับอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมใน จังหวัดขอนแก่นพบ 13.7 รายต่อแสนประชากร และ จากรายงานผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในหน่วยรักษาปฐม โรงพยาบาลศรีนครินทร์² พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในหน่วยรักษาปฐม ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2551 มีจำนวน 942, 1,123 และ 1,260 รายตามลำดับ จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ ซึ่งส่งผลต่อความต้องการในการดูแลรักษาพยาบาลมากขึ้น

การรักษาหลักของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในปัจจุบันมี 4 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา

และการรักษาด้วยฮอร์โมน โดยวิธีการรักษาอาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาร่วมกัน เพื่อที่จะทำให้หายขาดจากโรคและเพื่อที่จะປะคับประคองอาการทางร่างกาย³ การรักษามะเร็งเต้านมยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ทุกราย และการบริการของการแพทย์แผนปัจจุบัน ยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องของจิตใจและสังคมได้อย่างเพียงพอ กับความต้องการรวมถึงโอกาสการกลับเป็นชา ทำให้ผู้ป่วยพายัมแสวงหาวิธีการรักษาที่นอกเหนือไปจากการรักษาแผนปัจจุบันเพื่อเป็นการเพิ่มความหวัง หรือเพื่อควบคุมและบรรเทาความรู้สึกไม่สุข สนับสนุนที่เกิดขึ้นในทุกมิติของสุขภาพคือทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ^{3,4,5} ระยะรับการรักษา ถือเป็นระยะที่มีความสำคัญมากต่อกระบวนการปรับตัวทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็ง จากการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งนั้นเป็นสิ่งที่คุกคามความรู้สึกของผู้ป่วยและทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น^{3,4,5} ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะได้รับผลกระทบที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลจากการตรวจวินิจฉัย การรักษาและ

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับทุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา 2553

* นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**อาจารย์ ดร. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



การดำเนินของโรคทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ^{5,6,7} โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณเป็นผลกระทบที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 5 รายที่รับการรักษาในหน่วยรักษ์ปัทุม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบร่วมกับผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลกระทบทางด้านจิตใจ ผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ เนื่องจากอ่อนเพลีย ปวดบริเวณแผลผ่าตัด มีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวให้ทุกชั่วโมงจากการรักษา ผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต กลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ หรือเซลล์มะเร็งลุก窜ไปที่อื่นกลัวตาย โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องการอยู่กับมะเร็งโดยเรียนรู้วิธีการเผชิญความทุกข์และการบรรเทาความทุกข์ด้วยหลักธรรม ค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจตามความเชื่อและความศรัทธาของตน เช่น การทำบุญการสวดมนต์ การทำสมาธิ การสะเดาะเคราะห์ การต่ออายุ เป็นต้น

จากข้อมูลข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิธีการเสริมการรักษาของแพทย์ด้วยวิธีการอื่นที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม^{3,9,10} เพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมบำบัดที่เชื่อมโยงกับความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนา มีการศึกษาจำนวนหนึ่งที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มต่างๆ นำการสวดมนต์มาใช้ เพื่อลดความทุกชั่วโมงจากการเจ็บป่วย ลดความคิดพึงช้าน ลดความวิตกกังวลหรือความเครียดจากโรคมะเร็ง ทำให้เกิดสมาธิ รู้สึกมีความสุข ผ่อนคลาย^{4,8,9} และมีผลการวิจัยที่สนับสนุนว่าการสวดมนต์มีส่วนช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งศึกษาผลของการให้คำปรึกษากับการเจริญสมາธิด้วยการสวดมนต์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเนื้องอกเม็ดลูกและรังไข่ในระยะก่อนผ่าตัดจำนวน 15 คน พบร่วมกับกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาแบบชั้บและกลุ่มการเจริญสมາธิด้วยการสวดมนต์มีความวิตกกังวล

ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โถกิต ทับทิมหิน⁴ ศึกษาผลของการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมต่อภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยรังสีรักษาจำนวน 16 คน ณ ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานีพบว่าผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลลดลง และมีระดับการเจริญสติมากขึ้น

การสวดมนต์ในทางพระพุทธศาสนาถือเป็นการปฏิบัติเพื่อถวายเป็นพุทธบูชาและเป็นบุญที่ได้กล่าวคำถัดลีทิที่พระพุทธเจ้าบัญญัติไว้โดยเฉพาะในผู้ที่รู้ความหมายหรือข้อธรรมต่างๆ และมีความเข้าใจในข้อธรรมนั้นๆ รวมทั้งผู้ที่มีการปฏิบัติธรรมชอบฟังธรรม ชอบการสวดมนต์อยู่เป็นประจำ มีการฝึกสมาธิภวนา เวลาสวดมนต์หรือได้ยินเสียงสวดมนต์ก็จะรู้สึกชุ่มชื่นเบิกบานใจ^{9,15} นอกจากนี้การสวดมนต์เป็นการทำให้เกิดสมาธิในขั้นต้น เมื่อเข้าสู่สมาธิจะสามารถปรับคลื่นสมองให้อ่อนช่วงของคลื่นแอลไฟ คือในช่วงที่นอนหลับสนิท สมองทำงานจะช้าลง มีความถี่ต่ำ นอกเหนือนี้ สมองที่อยู่ในคลื่นแอลฟานานพ จะทำให้ร่างกายมีการช่อมแซมได้ดีทำให้สุขภาพดี สร้างภูมิคุ้มกันให้แข็งแรง^{9,12} ซึ่งบทสวดมนต์ทางพุทธที่นิยมมาก ได้แก่ สวดพุทธคุณ สวดอติปิโสเท่าอายุ สวดคถาพา พุ่มมหาการ สวดคถาชินบัญชร สวดโพษมังคบริตร^{10,15} ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้บทสวดคถาชินบัญชรพระคถาชินบัญชร เนื่องจากพระคถาชินบัญชรเป็นการอัญเชิญพระอรหันต์ 28 พระองค์ มาอยู่กับผู้สวด เพื่อปกป้องเป็นเกราะคุ้มกันทุกอย่างของร่างกาย และเชื่อว่าผู้สวดจะได้รับการคุ้มครอง ปกป้องให้รอดพ้นจากภัยันตรายต่างๆ หรือแม้กระทั่งรักษาความเจ็บป่วยได้^{9,10,15}

วัตถุประสงค์การวิจัย

- ศึกษาผลของการใช้สวดมนต์บำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษา
- ศึกษาผลของการใช้สวดมนต์บำบัดต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษา



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เก็บข้อมูลโดยการใช้แบบประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการตรวจรักษาในหน่วยรักษาปฐมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ให้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกระยะของโรค และอยู่ในระยะรับการรักษาจากแพทย์ ในช่วง 1 ปีแรก 2) อายุระหว่าง 30-60 ปี 3) มีระดับความรู้สึกตัวดี 4) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีอ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ 5) นับถือศาสนาพุทธ มีทัศนคติที่เปิดและยอมรับการสอดมโน 6) มีคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินได้จากแบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger et al. อยู่ในระดับความวิตกกังวลปานกลางหรือมีค่าคะแนน 41 คะแนนขึ้นไป¹⁶ 7) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และ 8) สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน สำหรับการทดสอบทางเดียว ดังนี้

$$n / \text{group} = \frac{\sigma_d^2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta_d^2}$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n &= \frac{(4.72)^2 (1.645+1.282)^2}{(67.6-46.0)^2} \\ &= \frac{(22.28)(8.567)}{(466.56)} = 0.41 \end{aligned}$$

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คน ต่อกลุ่ม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองประกอบด้วยกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังในการศึกษาครั้งนี้เพื่อความเหมาะสมสมญ์ศึกษาจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจะถูก

คัดออกจากการศึกษาในกรณีที่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น คลื่นไส อาเจียนมาก หอบเหนื่อยมาก เป็นต้น และ 2) สาดมนต์ไม่ครบตามเงื่อนไขที่กำหนดเงื่อนไขดังกล่าวคือ สาดมนต์วันละ 1 ครั้ง อย่างน้อย 5 ครั้ง/สัปดาห์ ติดต่อกันเป็นเวลา 6 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการศึกษา รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาด้วยตนเอง นอกจากนี้ ผู้วิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการตอบตกลงหรือการตอบปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพแต่อย่างใด กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการขอถอนตัวออกจาก การศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ก็ตาม ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและการนำเสนอข้อมูลจะเป็นการนำเสนอในภาพรวมและใช้รหัสตัวเลขแทนเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความวิตกกังวลผู้วิจัยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลในขณะแพชญ (State-anxiety: Form X-I) ของ Spielberger et al. ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา ศชวักดี สายฤทธิ์ วงศิริโภคทร และมาลี นิลสัยสุข¹⁶ 3) แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้วิจัยได้ดัดแปลงของอนิญา น้อยเปียง ที่แปลแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutzian and Ellison¹⁷ และปรับรายละเอียดบางข้อ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง 4) แบบบันทึกการสาดมนต์โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและแบบติดตามการสาดมนต์โดยผู้วิจัย



2. เครื่องมือใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการสอดมโนที่เนื้อหาประกอบไปด้วยวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและวิธีการของการสอดมโน

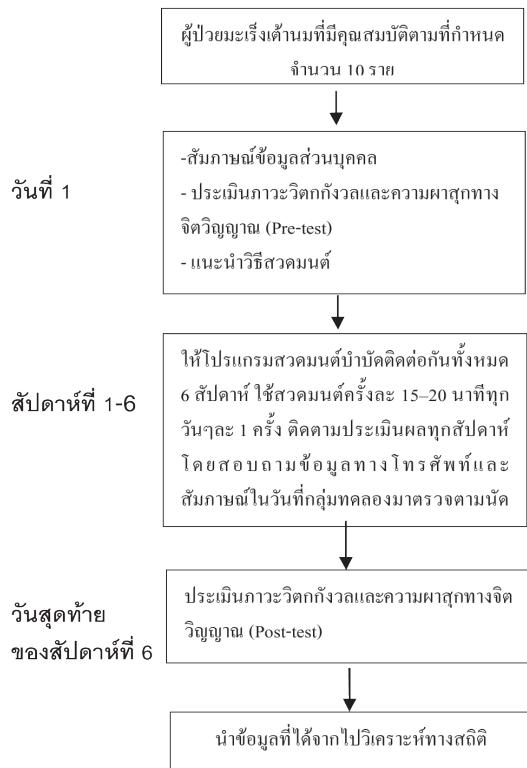
2.2 เนื้อหาการสอดมโนโดยนำเอาท์สอดมโนที่จากหนังสือบทสอดมโนทั้งของพระเทพสิงหบูรณะ¹⁵

2.3 คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการสอดมโน

การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ทดสอบความเชื่อมั่นแบบประเมินความวิตกกังวลและแบบสอบถามความผิดปกติที่มีความต้องการที่จะลดลงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แลอฟ่าของครอนบาก ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินทั้งสองเท่ากับ 0.83 และ 0.83 ตามลำดับ

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างดังแสดงให้เห็นในแผนภูมิที่ 1



การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบสถิติที่ (Paired t-test) ภายหลังการทดสอบ assumption พ布ว่าการกระจายของข้อมูลแต่ละครั้งเป็นปกติ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความผิดปกติที่มีความต้องการที่จะลดลงด้วยการทดสอบสถิติที่ (Paired t-test) ภายหลังการทดสอบ assumption พ布ว่าการกระจายของข้อมูลแต่ละครั้งเป็นปกติ

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 10 ราย มีอายุระหว่าง 40-49 ปี (Median = 51) ระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 6-10 เดือน (Median=7) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60 เป็นสามาชิกในครอบครัว ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในอดีตที่เป็นภาวะวิกฤตหรือมีเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน/สะเทือนใจที่เกิดขึ้นกับตนเองร้อยละ 80 คน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 40 และค้ายาร้อยละ 40 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 5,000-40,000 บาท/เดือน (Median=10,000) ส่วนใหญ่ใช้สวัสดิการรักษาโดยใช้บัตรสุขภาพ ร้อยละ 50 รองลงมาคือเบิกจากต้นสังกัดร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีเงินพอใช้ แต่ไม่มีเงินเก็บร้อยละ 50 สำหรับกิจกรรมด้านศาสนา พบรากลุ่มตัวอย่างทำท่านเป็นประจำร้อยละ 50 และทำงานเป็นบางครั้งร้อยละ 50 ฟังธรรม/อ่านหนังสือธรรมะน้อยครั้งมากร้อยละ 40 รองลงมาคือทำเป็นบางครั้งร้อยละ 30 และทำเป็นบางครั้งร้อยละ 30 ส่วนใหญ่สอดมโนที่เป็นบางครั้งร้อยละ 50 รองลงมาคือสอดมโนเป็นประจำร้อยละ 30 และส่วนใหญ่นั่งสมาธิหรือเดินจงกรมน้อยครั้งมาก/ไม่เคยทำร้อยละ 60 รองลงมาคือทำเป็นบางครั้งร้อยละ 40



2. ข้อมูลเกี่ยวกับระยะของโรคและการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ร้อยละ 60 รองลงมาคือเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดแบบ Modified radical mastectomy ร้อยละ 80 และได้รับการผ่าตัดแบบ Simple mastectomy ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาร่วมโดยการผ่าตัดและเคมีบำบัดร้อยละ 60 และได้รับการผ่าตัดและเคมีบำบัดและรังสีรักษาและฮอร์โมนร้อยละ 40

3. ข้อมูลการบันทึกในแบบติดตามการสอดmnต์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากข้อมูลการบันทึกในแบบติดตามการสอดmnต์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 คนเลือกสอดmnต์เวลา ก่อนเข้านอน ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการสอดmnต์ตั้งแต่ 18-20 นาที ความถี่ในการสอดmnต์ 6-7 วัน ต่อสัปดาห์กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 รู้สึกเฉยๆ ก่อนสอดmnต์และรู้สึกว่าอารมณ์ไม่ดีหรือรู้สึกแย่ ร้อยละ 40 แต่ภายหลังสอดmnต์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรู้สึกว่าอารมณ์ดี และมีความสุขใจ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 ระบุปัญหาในการสอดmnต์ โดยที่ระบุว่ารู้สึกเหนื่อยจากการทำงานร้อยละ 20 รู้สึกเหนื่อยจากการเลี้ยงหลานร้อยละ 10 และอีก 1 คน และรู้สึกชี้เกียจและไม่อยากสอดmnต์ร้อยละ 10 ผู้วัยจัยได้ให้คำแนะนำในการจัดตารางเวลาสอดmnต์ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกเหนื่อย และให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกชี้เกียจจากสอดmnต์ และข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าภายหลังสอดmnต์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรู้สึกสบายใจ เป็นสุข สงบ สมองปลอดโปร่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 80 ให้ข้อมูลว่าสามารถนอนหลับสบาย ไม่ฝันร้าย อารมณ์ดี ยิ่มแย้มแจ่มใสกับผู้อื่นมากขึ้น ผู้ป่วยทุกคนสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น เนื่องจากเพลียลดลง รู้สึกมีพลังกายและพลังชีวิตมากขึ้น สดชื่น แข็งแรงมากขึ้นและรู้สึกว่ามีแต่ลั่งดี ๆ เข้ามาหาตนเองและครอบครัว

4. ผลของการสอดmnต์ต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากการที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ทางสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล

กังวลก่อนและหลังการสอดmnต์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนสอดmnต์เท่ากับ 61.3 คะแนน ($SD = 2.79$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยหลังสอดmnต์ซึ่งเท่ากับ 53 คะแนน ($SD = 3.43$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.00$ และ $95\% CI = 5.14-11.46$ แสดงให้เห็นว่าได้ว่าการสอดmnต์มีผลช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งผลการศึกษายอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่าการสอดmnต์ทำให้เกิดคลื่นเสียงที่ไปกระตุ้นสมองเมื่อสมองได้รับการกระตุ้นด้วยคลื่นเสียงช้า ๆ สม่ำเสมอจะทำให้เกิดคลื่นสมองแอลฟ่า ซึ่งในสภาพนี้จะทำให้จิตใจสงบ ผ่อนคลาย^{9,12,18} และทำให้เซลล์ประสาทของระบบประสาทสมองสังเคราะห์สารสื่อประสาทคือซีโรโนน^{11,12} ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายยานอนหลับ ช่วยลดความเครียดและซีโรโนนยังช่วยลดปริมาณของสารเคมีที่กระตุ้นของการทำงานของต่อมหมวกไต ทำให้ต่อมหมวกไตทำงานน้อยลง ส่งผลให้ระบบประสาทส่วนกลางทำงานน้อยลง ร่างกายจึงรู้สึกผ่อนคลาย ปลอดโปร่ง และไม่เครียด^{8,9,11} ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงสามารถอธิบายได้อีกประการหนึ่งว่าการสอดmnต์เป็นการทำสมาธิเบื้องต้นที่สามารถช่วยให้ผู้สอดmnนั่นเมจิตใจที่ผ่อนคลาย สงบ ลดความวิตกกังวล^{9,12} และในขณะที่กำลังสอดmnต์ให้วิ่งประจิจิของผู้สอดmnต์จะแน่นแอ่นอยู่กับคำสอดmnต์จึงทำให้เกิดสมาธิขึ้นขณะที่ตัวมีสมาธิร่างกายจะหลั่งสารอ่อนตัวรีฟนออกมานในร่างกายมากขึ้นก่อให้เกิดความสุขชีวิৎชាលห์นำไปในร่างกายหรือมีความสุขทั้งเนื้อหง้าว^{9,11,12} ส่งผลช่วยลดความวิตกกังวล

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาข้อมูลที่มีผลต่อความวิตกกังวล พบร้าผู้ป่วยทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้แก่ การทำบุญทำทาน การฟังธรรมหรืออ่านหนังสือธรรมะ สอดmnต์ และนั่งสมาธิ ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำ แต่ก็พ่อนุमานได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความศรัทธาในศาสนาพุทธ ซึ่งการที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเลื่อมใสศรัทธาในศาสนา และเข้าใจความหมายของบทสวด รวมทั้งมีการปฏิบัติธรรมฟังธรรม สอดmnต์ เวลาสอดmnต์จะทำให้รู้สึกชุ่มชื่นเบิกบานใจ^{8,9,11,12} ส่งผลให้จิตใจสงบ ผ่อนคลายความวิตกกังวล รู้สึกเป็นสุข สงบ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ



ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ระบุความรู้สึกภัยหลังส่วนตัวรู้สึกสบายใจ เป็นสุข สงบ สมองปลดปล่อย นอนหลับสบาย สด็จน์อารมณ์ดีมากขึ้นถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่า ตนเองเจ็บป่วยในระยะของโรคที่รุนแรง รวมทั้งได้รับการผ่าตัดและการรักษาอย่างร่วมกัน และมีระดับความวิตกกังวลค่อนข้างสูง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ต้องกล่าวทั้งหมด ผ่านประสบการณ์ชีวิตมากพอสมควร รวมทั้งมีประสบการณ์ในอดีตที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกี่ยวกับภาวะวิกฤตหรือประสบการณ์เหตุการณ์ที่ทำให้ทุกข์ใจ ทำให้มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ตอนต้น^{12,13,14} และผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ที่ต้องเผชิญมา ก่อน⁸

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของโอลิฟ ทับทิมหิน¹ ที่พบว่าผลของการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยรังสีรักษาทำให้ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ผลของการส่วนตัวจากการเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ทางสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนและหลังการส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังส่วนตัวท่ากับ 53.4 คะแนน ($SD = 0.84$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนส่วนตัวซึ่งท่ากับ 51.3 คะแนน ($SD = 2.58$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.04$ และ $95\%CI = (-4.02) - (-0.18)$ แสดงว่าการส่วนตัวช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ทำให้รู้สึกเป็นสุข สงบ และในขณะที่ส่วนตัวจิตใจของผู้สาวจะเกิดสมາธ^{8,9,10,11,17} ทำให้ร่างกายมีหลังสาร醪นดรฟินทำให้เกิดความสุขชื่มชนาท ท้าไปในร่างกาย^{11,12} ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระบุความรู้สึกภัยหลังส่วนตัวรู้สึกสบายใจ เป็นสุข สงบ สมองปลดปล่อย นอนหลับสบาย สด็จน์อารมณ์ดีมากขึ้น รับประทานอาหารได้ดี แข็งแรงกว่าเดิมหน่อยอ่อนเพลียลดลง รู้สึกมีพลังกาย และพลังชีวิต^{8,12,17,,18} และรู้สึกว่ามีแต่สิ่งดีๆเข้ามาหาตนเองและครอบครัวผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของโอลิฟ ทับทิมหิน⁴ ที่ศึกษาผลของการบำบัด

แบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และพบว่าผู้ป่วยมีค่าแนวระดับการเจริญสติเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบร่วมกับผู้ป่วยทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ล้วนใหญ่ปฏิบัติกรรมทางศาสนา ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำ แต่ก็พอกอนมุ่นมาได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความศรัทธาในศาสนาพุทธ ซึ่งการที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเลื่อมใสศรัทธาในศาสนา และเข้าใจความหมายของบทสรุป รวมทั้งมีการปฏิบัติธรรม พึงธรรม ส่วนตัว เวลาส่วนตัวจะทำให้รู้สึกชุ่มชื้นเบิกบานใจ^{9,11} ส่งผลให้จิตใจสงบ ผ่อนคลายความวิตกกังวลรู้สึกเป็นสุข สงบ และการที่ผู้ป่วยได้ส่วนตัวเป็นประจำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้ศาสนาและความเชื่อทางศาสนาทำให้บุคคลมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีหลักธรรมคำสอนของศาสนาเป็นเครื่องชี้แนวทางปฏิบัติ ทำให้คลายทุกข์ มีความเข้าใจชีวิตหรือโลกตามความเป็นจริง ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีสติและใช้วิถอย่างมีคุณค่าและมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ^{9,11,12} ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยในระยะของโรคที่รุนแรง รวมทั้งได้รับการผ่าตัดและการรักษาอย่างร่วมกัน และมีระดับความวิตกกังวลค่อนข้างสูง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ต้องกล่าวทั้งหมด ผ่านประสบการณ์ชีวิตมากพอสมควร ทำให้บุคคลมีการตระหนักรถึงความสำคัญจุดมุ่งหมายและคุณค่าของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Highfield¹⁹ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณรวมทั้งประสบการณ์ในอดีตที่เกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวกับภาวะวิกฤตหรือประสบการณ์เหตุการณ์ที่ทำให้ทุกข์ใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถสร้างกลไกใหม่ในการเผชิญปัญหา เพิ่มความเข้มแข็งและความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยมีจิตวิญญาณเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น^{11,12,13,20,21}

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการส่วนตัวบำบัดไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งกลุ่มอื่นๆเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความผาสุกทาง



จิตวิญญาณ ซึ่งรวมทั้งผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วย และผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาที่แผนกหอผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ พยาบาลต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีทัศนคติที่เปิดและยอมรับการสอดมต์ ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

2. สามารถผสมผสานการสอดมต์บำบัดในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เพื่อใช้เป็นการบำบัดเสริมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งกลุ่มอื่น ๆ เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

3. ควรทำการศึกษาในลักษณะเดียวกันในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นทั้งแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก

4. จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ระบุว่าหลังการสอดมต์รู้สึกดี นอนหลับสบาย แข็งแรงมากขึ้นและรับประทานอาหารได้มากขึ้น ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปอาจทำการศึกษาในลักษณะเดียวกัน แต่ประเมินผลลัพธ์ด้านการนอนหลับและความสามารถในการรับประทานอาหาร

ข้อจำกัดการทํางาน

การศึกษาครั้งนี้มีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ดังนั้น ผลของการศึกษานี้สามารถอ้างอิงไปยังประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น และประสิทธิภาพของการทดสอบยืนยันผลของการสอดมต์บำบัดอาจด้อยลงไปเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาแบบเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

Reference

- National Cancer Institute. Cancer Registry in thailand.(Online). 2006. www.Nci.go.th/statisti.htm.
- Cancer Registry at Rukpratum clinic, Srinakarind hospital, 2009 Khonkean
- Natason A, Limamnoylap S. Symptoms and symptom managements in cancer patients undergoing chemotherapy. Journal of Nursing Science & Health. 2010; 32(1):12-24.
- Tumtimhin S, Rungruengkolakit S. Impact of buddhism-oriented group therapy on anxiety and depression levels in breast cancer patients undergoing radiotherapy. Thai journal of Nursing Council, 2012 ; 27(1): 109-123.
- Wonghongkul T, Deachaprom N, Phumvichuvate L, Kertsang S. (2002). Quality of life and alternative therapy used in long-term breast cancer survivors. Fifth Nursing Academic International Congress Cultural Diversity in Alternative Health Care and Nursing.Therapeutics. December 2-4, 2002. Sofitel Hotel, KhonKhaen, Thailand. Organized by Faculty of Nursing, KhonKhaen University, Thailand.
- Sangchart B. et al. Alternative therapy for pain in patients: An application of guided imagery. Journal of science and technology Mahasarakham University. 2005 ; 24(1): 58-66.
- Sangruengaek M, Sangchart B. Effects of guided imagery on pain and frequency of medication taking in patients with invasive cervical cancer. Journal of Nursing Science & Health 2011 ; 34(4): 1-10.
- ศรชัย วีร์มนโนมาย.การสอดมต์กับการควบคุมความดันโลหิต กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน. วารสารกรมการแพทย์, 2003; 28 (5-8), 68-75.
- เหออดศักดิ์ เดชคง. (2003). สติบำบัด (พิมพ์ครั้งที่ 4) กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน
- พินิจ รัตนกุล : จิตวิญญาณ: มิติใหม่ของการดูแลสุขภาพ. วารสารพยาบาลเกื้อการรุณย์, 2004;11(1): 3-9.
- สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี.(2007). การปฏิบัติสมาริเพื่อยืดยาวาสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 4).กรุงเทพฯ.มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข”
- พระสิงห์ทัน นราสโภ.(2000). พลังรังษีธรรม. กรุงเทพฯ : ส.น.พ.โลกทิพย์.13.ประเวศ วงศ์. (2001). สู่ “สุขภาพลีมิต”. ใน อภิญญา ตันทีวงศ์ (บรรณาธิการ). สู่สุขภาพทางสังคมและจิตวิญญาณ. กรุงเทพฯ: บริษัท 21 เชนจูรี จำกัด.



14. Tongprateep T. Knowledge, Attitude and Practice related of Spiritual care among Nurses Workingwithin The Development of Medical Service. *Thai journal of Nursing Council*, 2001; 16(4):12-27.
15. พระเทพสิงหบุราจารย์ (หลวงพ่อจรรยา ฐิตอมโน). บทสวดมนต์. สิงหบุรี : พระพุทธศาสนาประภาศ; 2002.
16. Soearee N. Pain Mangement in Patient Cancer. *Thai journal of Nursing Council* 2002;17(1): 55-68.
17. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness spiritual well-being and quality of life. In L.A. Peplan, & p. perlman(Eds.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley Interscience; 1982.
18. Roger, M.E. Nursing science and the space age. *Nurs Sci Quar* 1992; 5(1): 27-34.
19. Highfield MF. Spiritual health of oncology patient. *Cancer Nursing* 1992; 15(1): 1- 8.
21. Prasertsri T, Namwongprom A, Pakdevong NO. Effects of Health Promotion Program on Health Promoting Behaviors, Absolute Neutrophils Count, Infection Rate, and Quality of Life of Persons with Breast Cancer Receiving Chemotherapy. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2012; 30(1): 39-45.
22. Juangpanich U, Onbunreang J, lunlud J, Khan-sorn T, Vatanasapt P. Effect of Music Therapy on Anxiety and Pain in Cancer Patients. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2012; 30(1): 46-52.

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ทางสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังการสวดมนต์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=10)

Test	Mean	SD	t-test	P -value	95%CI
Pre-test	61.3	2.79			
Post-test	53.0	3.43	5.93	0.00	5.14-11.46

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ทางสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก่อนและหลังการสวดมนต์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=10)

Test	Mean	SD	t-test	p-value	95%CI
Pre-test	51.3	2.58			
Post-test	53.4	0.84	-2.47	0.04	(-4.02)-(-0.18)



The Effects of Therapeutic Prayer on Anxiety and Spiritual Well-being in Breast Cancer Patients in Diagnostic Phase *

Pornthip Pukahuta M.N.S. **

Thittaya Phutthikhamin PhD(Nursing)***

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of therapeutic prayer on anxiety and spiritual well-being in breast cancer patients in diagnostic phase, who followed up at Rukpratum clinic, Srinakarin hospital. Ten patients were purposively sampled. The research instruments consisted of: 1) State-anxiety, 2) Spiritual Well-being questionnaire and 3) the prayer manual. Data were analyzed using Paired t-test. Findings: the average score of State Anxiety of the patients after receiving therapeutic prayer decreased with highly statistical significance ($p=.00$, $95\%CI=5.14-11.46$), and the average score of Spiritual Well-being of the patients after receiving therapeutic prayer increased with statistical significance [$p=.04$, $95\%CI=(-4.02)-(-0.18)$]. The results of the study indicated that the therapeutic prayer helped to reduce anxiety and promoted spiritual well-being in breast cancer patients in diagnostic phase.

Keywords: Breast cancer patients, Anxiety, Spiritual well-being, Therapeutic prayer

* Grant for research from Sub-district Health Insurance Funds. Tambon Meangmoo

** Lecture, Faculty of Nursing Rangsit University

*** Registered Nurse, Hospital of Health Promotion Tambon Muangmoo Muang District, Singburi, Thailand



ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า*

สาวรีย์ ปัญเชษ พย.ม.**

อํภาพร นามวงศ์พรหม PhD***

น้าอ้อย ภักดีวงศ์ ส.ต.****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจ การศึกษาครั้งนี้ใช้ The Nursing Role Effectiveness Model เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์จำนวน 80 รายจาก 6 แห่งผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่ สามัญ หอผู้ป่วยหนังสือกู้ภัยและอายุรกรรม และอายุรกรรม เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจ และแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ ด้วยสถิติ Pearson Product Moment Correlation และ Chi-square

ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 70 อูํในระดับต่ำ และร้อยละ 30 อูํในระดับปานกลาง ส่วนการปฏิบัติของพยาบาลพบว่า ร้อยละ 62.5 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ที่เหลืออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.8) นอกจากนี้พบว่า การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับความรู้อย่างมั่นคงทางสถิติ ($p = .001$) ผลการวิจัยนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรพยาบาลเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้และการปฏิบัติ การหยาเครื่องช่วยหายใจ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยชีวิต เช่น เครื่องช่วยหายใจ จากสถิติพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่าร้อยละ 40 ใช้เวลาไปกับการใช้เครื่องช่วยหายใจและร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจพบว่ามีปัญหาความยากและเกิดความล่าช้าในกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจรวมถึง ขั้นตอนการดูแลท่อช่วยหายใจส่งผลทำให้มีการใช้เครื่อง

ช่วยหายใจนานขึ้น¹ อย่างไรก็ตามการใช้เครื่องช่วยหายใจไม่ได้เป็นการรักษาโดยตรงแต่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาระของงานและกล้ามเนื้อในระบบการหายใจรวมทั้งช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนกําชออกซิเจนที่ปอดอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง เช่นบพัน² จนกระทั่งเมื่อพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุของการใช้เครื่องช่วยหายใจได้รับการรักษาหรือแก้ไขดีขึ้นแล้ว ทีมผู้ดูแลควรพิจารณาอยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจทันที³

เป้าหมายหลักสำคัญของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจคือ การหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต



ให้เร็วที่สุดเท่าที่มีโอกาสจะทำได้¹ เนื่องจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายได้แก่ ความดันโลหิตต่ำจากการไหลเวียนของเลือดกลับสู่หัวใจน้อยลง เกิดแพลงและเลือดออกในกระเพาะอาหาร เกิดความไม่สุขสบายและเจ็บปวด มีภาวะกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง และการบัดเจ็บของถุงลมปอด⁵ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ(VAP)ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 20-70⁶ และจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยพบว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลา 10 วัน เลี้ยงต่อการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อร้อยละ 6.5 และอัตราเลี้ยงจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19 และ 28 หากผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจนาน 20 และ 30 วันตามลำดับ⁷ ผลการบทด้านจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ คุณภาพของการนอนหลับลดลง⁸ มีภาวะเครียดจากปัญหาการสื่อสาร⁹ ผลกระทบต่อครอบครัว สภาพสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย โรงพยาบาลต้องรับภาระเรื่องการรักษาดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจรวมถึงค่าใช้จ่ายต่างๆที่เพิ่มขึ้น¹⁰

ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำเป็นต้องอาศัยทีมบุคลากรทางสุขภาพที่มีความรู้และทักษะในการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจรวมทั้งมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิก มาประกอบการตัดสินใจให้ผู้ป่วยได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม จากการบททวนวรรณกรรม มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในเวลาที่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยขาดการติดตาม และประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในขณะที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจแล้ว¹¹

พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่สำคัญในอันที่จะมีส่วนช่วยให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาในประเทศองค์กร พบร่วม 3 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้พยาบาลตัดสินใจเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจได้แก่ 1) กระบวนการตัดสินใจเฉพาะบุคคล ที่ใช้ประสบการณ์เป็นหลักโดยมีพื้นฐานมาจากความรู้และทักษะ 2) ปัจจัยด้านพยาธิสรีรวิทยา ซึ่ง

เกี่ยวข้องกับการเลือกเวลาที่เหมาะสมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดทางกายภาพ สภาพการทำงานของอวัยวะดีชั้น โรคร่วมและประวัติการเจ็บป่วย การเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ 3) การทำงานร่วมกันของทีมสาขาวิชาชีพ¹² นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทักษะในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของพยาบาล จากการศึกษาของ Perrie¹³ พบร่วมพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางมีความรู้แตกต่างจากพยาบาลกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลขาดความรู้ในเรื่องของการจัดการความเจ็บปวด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา วิญญูโนยคำ¹⁴ ที่พบว่าพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตขาดความรู้และทักษะทางคลินิกรวมทั้งขาดความเชื่อมั่นต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

นอกจากนี้จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติพยาบาล ในพยาบาลที่สำเร็จใหม่ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ไม่มีความเชื่อมโยงกันระหว่างความรู้ทางวิชาการกับการปฏิบัติงานทางคลินิก และพบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนความรู้ และการปฏิบัติงานทางคลินิก¹⁵

จากการวิเคราะห์ในสถานการณ์ปัจจุบันของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าพบว่า บุคลากรในทีมสุขภาพมีวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่แตกต่างกันไปตามความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การเรียนรู้ส่วนใหญ่ได้จากการฝึกฝนด้วยตนเองในหอผู้ป่วย พยาบาลสำเร็จใหม่ ได้รับการฝึกสอนภายในหน่วยงานและจากพยาบาลที่มีประสบการณ์ ในหอผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นการฝึกฝนด้วยทักษะการใช้เครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้พบว่า การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ชัดเจน พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์โดยไม่เข้าใจถึงเหตุผลของปฏิบัติทำให้ความสำเร็จใน



การหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีสนใจที่จะศึกษาความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจของการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติรวมถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยผู้วิจัยใช้ The Nursing Role Effectiveness Model¹⁶ เป็นกรอบแนวคิดโดยมุ่งที่การศึกษาปัจจัยเชิงกระบวนการชี้ในที่นี้คือความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้างอันได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาระยะเวลาการปฏิบัติงาน การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและการหย่าเครื่องช่วยหายใจ กับความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของพยาบาลกับความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับ

กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่สามัญ หอผู้ป่วยหนักตัดยกรรม และอายุรกรรมที่มีประสบการณ์ในการใช้เครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจำนวน 6 หอผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างเลือกจากประชากร 102 คน แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และ 2) ยินยอมและสมควรใจเข้าร่วมโครงการวิจัยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สтанท์ทำงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการอบรมระยะสั้นหรือเฉพาะทาง

2. แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ที่พัฒนาโดยทองเปลว กันอุไรและคณะ¹⁷ ประกอบด้วยคำตามจำนวน 30 ข้อ ลักษณะข้อคำตามเป็นความรู้เกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจค่าตอบนิ 4 ตัวเลือก มีค่าคะแนนระหว่าง 0-30 คะแนน เกณฑ์ในการพิจารณา ระดับความรู้เกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจของ Bloom¹⁸ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง 25-30 คะแนน (ร้อยละ 80-100) ระดับปานกลาง 19-24 คะแนน (ร้อยละ 60-79) ระดับต่ำค่าคะแนนต่ำกว่า 18 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60) เมื่อทดสอบความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้ สอดิ KR 20 ได้ค่าความยากง่ายเท่ากับ 0.52 ซึ่งแสดงว่าแบบทดสอบมีความยากง่ายปานกลาง และค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ 0.25

3. แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ สุนทรี เจริญวิทยกิจ¹⁹ ประกอบด้วยข้อคำตามเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจจำนวน 56 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มี 4 ตัวเลือก มีค่าคะแนนระหว่าง 0- 236 คะแนน ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับการปฏิบัติของ Bloom (1981) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง



หมายถึงได้คะแนนตั้งแต่ 189-236 คะแนน (ร้อยละ 80-100) ระดับปานกลาง 142-188 คะแนน (ร้อยละ 60-79) ระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่า 142 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60) เมื่อทดสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟ์ของครอนบาก ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายนอกจากที่โครงสร้างการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักและพยาบาลในหอผู้ป่วยที่คัดเลือก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและวิธีการวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการวิจัย ให้ข้อมูลและขั้นตอนของการทำวิจัย ให้แก่กลุ่มตัวอย่างในแต่ละหอผู้ป่วย โดยแจ้งว่าผลของการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมและให้อิสระในการตัดสินใจจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจนเป็นที่เข้าใจแล้ว และเมื่อถูกกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงขอให้ถูกกลุ่มตัวอย่างพิจารณาลงนามเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยให้ทำแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจใช้เวลาประมาณ 30 นาที-1 ชั่วโมง ตรวจสอบความสมบูรณ์และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยแสดงค่าความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การทดสอบการกระจายของตัวแปร อายุ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov 3) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระดับการศึกษา และการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กับความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับ

การหย่าเครื่องช่วยหายใจ ด้วยสถิติ Chi-Square และ 4) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานกับความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ด้วยสถิติ Pearson Product Moment Correlation

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามหอผู้ป่วยที่ถูกกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานดังนี้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 8 คน ศัลยกรรมชาย จำนวน 13 คน อายุรกรรมชาย จำนวน 15 คน อายุรกรรมหญิง จำนวน 14 คน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 18 คน และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จำนวน 12 คน รวมทั้งหมด 80 คน เมื่อจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 24-56 ปี อายุเฉลี่ย 35 ปี ($SD = 6.85$) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 56.25 อายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 62.50 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1.5-32 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 13 ปี ($SD = 6.91$) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.50 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปีมากที่สุด และร้อยละ 97.50 มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจพบว่า ร้อยละ 65.00 ไม่เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 35.80 เคยได้รับการอบรมมากที่สุด คนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 8.75 เคยได้รับการอบรมมากที่สุด คนละ 2 ครั้ง ร้อยละ 1.25 เคยได้รับการอบรม 3 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.50 ไม่เคยเข้าอบรมเกี่ยวกับเรื่องการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และร้อยละ 87.50 เห็นความสำคัญของความรู้เกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากที่สุด

ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจอยู่ระหว่าง 5-19 คะแนน เฉลี่ย 13.38 คะแนน ($SD = 3.03$) ร้อยละ 70 คะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำ 5-14 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 11.82 คะแนน ($SD = 1.96$) ร้อยละ 30 คะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง 15-19 คะแนน คะแนน



เฉลี่ย 17.00 คะแนน ($SD = 1.67$) และไม่เพิ่มคะแนนความรู้ในระดับสูง ดังตารางที่ 1

การปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 62.50 ปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนระหว่าง 237-293 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 258.12 คะแนน ($SD = 13.95$) ร้อยละ 33.75 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางโดยมีคะแนนระหว่าง 194-235 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 224.56 คะแนน ($SD = 11.38$) และร้อยละ 3.75 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ดี โดยมีคะแนนระหว่าง 169-176 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 172.67 คะแนน ($SD = 3.51$) ดังตารางที่ 2

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจของพยาบาล เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานในด้านอายุ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน และระดับการศึกษา กับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p = .124$, $.183$ และ $.532$ ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมกับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบร่วมกับความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($C^2 = 11.397$, $p = .001$)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจของพยาบาล เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างด้านอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และระดับการศึกษา และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ กับการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจของพยาบาล พบร่วมกับความสัมพันธ์กัน ($p = .388$, $.170$ และ $.886$ และ $.160$ ตามลำดับ)

ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ สรุปได้ว่าพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ได้รับการรักษาโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับต่ำส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ที่เหลือร้อยละ 30 อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่พยาบาลที่เป็นตัวอย่างกลุ่มนี้ มีการปฏิบัติ

เกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 62.5) และปานกลาง (ร้อยละ 33.8) ในขณะที่ มีเพียงร้อยละ 3.75 เท่านั้น มีการปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ดี นอกจากนี้ยังพบว่า มีเพียงปัจจัยทางด้านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ($p = .001$) ในขณะที่การอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

การอภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบร่วมกับความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 70 ของพยาบาล มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ อยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 30 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง เรื่องนี้อธิบายได้ดังนี้ คือ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 97.5) รวมทั้งไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจากข้อมูล จะเห็นได้ว่าพยาบาลร้อยละ 62.5-65 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งพบว่า พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ระบุปัญหาการขาดความรู้เกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ความรู้ใหม่จากการวิจัย การประเมินความพร้อมก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เทคนิคหรือวิธี การหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ การใช้แนวปฏิบัติหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทักษะที่สำคัญทางคลินิก และขาดความเชื่อมั่นต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ¹⁴ นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ทดสอบความรู้พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลภูมิภาคพบว่าพยาบาลมีคะแนนความรู้ในระดับต่ำโดยเฉพาะเรื่องระบบหายใจ²⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องการให้เหตุผลและตัดสินใจทางคลินิก พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความรู้ทางพยาธิสรีวิทยาของระบบทางเดินหายใจ มีตั้งแต่ระดับต่ำถึงปานกลาง^{21,22,23}

การปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบร่วมกับความรู้ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ



62.5 ปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 33.8 ปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 3.8 ปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ดังนี้ การปฏิบัติพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การดูแลและการเฝ้าระวังอาการ การจัดการบรรเทาความเจ็บปวด การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารซึ่งจากข้อมูลค้นพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติได้ดีในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษา อย่างไรก็ตามพบว่างานในส่วนที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลได้รับการปฏิบัติน้อย เช่น การดูแลผู้ป่วยกรณีที่ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่มีพลังงานน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำ range of motion ของแขนขา การจัดการให้ผู้ป่วยลูกนั่งห้อยขาหรือลงมานั่งเก้าอี้ข้างเตียง การสนับสนุนให้ญาติเข้ามา มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น นอกจากนี้เนื่องจากในทางปฏิบัติในหอผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร จึงเป็นผลให้การสื่อสารระหว่างทีมแพทย์วิชาชีพไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการนี้จำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ข้อลังกเกตเกี่ยวกับผลของการศึกษาจังหวัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับไม่ดี แต่การปฏิบัติอยู่ในระดับดี อาจเป็นไปได้ที่ว่าลักษณะการปฏิบัติของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤติส่วนใหญ่ใช้ทักษะทางเทคนิคค่อนข้างสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการใช้เทคโนโลยีในการตรวจติดตามอาการซึ่งการใช้เครื่องมือเหล่านี้ อาศัยความชำนาญและประสบการณ์ซึ่งเมื่อปฏิบัติเป็นระยะเวลานานจะทำให้พยาบาลเกิดความเคยชิน จึงพบว่าพยาบาลสามารถปฏิบัติได้แต่ไม่สามารถเชื่อมโยงการปฏิบัติกับความรู้ที่เฉพาะเจาะจงได้ ทำให้มีอثرสอนความรู้อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่าขาดความเชื่อมโยงเกี่ยวกับความรู้ทางวิชาการกับการปฏิบัติงานทางคลินิก¹⁵

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานด้าน อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติและการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ໄສ่เครื่องช่วยหายใจกับความรู้ ระดับการศึกษาและระยะเวลาปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ อธิบายได้ว่า เนื่องจาก ระดับการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ໄສ่เครื่องช่วยหายใจ เป็นระดับที่ต้องอาศัย ความรู้ ความชำนาญ เนพะทาง แต่เนื่องจากพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษารังนี้ไม่เคยผ่านการศึกษา และอบรม เนพะทางมาก่อน จึงทำให้เมื่อระยะเวลาทำงานนานไป อายุมากขึ้น จึงไม่ได้ทำให้ความรู้และการปฏิบัติขึ้น ถึงแม้ว่าในกลุ่มตัวอย่างนี้จะมีตัวอย่างที่จบการศึกษา ในระดับปริญญาโท 2 คน แต่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้และการปฏิบัติ ซึ่งอธิบายได้ว่า พยาบาลที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท ไม่ได้จบการศึกษาทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จึงทำให้ความรู้และการปฏิบัติไม่แตกต่างจากผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี

การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ໄສ่เครื่องช่วยหายใจ มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยใจในด้านความล้มเหลวนี้ระหว่างการอบรมกับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบร่วม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.79 ที่ไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจระดับต่ำ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.50 ที่เคยได้รับการอบรม การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนกลุ่มที่ได้รับการฝึกอบรมเนพะทางมีความรู้แตกต่างจากพยาบาลกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม^{21,22,23}



ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในด้านความรู้และทักษะผู้ป่วยเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ส่งเสริมให้มีการอบรมให้ความรู้ทางทฤษฎี ครอบแนวคิดทางการพยาบาลที่ควบคู่และบูรณาการไปสู่การปฏิบัติจริงอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะพยาบาลสำเร็จใหม่หรือผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. พยาบาลควรได้นำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

3. ในการวิจัยต่อไป ควรศึกษาผลลัพธ์ของการหย่าเครื่องช่วยหายใจทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ด้านโรงพยายาบาลเพื่อค้นหาปัญหาและปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจำกษมมาใช้

Reference

1. Stawicki SP. ICU CORNER Mechanical ventilation:Weaning and extubation.” Opus 12 Scientist 2007; 1 : 13-16.
2. Laghi F, Tobin MJ. Indications for Mechanical Ventilation. In: Tobin MJ., editor. Principles and Practice of Mechanical Ventilation. 2nd ed. New York: MacGraw-Hill Co; 2006:129-36.
3. MacIntyre NR. Evidence-based guideline for weaning and discontinuing ventilator support: A collective task force facilitated by The American College of Chest Physicians; The American Association for Respiratory Care; and The American College of Critical Care Medicine. Chest 2001; 120: 375-395.
4. El-Khatib M.F.and Bou-Khalil P. Clinical review: Liberation from mechanical ventilation. Critical Care 2008; 120: 221 available from <http://ccforum.com/content/12/4/221>.
5. Eskandar N, and Apostolakos MJ. Weaning from mechanical ventilation. Critical Care 2007; 23: 263-274.
6. Lode H, Raffenberg M, Erbes R, Geerde-Fengea H, Mauch M. Nosocomial pneumonia: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment and preventions. Curr Opin Infect Dis 2000; 13: 377-384.
7. Blinkhorn RJ. Hospital-acquired pneumonia. In Baum GL, Crapo JD, Celli BR, & Karlinsky JB. (Editors). Textbook of Pulmonary Diseases 6th ed. Philadelphia: Lippincott 1998: 543-560.
8. Weinhouse GL, Schwab RJ. Sleep in the Critically ill Patient. SLEEP 2006; 29: 707-716.
9. Patak L, Gawlinski A, Fung NI, Doering L, Berg J, Henneman EA. Communication boards in critical care: patients' views. Appl Nurs Res 2006; 19:182-90.
10. Dasta JF, Mc Laughlin TP, Mody SH, Piech CT. Daily cost of an intensive care unit day: the contribution of mechanical ventilation. Critical Care Medicine 2005; 33: 1266-71.
11. Boles JM, Bion J, Connors A, Herridge M, Marsh B, Melot C. et al. Weaning from Mechanical ventilation. European Respiratory Journal 2007; 29: 1033-1056.
12. Gelsthorpe T, Crocker C. A study exploring factors which influence the decision to commence nurse -led weaning. British of Critical Care Nurses 2004; 9 : 213-221.
13. Perrie HC. Knowledge of intensive care nurses in selected care areas commonly guided by protocols. [Dissertation]. Johannesburg: University of the Witwatersrand, 2006.
14. Pinyokham N. Development of a program for enhancing nurses' capacity in weaning of ventilator. [Dissertation]. Chiangmai: Chiangmai University, 2006.
15. Whyte J, Ward P, and Eccles DW. The relationship between knowledge and clinical performance in novice experienced critical care nurses. Heart & Lung 2009; 38: 517-525.
16. Irvine D, Sidani S, Hall LM. Linking outcomes to nurses' roles in health care. Nurs Econ 1998; 16:58-64.



17. Kunurai T, Namvongprom A, Chatsumni M, Yongyut, U. Effects of nursing system development in using evidence-based protocol on quality of care in patients with ventilator. Research paper; 2008.
18. Bloom BS. Taxonomy of education objectives the classification of educational goal book1 cognitive domain. n.p.: Longman; 1979.
19. Jianvitayakij S. The effects of nurses weaning competency-promoting program on the nurse performance and satisfaction in weaning patients from mechanical ventilators. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2003.
20. Fulbrook P. A survey of European intensive care nurses' knowledge levels International Journal of Nursing Studies 2012; 49: 191–200.
21. Pirret AM. The level of knowledge of respiratory physiology articulated by intensive care nurses to provide rationale for their clinical decision-making. Intensive and Critical Care Nursing 2007; 23 : 145–155.
22. Naopiriyawat U, Puttapitakpol S, Srisurin W. Development of Nursing Care Model for Caring Patients on Ventilator Controlling by Volume and Pressure at the Medical Intensive Care Unit of a Tertiary Care Hospital. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(3): 25–34.
23. Kunurai T, Namvongprom A, Chatsumni M, Yongyut U. Effectiveness of Nursing System Development in Using Evidence-based Protocol on Quality of Care in Patients with Ventilators in Intensive Care Unit, Singburi Hospital. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(2): 25–34.

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับกระบวนการการหายใจเครื่องช่วยหายใจ (n=80)

ระดับความรู้ (คะแนน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ	พิสัย	$\bar{x} + SD$
ระดับต่ำ (< 18)	56	70.00	5–14	11.82 + 1.96
ปานกลาง (18–23)	24	30.00	15–19	17.00 + 1.67
สูง (24–30)	-	-	-	-
รวม	80	100.00	5–19	13.38 + 3.03

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับของการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการหายใจเครื่องช่วยหายใจ (n=80)

ระดับการปฏิบัติ	จำนวนตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ	พิสัย	$\bar{x} + SD$
ไม่มี	3	3.75	169–176	172.67 + 3.51
ปานกลาง	27	33.75	194–235	224.56 + 11.38
ดี	50	62.50	237–293	258.12 + 13.95
รวม	80	100.00	169–293	243.59 + 24.74



Knowledge and Practice of Nurses in Weaning Patients from Ventilator at Pranangkla Hospital*

Saowaree Punset M.N.S.** Ampaporn Namvongprom PhD*** Nam-oyPakdevongDr.P.H.****

Abstract

This descriptive study aimed to investigate knowledge and practices of nurses and factors relating to knowledge and practices of nurses in weaning patients from ventilator. The nursing role effective model was used as a conceptual framework. A purposive sample of 80 nurses from 6 wards who had experiences in caring of patients with ventilator was recruited for this study. The instruments used to collect data included personal information sheet, knowledge, test and questionnaire. Data were analyzed by using Pearson product moment correlation and Chi-square.

The findings showed that 70% of nurses had a low level of knowledge whereas the rest 30% had a moderate level of knowledge. Regarding practices 62.5% had a high level of practices, the rest were at a moderate level. Experience of training in caring of patients with ventilator was the only factor that found correlated with knowledge of nurses. The findings of this study will be benefit to nursing staff development.

Keywords: knowledge and practices, weaning ventilator

* Thesis of Master of Nursing Science, Adult Nursing, School of Nursing, Rangsit University

** Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Rangsit University

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

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



ผลการพัฒนาพฤติกรรมการบริการเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์

วิสาหกร madthong พส.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ 2) เพื่อประเมิน ผลข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วย nokt กองกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการบริการ กลุ่มตัวอย่างคือผู้มาใช้บริการ 400 คนโดยเก็บข้อมูลในแต่ละห้องตรวจ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ(Systematic Sampling) และเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก 56 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการซึ่งหาค่าความเชื่อมั่น= 0.97 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการบริการ 3) ข้อมูลจากอุบัติกรณีข้อร้องเรียน 4) กิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย 4.1) อบรมการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 4.2) อบรมธรรมด้วยการให้พร สวดมนต์ ทำสมาธิ แผ่นเมตตาและพึงเทปรมณะบรรยาย 4.3) สอดแทรกเรื่องการมีพฤติกรรมการบริการที่ดีในการประชุมประจำเดือน 4.4) อบรมพฤติกรรมบริการที่ดี 4.5) ทำบุญเลี้ยงพระในหน่วยงาน 4.6) สะท้อนความรู้สึกของผู้ใช้บริการ 4.7) ยกย่องชมเชยผู้ที่มีพฤติกรรมการบริการที่ดี 4.8) กรณีมีข้อร้องเรียนหรือมีปัญหาเรียกพบส่วนตัวเพื่อสอบถาม แนะนำ ดำเนินกิจกรรมพัฒนาระหว่างเดือน มีนาคม 2552 – กุมภาพันธ์ 2553 สถิติที่ใช้เคราะห์ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภาพรวมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 79 อูํในระดับความพึงพอใจมาก 2) มีข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ 1 ครั้ง 3) เจ้าหน้าที่พึงพอใจต่อกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการบริการภาพรวมร้อยละ 76.6 ผลการพัฒนาภาพรวมตีขึ้นแต่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ทำได้ยากดังนั้นควรปลูกจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมการบริการที่ดีเป็นอันดับแรก ฝึกอบรมทักษะการมีพฤติกรรมการบริการที่ดี และที่สำคัญผู้บริหารควรเห็นความสำคัญให้การสนับสนุนช่วยเหลือกิจกรรมการพัฒนาซึ่งควรกระทำอย่างต่อเนื่องสมำเสมอจึงจะเกิดพฤติกรรมการบริการที่ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

คำสำคัญ: การพัฒนาพฤติกรรมการบริการ เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

งานบริการผู้ป่วยนอกเป็นงานบริการด้านหน้าซึ่งต้องรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก พฤติกรรมการบริการ เป็นส่วนประกอบหลักในการให้บริการดังนั้นการพัฒนาพฤติกรรมการบริการเพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความประทับใจและพึงพอใจจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญสำหรับงานบริการผู้ป่วยนอก ในปัจจุบันผู้ใช้บริการมีจำนวนมาก มีข้อจำกัดของขั้นตอนการบริการ ข้อจำกัดของเวลา

และบุคลากร อีกทั้งการให้บริการมีหลายด้านได้แก่ การต้อนรับ การประชาสัมพันธ์ การคัดกรองผู้ป่วย การให้ความสะดวก การให้การช่วยเหลือรักษาพยาบาลเบื้องต้น การช่วยในขณะรักษา การแนะนำผู้ป่วยในการกลับไปดูแลหรือพักฟื้นสภาพตนเองต่อที่บ้าน ตลอดจนการนัดให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกอื่นหรือไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลอื่น เป็นต้น¹ ดังนั้นทุกด้านของการให้บริการอาจตอบสนองความต้องการ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบุรีรัมย์



ของผู้ใช้บริการไม่ได้ทั้งหมด บางครั้งเกิดความไม่เข้าใจ กัน กระบวนการทั้ง ขัดแย้งกันทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความไม่พึงพอใจต่อพฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ และอาจมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริการเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เครื่องชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างหนึ่ง คือ ความพึงพอใจและข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ^{2,3}

โรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 590 เตียง มีผู้มาใช้บริการงานผู้ป่วยนอกวันละประมาณ 1,250 ราย มีจำนวนเจ้าหน้าที่ 56 คนประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 23 คน พยาบาลเทคนิค 4 คนเจ้าหน้าที่ พยาบาล 3 คนผู้ช่วยเหลือคนไข้ 20 คน ลูกจ้างชั่วคราว 6 คน ในขณะที่ห้องตรวจเฉพาะทางมีทั้งแผนก สูติ-นรีเวช กรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก อายุรกรรม กุมารเวชกรรม หูคอจมูก ตา ห้องตรวจโรคทั่วไป แพทย์ทางเลือก(ฝังเข็ม) มีคลินิกเฉพาะทางคลินิกพิเศษครบถ้วน แผนก ทำให้อัตรากำลังค่อนข้างมีจำกัด ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ทั้งหมด บางครั้งอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความไม่พึงพอใจต่อพฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ และมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริการเกิดขึ้น ทุกปี จากปี 2549 – 2551 พนบฯ มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริการเรื่องพูดไม่ไพเราะ กิริยาไม่雅 ไม่ดี มีจำนวน 3 ครั้ง และ 4 ครั้งตามลำดับ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นร้อยละ 77.4, 74.6 และ 75.5 ตามลำดับ ยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด (ไม่มีข้อร้องเรียนและ ความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80) ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลบุรีรัมย์ก็อยู่ในระหว่างการเตรียมความพร้อมเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จึงเป็นสิ่งที่ ท้าทายสำหรับเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกในการพัฒนา พฤติกรรมการบริการเพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจและมุ่งสู่การบริการที่เป็นเลิศ

งานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้จัดทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการบริการโดย นำแนวทางทั่วไปส่วนเข้ามาประกอบในกิจกรรมได้แก่ อบรมการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ อบรมธรรม

ด้วยการไหว้พระ สวดมนต์ ทำสามາธิ แผ่นเมตตาและฟังเทศธรรมะบรรยาย มีการสอดแทรกเรื่องพุทธกรรมการบริการที่ดีในการประชุมประจำเดือน อบรมพุทธกรรมการบริการที่ดี ทำบุญเลี้ยงพระในหน่วยงาน สะท้อนความรู้สึกของผู้ใช้บริการให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทราบ ยกย่องชมเชยผู้ที่มีพุทธกรรมการบริการที่ดี กรณีมีข้อร้องเรียนหรือมีปัญหาเรียกพบส่วนตัวเพื่อสอบถาม แนะนำ หลังจากจัดทำกิจกรรมพัฒนาพุทธกรรมการบริการแล้วผู้วิจัยต้องการทราบผลการพัฒนาพุทธกรรมการบริการเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการได้อย่างเหมาะสม ล่งผลให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ ไม่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพุทธกรรมการบริการ และมุ่งสู่การบริการที่เป็นเลิศเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
- เพื่อประเมินผลข้อร้องเรียนเรื่องพุทธกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก
- เพื่อศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกต่อ กิจกรรมพัฒนาพุทธกรรมการบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาผลการพัฒนาพุทธกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์ หลังจากมีกิจกรรมพัฒนาพุทธกรรมการบริการอย่างต่อเนื่อง ระหว่างเดือนมีนาคม 2552 ถึง กุมภาพันธ์ 2553

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มาใช้บริการงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์โดยเฉลี่ยประมาณเดือนละ 25,000 คน คำนวณโดยวิธีของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 395 เพื่อประโยชน์ทางงานวิจัย และความเชื่อมั่นในการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 400 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling) ดังนี้คือ จำกัดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน และจำนวนวันที่จะเก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม 2552 ถึง มกราคม 2553 ในช่วงวันเวลา ราชการเท่ากับ 40 วัน ดังนั้นใน 1 วันจะเก็บกลุ่มตัวอย่าง



โดยมีค่า Interval 400/40 เท่ากับ 10 แสดงว่าเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างวันละ 10 ฉบับ วิธีการเก็บข้อมูลโดยดูที่บัตรคิว แจกแบบสอบถามในคนที่ 1, 10, 20 ... จนครบ 10 ฉบับและกลุ่มเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกทั้งหมด 56 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 23 คน พยาบาลเทคนิค 4 คน เจ้าหน้าที่พยาบาล 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 20 คน ลูกจ้างชั่วคราว 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการบริการพยาบาลที่งานผู้ป่วยนอกปฏิบัติ 3 กิจกรรมดังนี้

1.1 กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริการ ประกอบด้วย 1) การอบรมพฤติกรรมการบริการ ปีละ 1 ครั้ง คนละ 8 ชั่วโมง อบรมโดยกลุ่มการพยาบาล 2) อบรมการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ปีละ 1 ครั้ง คนละ 1 วัน 3) มีการสอนแทรกเรื่องพฤติกรรมการบริการที่ดีในการประชุมประจำเดือนทุกเดือน ยกย่องชมเชยผู้ที่มีพฤติกรรมบริการที่ดีโดยติดประกาศ แจ้งให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบ มอบบัตรแสดงความชื่นชมและมอบหนังสือธรรมะให้เป็นรางวัลซึ่งผู้ที่มีพฤติกรรมบริการที่ดีได้จากการแสดงความคิดเห็นของผู้มาใช้บริการ 4) ในกรณีมีข้อร้องเรียน/พบปัญหาเรียกพบส่วนตัวเพื่อพูดคุยสอบถาม แนะนำ

1.2 กิจกรรมธรรมาภิบาล ประกอบด้วย 1) อบรมธรรมาภิบาล ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบ มอบบัตรแสดงความชื่นชมและมอบหนังสือธรรมะให้เป็นรางวัลซึ่งผู้ที่มีพฤติกรรมบริการที่ดีได้จากการแสดงความคิดเห็นของผู้มาใช้บริการ 2) การทำบุญเลี้ยงพระของหน่วยงานปีละ 1 ครั้ง

1.3 การสะท้อนความรู้สึกของผู้ใช้บริการ จัดอบรมโดยให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้เข้าอบรมโดยมีตัวแทนของผู้ใช้บริการที่มีประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ ความประทับใจ ในการมารับบริการ ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับฟังเป็นเวลา 3 ชั่วโมง วัดผลทัศนคติของเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการอบรม ปีละ 1 ครั้ง

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึง

พอใจของกลุ่มการพยาบาลและการพยาบาล แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็น ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ที่อยู่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษา

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มารับบริการหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ซึ่งมีทั้งหมด จำนวน 19 ข้อ แบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับเป็นมาตราลิเคร็ท (Likert scale) 5 ระดับ

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกต่อ กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการบริการ โดยสอบถามทั้ง 8 กิจกรรม แบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับเป็นมาตราลิเคร็ท (Likert scale)

4. แบบรายงานอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเรื่อง พฤติกรรมบริการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ การสร้างแบบสอบถามมีรายละเอียดดังนี้ 1) ศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องและดัดแปลงแบบสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มการพยาบาลและการพยาบาล 2) วิธีการหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลงานผู้ป่วยนอกจำนวน 5 ท่าน จากนั้นผู้ศึกษานำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามและนำไปใช้จริง 3) การหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบ (Pre - Test) กับผู้มารับบริการงานผู้ป่วยนอก แผนกวิทยุกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์จำนวน 30 คน 4) หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลfa ของ Cronbach เท่ากับ 0.975 นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ โดยอธิบายให้ข้อมูลและให้กลุ่มตัวอย่างได้เขียนใบยินยอมในการตอบแบบสอบถาม 6) นำแบบสอบถามความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกต่อ กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรม



การบริการโดยสอบถามทั้ง 8 กิจกรรมไปเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกจำนวน 56 คนโดยอิบิยาให้ข้อมูลผลการตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลแบบสอบถาม ข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ วิเคราะห์โดยการใช้ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้มาใช้บริการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีสถานภาพสมรสคู่ รายได้ 2001 – 5000 บาท อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 64.0, 32.8, 30.8, 23.8, 69.5 32.3, 74.8 และ 64.3 ตามลำดับ

2. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต่อพุทธิกรรมการบริการ เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำแนกตามตำแหน่งหน้าที่ พ布ว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อพุทธิกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ภาครวมอยู่ในระดับมาก โดยความพึงพอใจต่อพยาบาลมีเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.95 มีข้อร้องเรียนเรื่องพุทธิกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 1 ครั้งเรื่องพูดคุยเรื่องส่วนตัวมากกว่าสนใจปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 35 – 45 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี สถานภาพสมรสคู่ รายได้ 15,000 – 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 74.0, 49.8, 60.3, 63.8, 49.1 ตามลำดับ ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกต่อ กิจกรรมพัฒนาพุทธิกรรมการบริการ คือ กิจกรรมธรรมะ โดยการให้วิหาร สาดมนต์ ทำสมาธิ แผ่นเมตตา และฟังเทศธรรมบรรยายเรื่องรู้ใจ กิริรักข์ บรรยายโดยพระอาจารย์ไฟศาล วิสาโล จัดให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้เข้าอบรมคนละ 2 ชั่วโมง ผลพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีความคิดเห็นในขั้นตอนการจัดกิจกรรม และเนื้อหาธรรมะบรรยาย มีความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 82.5

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความคิดเห็นว่า หลังอบรม ารมณ์แจ่มใสขึ้น และได้รับประโยชน์จากการเข้ากิจกรรมครั้งนี้ ร้อยละ 100 จิตใจสงบขึ้นและมีสติมากขึ้นร้อยละ 97.5

จากการพัฒนาพุทธิกรรมการบริการเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2552 ถึง กุมภาพันธ์ 2553 ดังนี้กิจกรรมดังต่อไปนี้คือ 1) อบรมการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2) อบรมธรรมด้วยการให้วิหาร สาดมนต์ ทำสมาธิ แผ่นเมตตา และฟังเทศธรรมบรรยาย 3) สอดแทรกเรื่องการมีพุทธิกรรมการบริการที่ดีในการประชุมประจำเดือน 4) อบรมพุทธิกรรมการบริการที่ดี 5) ทำบุญเลี้ยงพระในหน่วยงาน 6) สะท้อนความรู้สึกของผู้ใช้บริการ 7) ยกย่องชมเชยผู้ที่มีพุทธิกรรมการบริการที่ดี 8) กรณีมีข้อร้องเรียนหรือมีปัญหาเรียกพบส่วนตัวเพื่อสอบถาม แนะนำหลังการพัฒนาสำหรับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อพุทธิกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ได้ผลดังนี้ ภาพรวมความพึงพอใจเป็นร้อยละ 79.2 อยู่ในระดับมาก โดยแยกเป็นความพึงพอใจต่อพยาบาลร้อยละ 79 อยู่ในระดับมาก ความพึงพอใจต่อผู้ช่วยเหลือคนไข้ / ลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ 76.4 อยู่ในระดับมาก ซึ่งข้อร้องเรียนเรื่องพุทธิกรรมการบริการมี 1 ครั้งเรื่องเจ้าหน้าที่พูดคุยเรื่องส่วนตัวในขณะปฏิบัติงานโดยไม่สนใจผู้ใช้บริการ เจ้าหน้าที่พึงพอใจกิจกรรมพัฒนาพุทธิกรรมการบริการภาพรวมร้อยละ 76.6 อยู่ในระดับมาก และพบว่าพึงพอใจต่อกิจกรรมการอบรมธรรมะมากที่สุดและรองลงมาคือการยกย่องชมเชยผู้ที่มีพุทธิกรรมการบริการที่ดี คิดเป็นร้อยละ 82.5 และร้อยละ 80.4 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่าหลังพัฒนาพุทธิกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกทำให้ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นและข้อร้องเรียนลดลงเนื่องจากเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกได้ปรับพุทธิกรรมการบริการบางอย่างได้ดีขึ้นได้แก่การให้บริการด้วยความเสมอภาค การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร ข้อมูลต่างๆ และการแนะนำขั้นตอนในการตรวจรักษา ก่อน หลังและขณะพแพทย์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุขุม เฉลยทรัพย์⁴ การศึกษาของทัศนา บุญทอง⁵



และการศึกษาของทรงทิพย์ วงศ์พันธ์⁶ ส่วนการบริการด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสและการต้อนรับด้วยวาระสุภาพมีคุณภาพและล้ำลึก ดังนั้นความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมการบริการ (เป้าหมายคือความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 และไม่มีข้อร้องเรียน) จึงต้องมีการพัฒนาต่อไป

กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการบริการพบว่าเจ้าหน้าที่ มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมร้อยละ 76.6 และดงว่าเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่ยอมรับและพร้อมที่จะพัฒนาพฤติกรรมการบริการและพบว่ากิจกรรมธรรมะ ให้วัพระ สาดมนต์ ทำสมาธิ พิจารณาธรรมะ เป็นกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่พึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 82.5 รองลงมาเป็นกิจกรรมยกย่องชมเชยผู้ที่มีพฤติกรรมบริการที่ดีร้อยละ 80.4 ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีองค์ประกอบของพฤติกรรมชี้ Cronbach แบ่งไว้คือ การยอมรับในผลที่เกิดขึ้น ถ้าไม่ได้รับการยอมรับ ก็จะเลือกวิธีตอบสนองใหม่ ดังนั้นการพัฒนาอาจต้องเพิ่มกิจกรรมธรรมะจากปัจจุบัน ครั้งเป็น 2-3 ครั้ง มีการยกย่องชมเชยผู้ที่มีพฤติกรรมบริการที่ดีต่อไปและจากการจัดกิจกรรมเหล่านี้สอดคล้องกับทฤษฎีสิ่งกระตุ้น พฤติกรรม^{8,9} คือการเลี่ยงกระตุ้นพฤติกรรมเข้าไปเพื่อให้เกิดพฤติกรรมบริการที่ดีอีกครั้ง ซึ่งพฤติกรรมเกิดจาก 3 กระบวนการ¹⁰ คือ 1) กระบวนการรับรู้โดยผ่านระบบประสาทสัมผัส รวมถึงความรู้สึก 2) กระบวนการรู้กระบวนการทางจิตที่เรียนรู้การจำ การคิด ปัญหา 3) กระบวนการเกิดพฤติกรรมในสภาพแวดล้อม เป็นพฤติกรรมภายนอกที่สังเกตเห็น

กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการบริการที่จัดขึ้น ก็ต้องใช้ห้อง 3 กระบวนการเป็นส่วนประกอบ และพฤติกรรมการบริการที่ดี ต้องทำด้วยใจบริการ (Service Mind) ซึ่งการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ โดยให้บริการด้วยใจทำได้ค่อนข้างยากดังนั้นจึงต้องมีวิธีการอื่นๆ นำมาใช้ประกอบ เช่น การฝึกอบรมที่เน้นจิตวิทยาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) หรือความเป็นเลิศ

ในการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยบัติงาน ซึ่งจะเน้นความหมายของคุณภาพกับพฤติกรรมการบริการ และการทำความเข้าใจกับความต้องการของผู้ใช้บริการและกำหนดมาตรฐานพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งพฤติกรรมบริการที่ดีควรประกอบไปด้วย มโนกรรม การกรรม วจกรรม และศิลปะการสื่อสารเมื่อเชิญปัญหา ส่วนการวัดประเมินคุณภาพบริการควรวัดความรู้สึกของผู้ใช้บริการเป็นหลัก¹¹ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ใช้ห้องกิจกรรมเสริมแรงทางบวกได้แก่ยกย่องชุมชนเชยผู้ที่มีพฤติกรรมการบริการที่ดี และกิจกรรมที่เกี่ยวกับธรรมะและการอบรมพุทธิกรรม การบริการที่ดีรวมถึงกิจกรรมสะท้อนความรู้สึกของผู้ใช้บริการ เพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่เกิดมโนกรรม การกรรม และวจกรรม ในส่วนของเจ้าหน้าที่ พนักงาน หลังจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการบริการแล้ว เจ้าหน้าที่ มีพุติกรรมการบริการที่ดีขึ้น เช่น พูดໄพเราะ มีทางเลือกให้คำแนะนำกับผู้ใช้บริการมากขึ้น แต่เนื่องจากภาระงานค่อนข้างมาก การยิ้มแย้ม แจ่มใส ยังมีน้อย และจากแบบสอบถามความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ภาพรวม มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมเหล่านี้ร้อยละ 76.6 และส่วนใหญ่พึงพอใจต่อกิจกรรมอบรมธรรมะและยกย่องชมเชยผู้ที่มีพฤติกรรมบริการที่ดี ร้อยละ 82.5 และร้อยละ 80.4 ตามลำดับแสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริการในทางที่ดีขึ้นและยังต้องการพัฒนาพฤติกรรมการบริการในทางที่ดีขึ้นอีก

ผู้บริหารในงานผู้ป่วยนอกเห็นความสำคัญของการพัฒนาพฤติกรรมการบริการที่ดีจึงทำให้กิจกรรมสำเร็จลุล่วงได้สอดคล้องกับโภษฐ วรรักษ์⁷ ที่กล่าวว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริการนั้นต้องเน้นให้ผู้บริหารเป็นผู้ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และสอดคล้องกับพฤติกรรมองค์กรซึ่งผู้บริหารเป็นผู้ที่สำคัญในการจัดการทำให้องค์กรมีคุณภาพ ผู้บริหารเป็นผู้ที่สำคัญในการช่วยให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ สอดคล้องกับพฤติกรรมองค์กร (Organization Behavior) ซึ่งผู้นำในองค์กรนั้นๆ ภาระของผู้เป็นผู้นำจะมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างให้เกิดพฤติกรรมในระดับองค์กร¹² และด้วย โภปราลกริช นันหนึ่งในทีมงานในโครซอฟ กล่าวว่า งานจะสำเร็จได้นั้นต้องอาศัยบุคคลหลายๆ ฝ่ายในองค์กร โดยหน้าที่



หลักของหัวหน้า คือ การตัดสินใจ จัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม อยู่ดูแลเอาใจใส่ต่อกิจกรรม และประสานกับหน่วยงานต่างๆ เรื่องกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ งานผู้ป่วยนอก ได้รับการสนับสนุน และส่งเสริมจากผู้บริหาร และหัวหน้างานผู้ป่วยนอกเป็นอย่างดีในทุกกิจกรรม

การพัฒนาพฤติกรรมการบริการเป็นส่วนที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก ดังนั้นอาจต้องใช้หลักจิตวิทยาหรือกิจกรรมช่วยเสริมแรงทางบวกซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง รวมถึงมีผู้บริหารให้การสนับสนุนและส่งเสริมและต้องทำให้เจ้าหน้าที่ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระหรือเป็นลิ้งแผลกประหาด และการพัฒนาควรกระทำอย่างต่อเนื่อง มีการกระตุ้นเป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. การเปลี่ยนแปลงให้มีพฤติกรรมการบริการที่ดีต้องอาศัยการปลูกจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมการบริการที่ดีและต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นลิ้งที่ทำได้ยาก

2. ฝึกทักษะ เพิ่มความรู้ เจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการให้บริการ ซึ่งผู้บริหารควรเห็นความสำคัญ มีส่วนร่วมช่วยสนับสนุน ผลักดันให้เป็นไปในทิศทางที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ ซึ่งสถาบันทั้ง 3 ข้ออย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของบริการก็จะมีคุณภาพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผลการพัฒนาพฤติกรรมการบริการเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ สำเร็จลุล่วง ได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขาวิชาคตະวันออกเดียงเหนือในการอนุมัติ งบประมาณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ คณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผศ.ดร.วรรรณราชินวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย หัวหน้างานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่อนุญาต และให้การสนับสนุนในการทำวิจัย และที่ขาดไม่ได้คือ เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผู้ใช้บริการ ทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมาก ณ โอกาสนี้

Reference

- Juntrapa W. Hospital administration. Nonthaburi: Sukhothai thammathirat university; 1998.
- Research system public health institute. State hospital in the new look. Bangkok: Research institute system public health press; 1999.
- Bunyanurak P. Guaranteeing quality something nurse. Cholburi: Printing palace new blessing house; 1995.
- Chaloeyap S. Behaviour patrol risks, the condition risks, news side health information and using serve health 2 using serve the health of people for research system public health institute. Bangkok: Suandusit government officer institute; 1998.
- Bunthong T. what is something system picture serves people Thai health wants. News council letter something nurse 1999; 2(6): 8-9.
- Wongpan S. The quality serves to follow the expectation and the acknowledgement of the user in outpatient work, state Suphanburi hospital (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 1998.
- Warirak O. To the excellence in serve the health. A document copies; 1996.
- Chupikunchai S. The psychology is general. Bangkok: Ramkhumkheang University; 1974.
- Junaem S. The social psychology. Bangkok: Junkasam Teacher College; 1981.
- Horayangkura V. Human Behavior with Environment. Bangkok: Chulalongkorn University; 1983.
- Hannarong K. Patient' s Right: Practice of the Health Providers and Clients at Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2007; 25(2): 34-43.
- Janruechai D, Samorhorm N. Moral and Service Behaviors of Professional Nurses at Pra arjarnphun Ajaro Hospital. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2010; 28(4): 62-70.



Results of Improvement on Service Behavior of Out Patient Department Staff at Buriram Hospital

Wisagorn Modthong Bc.N.*

Abstract

The purposes of this survey research: 1) To satisfaction of OPD patients. 2) To evaluate results of occurrence reports of the service behavior. 3) To satisfaction of OPD staff to the activities of service behavior improvement. Sample was 400 OPD patients selected by Systematic Sampling method and 56 OPD staff. The instruments of this research: 1) Questionnaires on satisfaction of OPD patients about service behavior of OPD staff by reliability was 0.97. 2) Questionnaires on satisfaction of OPD staff about the activities of service behavior improvement. 3) Occurrence reports of the service behavior. 4) The activities of service behavior improvement: 4.1) Training humanized health care. 4.2) Training law to pray, have meditation, and Buddhism obligation and practices. 4.3) Having are example of good service shown and discussed in every monthly meeting. 4.4) Training good service behavior. 4.5) Having a monk ceremony and praying in the OPD periodically. 4.6) Rebounding of the patient's opinion. 4.7) Esteeming and praising the staff good service behavior. 4.8) If occurrence reports of the service behavior called staff confidential discussion and suggestion for service improvement. The activities of service behavior improvement during March 2009– February 2010. Data were analyzed using percentage, mean and standard deviation. Results of this research indicated that: 1) Overall satisfaction of services increased to 79% which was in a high level. 2) There was one feedback on unsatisfactory service. 3) Overall satisfaction of the OPD staff on the set-up actions to improve the services was 76.6%. Results of improvement better before but less than target because changing service behavior was train difficult, so encouraging OPD staff on importance of good services behavior should be firstly started. Training the staff to have good services behavior is also required to be implemented. In addition, good supports from management in continuously conducting all the earlier mentioned actions to improve service performance at the OPD are also required to ensure continuity of the service behavior improvement.

Keywords: improvement, service behavior, staff, Out Patient Department

* Registered Nurse, Professional Level, Buriram Hospital



โปรแกรมการเตรียมครอบครัวเพื่อลดเสี่ยงพุ่งกันมะเร็งปากมดลูก อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

ชนิษฐา มูลนิบาล พย.ม.*

พิมภา สุตรา วท.ม.**

บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับหนึ่งของสตรีไทยและมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มสูงมากขึ้นทั้งที่สามารถป้องกันได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและสามารถรักษาให้หายขาดได้เมื่อเป็นระยะเริ่มแรก แต่ส่วนใหญ่จะพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามที่ไม่ยากต่อการรักษาให้หายขาดได้ ทำให้อัตราการตายด้วยมะเร็งปากมดลูกเพิ่มสูงมากขึ้น มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ สังคมของครอบครัว ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวเพื่อลดเสี่ยงพุ่งกันมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหนัน อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีและครอบครัว โดยกลุ่มเป้าหมายมีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี จำนวน 78 คน ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 39 คน ครอบครัว โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมครอบครัวที่ประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ร่วมกับแรงสนับสนุนของครอบครัว จัดกิจกรรมให้ความรู้ชั้นวีดีทัศน์ นำเสนอสื่อบุคคล ตัวอย่างมดลูกที่เป็นมะเร็งจริง ไปสัมมนาพัฒนาด้านสุขภาพ แผ่นพับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก เครื่องมือตรวจแพ็พสมีร์ บัตรนัดตรวจ การกระตุนเตือน เครื่องมือที่ใช้ในการวัดแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดการส่งเสริมพุ่งกันมะเร็งปากมดลูกจากการสัมมนาของครอบครัว ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson) หรือ KR₂₁ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78 และวัดพุ่งกันมะเร็งปากมดลูก

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวมการสัมมนาของครอบครัวในการส่งเสริมพุ่งกันมะเร็งปากมดลูกภายนอกการได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$, $t = 26.053$) และความแตกต่างของพุ่งกันมะเร็งปากมดลูก ได้รับการตรวจด้วยวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มทดลองมีพุ่งกันมะเร็งปากมดลูก สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการเตรียมครอบครัว พุ่งกันมะเร็งปากมดลูก แพ็พสมีร์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งปากมดลูกจะเป็นโรคที่ร้ายแรงและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในสตรีแต่สามารถป้องกันได้ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นเนื่องจากมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ใช้ระยะเวลาค่อนข้างนานเฉลี่ย 5-7 ปี และสามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สตรีส่วนใหญ่ไม่สามารถแพทายเมื่อเกิดโรครุกมาในระยะที่ 2 หรือ 3 แล้วทำให้ยากต่อการรักษา วิธีการป้องกันโรคมะเร็ง

ปากมดลูกที่ดีที่สุด คือ การตรวจภายในช่องคลอดด้วยวิธีทางเซลล์วิทยาที่เรียกว่า พานานิโคลาเอว์สเมียร์ (Papanicalalaou smear) หรือแพ็พสมีร์ (Pap smear) เพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะเริ่มแรกซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ผล แม่นยำสูงสามารถวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้ถูกต้องถึงร้อยละ 98² การค้นหามะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะเป็นการลดอัตราการตายและสามารถรักษา

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ให้หายได้ แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 จึงได้มีการลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการตรวจ Pap smear ในสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30 – 60 ปี ให้ได้ร้อยละ 80 ถึงปัจจุบันแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 11 ยังเน้นการลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการตรวจแพ็พสเมียร์ในสตรีกลุ่มเป้าหมายให้ได้ร้อยละ 80 ภายใน 5 ปีตั้งแต่ปี 2554 – 2558 แต่สังคมไทยในชนบทอีสาน มองว่าการไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นการเปิดเผยอวัยวะเพศเป็นสิ่งที่น่าอายไม่กล้าไปตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ทำให้จำนวนสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ไปพบแพทย์ในระยะลุกคามทำให้รักษาได้ยาก ในบริบทสังคมชนบท อีสานส่วนมากจะเป็นครอบครัวขยาย หรือญาติพี่น้อง จะอยู่บ้านบริเวณเดียวกันเวลาไม่ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ก็จะปรึกษากันก่อนที่จะตัดสินใจมาปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจมาร่วมคัดกรองส่วนมากจะเป็น ตัวสตรีเอง รองลงมาจะเป็นสามี เพราะสามีภรรยาอยู่ร่วมกันชั้นนำมีปัญหาอะไร ก็จะปรึกษากัน ส่วนในกลุ่มสตรีที่ไม่มีสามีผู้ที่มีอิทธิพล จะเป็นบุตรญาติพี่น้องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีการที่จะกระตุ้นให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพ็พสเมียร์จะต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงความสำคัญและอันตรายของการไม่มาตรวจมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นจึงเป็นที่มาของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยการมาตรวจคัดกรอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยการมาตรวจคัดกรอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยึดกรอบแนวคิดทฤษฎี การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ร่วมกับแรงสนับสนุนทางครอบครัวในการสร้างโปรแกรมการเตรียมครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกสรุปได้โดยมีแนวคิดการมีส่งเสริมพฤติกรรม

สุขภาพ มีปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการคือ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral outcomes)³ โดยเชื่อว่าคนมีความมุ่งหมายที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี พฤติกรรมของคนไม่สามารถที่จะสร้างกรอบให้มีพิเศษทางเดียว หรือเป็นแบบสองทางได้ ซึ่งกระบวนการที่เกิดขึ้น มีลักษณะอาศัยชั้นกันและกันระหว่าง คน สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม โดยมีกระบวนการทางปัญญาเป็นตัวเชื่อม ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดี ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่บุคคลนำไปคิดเชื่อมโยงทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามค่าแนะนำ การรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกที่ดีต่อพฤติกรรม ร่วมกับการได้รับอิทธิพลจากครอบครัว จากการสนับสนุนส่งเสริม พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกประสานกับอิทธิพลจากสถานการณ์ การจัดบริการและการนัดหมายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ดังนั้นโปรแกรมการเตรียมครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกจึงจัดโปรแกรมการเตรียมครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม ให้ความรู้โดยการสร้างสัมพันธภาพให้กับผู้เข้าร่วม กิจกรรมทุกคนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ช่วงวัยทั้งนรีเรื่องอันตรายของโรคมะเร็งปากมดลูกการนำเสนอตัวแบบสื่อบุคคล ได้แก่ ตัวแบบทางlabสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกตัวแบบทางlabสามีที่มีภรรยาเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกตัวแบบทางบางสตรีที่รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี นำเสนอตัวอย่าง模ลูกที่เป็นมะเร็งจริง โปสเตอร์ภาพ模ลูกเพื่อให้รับรู้ถึงโรคและความรุนแรงมะเร็งปากมดลูก การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นการนำเสนอถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองซึ่งเป็นการป้องกันมะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจแพ็พสเมียร์ลดปัญหาอุปสรรคและรับรู้สมรรถนะของ



ตนกระตุ้นเตือนจากครอบครัว ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ ออกรถยนต์บ้าน การจัดบริการคลินิกตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในสถานบริการใกล้บ้านเป็นการนำ อิทธิพลระหว่าง บุคคล ครอบครัว เจ้าหน้าที่พร้อม จัดสถานการณ์แวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ จึงมีผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest - posttest design) ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ เป็นครอบครัวและสตรีกลุ่มเลี้ยงอายุ 30 – 60 ปี ที่ในเขตบ้านที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ต่ำบ้านหนัง 1.) คุณสมบัติครอบครัวของสตรีกลุ่ม เป้าหมาย คือ วัยผู้ใหญ่เมื่อส่วนร่วมในการตัดสินใจในการ ดูแลสุขภาพของสตรีอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับสตรีกลุ่ม เป้าหมาย 2.) สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30 – 60 ปีไม่ได้ รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 3 ปี

วิธีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ โดยคัด เลือกจาก 12 หมู่บ้าน สภาพดำเนินชีวิต การประกอบ อาชีพและวัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 ทิศเหนือ ได้แก่ หมู่ที่ 1, 5, 11, 12, 13, 15 และ กลุ่ม 2 ทิศใต้ ได้แก่ หมู่ที่ 2, 3, 4, 9, 10, 17 มีระยะทางห่างกัน 7 กิโลเมตร จับสลากรเลือกเข้า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้กลุ่ม 1 เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่ม 2 เป็นกลุ่มควบคุมแล้วใช้วิธีสุ่มครอบครัวแบบง่าย โดยการจับฉลากในการเลือกครอบครัวจากหมู่บ้านกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 39 ครอบครัว รวมกลุ่ม ตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำนวน 78 ครอบครัว

ระยะเวลาดำเนินการ เริ่มวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2555

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- แบบทดสอบครอบครัวในการส่งเสริม พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจำนวน 59 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .96 วิเคราะห์

ความเที่ยง โดยใช้สูตรคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) หรือ KR ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .78

- เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมโปรแกรม การเตรียมครอบครัว ประกอบด้วย สื่อวิดีทัศน์ แผ่น พับบัตรนัด เพลงมะเร็งปากมดลูก ตัวแบบทางลบผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูก สามีที่มีภาระเสียชีวิตด้วยมะเร็งปาก มดลูก ตัวแบบทางบวกสตรีที่ตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็น ประจำ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

- ผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุมทีมวิจัยเพื่อ ทำความเข้าใจเชิง จัดการแบบทดสอบทั้งหมด จัด เตรียมสื่อและเครื่องมือ เพื่อใช้ในการประกอบกิจกรรม โปรแกรมการเตรียมครอบครัว

- ผู้วิจัยควบคุมกำกับการทดสอบความรู้ ความสามารถก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการเตรียม ครอบครัว ใช้เวลาที่หมด 4 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 ให้กลุ่ม ทดลองเข้าโปรแกรมเตรียมครอบครัวสัปดาห์ที่ 2 – 3 กระตุ้นเตือนโดยออกติดตามเยี่ยมบ้าน แจกบัตรนัด ผู้ใหญ่บ้านประกาศประชาสัมพันธ์ตามหอกระจายข่าว เปิดเพลงมะเร็งปากมดลูก สัปดาห์ที่ 4 ประเมินผลสตรี márับบริการตรวจแพ็พสเมียร์ในสถานบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส皮ติ t-test และ ไคลสแควร์

จริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยครั้ง นี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น พร้อมกันนี้ได้รับ การยินยอมจากผู้ร่วมวิจัยและผู้ใหญ่บ้านหลักในการเข้า ร่วมศึกษานี้

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างข้อมูลทั่วไป ของสตรี อายุ พบร้า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 46.12 ปี ส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 36 – 40 ปี และอายุ 46 – 50 ปี ร้อยละ 41 และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 42.26 ปี และ ส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 36 – 40 ปี ร้อยละ 41 ระดับการศึกษา พบร้า ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีการ ศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา



ร้อยละ 74.4 และร้อยละ 84.6 ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามลำดับ สถานภาพสมรส พบร้า ทั้ง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแต่งงาน/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 92.3 และร้อยละ 100 ตามลำดับ อาชีพหลักในปัจจุบัน พบร้า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 66.7 รองลงมา มีอาชีพ เป็นแม่บ้าน/ไม่มีรายได้ ร้อยละ 20.5 และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 79.5 รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 20.5

ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว อายุ พบร้า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 46.4 ปี และพบร้าส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 46 - 50 ปี และอายุ 56 - 60 ปี ร้อยละ 28.2 และ 20.5 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 51.28 ปี และพบร้าส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 41 - 45 ปี ร้อยละ 56.4 ระดับการศึกษา พบร้า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.6 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 74.4 และระดับประถมศึกษา ร้อยละ 25.6 ความสัมพันธ์ในครอบครัว พบร้า ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เป็นสามีคิดเป็นร้อยละ 92.3 และร้อยละ 97.4 รองลงมาคือบุตร ร้อยละ 7.7 และ 2.6 ตามลำดับ อาชีพหลักในปัจจุบัน พบร้า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 76.9 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม ร้อยละ 64.1 และอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 35.9

การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกจากครอบครัว มีดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวมของการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของครอบครัว ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบร้า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยการให้ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติตามคำแนะนำ การลดอุบัติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวม มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 50.72 และ 17.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.10 และ 5.10 ตามลำดับ

ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 21.44 และ 21.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.02 และ 2.16 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด การส่งเสริมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.13 และ 7.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.22 และ 1.11 รองลงมาได้แก่ด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.64 และ 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.11 และ 0.67 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวมของการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกครอบครัวหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยภาพรวมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยการให้ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติตามคำแนะนำ การลดอุบัติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวม มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 50.72 และ 17.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.10 และ 5.10 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 18.23 และ 7.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.83 และ 1.60 ตามลำดับ รองลงมากลุ่มทดลองได้แก่ด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 10.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.11 ส่วนกลุ่มควบคุม ส่งเสริมด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.60

พฤติกรรมการมาตรวัดด้กรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพ็ฟสเมียร์

เปรียบเทียบพฤติกรรมการมาตรวบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบร้า สรุร้านในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มี



พฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแต่ก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 39 ราย ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมมารับบริการตรวจจำนวน 10 ราย ร้อยละ 25.60 สูงกว่ากลุ่มควบคุม

การอภิปรายผล

จากการวิจัยผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐาน การวิจัยได้ว่า ก่อนการทดลองครอบครัวในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมครอบครัว เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าครอบครัวที่ได้รับความรู้ตามปกติ ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้งนี้เป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้ความรู้จากโปรแกรมการเตรียมครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีเนื้อหาในการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในด้านครอบครัวส่วนใหญ่จะได้แรงสนับสนุนจากคู่สมรสในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก⁴ รองลงมาคือ บุตร ซึ่งมีความสำคัญและมีอิทธิพลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อครอบครัวมีความรู้และประสบการณ์ในการเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมครอบครัว จะทำให้เกิดความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือครอบครัวเห็นความสำคัญของการสนับสนุนให้ข้อมูลด้านต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก กระตุ้นเตือนเมื่อใกล้ถึงวันนัดปลดบอนโยน ให้กำลังใจเพื่อให้ลดความกลัวความกังวลทำให้สตรีเห็นความสำคัญอันตรายของโรคมะเร็งปากมดลูก และสามารถป้องกันได้ถ้าไปตรวจแพ็พสเมียร์

นอกจากลักษณะเนื้อหาแล้ว วิธีการและสื่อที่ใช้ประกอบในการให้ความรู้ก็มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกเพื่อลดอุปสรรคสำคัญที่เป็นสาเหตุให้สตรีไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก คือ ความอาย⁵ รองลง

มาคือ ไม่มีการผิดปกติซึ่งเพื่อให้เป็นไปตามแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ การบรรยายให้ความรู้ การใช้สื่อวิดีทัศน์ สื่อบุคคล ตัวอย่าง ก้อนมะเร็งปากมดลูก สาธิตวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก คู่มือ บัตรนัด การประคับประชุมสัมพันธ์ตามหอกระจายข่าวหมู่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมครอบครัว และนัดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีแพ็พสเมียร์ ในสปดาห์สุดท้าย ซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นการให้ความรู้โดยใช้อิทธิพลของครอบครัวซึ่งมีความรักความผูกพันไม่ต้องการให้บุคคลในครอบครัวที่ตนเองรักเกิดความเจ็บป่วยจึงเป็นผลให้ครอบครัวเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทำให้ครอบครัวคือส่วนสำคัญในการส่งเสริมป้องกันมะเร็งปากมดลูก

การศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติจากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เอกสารแผ่นพับจากโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งเป็นความรู้ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกแบบทั่วไปไม่ได้ใช้โปรแกรมการเตรียมครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก จากผลการทดลองมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยลดลงเล็กน้อย เนื่องจากกลุ่มควบคุมอาจจะยังมีความรู้ไม่ถูกต้องจึงไม่ต้องการเลือกดำรงแบบเดิมทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง และจำนวนสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสปดาห์ที่ 4 มีจำนวนน้อยมาก ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มทดลองที่มีค่าคะแนนความรู้มากขึ้นกว่าก่อน การทดลองและสตรีมาตราชัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพ็พสเมียร์คิดเป็นร้อยละ 100 อีกประเด็นหนึ่งที่ทำให้การศึกษาครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากเมื่อสตรีมีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกจึงเกิดความกลัวว่าตนเองจะเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากไม่มีอาการแสดงที่ปรากฏให้เห็นในระยะเริ่มแรก จึงมีความต้องการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก^{7,8,9,10} จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าเมื่อออคติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ครอบครัวจะมีการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้กับสตรีในครอบครัวในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม



จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก จะช่วยให้สตรีมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ดีกว่าครอบครัวที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเตรียมครอบครัว

ข้อเสนอแนะ:

1. ควรศึกษาผลการสนับสนุนของครอบครัว ตามการรับรู้ของสตรี
2. ควรติดตามศึกษาระยะยาวการคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกจากครอบครัว โดยการสนับสนุนให้ข้อมูลสตรีกลุ่มเป้าหมาย ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การลดอุปสรรคในการตรวจคัดกรอง และด้านการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรศ.พิมภาสุตราอาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ แก่ไข ข้อบกพร่องตลอดจนเจ้าหน้าที่ รพ.สต.นานัม ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Allen JD, Sorensen G. Promoting breast and cervical cancer screening at the workplace: Results from the woman to woman study. American Journal of Public Health 2001; 91: 584-590.
2. Gupta A, Kumar A, Strewarta DE. Cervical cancer screening among south Asian women in Canada: The role of education and acculturation. Health Care for Women International 2002; 23: 123-134.
3. Pender NJ. Health Promotion in Adolescents: A review of Pender Health Promotion Model, Nursing Science Quarterly 2006; 19: 366-372.
4. Park S, Yoo L, Chang S. Relationship between the intention to repeat a papanicolaou smear test and affective response to a previous test among Korean women. Cancer Nursing 2002; 25:385-390
5. Herlan LC, Bernstein AB, Kessler LG. Cervical cancer screening: Who is not screening and why?. American Journal of public Health 1991; 18: 885-891.
6. Saleh NB, Nithapattana K. Factors influencing the acceptance of the pap test screening among women in Chonburi province. Journal of Primary Health care and Development 1994; 7(1): 45-65; 1994.
7. Twinn SF, Shia ATY, Holroyd E. Women's knowledge about cervical cancer and cervical screening practice. Cancer Nursing 2002; 25: 377-384.
8. Reid J. Women's knowledge of pap smear, risk factor for cervical cancer, and cervical cancer. Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing 2001; 30: 299-305.
9. Furniss K. Tomatoes, pap smear, and tea adopting behaviors that may prevent reproductive cancer and improve health. Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing 2000; 29: 6413- 652.
10. Panomai N, Kohrienchai L. The Promotion for Cervical Cancer Screening among Urban Women in Khon Kaen Province. Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division 2010; 28(1): 14-21.



Family Health Behavior Prevention Program for Cervix Cancer in Amphoe Phonphisai, Nongkhai Province

Kanistha Moolnibal M.N.S.*

Pimpa Sutra M.S.**

Abstract

Cervical cancer has revealed itself as the most significant disease affecting women's health status in Thailand, and trend to increase, even though it can be treated easily and effectively if it is status in the early stage. Many studies indicated the women do not like to participate in the detection activity, pap smear, because of many reasons. This research studied the education activities which will increase pap smear participation among 30 – 60 years of age women, such attendance behavior can help for providing treatment and decrease mortality rate family health behavior prevention program for cervix cancer in Amphoe Phonphisai, Nongkhai Province. Samples were 39 family, 39 women and 39 family, age 30 – 60 years , 39 family of them, were in the experimental group 39 family, were in the comparative group. The subjects in experimental group were received activity that applied from "Health Promotion Model" such as education about cervical cancer, Human media. The evaluation in both before and after implementation.

The results indicate that after implementation, the implemented group had mean score of knowledge, perceived susceptibility of cervical cancer, perceived severity of cervical cancer, perceived benefits of cervical cancer and perceived barriers of cervical cancer practice higher than the group without implementation with statistical significantly different at $p - \text{value} < 0.001$, $t = 26.053$ In addition, the mean score of knowledge, perceived susceptibility of cervical cancer and perceived barriers of cervical cancer practice and a significance different ($p - \text{value} < 0.001$) between implemented group and comparative group in both before and after implementation proportion of samples in the experimental group attending pap smear is statistically higher than that comparative group.

Keywords: family health program , behavior prevention for cervix cancer, pap smear

* Master Nursing Science (Family Nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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



การพัฒนาแบบวัดการพยาบาลเอื้ออาทรสูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*

บุญลั่ง หาทวายการ พย.ม.** ผ่องพรรณ อรุณแสง วท.ม.(ศรีร่วมไทย)*** วิลาวรรณ พันธุ์พุกษ์ ค.ม.***

บทคดีย่อ

การวิจัยเชิงวิธีการ (Methodological research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบวัดการพยาบาลเอื้ออาทรสูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชายและหญิง จำนวน 300 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรสูงอายุโมเดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น (Age-friendly Nursing Service System: KKU Model หรือ AFNS: KKU Model) ที่พัฒนาจากระบบบริการที่เอื้ออาทรสูงอายุในระดับปฐมภูมิขององค์กรอนามัยโลก

ผลการวิจัย การวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างโดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบวัดการพยาบาลเอื้ออาทรสูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พbm 7 องค์ประกอบ (รวม 29 ข้อ) คือ 1) การพยาบาลและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (8 ข้อ) 2) เจตคติและการสื่อสารของพยาบาล (4 ข้อ) 3) การจัดองค์กรเพื่อสนับสนุนความต้องการของผู้สูงอายุ (5 ข้อ) 4) การเคารพและพิทักษ์สิทธิ์ผู้สูงอายุ (5 ข้อ) 5) การสนับสนุนความเป็นเอกลักษณ์ของผู้สูงอายุ (3 ข้อ) 6) แหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุและครอบครัว ขณะอยู่ในโรงพยาบาล (2 ข้อ) และ 7) การส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ (2 ข้อ) อธิบายความแปรปรวน สะสม ได้ร้อยละ 67.71 วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบวัด พbm ค่าสัมประสิทธิ์และฟ้าของครอนบาก เท่ากับ 0.79 แบบวัดที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความตรงตามเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง และความเที่ยง สามารถนำไปใช้ด้านการพยาบาลเอื้ออาทรสูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบวัด การพยาบาลเอื้ออาทรสูงอายุ การรับรู้ ผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และหลายประเทศเข้าสู่ภาวะสังคมสูงอายุ กล่าวคือ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10¹ องค์กรอนามัยโลก เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ จึงทำการศึกษาการบริการปฐมภูมิที่เอื้ออาทรตามการรับรู้ของผู้สูงอายุและผู้ให้บริการ ใน 5 ประเทศ คือ ออสเตรเลีย แคนาดา จามีก้า ฟิลิปปินส์ และมาเลเซีย โดยการสนับสนุนกลุ่ม พบว่า ระบบบริการระดับปฐมภูมิที่ไม่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (มี 11 ประการ คือ 1)

ด้านทัศนคติที่ไม่เหมาะสมของผู้ให้บริการ 2) ด้านความรู้และทักษะของผู้ให้บริการ 3) ด้านความเข้าใจในความแตกต่างของชายและหญิง 4) ด้านภาษาและการสื่อสาร 5) ด้านระบบการบริหารจัดการ 6) ด้านค่าบริการ- ค่ารักษาพยาบาล 7) ด้านเวลาในการรอคอย 8) ด้านการตรวจรักษา 9) ด้านความต่อเนื่องของบริการ 10) ด้านคลินิกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ และ 11) ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ² คำว่า Age-friendly ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย หมายถึง เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประเทศไทยได้นำแนวคิดขององค์กรอนามัยโลกมาใช้ในการเรียนการสอนครั้ง

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



แรก ในหลักสูตรสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยได้ปรับความหมายของคำว่า Age-friendly เป็น “เอื้ออาทรผู้สูงอายุ” เพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย³ และได้พัฒนาระบบร่วมกับโรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ จังเกิดระบบบริการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุโดยเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น (Age-friendly Nursing Service System : KKU Model หรือ AFNS : KKU Model)⁴ ประกอบด้วย หลักการ 3 ประการ คือ 1) ผู้ให้บริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly health care providers) ผู้ให้บริการต้องมีเจตคติ (Attitude) ที่ดี ผู้ให้บริการต้องมีความรู้ (Knowledge) และผู้ให้บริการต้องมีทักษะ (Skill) ในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ 2) ระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly service system) ซึ่งต้องเป็นรูปธรรม มีการดำเนินการเพื่อสร้างเสริมคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุ 3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly environment) สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุต้องสะดวก ปลอดภัย และเข้าถึงได้ง่าย

การนำระบบการบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุ มาใช้ในโรงพยาบาล ให้เกิดประสิทธิภาพในการรับรู้ ที่ตรงกันระหว่างผู้ให้บริการ (บุคลากรทีมสุขภาพ) และผู้ใช้บริการ (ผู้สูงอายุและครอบครัว) จำเป็นต้องมีเครื่องมือวัดองค์ประกอบของแนวคิดการพยาบาล เอื้ออาทรที่มีทั้งความตรงและความเที่ยง และจากการ

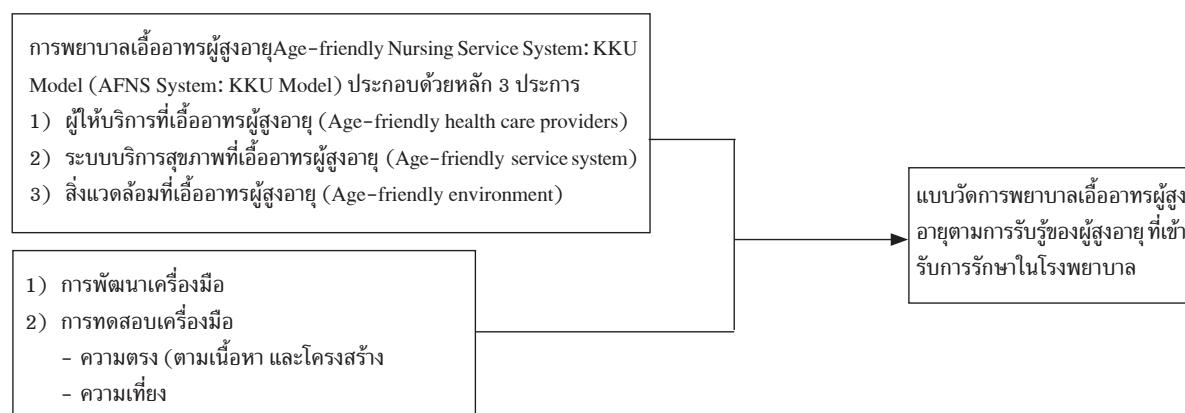
ทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบเครื่องมือวัดแนวคิดนี้ ในประเทศไทยและในต่างประเทศ มีเพียงเครื่องมือที่คล้ายคลึงกันและไม่จำเพาะต่อผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษา เพื่อพัฒนาแบบวัดการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้ โดยนำแนวคิดระบบการบริการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุโดยเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น มาใช้ ในการพัฒนาข้อคำถาม และนำไปหาความตรงตามเนื้อหา ความเที่ยง และความตรงเชิงโครงสร้าง แบบวัดดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

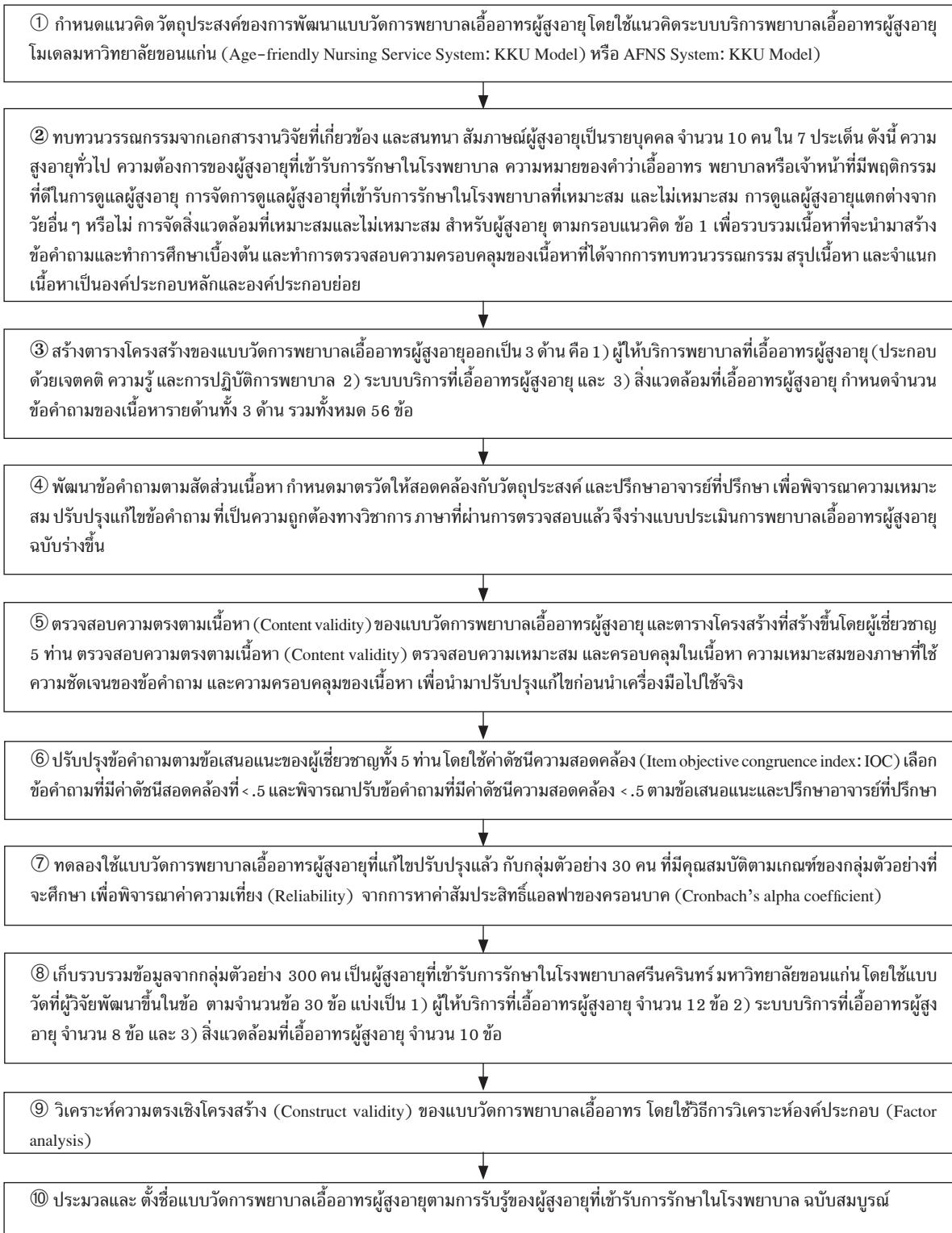
เพื่อพัฒนาแบบวัดการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความตรงตามเนื้อหา ความเที่ยง และความตรงเชิงโครงสร้าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้กรอบแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโดยเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น⁴ ที่พัฒนาจากระบบบริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิขององค์กรอนามัยโลก² และขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือที่ดัดแปลงจาก วิล่าวรรณ พันธุ์พุกษ์⁵ ดังแผนภูมิที่ 1 และ 2



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดัดแปลงมาจาก วิลารัตน พันธุ์ฤกษ์



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงวิธีการ (Methodological research) ครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 300 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2553-กุมภาพันธ์ 2554 ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือดัดแปลงจากวิล่าวารณ พันธุ์พุกษ์⁵ แผนภูมิที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ผู้ที่ดูแลและอยู่ในโรงพยาบาล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค จำนวนยาที่ได้รับ และจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่ใช้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุรายบุคคล เกี่ยวกับการรับรู้การพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) ระดับคะแนน 1-5

วิเคราะห์ความตรงเชิงเส้นของแบบวัดโดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบประมวลและตั้งชื่อแบบวัดฉบับสมบูรณ์

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้สูงอายุจำนวน 300 คน เป็น เพศชายมากกว่าหญิง (ร้อยละ 53.00 และร้อยละ 47.00 ตามลำดับ) ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 83.33) ผู้ดูแลและอยู่ในโรงพยาบาล พนเป็นบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 51.00) จำนวนครั้งของการนอนรักษาในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา 2-5 ครั้ง (ร้อยละ 54.67)

2. การวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ

2.1 ความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสม และครอบคลุมเนื้อหา โดยใช้ Item objective congruence index: IOC เลือกข้อ IOC ที่มีค่า ≥ 0.5 ⁶

2.2 ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟารอนบาก แบบวัดการพยาบาล เอื้ออาทรตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

2.3 ความตรงเชิงโครงสร้าง โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) ซึ่งต้องตรวจสอบว่าตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ โดยใช้สถิติ Kaiser Mayer-Olkin (KMO) การศึกษาระดับ KMO เท่ากับ .785 ซึ่งถือว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับปานกลาง เนื่องจากมีค่าเข้าใกล้ 1 จึงมีความเหมาะสมที่จะใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ และใช้การทดสอบเมตริกซ์เอกลักษณ์ (Identity matrix) ด้วยค่าสถิติทดสอบของบาร์ทเลท (Bartlett's test of sphericity) โดยค่าสถิติค่าสแควร์ (Chi-square) ที่ใช้ทดสอบความเหมาะสมขององค์ประกอบ (Goodness of fit of the factor) ที่ต้องมีนัยสำคัญทางสถิติ ≤ 0.05 ⁷ การศึกษาระดับนี้พบว่า ค่าสถิติทดสอบของบาร์ทเลท มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.000 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์กัน และมีความเหมาะสมที่จะใช้วิเคราะห์องค์ประกอบกำหนดค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ที่ 0.30⁷

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า มี 7 องค์ประกอบ จำนวน 29 ข้อ โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า Eigen value มากกว่า 1 มีตัวแปรร่วมอย่างน้อย 2-3 ตัวขึ้นไป⁷ ซึ่งพบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมของข้อมูลได้ร้อยละ 67.71 ดังนั้น จึงแบ่งการรับรู้การพยาบาล เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 7 ด้าน (ตารางที่ 1 และ 2)

การอภิปรายผล

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ของแบบวัดการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดบริการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุโดยรวมมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้วิธีการวิเคราะห์สกัดองค์ประกอบหลัก (Principal component analysis, PCA) และทำการหมุนแกนโดยวิธีหมุนแกนแบบมุ่งฉาก (Orthogonal rotation) ด้วยวิธีแวริแมกซ์ (Varimax)⁷ พบว่า มีองค์ประกอบทั้งหมด 8 องค์ประกอบ ความแปรปรวนทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 71.21 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบและจำนวนตัวแปร



ขององค์ประกอบแล้ว ได้ตัดองค์ประกอบที่ 8 ออก เนื่องจากมีตัวแปรไม่ครบ 2 ตัวแปรในองค์ประกอบนี้ แบบวัดนี้จึงมีจำนวน 7 องค์ประกอบ ค่าความเปรียบเทียบ หั้งหมด ร้อยละ 67.71 และมีข้อคำถาม รวม 29 ข้อ

องค์ประกอบที่ 1 การพยาบาลและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ผลการเทียบเคียงกับข้อคำถามชุดแรก พบว่า มีความคล้ายคลึง กับองค์ประกอบสำคัญของกรอบแนวคิดระบบบริการ เอื้ออาทรผู้สูงอายุโดยเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น คือ ด้านผู้ให้บริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ และด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ⁴

ด้านการพยาบาล พบว่า ข้อคำถามคล้ายคลึง กับผลการศึกษาใน 5 ประเทศ องค์การอนามัยโลก พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการบุคลากรผู้ให้บริการที่มี ความรู้และมีทักษะในการให้บริการ² ในการศึกษานี้ พบว่า พยาบาลต้องมีความรู้ และเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ มีการติดตามอาการ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงบทบาทของพยาบาลในโรงพยาบาล เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับยา โดยการตรวจสอบการให้ยา รวมทั้งผลข้างเคียงของยาอย่างสม่ำเสมอ การประสานงานกับทีมแพทย์สาขาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุอื่น ๆ รวมถึง การดูแลด้วยความระมัดระวังและการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้มากที่สุด เป็นต้น

ด้านสิ่งแวดล้อม การศึกษาในโรงพยาบาล ครั้งนี้ พบว่า มีข้อคำถามที่สอดคล้องกับการศึกษาขององค์การอนามัยโลก² ที่ศึกษาในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ คือ การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ อาทิ มีการติดตั้งแสงไฟให้สว่างเพียงพอ มีพื้นไม้ลื่น ไม่มีลิ้งกีดขวาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร หุ่นตระกูล⁸ ที่ศึกษาการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของไทย และพบว่า ต้องมีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ อาทิ พื้นไม้ลื่น มีที่จับที่ทางเดินห้องน้ำ สถานที่มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย มีป้ายเตือนทางเดินหรือพื้นที่ต่างระดับ นอกจากร่อง AHMAC⁹ ได้ให้ความสำคัญกับการจัดสิ่งแวดล้อม

จึงพัฒนาหลักปฏิบัติและแนวปฏิบัติที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล โดยกำหนดหลักและแนวปฏิบัติการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และตระหนักถึงความปลอดภัยทางด้านกายภาพ เช่น ลดสิ่งกีดขวางให้น้อยที่สุด ใช้วัสดุพื้นที่ไม่ลื่น ใช้เตียงที่ปรับสูง-ต่ำ หรือปรับต่ำสุดได้มีห้องน้ำที่สะดวกต่อการเข้าใช้ และมีระบบห้องน้ำที่เปิด-ปิดง่าย มีบริเวณที่เงียบสงบ และเป็นไปตามหลักเกณฑ์การออกแบบสำหรับทุกคน (Universal design)

องค์ประกอบที่ 2 เจตคติและการสื่อสารของพยาบาล เมื่อเทียบเคียงกับกรอบแนวคิดระบบบริการพยาบาล เอื้ออาทรผู้สูงอายุโดยเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าสอดคล้องกับ องค์ประกอบของ ผู้ให้บริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ซึ่งต้องมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ⁴ และสอดคล้องกับหลักและแนวปฏิบัติที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาลประเทศไทย ซึ่ง Parke & Brand¹⁰ ได้กล่าวถึง นโยบายของโรงพยาบาลที่เห็นความสำคัญของเรื่องนี้ โดยมีการคัดเลือกบุคลากรที่มีความรู้ด้านผู้สูงอายุและครอบครัว เนื่องจากเชื่อว่า ผู้ที่มีความรู้ในเรื่องผู้สูงอายุจะมีการตระหนักในการมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ คำนึงถึงคุณค่าของผู้สูงอายุและครอบครัว เมื่อเปรียบเทียบกับหลักและแนวปฏิบัติโรงพยาบาลที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่ง Chiu & Chen¹¹ กล่าวว่า โรงพยาบาลที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ จะต้องมีนโยบายที่กำหนดให้บุคลากรที่ทำงานกับผู้สูงอายุ ต้องได้รับการอบรมความรู้ด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้บุคลากรตระหนักและมีเจตคติที่ดีในการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และมีความไวในความแตกต่างในเรื่องอายุ เพศ และวัฒนธรรม ซึ่งจากการศึกษาของ ดวงพร หุ่นตระกูล⁷ ก็พบว่า บุคลากรที่ให้บริการผู้สูงอายุ ควรมีพฤติกรรมบริการสุขภาพและการสื่อสารที่แสดงถึงความเคารพผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทย

องค์ประกอบที่ 3 การจัดองค์กรเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ องค์ประกอบด้าน ระบบบริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ตามกรอบแนวคิดระบบบริการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุโดยเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น⁴ ซึ่งได้มีการสร้างระบบ



การดูแลที่จำเพาะกับผู้สูงอายุ เช่น มีการประเมินทางการพยาบาลผู้สูงอายุ (Geriatric Nursing Assessment : GNA)¹² โดยการนำเอาผลการประเมินปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ อาทิ การหลอกล้ม ภาวะลับสน ภาวะกลั้นปัสสาวะ ไม่ได้ภาวะเลือดสมดุล และผลข้างเคียงจากการดูแลรักษา majad บริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ นั้น และเมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาองค์การอนามัยโลก² พบว่าคล้ายคลึงกัน คือ ผู้สูงอายุต้องการมีคุณภาพ เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับหลักการและแนวปฏิบัติอื่นๆ ของพยาบาล ของประเทศไทย (AHMAC)⁹ ซึ่งมีว่า การให้บริการการดูแลด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นหลัก โดยพิจารณาจากความอ่อนแองของร่างกาย ภาวะทุโภชนการ ความพร่องในการมองเห็น การสูญเสีย การได้ยิน ปัญหาการเคลื่อนไหว มีการคัดกรองที่เหมาะสม เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา ด้านสุขภาพ โดยมีการประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ (Functional ability) การประเมินสุขภาพ ด้านร่างกาย ด้านปัญญา ด้านสภานิติ และด้านความพร้อมและความเหมาะสมของการดูแล ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น เดียวกับ ประเทศไทย ที่ Parke & Brand¹⁰ เสนอให้มีการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การเคลื่อนไหว ความปวด ภาวะหลอกล้ม เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ

พิทักษ์สิทธิ์ผู้สูงอายุ องค์ประกอบนี้เทียบได้กับกรอบแนวคิดระบบบริการพยาบาลอื่นๆ ที่มีเดลอมหาวิทยาลัยขอนแก่น⁴ ในด้านบุคลากร ที่อื่นๆ ผู้สูงอายุและระบบบริการอื่นๆ ผู้สูงอายุ นั้น คือ การมีผู้ให้บริการพยาบาลที่ ให้ความเคารพ มีทัศนคติที่ดี มีความรู้เรื่องผู้สูงอายุ และมีบริการ ให้คำปรึกษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร พุ่นตระกูล⁸ ที่ผู้ให้บริการสุขภาพ ควรมีพฤติกรรมบริการ ตามวัฒนธรรมไทย อาทิ การให้ความเคารพและการยอมรับนับถือผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญในความอาชญากรรม อาทิ การให้วัสดุสูงอายุ การจำชื่อผู้สูงอายุได้ หรือการเรียกชานผู้สูงอายุ เมื่อเป็นสมาชิกอาชญากรรมในครอบครัว ซึ่ง ผ่องพรรณ อรุณแสง¹¹ ได้นำเสนอแนวปฏิบัติที่อื่นๆ ให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้านแนว

ปฏิบัติการให้ความเคารพผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) เวลารับใหม่ ทักษายผู้สูงอายุก่อนเสมอ 2) ทักษายด้วยทำทีที่เคารพและเหมาะสม 3) ใช้สรรพนามเรียกที่เหมาะสม เช่น คุณตา คุณยาย คุณลุง คุณป้า อื่นๆ 4) ให้การดูแลตามวัฒนธรรมที่ควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ 5) ให้การพยาบาลด้วยความสุภาพและให้เกียรติ 6) ขออนุญาตและบอกเหตุผลในการให้การดูแลให้ผู้สูงอายุทราบ 7) เยี่ยมและพูดคุยขณะอยู่ในโรงพยาบาลอย่างเป็นกันเอง อย่างน้อย 2 ครั้ง และ 8) ล่ง/ร่วมล่งผู้สูงอายุและพูดคุยให้กำลังใจเมื่อลาบ้าน เป็นต้น และในการศึกษานี้ พบว่า ข้อคำถามด้านการพิทักษ์สิทธิ์ผู้สูงอายุ ยังมีน้อย (1 ข้อ) โดยผู้สูงอายุรับรู้ว่า การพยาบาลที่อื่นๆ ต่อผู้สูงอายุ คือ การที่มีพยาบาลเป็นผู้ทำหน้าที่ผู้ประสานกับทีมแพทย์และพยาบาลในการสื่อสารความต้องการ และการปกป้องสิทธิ์ของผู้สูงอายุและครอบครัว หรืออีกนัยหนึ่ง คือการมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานกับฝ่ายต่างๆ เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้สูงอายุและครอบครัวนั่นเอง

องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนความเป็นเอกลักษณ์ของผู้สูงอายุ เทียบเคียงกับกรอบแนวคิดระบบบริการพยาบาลอื่นๆ ผู้สูงอายุไม่เดลอมมหาวิทยาลัยขอนแก่น⁴ พบว่า ตรงกับองค์ประกอบด้านระบบการบริการที่อื่นๆ ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ AHMAC⁹ ที่เสนอหลักการและแนวปฏิบัติการดูแลอื่นๆ ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุโดยส่งเสริมให้มีความเป็นอิสระและมีความเป็นส่วนตัว ให้มากที่สุด สอดคล้องกับที่ Parke¹³ สรุปว่า ผู้สูงอายุ ต้องการความเป็นอิสระและความมีเอกลักษณ์ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความเป็นอิสระในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การจัดเตียงผู้สูงอายุให้มีความเป็นส่วนตัว ให้อยู่ใกล้ห้องน้ำ มีช่องว่างเพียงพอในการวางอุปกรณ์ช่วยในการเดินและการขับถ่าย เป็นต้น ด้านการดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) ผ่องพรรณ อรุณแสง¹² ได้เสนอแนะ ให้มีระบบการส่งต่อและติดตามผู้สูงอายุทางโทรศัพท์ ภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 6 แหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุ และครอบครัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล องค์ประกอบ



นี้เทียบเคียงได้ กับกรอบแนวคิดระบบบริการพยาบาล เอื้ออาทรผู้สูงอายุไม่เดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น⁴ ในด้านระบบบริการและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ซึ่ง Parke¹³ กล่าวว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ยุ่นนั้น ต้องคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ทางลังคอมของผู้สูงอายุ ที่ต้องการพบปะครอบครัว มีอิสระในการดูแลตนเอง เช่น มีบริเวณเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุและญาติ ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน มีบริเวณเฉพาะในการเยี่ยม มีห้องรับประทานอาหาร และเช่นเดียวกับ Chou & Chen¹¹ เสนอว่า โปสเตอร์ที่ติดไว้ตามผนังโรงพยาบาล หรือเอกสารคู่มือต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ ควรมีตัวหนังสือที่อ่านง่ายและมีขนาดใหญ่ และผ่องพร洱 อรุณแสง¹² เสนอแนะให้มีการทำสื่อ “ความห่วงใยสำหรับผู้สูงอายุ” เพื่อการปฐมนิเทศและให้ข้อมูลที่มีความเหมาะสมและจำเพาะกับผู้สูงอายุและครอบครัว ดังนั้นการจัดให้มีแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุและครอบครัวจะอยู่ในโรงพยาบาล ทั้งด้านระบบบริการและการจัดสิ่งแวดล้อม/สถานที่ ถือเป็นการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่สำคัญประการหนึ่ง

องค์ประกอบที่ 7 การส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล องค์ประกอบนี้เทียบเคียงได้กับกรอบแนวคิดระบบบริการพยาบาล เอื้ออาทรผู้สูงอายุไม่เดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น⁴ ในด้านการมีระบบบริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ซึ่ง ผ่องพร洱 อรุณแสง¹² เสนอให้มี แนวปฏิบัติที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมญาติให้การดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ อาทิ การอธินายให้ญาติทราบเกี่ยวกับอาการป่วยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ และให้ญาติเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุจากพยาบาล สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน เช่นเดียวกับ Parke & Brand¹⁰ ที่เสนอว่า หลักการที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล คือ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ Chou & Chen¹¹ สนับสนุนว่า ญาติเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและควรให้การยอมรับการตัดสินใจของผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ แม้จะมีจำนวนข้อความเพียง 2 ข้อ แต่ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ^{14,15,16,17}

ผลการศึกษานี้ พบว่า แบบวัดที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความตรงตามเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง และความเที่ยง สามารถนำไปใช้วัดการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการพัฒนาแบบวัดใหม่มีความกระชับชัดเจนและใช้ได้ง่ายขึ้นและโดยสะดวกมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (Criterion validity) ของแบบวัดการพยาบาล เอื้ออาทรผู้สูงอายุนี้โดยการเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานที่คล้ายคลึงกัน เช่น แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล เป็นต้น
2. ควรนำแบบวัดการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุไปทดสอบช้าในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน เช่น ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้งของภาครัฐและเอกชน
3. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือนี้ให้สามารถใช้ในบริบทอื่นๆ ที่แตกต่างกัน เช่น ในโรงพยาบาลระดับระดับทุติยภูมิ

Reference

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing. 2009, from [www.org.esa/populations/WPA2007/ES-English.pdf](http://www.un.org/esa/populations/WPA2007/ES-English.pdf)
2. World Health Organization. Towards Age-friendly Primary Health Care; 2004, from http://www.who.int/hpr/ageing/af_report.pdf
3. Srtanyarat W. Chapter 5 Lesson learned from the development of age-friendly service for older persons. In Srtanyarat W. & Aroonsang P. (editor). Development from routine to innovation: Age-friendly nursing care 2007; 77-91.
4. Aroonsang P. Age-friendly nursing care: Roles of nursing education. Gerontological Nursing program, Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2010.



5. Phanphruk W. Measurement of variables in nursing research. Nursing Education and Nursing Administration program, Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2011.
6. Patarayutwat S. Manual of psychological testing. 4th edition, Bangkok: Medical Media; 2008.
7. Singchungchai P. Principles and using multi-variate statistics analysis for nursing research. 3rd edition, Songkla: Chan Muang Printing; 2006.
8. Hoontrakul D, Sritanyarat W, Nuntabut K, Premkamol A. Development of Age-friendly Primary Health Care: A case study of one Primary care unit in Thailand. *Thai Journal of Nursing Research* 2008; 12(2):131–140.
9. Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC). Care of Older Australians working Group, Australian health Minister. Age-friendly principles and practices: Managing older people in the health service environment. 2004. from: <http://www.health.vic.gov.au/acute-agedcare.html>
10. Parke B, Brand P. An elder-friendly hospital: translating a dream into reality. *Nursing Leadership* 2004; 17(1): 62–77.
11. Chiou, ST, Chen, LK. Towards age-friendly hospitals and health services. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2009; 49 suppl. 2: S3–S6.
12. Aroonsang P. Chapter 2 Development of age-friendly service for older persons. In Srtanyarat W. & Aroonsang P. (editor). *Development from routine to innovation: Age-friendly nursing care*; 2007 13–35.
13. Parke B. Physical Design Dimension of an Elderly Hospital: evidence-base practice review undertaken for the Vancouver Island Health Authority. University of Victoria, Centre on Ageing; 2007.
14. Nadee S, Teeranute A, Boonsawat W. The Effect of Empowerment Program on Fatigue symptom in The Elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2011; 29(4): 69–78.
15. Pitantanakune P, Surit P. Chronic Pain Management of Older Persons Living in a Community. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2011; 29(4): 58–68.
16. Mitprasart U, Surit P. Nutritional Status and Associated Factors among Older Adults in the Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2011; 29(3): 46–55.
17. Li F, Lertrat P, Sritanyarat W. Health Profile of Older Chinese People in Nanmian Community, Nanning, Guangxi, People's Republic of China. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2012; 30(1): 71–78.



ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบบัดการพยาบาลอีกอาการผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ($N=300$)

รายการ	องค์ประกอบที่						
	1	2	3	4	5	6	7
จำนวนตัวแปร/ ข้อคำถาม	8	4	5	5	3	2	2
Factor loading	.591- .828	.565- .837	.625- .846	.553- .850	.513- .691	.611- .744	.640- .821
Eigen values	9.587	3.000	2.127	1.681	1.586	1.260	1.073
Percentage of variance	31.958	10.001	7.089	5.604	5.287	4.199	3.576
	Cumulative percentage of Variance = 67.713						
	ค่า Cronbach's alpha รวม 7 องค์ประกอบ = 0.79						

ตารางที่ 2 องค์ประกอบและตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบของแบบบัดการพยาบาลอีกอาการผู้สูงอายุ

องค์ประกอบ /ตัวแปรที่	ข้อคำถาม	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
องค์ประกอบที่ 1 การพยาบาลและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล		
1	เตียงนอนสามารถปรับระดับได้ สะดวกต่อการเคลื่อนไหว และการจัดระรัยห่างระหว่างเตียง สะดวกต่อการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ	.828
2	ห้องน้ำ ทางเดิน ระเบียงมีอุปกรณ์ที่สะดวก และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุ (เช่น มีราวจับ โถส้วมเป็นแบบนั่ง)	.737
3	พยาบาลให้การดูแลด้วยความระมัดระวัง และกระตุนให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง ด้วยการทำกิจกรรมที่เคยทำได้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันผลเสียจากการนอนในโรงพยาบาลนาน	.727
4	พยาบาลประสานงานกับพื้นที่สถานที่ที่มีสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุอื่น ๆ เพื่อการติดตามอาการ รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	.725
5	พยาบาลรู้และเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และครอบครัว และนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแล	.699
6	หน่วยงานมีสถานที่ที่เป็นระเบียน ไม่มีสายไฟหรือลิ้นกีดขวางอื่นที่เลี้ยงต่อการหลอกล้ม	.686
7	ห้องผู้ป่วยมีบรรยากาศที่เงียบสงบ และไม่มีกลิ่น เสียงรบกวน แสงสว่างเพียงพอ และฝาผนัง และพื้นห้องไม่สะท้อนแสง	.622



ตารางที่ 2 องค์ประกอบและตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบของแบบวัดการพยาบาลอี็อกาทรผู้สูงอายุ

องค์ประกอบ /ตัวแปรที่	ข้อคำถาม	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
8	พยาบาลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่ได้รับยา มีการตรวจสอบการให้ยา รวมทั้งผลข้างเคียงของยาอย่างสมำเสมอ	.591
องค์ประกอบที่ 2 เจตคติและการสื่อสารของพยาบาล		
1	พยาบาลสนใจพูดคุยกับผู้สูงอายุ ให้เกียรติและสอบถามอาการปัญหา หรือความต้องการอย่างสมำเสมอ	.837
2	พยาบาลให้เวลาในการรับฟัง เชื่อถือ และเคารพการตัดสินใจของผู้สูงอายุและครอบครัว	.835
3	พยาบาลรู้ความแตกต่างของวัยสูงอายุ และวัยอื่น ๆ ความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิง และความแตกต่างของแต่ละบุคคล	.730
4	พยาบาลเอาใจใส่ในความวิตกกังวลของผู้สูงอายุและครอบครัว เรื่องค่าใช้จ่าย และการอยู่รักษาในโรงพยาบาล	.565
องค์ประกอบที่ 3 การจัดองค์กรเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ		
1	หน่วยงานมีการจัดบริการแยกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล เช่น ที่นั่งรอตรวจ ที่นั่งของผู้ดูแล	.846
2	หน่วยงานมีลิ้งของเครื่องใช้ที่เป็นการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การบริการอาหาร แก้วน้ำดื่ม เสื้อผ้า	.752
3	หน่วยงานที่มีการประเมินภาวะสุขภาพเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การประเมินผู้สูงอายุแรกรับ การประเมินการหกล้ม การตัดกรองภาวะลับสนับสนุน	.709
4	หน่วยงานมีการจัดกิจกรรมวันสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (เช่น วันผู้สูงอายุ วันสงกรานต์ วันพ่อ วันแม่ วันเกิดผู้สูงอายุ)	.662
5	หอพักป่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถนำลิ้งของที่คุ้นเคยมาใช้ หรือจัดวาง เพื่อบรรเทาความคิดถึงบ้านและครอบครัว	.625
องค์ประกอบที่ 4 การเคารพและพิทักษ์สิทธิ์ผู้สูงอายุ		
1	พยาบาลให้ความเคารพผู้สูงอายุ และทักษิายด้วยการใช้คำนำหน้าตามตำแหน่งหน้าที่การงานในอดีต หรือเรียกตามลูกหลาน เช่น ผู้อำนวยการ อาจารย์ หรือ คุณตา คุณยาย	.850
2	พยาบาลรู้ว่าผู้สูงอายุมีหลายโรค หลายปัญหา และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลได้อย่างถูกต้อง	.684



ตารางที่ 2 องค์ประกอบและตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบของแบบวัดการพยาบาลเอื้ออาทรสูงอายุ

องค์ประกอบ /ตัวแปรที่	ข้อคำถาม	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
3	พยาบาลเอาใจใส่ดูแลความสุขสบาย และความปลอดภัยของผู้สูงอายุ	.606
4	หน่วยงานมีระบบบริการให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติตน และอื่นๆ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล	.593
5	พยาบาลเป็นผู้ประสานในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อสื่อสารความต้องการ และการป้องกันภัยประโภชน์ของผู้สูงอายุและครอบครัว	.553
องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนความเป็นเอกลักษณ์ของผู้สูงอายุ		
1	หน่วยงานจัดบริเวณเตียง/ห้องพักสะอาด มีความเป็นส่วนตัว	.691
2	หน่วยงานมีระบบการส่งต่อผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน	.651
3	หน่วยงานมีอุปกรณ์ช่วยเหลือ และสนับสนุนผู้สูงอายุในการช่วยเหลือตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหว เช่น เตียงปรับระดับ รถเข็นนั่ง คอกช่วยพยุงเดิน ไม้เท้า	.513
องค์ประกอบที่ 6 แหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุและครอบครัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล		
1	หน่วยงาน เป็นแหล่งประโภชน์ที่มีสื่อการสอน คู่มือให้คำแนะนำ และข้อมูล การดูแลตนเองที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ และครอบครัวทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	.774
2	หน่วยงาน มีการจัดสถานที่สำหรับผู้สูงอายุ และครอบครัว ในการพักผ่อน สังสรรค์ หรือการปฏิบัติภารกิจล่วงตัว เช่น หมู่อ่าวนหังสือ บริเวณทำกิจกรรมร่วมกับญาติ	.611
องค์ประกอบที่ 7 การส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล		
1	หน่วยงานมีระบบการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ (เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การทำแพลงการให้อาหาร)	.821
2	หน่วยงานมีระบบที่ปรึกษาเพื่อส่งเสริมครอบครัวในการเยี่ยม และการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การให้ญาติมาดูแลผู้ป่วย	.640



Development of Age-friendly Nursing Care Scale Perceived by Hospitalized Older Persons*

Boonsong Hatawaikarn M.N.S.** Pongpan Aroonsang M.S.(Physiology)*** Wilawan Phanphruk M.Ed.***

Abstract

This methodological research aimed to develop the age-friendly nursing care scale as perceived by hospitalized older person. The sample was 300 hospitalized older persons, including males and females. The Age-friendly Nursing Service System: KKU Model (AFNS System) modified from WHO's Age friendly Primary Care Service System (2004) was used as the conceptual framework of this study.

Results: The construct validity using exploratory factor analysis of the age-friendly nursing care scale as perceived by hospitalized older person revealed 7 constructs (29 items): 1) Nursing care and hospital environment (8 items); 2) Nurses' attitudes and communications (4 items); 3) Organizational management in response to the needs of older persons (5 items); 4) Respect and advocating for the rights of older persons (5 items); 5) Supporting of older persons' autonomy (3 items); 6) Resources of older persons and their families during hospitalization (2 items); and 7) Promotion of family care for older persons (2 items). The cumulative percentage of the scale's variance was 67.71. The reliability analysis using Cronbach's alpha coefficient showed the value of 0.79. The developed scale has accepted content validity, construct validity, and reliability. Thus, this developed scale can be used to measure age-friendly nursing care as perceived by hospitalized older persons.

Keywords: Age-friendly nursing care, perception, older person, hospital

* Thesis of Master of Nursing Science, Gerontological Nursing, Graduated School, Khon Kaen University

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

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



การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์กลวิธีพัฒนาคุณภาพชีวิต ชาวสวนยางพาราแบบลุ่มน้ำโขง จังหวัดบึงกาฬ*

วัลลภา ช่างเจรจา พย.ม.**

สมจิต แคนสีแก้ว ศศ.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ใช้การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมาย องค์ประกอบ ความต้องการและปัญหาที่เป็นอุปสรรคและกลวิธีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวสวนยางพารา ผลการศึกษาพบว่า ชาวสวนยางพาราได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ประเด็น คือ 1) ความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย อบอุ่น 2) ความพึงพอใจ สมหวัง สมดังตั้งใจ 3) ความสามารถควบคุมชีวิต วางแผนชีวิต มีอำนาจในการควบคุมชีวิต 4) มีความสุขที่ได้ช่วยตัวเองและลังคอม โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ 1) ด้านการเงิน 2) ด้านสุขภาพ 3) ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว 4) ด้านความสัมพันธ์ในชุมชน

การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตจากทำนาเป็นทำสวนยางพารา ทำให้พบอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในชุมชนแห่งนี้คือ ปัญหาปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ตาพร่ามัว พักผ่อนไม่เพียงพอ ตื่นเครื่องตื่นที่มีค่าเฟื่องเพิ่มขึ้น เครียด จากความผันผวนของราคายางพาราและปุ๋ยแพง สัมผัสสารเคมีเพิ่มมากขึ้น ท้อญ่าอย่างไม่มั่นคง ไฟฟ้าและประปาเข้าไม่ถึง การคมนาคมไม่สะดวก และไม่มีส้วม สัตว์แมลงและยุงชุมมากขึ้น ชุมชนจึงร่วมกันวิเคราะห์กลวิธีในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังนี้คือ การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงานและจัดทำอุปกรณ์ในการป้องกัน ส่งเสริมให้วัดเป็นแหล่งกล่อมเกลาจิตใจ จัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อผ่อนคลายความเครียด ติดตามความก้าวหน้าเรื่องไฟฟ้าประปา และถนน ขอความร่วมมือเจ้าของสวนยางในการจัดทำส้วมและท่อระบายน้ำให้มั่นคงแก่คุณงานสวนยาง สนับสนุนการจัดตั้งแกนนำในการจัดตั้งสหกรณ์ การให้ความรู้ การศึกษาดูงาน และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และส่งเสริมให้มีการใช้ป้ายอินทรีย์ปุ๋ยชีวภาพในสวนยางพารา เพื่อลดต้นทุน

จากการศึกษาระบบนี้ ช่วยให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจถึงคุณภาพชีวิต ปัญหาอุปสรรคของชาวสวนยางพารา สามารถส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมตลอดจนชุมชนสามารถวิเคราะห์และกำหนดกลวิธีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวสวนยางพาราได้

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาคุณภาพชีวิต ชาวสวนยางพารา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยางพาราเป็นพืชที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจ ตั้งแต่ปี 2534 ประเทศไทยเป็นผู้ผลิตและส่งออกยางพาราเป็นอันดับ 1 ของโลก รัฐบาลจึงได้พยายามขยายเนื้อที่ปลูกยางพาราในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเกษตรกรมีรายได้ไม่แน่นอนจากความแปรปรวนของราคาผลผลิตการเกษตร ช่วยดึงแรงงานกลับคืนถิ่น ลดปัญหาการว่างงานและแรงงานอพยพ

เพิ่มพื้นที่สีเขียวและช่วยลดสภาวะโลกร้อน^{1,2} การกรีดยางพาราทำให้เกษตรกรมีรายได้ถาวรน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ต่างจากการทำไร่ทำนาจะมีรายได้เกือบแรมปี นอกเหนือนี้ผู้ที่ไม่มีพื้นที่เป็นของตนเองสามารถรับจ้างกรีดยาง โดยสัดส่วนการแบ่งเจ้าของสวนต่อผู้กรีด เป็น 50:50 หรือ 60:40 จะเห็นได้ว่าอาชีพการทำสวนยางพาราเป็นอาชีพที่สร้างรายได้ให้แก่เกษตรกรได้ไม่ว่าจะเป็นเจ้าของสวนยางหรือแม้แต่ผู้ที่รับจ้างกรีด จึง

* วิทยานิพนธ์ บริญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์, รองผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



เป็นแรงจูงใจให้เกษตรกรชาวจังหวัดบึงกาฬหันมาประกอบอาชีพชาวสวนยางพาราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทุกปีปัจจุบันมีพื้นที่ปลูกยางพารามากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ 637,824 ไร่ในปี 2554³

จากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตจากการทำไร่ทำนาที่สืบทอดมาตั้งแต่รุ่นบรรพบุรุษ มาเป็นการทำสวนยางพาราซึ่งเป็นสิ่งใหม่ที่ไม่เคยทำมาก่อน ย้อมส่งผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยต้นมากว่า 02.00–06.00 น. ต้องใช้กล้ามเนื้อและกระดูกในการทำงาน จากการศึกษาสภาวะสุขภาพอนามัยผู้ประกอบอาชีพทำสวนยางพาราพบว่า ส่วนใหญ่มีอาการปวดหลัง รองลงมาปวดกล้ามเนื้อข้อ กระดูก⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสภาพการทำงานและความชุกของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกในผู้ประกอบอาชีพกรีดยางพารา พบว่า อวัยวะที่ปวดมากจากการกรีดยางที่คือหลังส่วนล่าง มือหรือข้อมือ และขาคิดเป็นร้อยละ 55.8, 29.9 และ 13.6 ตามลำดับ⁵ ระบบสายตาเลื่อมก่อนถึงเวลาอันควร เนื่องจากการใช้แสงสว่างที่ไม่เพียงพอจากตะเกียงแก๊สและหม้อไฟระบบทางเดินอาหารจากการรับประทานอาหารที่ไม่ตรงเวลา⁶ นอกจากนี้เกษตรกรชาวสวนยางพารา ยังต้องเผชิญกับสัมผัสกรดซัลฟูริกในการยอดน้ำยางเพื่อให้เข็งตัว ปัญหากลืนเหม็นของยางดิบ และสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากการสำรวจการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสวนยางพาราของเกษตรกรชาวสวนยางพารา ในอำเภอเขาชัยสนจังหวัดพัทลุงพบว่า เกษตรกรบางส่วนไม่เข้าใจในพิษภัยของสารเคมี และไม่ได้ใช้วิธีป้องกันพิษจากสารเคมี เช่น ไม่ได้ใช้ผ้าปิดปากหรือใส่รองเท้าหุ้มส้น⁷ เสี่ยงต่อไข้มาลาเรียจากยุงกัด และสัตว์มีพิษต่างๆ เช่น งู⁸ นอกจากนี้จำนวนชั่วโมงการทำงานที่มากเกินไป จำนวนแรงงานที่มีน้อยราคายางพาราที่ขึ้นลงตามฤดูกาล กรณีฤดูฝนหน้ายาง เปิ่กทำให้ราคายางตกต่ำหรือบางครั้งต้องพักหน้ายางไม่ได้กรีดทำให้ขาดรายได้หลัก สิ่งเหล่านี้ย้อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของชาวสวนยางพารา^{6,7,8,9} และพบว่าเกษตรกรชาวสวนยางพารามีภาวะความแปรปรวนทางจิตใจสูงถึงร้อยละ 6 ในขณะที่ประเทศไทยเพียงร้อยละ 2.3¹⁰

จากการเปลี่ยนแปลงการทำเกษตรกรรม จากการทำสวนหรือทำงาน มาเป็นการทำสวนยางพารา ทำให้วิถีชีวิตของชุมชนเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามมา จากการสังเกตและการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการพบว่า คนภายในออกต่างของผู้ประกอบอาชีพสวนยางพารามีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีรายได้มากขึ้น แต่จากสถิติการรักษาพยาบาลปีพ.ศ. 2551, 2552 และ 2553 พบว่าผู้ประกอบอาชีพสวนยางพารารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อจำนวน 6,763, 7,684 และ 8,994 คนและผู้ป่วยที่ถูกยักด้วยจำนวน 53, 80 และ 99 คน ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยจากโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้ยังพบโรคกระเพาะอาหาร และอุบัติเหตุจากการใช้น้ำกรด ด้านล่างเวดล้อมพบว่า มีป้าทึบ มียุง และงู เพิ่มมากขึ้น มีการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชทำให้เกิดการสะสมสารพิษ กับพืชที่เกิดแทรกตันยาง เช่น เห็ดหองถินที่เกิดในสวนยางประชาชนรับประทานเข้าไปทำให้มีอาการอาเจียนปวดท้อง นอกจากนี้ยังมีกลิ่นเหม็นของยางดิบทำให้อากาศไม่บริสุทธิ์

จากการสภากาณฑ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่า เมื่อวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปแล้วส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของชาวสวนยางพารา เนื่องจากว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลในแต่ละช่วงชีวิตอาจมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ที่เกิดขึ้น ซึ่งอยู่ภายใต้ปริบททางสังคมวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ พื้นฐานความรู้ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เมื่อเงื่อนไขในการดำรงชีวิตเหล่านี้ เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางไม่ดี อาจนำมาซึ่งปัญหาการดำรงชีวิตและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล

จากการบททวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเกษตรกรชาวสวนยางพารา จังหวัดสงขลา โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย พบว่าคุณภาพชีวิตเกษตรกรชาวสวนยางพาราที่ศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านศาสนา จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวันรายได้ เพศ และสถานภาพสมรส สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้¹¹ จากการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่พบว่า ยังไม่มีการดำเนินงานด้านสุขภาพเกี่ยวกับชาวสวน



ยางพาราเลย จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของชาวสวนยางพาราในจังหวัดบึงกาฬว่าเป็นอย่างไร โดยใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม(PRA) มาใช้ในการวิเคราะห์หากลวิพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวสวนยางพารา ซึ่งกระบวนการนี้จะทำให้ชุมชนเข้าใจปัญหา ทุกคนมีส่วนได้ส่วนเสีย รับรู้เป็นเจ้าของร่วมกัน translate ถึงความสำคัญ และรับผิดชอบร่วมกัน เกิดพลังในการร่วมมือแนวทางแก้ไขปัญหา จนได้กลวิพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวสวนยางพารา แบบลุ่มน้ำโขงจังหวัดบึงกาฬ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความหมาย องค์ประกอบ ความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และวิเคราะห์สภาพปัญหาที่เป็นอุปสรรค ค้นหากลวิพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวสวนยางพาราแบบลุ่มน้ำโขงในมุมมองของชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA) ที่ให้ความสำคัญกับความรู้ที่มาจากการประสบการณ์ของคนในชุมชน คือชาวสวนยางพารา สะท้อนคิดรับรู้จากสิ่งที่คิด สิ่งที่รู้ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้สภาพปัญหาความต้องการ รวมถึงหากลวิพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวสวนยางพารา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเป็นการใช้กระบวนการวิเคราะห์ชุมชน (PRA) มุ่งให้สมาชิกในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม ประเมินสถานการณ์ และแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวสวนยางพารา โดยการดำเนินการร่วมกับชุมชน เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิกชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนในการดำเนินการ 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานชุมชน ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน เปิดเวทีแนะนำผู้วิจัย สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมเปิดโอกาสให้

ชุมชนได้แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น วางแผนรายร่วมกัน เพื่อหากลวิธีที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวสวนยางพารา ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก เจ้าของสวนยางพารา 5 คน กลุ่มรับจ้างกรีดยาง 5 คน ผู้นำชุมชน 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน สนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม เจ้าของสวนยาง 6 คน ผู้รับจ้างกรีด 7 คน ตามแนวทางคำถามที่สร้างขึ้น

ระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลชุมชน การนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต ขณะดำเนินกิจกรรม การจดบันทึกภาคสนามมารายละเอียดเรื่องที่เกิดขึ้นทุกขั้นตอน เพื่อสะท้อนให้เห็นภาพหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล กำหนดรหัสข้อมูลและสรุปข้อมูลที่ได้ตามประเด็นความหมาย องค์ประกอบ สภาพปัญหาอุปสรรคและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิต นำข้อมูลที่ได้สะท้อนให้ชุมชนรับทราบในเวทีชุมชน โดยคัดเลือกตัวแทนจากชาวสวนยางพารา และผู้นำชุมชน รวม 18 คน ร่วมกันหากลวิธีในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูล

ระยะที่ 3 ร่วมค้นหากลวิพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวสวนยางพารา โดยการนำร่างกลวิพัฒนาคุณภาพชีวิต มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็น และสรุปเป็นกลวิธีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวสวนยางพารา และนำผลที่ได้มาเขียนแผนยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งผู้รับผิดชอบ และสามารถนำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวสวนยางพาราต่อไป

ผลการวิจัย

1. ชาวสวนยางพาราได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย อบอุ่น ความพึงพอใจ สมหวัง สมที่ตั้งใจไว้ ความสามารถควบคุมชีวิต ไม่ลำบากในการควบคุมชีวิต และความสุขที่ได้ช่วยตัวเองและสังคม ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเงิน 2) ด้านสุขภาพ 3) ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว 4) ด้านความสัมพันธ์ในชุมชน

2. สภาพปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวสวนยางพารา คือ 1) ปวดเมื่อยกล้าม



เนื้อ จากท่าทางการกรีดที่ช้าๆ และก้มหรือเหยียดแขนตลอดเวลา 2) ตาพร่ามัว ในการเพ่งหน้ายังติดต่อกัน ประกอบกับแสงจากคอมไฟที่จำเกินไปหรือแสงสว่างที่ไม่เพียงพอ 3) แพลในกระเพาะอาหาร จากการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป 4) การปรับเวลานอนทำให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ ต้องตื่นกรีดยางในตอนกลางคืนจนถึงเช้ามืด และจะได้พักผ่อนในช่วงกลางวันแทนทำให้บางคนไม่คุ้นชิน และบางครั้งต้องมีการกิจที่ต้องไปทำเจ็บพักผ่อนไม่เพียงพอ 5) การดื่มกาแฟและเครื่องดื่มซึ่งกำลังเพื่อเสริมแรง เนื่องจาก การกรีดยางต้องใช้กำลังแรงกายในการกรีด ดังนั้นจึงมีการอาศัยการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนก่อนออกไปทำงาน ส่วนใหญ่จะดื่มกระทิงແดลงมากกว่าวันละ 2 ขวด 6) มีความเครียดจากความผันผวนของราคายางพารา และราคาปุ๋ยแหง 7) การสัมผัสรารเมซีจากการสัมผัส ยากำจัดวัชพืชในการฉีดฆ่าหญ้า สารเคมีตกค้างทั้งในดิน หรือน้ำจากการสะสมมหาลายปี อุบัติเหตุจากน้ำกรด

3. ความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ชาวสวนยางพารา เพื่อให้บรรลุสู่เป้าหมายของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นชาวสวนยางพาราจึงต้องการได้รับการพัฒนาในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้ 1) ด้านสุขภาพ ต้องการได้รับความรู้ในการป้องกันตนเองจากการบาดเจ็บจากการทำงาน 2) ด้านที่อยู่อาศัยและสาธารณูปโภค ไม่เพียงพอ ต้องการมีไฟฟ้า ประปา มีล้ำมใช้ในสวนยางพารา และถนนที่สะอาด 3) สัตว์มีพิษและยุงชุม ชาวสวนยางจึงต้องการให้มีหน่วยงานที่ช่วยในการควบคุมกำจัดสัตว์ดังกล่าว และต้องการมีความรู้เรื่อง ภูพิษ การป้องกันยาเสื่อมภูพิษ กัด และช่องทางด่วนในการติดต่อเมื่อภูพิษ 4) ราคายางพารา ต้องการจะมีอำนาจในการต่อรองราคาวงขาย เพราะในปัจจุบันผู้ที่มาซื้อจะเป็นคนกำหนดราคา เนื่องจากการขายเป็นการขายรายย่อย ทำให้ไม่สามารถต่อรองราคา 5) การใช้ปุ๋ยเคมี ต้องการลดการใช้ปุ๋ยเคมีลงแต่ไม่กระทบต่อปริมาณน้ำยาง

4. กลวิธีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวสวนยางพารา ได้แก่ 1) กลวิธีในการส่งเสริมสุขภาพชาวสวนยางพารา ประเด็น การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เช่น ท่าทางในการกรีดยาง

การยืน การนั่ง การออกกำลังกาย การใช้อุปกรณ์ป้องกันอาการตาพร่ามัว วิธีการใช้สารเคมี การให้ความรู้และการดูแลเบื้องต้นเรื่องแพลงในกระเพาะอาหาร จัดหาแหล่งสบทบที่ดี และกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด ให้ความรู้ในการใช้เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน 2) กลวิธีในการส่งเสริมการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสาธารณูปโภคในการดำรงชีวิต โดยการกำจัดบุหรี่ การป้องกันและดูแลเมื่อภูพิษ กัด การปรับปรุงที่อยู่อาศัย และสร้างสัมมานะงานเรื่องการติดตั้งไฟฟ้าและประปาในสวนยางพาราเพื่อให้เกิดความมั่นคงปลอดภัย 3) กลวิธีส่งเสริมให้มีการจัดตั้งสหกรณ์ชาวสวนยางพารา โดยการศึกษาดูงานสหกรณ์ที่มีการดำเนินงานแล้วได้ผล จัดเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชาวสวนยางพาราในการจัดตั้งสหกรณ์ 4) กลวิธีส่งเสริมการใช้ปุ๋ยอินทรีย์/ปุ๋ยชีวภาพในสวนยางพารา ให้ความรู้เรื่องปุ๋ยชีวภาพหรือปุ๋ยอินทรีย์ สร้างความเชื่อมั่นในการนำไปใช้ทดแทนปุ๋ยอินทรีย์ จัดเวทีในการให้ผู้มีประสบการณ์ในการใช้ปุ๋ยชีวภาพหรือปุ๋ยอินทรีย์ในสวนยางพารามาเล่าถึงผลการใช้ ค่าใช้จ่ายเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ปุ๋ยเคมี

การอภิปรายผล

1. ความหมายและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตชาวสวนยางพารา คุณภาพชีวิตเป็นกระบวนการทางด้านจิตใจที่จะบรรยายผ่านความคิดการรับรู้ของบุคคล ซึ่งเกิดจากความรู้และประสบการณ์เดิมภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรม การให้ความหมายคุณภาพชีวิตจึงมีหลายมิติ จากการศึกษาพบว่าชาวสวนยางพาราได้สะท้อนความหมายคุณภาพชีวิตชาวสวนยางพาราออกมานานาดังนี้ 1) ความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย อบอุ่น 2) ความพึงพอใจ สมหวัง สมทติ ใจไว้ 3) ความสามารถควบคุมชีวิต วางแผนชีวิต มีอำนาจในการควบคุมชีวิต 4) มีความสุขที่ได้ช่วยเหลือตัวเองและสังคม การสะท้อนความหมายคุณภาพของมาลักษณะนี้แสดงให้เห็นว่าชาวสวนยางพาราไม่ได้มองคุณภาพชีวิตเพียงด้านวัตถุวิสัยเพียงอย่างเดียว แต่มุ่งมองในด้านจิตพิสัยด้วย ในประเด็นความมั่นคง ปลอดภัย ความพึงพอใจ และความสุขนั้นสอดคล้องกับการวิจัยประเด็นคุณภาพชีวิตที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความ

พึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ มีความสุขในชีวิต มีความพอเพียง มีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พึงตันเอง ช่วยเหลือตัวเองได้ มีความอบอุ่น มีความรู้สึกมั่นใจและปลดภัย^{12,13,14,15} องค์ประกอบที่ทำให้ชาวสวนยางพารามีคุณภาพชีวิตที่ดี มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการเงิน 2) ด้านสุขภาพ 3) ความสัมพันธ์ ในครอบครัว 4) ความสัมพันธ์ในชุมชน ซึ่งทั้งหมดนี้มีความเชื่อมโยงกันที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของชาวสวนยางพารา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิต คือ ภาวะสุขภาพ การปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีร่างกายแข็งแรงสามารถทำงานได้ ด้านชีวิตครอบครัวและสังคม มีครอบครัวอบอุ่น อุ่นกันพร้อมหน้า ด้านเศรษฐกิจ มีความมั่นคงพึงตันเองได้ มีปัจจัยพื้นฐาน เพียงพอ มีบ้านเป็นของตนเอง¹²

2. สgapปญหาที่มีผลต่อการพัฒนา
คุณภาพชีวิตชาวสวนยางพารา การศึกษาครั้งนี้พบว่า
ชาวสวนยางพารามีสภาพปัญหาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต
ดังนี้

2.1) ปัญหาด้านสุขภาพ การสะท้อนถึงการเจ็บป่วย การบาดเจ็บจากการประกลบอาชีพซึ่งได้แก่ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ตาพร่ามัว แผลในกระเพาะอาหาร ปัญหาที่พบของชาวสวนยางพาราในพื้นที่ศึกษา นั้น มีสภาวะไม่แตกต่างจากชาวสวนยางพาราในจังหวัด อื่น เนื่องจากสภาพและลักษณะการทำงานและวิถีชีวิต ที่คล้ายคลึงกัน สอดคล้องกับการศึกษาสภาวะสุขภาพ อนามัยผู้ประกอบอาชีพทำสวนยางพาราในพื้นที่จังหวัด สุราษฎร์ธานี และจังหวัดชุมพร พบว่า ปัญหาสุขภาพ อนามัยของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสำรวจสุขภาพ ตนเองนั้น ส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังร้อยละ 71.4 รองลงมาปวดกล้ามเนื้อ กระดูก เหนื่อยง่ายกว่าปกติ ระคายเคืองตา แสบทา ปวดศีรษะเป็นประจำ แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม คันตามผิวหนัง มองเห็นไม่ชัด⁷ การสัมผัสสารเคมี ผลการศึกษาพบว่าชาวสวนยางพาราสัมผัสสารเคมีโดยการฉีดยาฆ่าแมลงจากการไม่สวมใส่ผ้าปิดจมูก หรือสวมเสื้อแขนสั้นขณะพ่นยา การทำลายกระป่องสารเคมีที่ไม่ถูกต้อง ภัยประกายได้ว่า การใช้สารเคมีนั้นเป็นสิ่งที่มีมานานควบคู่กับการทำเกษตร ก่อนที่จะเปลี่ยนมาทำสวนยางพาราด้วย้ำ แต่กลับพบว่าการปฏิบัติตัวในขณะ

ที่ใช้ยังไม่ถูกต้อง อาจเพราะความไม่สะตอ กความเร่งรีบ และการไม่ทราบถึงอันตรายและพิษของสารเคมี จึงทำให้ชาวสวนยางพาราขาดความตระหนักในการป้องกันตนเอง สัมพันธ์กับงานวิจัยการใช้สารกำจัดศัตรูพืชในสวนยางพาราของเกษตรกรชาวสวนยางพาราในอำเภอ เข้าซึ่สนจังหวัดพัทลุง พบว่าเกษตรล้วนใหญ่ไม่เข้าใจในพิษภัยของสารเคมีและไม่ได้ใช้วิธีป้องกันพิษจากสารเคมี เช่นไม่ได้ใช้ผ้าปิดปากหรือรองเท้าหุ้มส้นขณะพ่นยาฯ จากการย่างน้ำที่มีการตกค้างของสารเคมีทำให้บางคนที่มีบาดแผลและไม่ใส่รองเท้าเกิดแพ้อักเสบ หรือการเก็บเห็ดที่เกิดในสวนยางมากินและมีสารพิษตกค้างในเห็ด ทำให้เกิดอาการเปื่อยเหตุ ภัยประได้ว่า อาชีพการทำสวนยางพาราเป็นอาชีพใหม่ในชุมชนแห่งนี้ ดังนั้นชาวสวนยางพารายังไม่รับรู้ถึงผลกระทบจากสารเคมีต่อสภาพแวดล้อมต่างๆ การตกค้างของสารเคมีในดินหรือน้ำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาความคิดเห็นผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชและศัตรูพืชที่มีต่อสุขภาพชาวสวนยางพาราในจังหวัดสงขลา พบว่าชาวสวนยางพารามีความเห็นด้วยมากที่สุดว่า การสัมผัสสารเคมีโดยตรงทำให้เกิดโรคผิวหนัง รองลงมาเป็นการใช้สารเคมีทำให้ตกค้างในร่างกายผู้ฉีด¹⁶ และการศึกษาผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชและศัตรูพืชต่อสิ่งแวดล้อมพบว่าผู้ทำสวนยางเห็นด้วยระดับมากกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชและศัตรูพืชมีผลกระทบทั้งต่อสิ่งแวดล้อม ในพืช สัตว์ ดิน และน้ำรวมทั้งส่งผลให้เกิดพิษตกค้างในคนที่บริโภคสิ่งต่างกันล้วน¹⁷ การพักผ่อนผลกระทบศึกษาพบว่าชาวสวนยางพารามีเวลาพักผ่อนตอนกลางวันซึ่งเฉลี่ยแล้ววันละ 3-4 ชั่วโมง ส่งผลให้เกิดอาการแสดงของภาระตอนหลับไม่เพียงพอ เช่น อ่อนเพลีย ไม่สดชื่น เกิดอาการเครียด หน้า蒼 หอบ闷 คล้ำ อกบีบประได้ เพราะว่าในช่วงกลางวันจะเป็นช่วงที่ต้องทำงานบ้าน ดูแลครอบครัว มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านหรือไปร่วมงานบุญประเพณีต่างๆ จึงทำให้การนอนในเวลากลางวันค่อนข้างน้อย และอาจไม่ใช้การพักผ่อนที่ต่อเนื่องกัน จากรูปแบบภาระตอนหลับที่ไม่สม่ำเสมอและไม่เพียงพอจึงส่งผลให้พักผ่อนไม่เพียงพอ การใช้เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนได้แก่ กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง ผลกระทบศึกษาพบว่ามีการใช้ชิ่งเฉลี่ยแล้วส่วนใหญ่จะดื่มเครื่องดื่มชูกำลังไม่ต่ำกว่าวัน



ละ 2 ขวด อภิปรายได้ว่าการทำสวนยางพาราต้องทำงานในตอนกลางคืน และในกลางวันต้องไปรับจ้างหรือทำงานอย่างอื่นต่อ จึงมีการแสวงหาทรัพย์เครื่องดื่มที่ช่วยให้ร่างกายมีกำลังเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มผสมกาแฟอีกับการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานโรงงานหลอมโลหะในจังหวัดชลบุรี พบว่าคนงานนิยมดื่มเครื่องดื่มชูกำลังถึงร้อยละ 50¹⁸ ด้านสภาพจิตใจพบว่าชาวสวนยางพารามีความเครียดจากความผันผวนของราคายางพาราที่ขึ้น ลง จากภาวะเศรษฐกิจที่ผันผวนอาจเนื่องมา จำกเมื่อ 3-4 ปีที่ผ่านมา ราคายางพาราตกต่ำลงมาเท่าตัวเหลือกิโลกรัมละประมาณ 10 บาท ทำให้ชาวสวนยางพาราหมดเนื้อหมดตัว บางคนต้องขายสวนยางพารา และขายรถยนต์ที่ซื้อมาเพื่อความอยู่รอด ชาวสวนยางจึงมีความวิตกกังวลในเรื่องนี้มากและไม่มีใครยกให้เกิดช้ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานที่มากเกินไป จำนวนแรงงานที่มีน้อย ราคายางพาราที่ขึ้นลงตามฤดูกาล กรณีฤดูฝนหน้ายางเปี๊ยะทำให้ราคายางตกต่ำ หรือบางคนต้องพักหน้ายางไม่ได้ก็รีดทำให้ขาดรายได้หลัก ลึ้งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของชาวสวนยางพารา^{6,7,8,9}

2.2) ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง สาธารณูปโภคไม่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ผลการศึกษาพบว่าที่อยู่อาศัยที่อยู่ในสวนยางพารานั้นมีสภาพไม่มั่นคง บางแห่งไม่มีส้วมใช้ไฟฟ้าและประปาเข้าไม่ถึงการคมนาคมไม่สะดวก อภิปรายได้ว่า เนื่องจากสวนยางอยู่ไม่ห่างจากหมู่บ้านชาวสวนยางจึงกลับมานอนที่บ้านในหมู่บ้าน จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับที่พักในสวนยาง ที่ใช้เพียงพักชั่วคราว เวลามาก็รีดยาง ส่วนผู้ที่อาศัยนอนที่สวนยางส่วนใหญ่จะเป็นผู้รับจ้างรีดยาง เจ้าของสวนยางจึงไม่ได้ให้ความสำคัญทำให้เป็นปัญหาในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะเวลากลางคืนทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัยต่อทรัพย์สินและชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคน พัฒนาคุณภาพชีวิตพบว่าการมีที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะทำให้รู้สึกมีความมั่นคง ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน¹⁹

2.3) สัตว์มีพิษและยุงชุมมาก ผู้ประกอบยางพาราร้อยละ 84.9 มีความเสี่ยงจากญี่และสัตว์มีพิษกัด ผลการศึกษาพบว่าในสวนยางพารามีสัตว์มีพิษมากขึ้น

เช่น งูกระباء แมลงมุม ทำให้ชาวสวนยางพารามีความเสี่ยงต่อการถูกสัตว์มีพิษกัด สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบร่วมกับในลักษณะสภาพสวนยางพารามีหญ้ารกรเงะหมายสำหรับเป็นที่อยู่ของสัตว์ต่างๆ เช่นงูแมลงมุม ยุงและสัตว์มีพิษอื่นๆ โดยเฉพาะงูกระباءที่พบมากในเขตภาคใต้ พบร่วมกับคนทำงานในสวนยางส่วนใหญ่จะถูกงูกระเบ้ากัดมากกว่าญี่ดื่นๆ ผู้ประกอบยางพาราร้อยละ 84.9 มีความเสี่ยงจากญี่และสัตว์มีพิษกัดจากสวนยางพารา^{4,11}

3. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวสวนยางพารา ชาวสวนยางพาราได้ร่วมกันหากกิจกรรมที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังนี้

3.1) ส่งเสริมสุขภาพชาวสวนยางพารา ถือเป็นศาสตร์และศิลป์ในการช่วยให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต โดยพยายามกระตุนให้เห็นปัญหาสนับสนุนการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีวัตถุประสงค์ในการเปลี่ยนระดับบุคคล ไปสู่สภาวะที่พึงประสงค์ ตัวอย่าง กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การตรวจสุขภาพ การลดความเครียด การออกกำลังกาย โภชนาการ เป็นต้น²⁰ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การอนหลับพักผ่อนและคaleyความเครียด ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้เป็นการเพิ่มสมรรถนะในการทำงานและเป็นวิถีชีวิตที่คนทำงานสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง²¹

3.2) การส่งเสริมให้มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสาธารณูปโภคในการดำรงชีวิต การป้องกันและดูแลเมืองถูกสัตว์มีพิษกัด การปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสร้างส้วม ประสานงานเรื่องการติดตั้งไฟฟ้าและประปาในสวนยางพาราเพื่อให้เกิดความมั่นคงปลอดภัย สอดคล้องกับสำนักนโยบายและแผนสาธารณูปโภคได้กล่าวไว้ว่าการจัดแหล่งอาหารพรมชาติและสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นต่อความอยู่ดีมีสุข องค์ประกอบนี้รวมถึงประเด็นสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ระบบสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านที่อยู่อาศัย ระบบอนามัยและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินโดยเฉพาะปัญหา

3.3) ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งสหกรณ์ชาวสวนยางพารา โดยการจัดตั้งสหกรณ์สวนยางพารา ซึ่งการจัดตั้งสหกรณ์เป็นวิธีหนึ่งที่ได้ผล เนื่องจากในหลายที่มีการจัดตั้งและประสบผลสำเร็จ ได้จัดตั้งเช่น



เมื่อปี 2542 เพื่อช่วยเหลือเกษตรกรชาวสวนยางพารา ที่ได้รับความเดือดร้อนในเรื่องราคายาง ป้องกันการเอา รัดเอาเปรียบจากผู้ค้าคนกลางและเพื่อเป็นพลังในการต่อรองกับโรงงานอุตสาหกรรมกับผู้ค้าคนกลาง ซึ่งผลผลิตหลังจากจัดตั้งสหกรณ์ตั้งแต่ปี 2543 มีกำไรสุทธิ 846,521.07 บาท และในปี 2553 มีกำไรสุทธิ 7,239,016.95 บาท²²

3.4) ส่งเสริมการใช้ปุ๋ยอินทรีย์และชีวภาพแทนการใช้ปุ๋ยเคมีในสวนยางพารา โดยสนับสนุนให้ชาวสวนยางพาราหันมาใช้ปุ๋ยชีวภาพหรือปุ๋ยอินทรีย์เพิ่มมากขึ้นในสวนยางพารา เนื่องจากการปลูกยางพาราที่ผ่านมา จะมีการใส่ปุ๋ยเคมีให้กับสวนยางทุก ๆ ปี หากปลูกยางพารามาแล้ว 1 รอบ ก็เท่ากับใส่ปุ๋ยเคมีลงในสวนยางนานนานถึง 25 ปี ลิ่งที่เกิดขึ้นตามมา ก็ต้องดินอยู่ในสภาพเสื่อมโทรม สูญเสียคุณสมบัติทางชีวะ เคเม่ พลิกก์ ทำให้ดินแข็ง ไม่ร่วนซุย ไม่มีไส้เดือน หรือจุลินทรีย์ในดินไม่เพียงพอที่จะทำให้เหมาะสมแก่การเจริญเติบโตของพืชได้แนวทางเดียวที่จะแก้ปัญหานี้ได้ ก็คือกลับสู่ธรรมชาติโดยส่งเสริมการใช้ปุ๋ยอินทรีย์หรืออินทรีย์ชีวภาพ²³

ข้อเสนอแนะ

1. การทำสวนยางพาราทำให้พบสัตว์มีพิษเพิ่มขึ้นดังนั้นควรมีการส่งเสริมจัดสิ่งแวดล้อมในสวนยางให้สะอาด ปลอดโปร่ง เป็นระเบียบ เพื่อความปลอดภัยจากสัตว์มีพิษ

2. ในการตรวจคัดกรองความเสี่ยงครัวจัดให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต และบริบทของชุมชน เพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชน เช่น ตรวจสอบพืช สายตา

3. ชาวสวนยางพารามีความพึงพอใจและมีความสุขกับคุณภาพชีวิตในปัจจุบัน แต่ยังพบว่าชาวสวนยางพารายังมีสภาพปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอยู่ เช่น กัน ดังนั้นพยายามลดผู้ปฏิบัติงานในชุมชนที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มนี้ จึงควรจัดโปรแกรมที่จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของชาวสวนยางพาราที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

4. ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับด้านสุขภาพ ควร มีความรู้ถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีการ

ทำสวนยางพาราเพื่อเป็นพื้นฐานในการออกแบบการพยาบาลสำหรับประชากรกลุ่มนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร. วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์ และ ดร.เกษร แคลโนนจิ้ว ที่ให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์เพื่อให้มีความสมบูรณ์ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตรจังหวัดหนองคาย. [ออนไลน์] 31 ธันวาคม 2551 [อ้างเมื่อ 15 มกราคม 2552]. http://www.Aoe.go.th/more_news.php?cid=95&filename=news.
- สุขุม วงศ์เอก. ปลูกยางล้านไร่ เหนือ-อีสานไปได้สวย[ล้มภาษณ์]. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยยาง วิชาการเกษตร; 20 พฤษภาคม 2552.
- สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตรเขต 3. [ออนไลน์] 31 ธันวาคม 2551 [อ้างเมื่อ 15 มกราคม 2552]. http://www.Aoe.go.th/more_news.php?cid=95&filename=news.
- ปรุงจิตร หมายดี, ศรัณยา คงทอง, อรอนงค์ เอี่ยม ข้า, สุวิชาญ ศิลปะรัตน์. สภาวะสุขภาพ อนามัย ผู้ประกอบอาชีพทำสวนยางพารา. รายงานการวิจัยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
- Bensa-ard N. Work condition and musculoskeletal pain among para rubber planters: a case study in Tambon Nakleua, Amphoe Kantang, Changwat Trang. (Thesis). Songkla: Prince of Songkla University; 2002.
- Nu-urai V. A Study of Work Culture of Rubber Plantation Farmers in Tambon Tubchang , Amphoe Natawee, Changwat Songkla. (Thesis). Songkla: Thaksin University; 1999.
- Mhanpoltsri P. The Feasibility Study on Rubber Plantation of the Smallholder in Changwat Nong



- Khai: The Case Study on Rubber Plantation in Amphoe Ponpisai, Changwat Nong Khai. (An Independent Study Report). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2005.
8. Budyojanto S. Rubber Plantation Farmer's Ways of Life in Northeastern Thailand a Case Study of Kokdoo Village Muang District Loei Province. Journal of humanities and social sciences Mahasarakham University 2006; 178-191.
 9. สุนันทา พรหมมัญ. การเปลี่ยนแปลงการทำสวนยางพาราและผลกระทบของชาวบ้านในอำเภอ บอน จังหวัดนครศรีธรรมราช. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2539.
 10. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพจิตไทยพ.ศ. 2543-2544. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลค้ารับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545.
 11. Keawborisutt S. Factor influencing quality of life of Para rubber farmers, Songkhla province. (Thesis). Songkla: Prince of Songkla University; 2004.
 12. พนิชญา พานิชาชีวะกุล และ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของเกษตรกรอีสาน: มุ่งมองจากประชาชน. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2542.
 13. Anujan L, Petcharat B, Jittanoon P, Mental health and psychological self-care of rubber farmers in phatthalung province. Journal of Mental Health of Thailand 2006; 14(3): 174-181.
 14. นิพนธ์ คันธเสวี. คุณภาพชีวิต ประมวลบทความทางวิชาการ: การศึกษาและวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: ประชาชน; 2526.
 15. Chaisiri L, Daenseekaew S. Community Participation in Analyzing Strategies to Enhance the Quality of Life of Working-Age People with HIV / AIDS. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 30(1): 79-89.
 16. Thungwa S. Social-economic, rubber plantations operational and mental factors affecting environment and health status, of rubber farmers, Amphoe Sadao, Changwat Songkhla. Songkla: Faculty of Natural Resources, Prince of Songkla University; 2004.
 17. ยุพารณ์ จันทรพิมล. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพผลิตยางพารา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550; 16(3) พค.-มิย.
 18. นันทพร บุตรบำรุงและคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนกับประสิทธิภาพและความปลดภัยในการทำงานของคนงานโรงงานหล่อโลหะในจังหวัดชลบุรี. วารสารวิชาการสถาจารย์มหาวิทยาลัยบูรพา 2547; 3, (1).
 19. สุขุม กำเนิดรัตน์. พัฒนาคน พัฒนาคุณภาพชีวิต. วารสารข่าวสาร กฟผ., 2545; 32(9), 16-19.
 20. Lehtinen S, Mikheev M. WHO Worker's Health Programme and Collaborating Centres in Occupational Health. 30 Dec; 1994.
 21. Warawitsaranggoon R. Street Sweepers' Self-Care Experiences in the Municipal Area of Udonthani Province. (Thesis). Khon Kaen: Khon Kean University; 2005.
 22. สมกรณ์ กองทุนยางพารา จำเกอบ่อทอง จำกัด [ออนไลน์] 8 มิถุนายน 2554 [อ้างเมื่อ 5 กรกฎาคม 2554]. <http://www.coopthai.com/bothongrubbler/>.
 23. ยางพาราวันนี้. [ออนไลน์] 8 ธันวาคม 2552 [อ้างเมื่อ 3 สิงหาคม 2554]. <http://www.live rubber.com/index.php/rubber-plantation-management>.
 24. Daenseekaew S, Klungklang R. Community needs for Strengthening Quality of Life of Small Group Informal Workers. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(2): 60-69.
 25. Hanklang S, Silpasuwan P, Satitvipawee P, Chaikittiporn C. Factors Associated with Family Health Status: A Case Study of Steel Pipe Home-Based Workers. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2011; 29(1): 59-67.



Community Participation in Analyzing Strategies to Improve the Quality of Life of Rubber Tree Farmers in the Mekong River Basin of Buengkan Province*

Wallapha Changjeraja M.N.S.**

Somjit Daenseekaew PhD***

Abstract

This qualitative study adopted the participatory rural appraisal (PRA) model as a research framework in studying the meanings, dimensions, needs and problems, strategies to Improve the Quality of life of rubber tree farmers. Results are in the followings. Rubber tree farmers defined quality of life into four aspects including 1) feelings of life safety, stability and warmth, 2) satisfaction and fulfillment, 3) ability to be in control and to have autonomy in planning and living one's own life, and 4) happiness when able to help one's self and others. Four dimensions of quality of life were identified. Firstly, "financial status". Secondly, "health". Thirdly, "family relation". Lastly, "community relation".

Switching from rice planting to rubber tree farming led to lifestyle changes that subsequently resulted in several obstacles in improving the quality of life of the people in this community. First, health problems, with the most common complaint were muscle pains associated with rubber tapping. In addition, inappropriate lighting, too bright or too dim, used when tapping the rubber saps resulted in worsening eye vision. The farmers also reported changes in the sleep pattern that eventually led to sleep deprivation and the needs to drink more caffeinated beverages. Fluctuating and unpredictable rubber price in the market and the cost of fertilizers also added stress to the farmers' lives. Moreover, rubber tree farming exposed them to more dangerous chemicals they otherwise would not have to if they remained farming rice. Second, the living conditions in rubber tree farms were inconvenient and unhygienic. Their residents lacked of electricity, tap water, bad conditioned roads unsuitable for transportation and, worst of all, many houses did not have toilets. Lastly, increasing rubber trees also increased the population of mosquitoes and poisonous animals. The community joined together to analyzed these problems and came up with the following solutions. 1) Health promotion strategies for rubber tree farmers were initiated with the aims to promote their health status and safety. These were accomplished through self-education, preparing protective devices to prevent work-related injuries and illnesses, utilized the temple as a place for calming the mind, encouraging community activities to release stress, providing the knowledge and first-aid manual to deal with poisonous animal bites and creating a communication channel when illness incidences occurred. 2) Environmental and utilities development strategies were instigated to increase the satisfaction in the living conditions and improved the environmental safety. These were undertaken through closely following up with the governmental provision of electricity, tap water and roads into the area. In addition, the farm owners were asked to constructed proper and hygienic toilets and safe residents for farm workers. 3) Strategies to establish the rubber tree farmer cooperative were commenced to improve the farmers' competency and increased their leverage in the market. These would lead to increased control in their live circumstance and to live a happier family. In addition, the farmers would be better at helping themselves and others by founding the key cooperative leaders, educating one another, organizing field trips, and setting a stage to exchange the knowledge and experience. 4) Strategies to promote the use of organic and biological fertilizers in rubber tree farms. These were initiated to increase the farmers' happiness in helping each other as well as the community at large. A stage for knowledge management and exchange was also created to increase the farmers' confidence in using organic and biological fertilizers.

Results of this study improved the health personnel's understanding about the quality of life of rubber tree farmers as well as their barriers to good health. Consequently, the health personnel encouraged the community to participate in analyzing and creating strategies to properly solve the problems which the farmers could continue to implement on their own further in the future.

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

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

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Deputy Director of Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age People, Faculty of Nursing, KKU.