



# วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Academic Journal  
of Mahasarakham Provincial Public Health Office



ISSN 2539 - 6196

ปีที่ 4 ฉบับที่ 7 ตุลาคม 2562 - มีนาคม 2563

Vol.4 No.7 October 2019 - March 2020

## วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

<b>เจ้าของ</b>	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	
<b>ที่ปรึกษา</b>	นายแพทย์ภาคี ทรัพย์พิพัฒน์ นายแพทย์หัสชา เน้อยทอง นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ นางรุ่งทิพย์ มั่นคง นายแพทย์วิเชียร ฉกาจนโรดม ทันตแพทย์วัฒน์ะ ศรีวัฒนา เกษัชรบุญถม ปาปะแพ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) ปฏิบัติหน้าที่รองนายแพทย์สาธารณสุข ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) เกษัชรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)
<b>บรรณาธิการ</b>	ดร.สงัด เชื้อกลิ่นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
<b>รองบรรณาธิการ</b>	ดร.รัชณีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
<b>กองบรรณาธิการ</b>	รศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ ผศ.ดร.พญ.ศิรินาถ ตงศิริ ผศ.ดร.ชนัดดา พลอยล้อมแสง รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี ผศ.ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ รศ.ดร.ณรงค์ฤทธิ์ โสภา ดร.นิสากร วิบูลชัย ดร.ผดุงศิษฏ์ ชำนาญปริรักษ์ ดร.อัจฉรา มีนัสันตริรักษ์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น
<b>ฝ่ายจัดการ</b>	ดร.รัชณีวิภา จิตรากุล นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ นายสุเมธ ระโยธี นางสาวณัฐรญา ไชยคำภา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นักวิชาการสาธารณสุข

**กำหนดออก** ราย 6 เดือน (ตุลาคม-มีนาคม, เมษายน-กันยายน)

**สำนักงาน** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด  
ตำบลแวงนาง อำเภอมือเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000 โทร. 0-4377-7811, 0-4377-7972-313  
โทรสาร 0-4377-7811 E-mail address: Journal.mk2560@gmail.com,  
Journal.mk2560@yahoo.com

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
มหาสารคาม เป็นของผู้เขียนบทความ และมีได้แสดงว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและคณะผู้จัดทำเห็น  
พ้องด้วยทั้งหมด

## บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามฉบับที่เจ็ดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเป็นแหล่งตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข พัฒนาศึกษาให้เป็นที่ยอมรับทางวิชาการในระดับสากล พร้อมทั้งให้เกิดความร่วมมือทางวิชาการระดับกระทรวงสาธารณสุขและระดับหน่วยงานด้านการศึกษา โดยกำหนดให้เป็นวารสารราย 6 เดือน จัดพิมพ์ในรอบเดือน มีนาคม และ กันยายน ประกอบด้วยงานวิจัยที่มีความสำคัญ ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จำนวน 14 เรื่อง (1) ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง อำเภอมือ จังหวัดมหาสารคาม (2) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม (3) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี : กรณีศึกษา หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม (4) การรับรู้สิทธิผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (5) การพัฒนาการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน 5 องค์ประกอบ (6) ผลของโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต่อกระดูก แขนงหัก โรงพยาบาลบึงกาฬ (7) การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย (8) การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหารถจักรยานยนต์ของภาคีเครือข่ายตำบลโคกก่อ อำเภอมือ จังหวัดมหาสารคาม (9) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาดูน (10) ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาลต่อความรู้และการบรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกาฬ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (11) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด (12) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกุด อำเภอมือ จังหวัดมหาสารคาม (13) แรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเสือเต่า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม (14) ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกต่อภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค และผลการรักษาในผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก โรงพยาบาลบึงกาฬ ทั้งนี้ขอกราบขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ จากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยมหาสารคาม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทาลัยกาฬสินธุ์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทาลัยราชภัฏมหาสารคาม วิทาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และวิทาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไขให้งานวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุข ต่อไป

ดร.สงัด เชื้อกลิ่นฟ้า

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



สารบัญ  
Contents

หน้าที่  
Page

บทบรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ  
Original Article

- ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย  
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง  
อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 1  
Effects of health behavior changing program on slowly progressive  
chronic kidney disease in patients with diabetes mellitus and hypertension  
at Koeng health promoting hospital, Mueang Mahasarakham District,  
Mahasarakham Province  
ดวงดาว อรัญवास<sup>1</sup>, ญาณีกร สีสุรี<sup>2</sup>, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์<sup>3</sup>  
Duangdao Aranyawas<sup>1</sup>, Yaneekorn Seesuree<sup>2</sup>, Phadoongsit chumnanborirak<sup>3</sup>
- ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม  
ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม 13  
The Effective of Program Providing Information to Quality of  
Life among the Breast Cancer Patients Receiving Breast Surgery  
จารุณี แก้วอุบล\*  
Jarunee Kaewubon\*
- การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี :  
กรณีศึกษา หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม 28  
Development for Model the Care Person with renal disease stage 4 and 5  
of Case Management: Case study of the ward at Chiangyuen Hospital,  
Maha Sarakham Province  
สิริวิภา โรจนรัตน์<sup>1</sup>, โชติมนี เรืองกลิ่น<sup>2</sup>  
Siriwipa Rojanaratnangkul<sup>1</sup>, Chotmanee Ruangklin<sup>2</sup>

สารบัญ Contents	หน้าที่ Page
<p>การรับรู้สิทธิผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ Awareness of patient's right and accessibility of health care services with human dignity ธนิษฐา ศุภวิชัย* Thanitta Supavit*</p>	42
<p>การพัฒนาการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนาากำลังคน 5 องค์ประกอบ The Development of Maha Sarakham Executive Management of Workforce's Health According to the Criteria of 5 Components of Production System and Workforce's Development บวร จอมพรรษา<sup>1</sup>, สุธิดา คณะมะ<sup>2</sup> Boworn Jomphansa<sup>1</sup>, Sutida Kanama<sup>2</sup></p>	60
<p>ผลของโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด ต้อกระจก แผลนกจักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ The Effect of Preoperative Preparatory Program on Anxiety and Complications in Patients Underwent Cataract Surgery in Ophthalmology Clinic at Bueng Kan Hospital ลุนนี จิมอาษา<sup>1</sup>, วัลลภา ช่างเจรจา<sup>2</sup> Lunnee Jimarsa<sup>1</sup>, Wallapha Changjeraja<sup>2</sup></p>	75
<p>การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มี การติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care for Patients with End Stage Renal Disease having Peritonitis form Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : a Study of Two Case วิไลวรรณ แสนโฮม* Wilaiwan Saenhom*</p>	88
<p>การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มารดาวัยรุ่นของภาคีเครือข่ายตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม The development of the participation model in solving the problem of adolescent mothers of Khok Kho Subdistrict Network, Mueang district, Mahasarakham Province อนงค์ลักษณ์ เคนสุโพธิ์<sup>1</sup>, รัญจวน พรรคพวก<sup>2</sup>, ดร.ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์<sup>3</sup> และคณะ Anoglak Kensupo<sup>1</sup>, Runjaun pukpauk<sup>2</sup>, Phadungsit chumnanboriluk<sup>3</sup> and team</p>	114

สารบัญ Contents	หน้าที่ Page
การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาดูน Development of care model for chronic kidney disease stage 4 in Nadoon District สุวรรณา สุรวาทกุล <sup>1</sup> , สุวคนธ์ เหล่าราช <sup>2</sup> , ละออง เดิมทำรัมย์ <sup>3</sup> Suwanna Surawatakul <sup>1</sup> , Suwakon Laorat <sup>2</sup> , La-ong Dermtamrum <sup>3</sup>	129
ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาลต่อความรู้และการบรรลุเป้าหมายในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา The effects of the nursing discharge plan program on knowledge and goal attainment in caring for stroke patients in Phachi hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya. ปภาณิน ศรีแสง* Paphanin Srisang*	144
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด Effect of a motivation enhancing program on self-management behavior of patients with asthma เกศราพร แก้วลาย <sup>1</sup> , สงบ บุญทองโท <sup>2</sup> Kaetsaraporn Keawlai <sup>1</sup> , Sangob Boontongto <sup>2</sup>	153
การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม Development of care model for dependent elderly persons in health service network of Kaedam District, Mahasarakham Province นวรรตน์ บุญนาน <sup>1</sup> , มาวิน ทับแสง <sup>2</sup> Nawarat Bunnan <sup>1</sup> , Mavin Tabseang <sup>2</sup>	166
แรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเสือเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม Motivation Affecting Participation in Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control of Village Health Volunteers of Seutao Sub-District, Chiangyuen District, Mahasarakham Province. สมหมาย คำพิชิต* Sommhay Kompichit*	180

สารบัญ Contents	หน้าที่ Page
ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกต่อภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค และผลการรักษาในผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก โรงพยาบาลบึงกาฬ Effect of care guideline for dengue hemorrhagic fever on complications, severity, and treatment outcomes of children with dengue fever in Buengkan Hospital. สุวิมล บึงกาญจนนา* Suwimol Bungkanjana*	194
การเตรียมและส่งต้นฉบับ	204
ใบสมัครสมาชิกวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	213

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย  
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง  
อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

Effects of health behavior changing program on slowly progressive chronic kidney  
disease in patients with diabetes mellitus and hypertension at Koeng health  
promoting hospital, Mueang Mahasarakham District, Mahasarakham Province

ดวงดาว อรุณวาส<sup>1</sup>, ญาณีกร สีสุรี<sup>2</sup>, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์<sup>3</sup>  
Duangdao Arunyawas<sup>1</sup>, Yaneekorn Seesuree<sup>2</sup>, Phadoongsit chumnanborirak<sup>3</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับความรู้ตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตำบลแก้ง โดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 30 คน ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 18 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม คือ แบบทดสอบความรู้ หากคุณภาพด้วยความตรงเชิงเนื้อหาโดยวิธีดัชนีความสอดคล้อง พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 นำไปทดลองใช้เพื่อหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน ได้เท่ากับ 0.75 และแบบประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อม หากความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่าอยู่ระหว่าง 0.60 -1.00 นำไปหาความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ paired – sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า

1. ผลการทดสอบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

2. ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลังเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ( $\bar{x} = 4.33$ , S.D. = 0.16) สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ( $\bar{x} = 2.87$ , S.D. = 0.28)

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, ชะลอไตเสื่อม

<sup>1,2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, นักวิชาการสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง

<sup>3</sup> อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

## Abstract

This study is quasi-experimental research study whose purpose was to compare knowledge about chronic kidney disease and health behavior for slowly progressive chronic kidney disease in patients with diabetes mellitus and hypertension before and after participating in the health behavior changing program. The simple random sampling consisted of 30 participants who were diagnosed with diabetes mellitus and hypertension in Koeng Subdistrict. The data collection period was 18 weeks. The research instruments were the health behavior changing program as well as a knowledge and behavior questionnaire. These instruments were tested for content validity and reliability with alpha coefficient of 0.75 and 0.85, respectively. The data were analyzed by using mean, standard deviation and Inferential Statistics frequency pair t-test, significant at the level 0.05

The results revealed the following.

1. Before and after participating in the program, the mean score of knowledge of patients with diabetes mellitus and hypertension were statistical significantly different at .001
2. After participating in the program, the mean score of health behaviors of patients with diabetes mellitus and hypertension was statistical significantly higher than the mean score before participating in the program and the mean score of health behaviors of these patients were statistical significantly different at .001

**Keyword :** Health behavior changing program, Slowly progressive chronic kidney disease

## บทนำ

โรคไตเรื้อรัง คือ ภาวะที่ไตถูกทำลาย มีความเสื่อมหน้าที่การทำงานของไตอย่างช้าๆ และต่อเนื่องเป็นเวลานานจนไม่สามารถฟื้นกลับมาทำงานได้ตามปกติ เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้เพียงพอ ทำให้เกิดการคั่งของของเสียจนผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 8 ล้านคน มีผู้ป่วยรายใหม่ปีละประมาณ 1 หมื่นคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี<sup>1</sup> โรคไตเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระยะตามระดับความรุนแรงโรค โรคไตเรื้อรังในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบ และมักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้ว<sup>2</sup> จากการศึกษาถึงสาเหตุของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่า สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตจากสถานพยาบาล ที่ให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุด (34%) อันดับสอง คือ โรคความดันโลหิตสูง (26%)<sup>3</sup> ดังนั้นการป้องกันด้วยการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อไม่ให้โรคดำเนินไปสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญและยังสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ 20-25%<sup>4</sup> สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค แนะนำว่าผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ คือ 90-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือน้ำตาลสะสม 6.5-7.5% ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรควบคุมความดันโลหิต

ให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท โดยการรับประทานอาหารรสจืด ไม่เค็ม ออกกำลังกาย และรับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำอย่างสม่ำเสมอ ควรหยุดสูบบุหรี่ ไม่ควรใช้ยาเกินขนาดหรือยาที่มีพิษต่อไต เช่น ยาแก้ปวดข้อ ยาชุด ยาสมุนไพรหลักเลียงอาหารประเภทเบเกอรี่ อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง เป็นต้น

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า หากผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ค้นพบผู้ป่วยหรือมีความเสี่ยงป่วยได้เร็ว แล้วจัดระบบการรักษาให้เหมาะสมกับระยะของการเจ็บป่วย จะทำให้สามารถให้การดูแลรักษา ควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้มีการนำแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ มาใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อมูลผลการตรวจค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2560-2561 พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มไตเสื่อมเพิ่มระดับเพิ่มขึ้น คือ ระยะที่ 1-2 จำนวน 66, 66 ราย ระยะที่ 3a จำนวน 10, 7 และ 3b จำนวน 4, 6 ราย ระยะที่ 4 จำนวน 0, 1 ตามลำดับ จากการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะไตเสื่อมระดับใด เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่ได้แจ้ง หรือแจ้งแต่จำไม่ได้ ประกอบกับผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญ ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานไม่มีแนวทางการให้บริการที่เป็นแนวทางเดียวกัน จำนวนบุคลากรในการให้บริการไม่เพียงพอ จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับ

นำแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (motivation interviewing: MI) และ 7 มาตรการในการจัดการโรคไตเรื้อรังของกรมควบคุมโรคมาใช้ในการจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง เนื่องจากกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ เกิดการตระหนักรู้ปัญหาของตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนชี้แนะ และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยดูแลตนเองที่ยั่งยืนส่งผลให้ชะลอไตเสื่อมได้ในที่สุด

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับความรู้ตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับความรู้ตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimenta research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest - Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือน ตุลาคม 2561 - ตุลาคม 2562 กำหนดกลุ่มตัวอย่างได้

จากการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.08 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ 0.50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คน<sup>5</sup> แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดมีดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
2. เป็นผู้ป่วยที่รับยาที่ รพ.สต. ต่อเนื่องติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. อายุ 50 - 65 ปี
4. มีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR)  $\geq 60$  (stages 1-2) ก่อนเข้าร่วมโครงการ
5. ไม่มีความบกพร่องทางสติสัมปชัญญะสามารถอ่านออก เขียนได้ เข้าใจภาษาไทยได้ดี

6. มีความเต็มใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ยุติการศึกษา

1. ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้มากกว่า 1 ครั้ง
2. เข้าร่วมกิจกรรมแล้วไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขโปรแกรมได้
3. สูญหายจากการติดตามผลภายหลังการทดลอง
4. ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมการทดลอง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวน



วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และดัดแปลงแบบประเมินจากงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและผลลัพธ์ ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง<sup>6</sup> การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม<sup>7</sup>

การหาคุณภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดำเนินการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของโปรแกรม การหาคุณภาพเครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบ โดยทำการประเมินตามเกณฑ์ของระดับความเหมาะสม (Appropriateness) พบว่า โปรแกรมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก เป็นผู้ตรวจสอบ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบถูก ผิด ตอบผิดให้ 0 คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน<sup>8</sup>

ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ปฏิบัตินานๆครั้ง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

การหาความตรงเชิงเนื้อหาของแบบทดสอบวัดความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยให้มีการหาคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) พบว่า ดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.60-1.00

สำหรับการหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบวัดความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงตรง (Reliability) ของแบบทดสอบวัดความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้วยวิธีหาค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.75 และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค ได้เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในแต่ละขั้นตอน โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ และลงนามในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์แรก ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ และพฤติกรรม จากนั้นดำเนินการทดลองซึ่งมีระยะเวลาทั้งสิ้น 18 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) สร้างสัมพันธภาพ เพื่อจัดระบบความคิด และความเชื่อ เน้นกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ และภาวะแทรกซ้อนจากพฤติกรรมสุขภาพ โดยดำเนินการกิจกรรมดังนี้ 1) ให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มโดยการนั่งสมาธิ 3 นาที เพื่อให้ได้ทบทวนความคิดของตนเอง 2) ให้ความรู้จากคลิปวิดีโอเรื่อง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไต (ภาษาอีสาน) ความยาว 12.31 นาที โรคเบาหวาน ความยาว 4.47 นาที และทำความรู้จักกับโรคความดันโลหิตสูง ความยาว 3.18 นาที รวมเวลา ประมาณ 20 นาที 3) การให้ความรู้โดยใช้สไลด์ประกอบการบรรยายเกี่ยวกับการใช้โปสเตอร์วงล้อระยะการเสื่อมของไต กราฟเส้นติดตามการทำงานของไตผู้ป่วยแต่ละราย ปฏิทินความรู้เรื่องชนิดอาหารที่ทำให้ไตเสื่อม สาธิตการประกอบอาหารพร้อมใช้เครื่องตรวจวัดความเค็มตรวจวัดค่าความเค็มในอาหารแล้วให้กลุ่มตัวอย่างชิมอาหารที่ค่าความเค็มปกติ บัตรประจำตัวเพื่อเฝ้าระวังการเสื่อมของไตผู้ป่วย 4) ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนประเมินปัญหาตนเอง และทบทวนปัญหาอีกครั้ง 5) ฝึกการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาจาก

ตัวเอง 6) การให้คู่มือเสริมความรู้ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและให้นำไปปฏิบัติที่บ้าน พร้อมนัดอีก 3 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) เริ่มกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างโดยการนั่งสมาธิ 3 นาที เพื่อให้ได้ทบทวนความคิดของตนเองในครั้งที่ผ่านมา และให้ความรู้จากคลิปวิดีโอเรื่อง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไต สาธิตการประกอบอาหารพร้อมใช้เครื่องตรวจวัดความเค็มตรวจวัดค่าความเค็มในอาหารแล้วให้กลุ่มตัวอย่างชิมอาหารที่ค่าความเค็มปกติ ให้ทุกคนสรุปทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างแรงจูงใจรายบุคคล โดยการสร้างสัมพันธภาพและให้ผู้ป่วยสรุปการประเมินตนเอง ถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ยังมีอยู่ แสดงความชื่นชมในพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้ดีแล้ว ชื่นชมความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังเป็นปัญหาพร้อมแนะนำให้ข้อมูล โดยให้ตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และร่วมวางแผนเพื่อไปยังเป้าหมาย

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 8) เริ่มกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างโดยการนั่งสมาธิ 3 นาที เพื่อให้ได้ทบทวนความคิดของตนเองในครั้งที่ผ่านมา ให้ทุกคนสรุปทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างแรงจูงใจรายบุคคล โดยการสร้างสัมพันธภาพและให้ผู้ป่วยสรุปการประเมินตนเอง ถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ยังมีอยู่ และวางแผนแก้ปัญหาาร่วมกัน

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 12) เริ่มกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างโดยการนั่งสมาธิ 3 นาที เพื่อให้ได้ทบทวนความคิดของตนเองในครั้งที่ผ่านมา ให้ความรู้จากคลิปวิดีโอเรื่อง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไต สาธิตการประกอบอาหารพร้อมใช้เครื่องตรวจวัดความเค็มตรวจวัดค่าความเค็มในอาหารแล้วให้กลุ่มตัวอย่างชิมอาหารที่ค่าความเค็มปกติ ให้ทุกคน การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ สร้างแรงจูงใจรายบุคคล และวางแผนแก้ปัญหาาร่วมกัน

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 18) ระยะหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุดกลุ่มตัวอย่าง ได้รับประเมินหลังการทดลองโดยตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน คือ ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นชุดเดียวกับก่อนการทดลอง

4. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยโดยใช้แบบทดสอบ และแบบประเมินพฤติกรรมเช่นเดียวกับก่อนการใช้โปรแกรม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ค่าจำนวน(ความถี่) Kolmogorov – Smirnov Test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ จึงได้ทำการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังใช้โปรแกรม โดยสถิติการทดสอบค่าที่แบบสัมพันธ์กัน (paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

#### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ของโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ จริยธรรมวิจัย MSKH\_REC

61-01-054 คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้ความเวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมรวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้หากไม่สะดวก

#### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวนร้อยละ 73.33 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 56-60 ปี จำนวนร้อยละ 76.67 การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา จำนวนร้อยละ 63.33 สถานภาพสมรสคู่ จำนวนร้อยละ 53.33 มีอาชีพเกษตรกร จำนวนร้อยละ 73.33 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ

2. ผลการทดสอบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ระยะดำเนินการ	n	คะแนน เต็ม	คะแนน สูงสุด	คะแนน ต่ำสุด	$\bar{x}$	S.D.	t	p- value
ก่อนการเข้าร่วม	30	15	12	7	9.87	1.43	16.40	<0.001
หลังการเข้าร่วม	30	15	15	13	14.37	0.61		

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ โดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ( $\bar{x}=4.33$ , S.D.=0.16) สูงกว่า

ก่อนเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ( $\bar{x}=2.87$ , S.D.=0.28) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า หลังเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทุกข้อ ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม

ข้อคำถาม	ก่อนใช้โปรแกรม			หลังใช้โปรแกรม		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านรับประทานอาหารรสจืดและชิมอาหารก่อนปรุงรส และหลีกเลี่ยงใส่เครื่องปรุงรส	2.96	0.66	ปานกลาง	4.86	0.34	มากที่สุด
2. ท่านปรุงอาหารรับประทานเอง โดยปรุงรสด้วยเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน หรือน้ำปลาไม่เกิน 3 ช้อนชาต่อวัน	2.36	0.76	น้อย	4.23	0.43	มาก
3. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่ผ่านการถนอมอาหารหรือแปรรูป เช่น ไส้กรอก หมูยอ แหนม ไข่เค็ม ขนมจีน ปลาร้า เป็นต้น	3.03	0.18	ปานกลาง	4.50	0.57	มาก
4. ท่านใช้เครื่องเทศตามธรรมชาติเป็นเครื่องชูรส เช่น กระเทียม หอม ขิง ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด รากผักชี มะนาว ฯลฯ	3.16	0.37	ปานกลาง	3.33	0.66	ปานกลาง
5. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารจำพวก เค้ก คุกกี้ เนย ช็อคโกแลต น้ำอัดลม	2.43	0.50	น้อย	4.16	0.37	มาก

ข้อคำถาม	ก่อนใช้โปรแกรม			หลังใช้โปรแกรม		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
6. เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยจะไม่ซื้อยามารับประทานเองเช่น ยาแก้ปวด ยาชุด	3.33	0.75	ปานกลาง	4.90	0.30	มากที่สุด
7. ท่านหลีกเลี่ยงรับประทานสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน	2.30	0.65	น้อย	4.96	0.18	มากที่สุด
8. ท่านรับประทานยาตรงเวลาและสม่ำเสมอตามที่แพทย์สั่ง	3.73	0.45	มาก	4.93	0.25	มากที่สุด
9. ท่านออกกำลังกายทุกสัปดาห์ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที	3.16	0.38	ปานกลาง	4.36	0.49	มาก
10. ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการฟังเพลง การดูทีวี ทำบุญที่วัด เป็นต้น	3.03	0.18	ปานกลาง	4.36	0.49	มาก
11. ท่านงดดื่มสุรา และงดสูบบุหรี่	4.06	0.74	มาก	4.60	0.49	มากที่สุด
12. ท่านตรวจวัดความดันโลหิตท่าน อย่างน้อยเดือนละครั้ง	1.43	0.50	น้อยที่สุด	3.50	0.51	ปานกลาง
13. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เนื่องจากน้ำเปล่าช่วยขับเกลือและของเสียต่างๆออกจากร่างกายในรูปของปัสสาวะได้	2.60	0.77	น้อย	4.50	0.50	มาก
14. ท่านเลือกปรุงอาหารด้วยวิธี ต้ม ลวก ตุ่น นึ่ง อบ ยำ แทนการทอดที่ชุ่มน้ำมัน ผัด	3.16	0.38	ปานกลาง	4.30	0.46	มาก
15. เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพท่านปรึกษาแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.33	0.56	น้อย	3.50	0.57	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>2.87</b>	<b>0.28</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>4.33</b>	<b>0.16</b>	<b>มาก</b>

4. ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ระยะดำเนินการ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วม	30	2.87	0.28	37.29	<0.001
หลังการเข้าร่วม	30	4.33	0.16		

## อภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์  
การวิจัย ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังสูงเพิ่มมากขึ้น เมื่อได้รับการให้ความรู้และคำชี้แนะเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายใต้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวน ว่าการที่บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ต้องมีปัจจัยต่างๆ ที่มาสนับสนุน โดยมีการให้ความรู้เพื่อให้รับรู้โอกาสเสี่ยง ภาวะคุกคามจากโรค ในขณะที่เดียวกันให้รับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคหากจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมที่จะเกิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ถึงความรุนแรงของโรคมามากขึ้น ทั้งนี้เพราะการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นกระบวนการซึ่งผู้ป่วยได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ทักนะ ร่วมตัดสินใจในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยน้ำบัว อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน<sup>9</sup> พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลอง แตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของกลุ่มหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพราะการได้รับความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในกิจกรรมต่างๆ และวิธีการที่สามารถสื่อสารได้ง่าย มีการวางแผนร่วมกันทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเปรียบเทียบประโยชน์กับอุปสรรคและเลือกวิธีการปฏิบัติที่ดีเป็นประโยชน์มากที่สุดแก่ตนเอง นั่นคือการมีพฤติกรรมป้องกันตนเองที่ถูกต้อง สามารถทำได้ง่ายด้วยตัวเอง ไม่จำกัดสถานที่ เมื่อผู้วิจัยให้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการ บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม มีการให้ความรู้จากคลิปวิดีโอเรื่อง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไต โรคความดันโลหิตสูง การบรรยายเกี่ยวกับการใช้โปสเตอร์วงล้อระยะการเสื่อมของไต กราฟเส้นติดตามการทำงานของไตผู้ป่วย ปฏิทินความรู้เรื่องชนิดอาหารที่ทำให้ไตเสื่อม บัตรประจำตัวเพื่อเฝ้าระวังการเสื่อมของไตผู้ป่วย การให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนประเมินปัญหาตนเอง และทบทวนปัญหา อีกทั้งฝึกการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาจากตัวเอง ทำให้ได้รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ว่าควรป้องกันและรักษาสุขภาพ อย่างไรเพื่อป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้น การส่งเสริมให้รับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้ ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคต่างๆ การส่งเสริมให้รับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) ซึ่งการที่บุคคลจะมีวิธีการอย่างไรให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ รวมทั้งผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากเกิดภาวะจากการ รักษาโรค เช่น ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เป็นการกระตุ้นการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค



ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร<sup>10</sup> พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหัวใจ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ดีขึ้นได้ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลคลองฉนาก อำเภอมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี<sup>11</sup> พบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3อ.2ส. ของอสม. ตำบลคลองฉนาก อำเภอมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี หลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม อธิบายได้ว่า อสม. มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เนื่องจาก อสม. เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีความตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเองเนื่องจากต้องเป็นแบบอย่างของการปรับเปลี่ยนสุขภาพให้ประชาชนทั่วไป และประชาชนในเขตที่ตนเองรับผิดชอบยอมรับนับถือ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรสนับสนุนให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้นำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการดูแลปกติ เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง

2. ควรสนับสนุนให้พยาบาลได้รับการพัฒนากระบวนการสร้างพลังการรับรู้ และฝึกฝนทักษะต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการรับรู้ที่ดีครบทุกองค์ประกอบ

3. ควรมีการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในแต่ละพื้นที่

### เอกสารอ้างอิง

1. ธีรณัฐรัตน์ ธีรพรเลิศรัฐ. เรื่องโรคไตสำหรับประชาชน โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิคนครินทร์. บริษัทเฮลท์เวียร์ จำกัด; กรุงเทพฯ: 2556.
2. เพ็ญพร ทวีบุตร, พัทธพร เกิดมงคล, และขวัญใจ อานาจสัตย์เชื้อ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560; 31(1): 129-145.
3. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์. 2558; 40(5): 5-18.
4. ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ และกรัณท์รัตน์ บุญช่วยชนาสีทธิ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพในการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามารามาศี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า 2551; 19(2): 49-59.
5. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2553.
6. สุขฤทัย นิมิชาติ. ผลของโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. นิสิตปริญญาโทการพยาบาลผู้ใหญ่ภาคพิเศษ, คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2555.

7. สุนีรัตน์ สิงห์คำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559; 13(3) :92-99.
8. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2553.
9. ลำดวน ก้อนสมบัติ. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยน้ำบัว อำเภอยางสีสุราช จังหวัดน่าน (สารนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข). ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา; 2552.
10. อรณช ชูศรี, ปณวัตร สันประโคน, และศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2561; 34(3): 77-88.
11. อติญาณ์ ศรเกษตริน, รุ่งนภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม, และลัดดา เรืองด้วง. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต.คลองฉนาก อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 34(3): 253-264.



ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม  
ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม

The Effective of Program Providing Information to Quality of Life among the Breast  
Cancer Patients Receiving Breast Surgery

จารุณี แก้วอุบล\*  
Jarunee Kaewubon\*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและติดตามในแผนกศัลยกรรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2562 – เดือนกุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลรักษาตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรัง

### Abstract

This quasi – experimental research with a two groups pretest – posttest design aimed to determine the effectiveness of the information providing program on quality of life among the breast cancer patients receiving breast surgery. Subjects consisted of 50 breast cancer patients who followed-up after breast surgery at outpatient surgical department, Trang Hospital during July 2019 – February 2020. The control group received routine care while the experimental group received the information providing program. Data collection by the following research instrument included a demographic data recording form and the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument: WHOQOL-BREF-THAI. Data were analyzed by using the frequency, percentage, mean, paired t-test and independent t-test, significant at the level 0.05.

Average score of overall quality of life and each aspect, including physical health, psychological and environment in experimental group after receiving the information program was higher than before receiving program with statistical significance at the level of 0.05. As for the quality of life in social relationship aspect before and after receiving the program were not significantly different. The average score of overall quality of life and each aspect, including physical health, psychological and environment in experimental group was higher than the control group with statistical significance at the level of 0.05. The quality of life in social relationship of the experimental group and the control group were not significantly different.

## บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิงทั่วโลก และมีแนวโน้มพบมากขึ้นทุกปี สถิติปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลก 2,088,849 ราย และมีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตมากถึง 626,679 ราย<sup>1</sup> ในประเทศไทยพบโรคมะเร็งเต้านมเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงร้อยละ 37 ของมะเร็งทั้งหมด มีอัตราผู้ป่วย 28.5 ต่อประชากรหญิงแสนคน และมีอัตราผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 12.4 ต่อประชากรหญิงแสนคน<sup>2</sup> พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ประมาณ 20,000 รายต่อปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลตรัง ซึ่งพบผู้ป่วยรายใหม่มากที่สุดและมีแนวโน้มสูงขึ้น จากสถิติปี พ.ศ. 2559, 2560 และ 2561 พบผู้ป่วยรายใหม่ 75, 88 และ 115 คน ตามลำดับ

การรักษาามะเร็งเต้านมในปัจจุบันมีการรักษาร่วมกันหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัดเต้านม, การให้ยาเคมีบำบัด, การใช้ฮอร์โมนและการฉายรังสี การรักษาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ โดยผู้ป่วยเมื่อพบว่าได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง อาจเกิดความหวาดกลัว วิตกกังวล และขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง<sup>3</sup> นอกจากนี้โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ต้องรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน โดยเป็นรูปแบบผสมผสานหลายวิธี การผ่าตัดเต้านมซึ่งส่วนใหญ่ มักต้องตัดเต้านมข้างที่เป็นโรคมอก ทำให้ผู้หญิงรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเต้านมซึ่งมีทั้งแบบเฉียบพลันหลังผ่าตัด ได้แก่ มีเลือดออกที่แผล แผลบวมหรือมีการติดเชื้อที่แผล หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ได้แก่ ภาวะแขนบวมจากการตัดเอาต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออก ภาวะข้อไหล่ติด ยกแขนได้ไม่เต็มที่และมีอาการชาบริเวณต้นแขนจากการตัดเอาเส้นประสาทที่รับความรู้สึกบริเวณต้นแขนออก นอกจากนี้

การผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งจะเกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่วง ไข้ และมีการกีดการทำงานของไขกระดูก ผู้ป่วยจะรู้สึกทรมานในช่วงให้ยา กิจกรรมประจำวันปฏิบัติอยู่ทำได้น้อยลง ผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านจิตใจ เกิดความวิตกกังวล กลัวโรคจะกลับเป็นซ้ำ ไม่หายขาด กลัวว่าจะมีชีวิตไม่ยืนยาว ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างมาก<sup>4,5,6</sup> ที่ผ่านมามีการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมุ่งเน้นการรักษาโรคโดยวิธีการผ่าตัดเต้านม การให้เคมีบำบัดและการใช้ฮอร์โมน เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดหายขาดจากโรค แต่ยังไม่ได้นับเรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยขณะทำการรักษาและหลังจากสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งการสูญเสียภาพลักษณ์หลังจากตัดเต้านมออก ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรค การมีชีวิตที่ยืนยาวเหมือนคนทั่วไปหรือไม่ และปัญหาครอบครัวจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วย

เป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่สำคัญ นอกจากให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคแล้ว สิ่งที่สำคัญ คือ การให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้ความรู้ในการดูแลตนเอง รู้จักป้องกันผลข้างเคียงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างเหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับสภาพเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด สามารถดูแลตนเองจากความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม<sup>7</sup> ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำเป็นต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองซึ่งแตกต่างกันตามระยะเวลาของการรักษามะเร็งเต้านม เช่น ระยะวินิจฉัยโรค, ระยะหลังผ่าตัด, ระยะหลังรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดหรือฉายรังสี และระยะฟื้นฟูเมื่อสิ้นสุดการรักษา<sup>8</sup> รวมทั้งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากในระหว่างรักษา

และถือเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีประสิทธิภาพ<sup>9</sup>

ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและกระบวนการวินิจฉัยโรค โอกาสและทางเลือกในการรักษา การดำเนินโรค การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษา การดูแลหลังการรักษา การกลับเป็นซ้ำ และการเฝ้าระวังสุขภาพ ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลด้านการรักษาจากแพทย์และพยาบาลมากที่สุด และพบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งมีความสำคัญอย่างมาก ในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ในกระบวนการต่างๆ ของการตรวจวินิจฉัย การรักษา การจัดการกับปัญหาทางด้านร่างกาย และอารมณ์ การฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย และสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ในระหว่างกระบวนการรักษา<sup>10</sup>

การใช้ระบบการพยาบาลให้ความรู้และสนับสนุนตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม (Orem)<sup>11</sup> โดยพยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยให้ความรู้ ให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาของภราดร และคณะ<sup>12</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัด โดยการสอน การชี้แนะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น รวมทั้งจากการศึกษาของมาศอุบล<sup>13</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยให้ความรู้จำเพาะต่ออาการไม่สบายจากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นจากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่ได้ครอบคลุมทุกระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่เมื่อได้รับ

การวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ช่วงให้ยาเคมีบำบัดและสิ้นสุดการรักษา ซึ่งแต่ละระยะมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

ดังนั้น ผู้วิจัยต้องการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโดยรับรู้เรื่องโรค เตรียมตัวก่อนผ่าตัด ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ระหว่างให้ยาเคมีบำบัดและระยะสิ้นสุดการรักษาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

### สมมุติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุนของโอเร็ม (Orem)<sup>11</sup> โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี ได้แก่ (1) การชี้แนะ โดยให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (2) การสนับสนุนโดยการแลกเปลี่ยน

เปลี่ยนเรียนรู้ พูด รับฟัง ให้กำลังใจและสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ (3) การสอนโดย การให้ความรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วย (4) การสร้างสิ่งแวดล้อมโดยการปรับสภาพแวดล้อมที่จำเป็น ทำให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จึงเกิดการตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการดูแลตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามที่จะดูแลตนเองคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองให้มีเสถียรภาพ ซึ่งแนวคิดนี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะแรกมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อให้ก้าวผ่านกระบวนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและครบถ้วน<sup>14</sup> และเข้าสู่ระยะการฟื้นฟูสภาพเพื่อการมีชีวิตที่มีคุณภาพต่อไป ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของโอเร็มมาประยุกต์ใช้เป็นพื้นฐานในการจัดทำโปรแกรมให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าวซึ่งนำมาใช้ก่อนและหลังผ่าตัด

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง (Two groups pretest – posttest design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มา รักษาและติดตามในห้องตรวจคัดลอกกรรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารักษาและติดตามในห้องตรวจคัดลอกกรรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง ระหว่างเดือน

กรกฎาคม 2562 ถึงกุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 50 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล 25 ราย จากการกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .08 และอาศัยค่าเฉลี่ยของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันมาคำนวณ โดยจากการศึกษาของ ของ Sharif และคณะ (2010)<sup>15</sup> ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตผู้ป่วย มะเร็งเต้านม กลุ่มทดลองมี  $M = 80.00$ ,  $SD = 17.90$  กลุ่มควบคุมมี  $M = 61.66$ ,  $SD = 21.88$  และใช้อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ประมาณ .80 ตามที่ได้ทบทวนวรรณกรรม ทำให้ได้ ตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน รวมตัวอย่างทั้งหมด 50 คน ซึ่ง Polit, & Beck (2004)<sup>16</sup> กล่าวไว้ว่า หากต้องการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาควรมีอย่างน้อย 30 คน และแต่ละกลุ่มมีจำนวนไม่น้อยกว่า 15 คน ซึ่งตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เพียงพอที่จะนำไปเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม โดยเป็นมะเร็งเต้านมระยะแรก ซึ่งได้แก่ มะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุ 25-60 ปี ยินดีเข้าร่วมโครงการและสามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดโครงการ

เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ให้เคมีบำบัดก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยปฏิเสธการให้เคมีบำบัด ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำของมะเร็งระหว่างศึกษาและผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาติดตามและให้การดูแลจนครบกระบวนการวิจัย

แล้วใช้วิธีการจับคู่รายบุคคล (Matched Subjects) ตามระดับคุณภาพชีวิต และระยะของโรค จากนั้นจะทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก เพื่อแยกเข้าสู่กลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

คือ โปรแกรมให้ข้อมูล สร้างตามกรอบแนวคิดระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้ และสนับสนุนของโอเร็ม (Orem) ซึ่งเป็นโปรแกรมให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ องค์ประกอบที่สำคัญ คือ ให้ผู้ป่วยรับรู้ลักษณะโรค การรักษา การปฏิบัติตัวขณะรักษาและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มรักษาจนสิ้นสุดการรักษา ซึ่งโปรแกรมใช้เวลาประมาณ 6 เดือน สื่อของโปรแกรม ประกอบด้วย

- แผ่นพับเรื่องมะเร็งเต้านม การดูแลหลังผ่าตัดเต้านม การบริหารแขนและไหล่หลังผ่าตัดและการเตรียมความพร้อมก่อนและขณะให้เคมีบำบัด

- วิดีทัศน์เรื่อง “การดูแลตนเองหลังผ่าตัดเต้านม” ใช้เวลาประมาณ 20 นาที เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติสนิทที่ดูแลเรื่องมะเร็งเต้านม การบริหารแขนและไหล่หลังผ่าตัดเต้านม การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเต้านม และ วิดีทัศน์เรื่องการดูแลตนเองขณะรับยาเคมีบำบัด

- ให้ความรู้ คำแนะนำและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการวางแผนดำเนินชีวิตเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญปัญหาต่างๆ ในการรักษาและการวางแผนชีวิตร่วมกับผู้ป่วยและญาติสนิทที่ดูแลผู้ป่วย

## 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ผู้ดูแล/ญาติ ระยะของโรคมะเร็งเต้านม ชนิดการผ่าตัดที่ได้รับและการรักษาเสริมหลังผ่าตัด ได้แก่ การให้เคมีบำบัด

2.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและได้รับเคมีบำบัดใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument: WHOQOL – BREF – THAI)<sup>17</sup> เป็นเครื่องมือที่ WHO ได้พัฒนามาจาก QOL ชุด 100 ตัวชี้วัด เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO ชุด 26 ตัวชี้วัดนี้จะแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 องค์ประกอบใหญ่ๆ ดังนี้ 1. ด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพทางกาย (Physical health) 2. ด้านเกี่ยวกับจิตใจ (Psychological) 3. ด้านที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationship) 4. ด้านที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (Environment)

เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI จะ มี ข้อ ต า ม ที่ มี ความหมายในเชิงบวก 23 ข้อ และข้อความที่มีความหมายเชิงลบ 3 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ผู้วิจัยได้แบ่งระดับคุณภาพชีวิตของตัวชี้วัดในแต่ละด้านและระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม จากพิสัยของคะแนนที่ได้จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL – BREF – THAI) โดยแบ่งคุณภาพชีวิตโดยรวมเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตไม่ดี 26 – 60 คะแนน คุณภาพชีวิตปานกลาง 61 – 95 คะแนน และคุณภาพชีวิตที่ดี 96 – 130 คะแนน



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ  
ชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 26  
ตัวชี้วัด (WHOQOL – BREF – THAI) ด้วยการ  
นำไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง 667 คน พบว่า  
มีค่าความเชื่อมั่น 0.8406 ค่าความตรง  
(Validity) 0.6515

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับ  
การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
ในคนของโรงพยาบาลตรัง โดยผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์  
ของกลุ่มตัวอย่างเก็บเป็นความลับ การนำเสนอ  
ข้อมูลไปเผยแพร่หรือไปอภิปราย จะนำเสนอใน  
ภาพรวมของผลการวิจัยภายหลังได้รับการลงนาม  
ยินยอม โดยผู้วิจัยได้จัดทำแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม  
และกลุ่มทดลอง ดังนี้

#### 1. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลใน กลุ่มควบคุม

1.1 หลังจากผู้ป่วยได้เข้าพบแพทย์  
ในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาผ่าตัดมะเร็ง  
เต้านม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและขอความ  
ร่วมมือในการตอบแบบสอบถามประเมินคุณภาพ  
ชีวิตก่อนการรักษาและผู้ป่วยจะได้รับการดูแล  
รักษาตามแนวทางการพยาบาลปกติ

1.2 หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษา  
ทั้งการผ่าตัดและให้เคมีบำบัดครบตามกำหนด 1  
เดือนในวันที่ผู้ป่วยมาติดตามพบแพทย์ ผู้วิจัยพบ  
กลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบ  
สอบถามประเมินคุณภาพชีวิตอีกครั้ง ภายหลัง  
การรักษาแจ้งผู้ป่วยถึงการสิ้นสุดการศึกษาในครั้งนี้

#### 2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลใน กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองจะพบผู้วิจัยตาม  
โปรแกรม 5 ครั้ง ตามรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่ม  
ตัวอย่างและผู้ดูแล ภายหลังจากแพทย์ให้การวินิจฉัย

ว่าเป็นมะเร็งเต้านมและวางแผนการรักษา  
โดยการผ่าตัดเต้านม ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูล  
ส่วนบุคคล ซึ่งแจ้งการตอบแบบสอบถามประเมิน  
คุณภาพชีวิตก่อนการรักษา เพื่อเก็บข้อมูลก่อน  
ได้รับการวิจัย จากนั้นแนะนำโปรแกรมให้ข้อมูล  
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม  
โดยให้ความรู้การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเต้านม  
แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยจัดให้ชมวีดิทัศน์เรื่อง  
มะเร็งเต้านม การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเต้านมและ  
การบริหารแขนและไหล่เพื่อป้องกันแขนบวม  
ไหล่ติด ให้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน รวมทั้ง  
ให้แผ่นพับเรื่องการดูแลปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด  
เต้านม หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม  
รับฟังปัญหาร่วมกับผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น  
และลดความกังวลก่อนเริ่มการรักษา

ครั้งที่ 2 วันที่แพทย์นัดมาตรวจ  
หลังผ่าตัดและแจ้งแนวทางการรักษาต่อ  
โดยเฉพาะการให้เคมีบำบัดประมาณ 3-4 เดือน  
หลังพบแพทย์ ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำให้การดูแล  
ตนเองหลังผ่าตัด สอบถามการปฏิบัติตัวที่เคย  
แนะนำไว้ การดูแลตนเองขณะให้ยาเคมีบำบัด  
โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และจัด  
ให้ชมวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวขณะได้รับยาเคมี  
บำบัด

ครั้งที่ 3 วันที่ผู้ป่วยมาให้ยาเคมี  
บำบัดครั้งที่ 2 ภายหลังจากได้ให้ยาเคมีบำบัดไปแล้ว  
1 ครั้ง ผู้วิจัยสอบถามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น  
หลังให้ยาเคมีบำบัด ให้ความรู้และการปฏิบัติตัว  
ในการแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 4 วันที่ให้ยาเคมีบำบัดครั้ง  
สุดท้าย ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความรู้ใน  
การปฏิบัติตัวหลังสิ้นสุดการให้ยาเคมีบำบัด  
ได้แก่ การดูแลตนเองในการเฝ้าระวังการกลับ  
เป็นซ้ำของโรคมะเร็งเต้านมภาวะแทรกซ้อนระยะ  
ยาว เช่น แขนบวมและไหล่ติด การปฏิบัติตัว  
ขณะอยู่ที่บ้านร่วมกับครอบครัว และการมา  
ติดตามต่อเนื่องตามแพทย์นัด

ครั้งที่ 5 1 เดือนหลังให้ยาเคมีบำบัดครั้งสุดท้าย ในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังการทดลอง แจ้งผู้ป่วยถึงการสิ้นสุดการศึกษาในครั้งนี้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรคมะเร็งเต้านมและชนิดของการผ่าตัดนำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square test)

2. ใช้สถิติเชิงอนุมานสำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### 1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน ลักษณะกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรคและชนิดของการผ่าตัด พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุมากกว่า 50 ปี สถานภาพสมรสคู่ และอาชีพเกษตรกรกรรมสำหรับระยะของโรค ส่วนใหญ่เป็นระยะที่ 2 (ร้อยละ 88) ทั้ง 2 กลุ่ม และส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดแบบตัดเต้านม กลุ่มทดลอง ร้อยละ 88 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 84 (ตามตารางที่ 1)



**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ( $n_1 = 25, n_2 = 25$ )

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
กลุ่มอายุ	- < 40 ปี	3 (12)	2 (8)		0.683
	- 40-49 ปี	11 (44)	9 (36)		
	- 50-60 ปี	11 (44)	14 (56)		
สถานภาพสมรส	- โสด	3 (12)	1 (4)		0.545
	- คู่	19 (76)	20 (80)		
	- หย่า, ม่าย, แยก	3 (12)	4 (16)		
อาชีพ	- เกษตรกรรม	10 (40)	14 (56)		0.483
	- ค้าขาย	5 (20)	6 (24)		
	- รับจ้าง, งานบ้าน	6 (24)	3 (12)		
	- รับราชการ, งานบริษัท	4 (16)	2 (8)		
ระดับการศึกษา	- ประถมศึกษา	13 (52)	9 (36)		0.507
	- มัธยมศึกษา	8 (32)	10 (40)		
	- ปริญญาตรี, โท	4 (16)	6 (24)		
รายได้	- ต่ำกว่า 10,000 บาท	9 (36)	10 (40)		0.819
	- 10,000-20,000 บาท	8 (32)	9 (36)		
	- มากกว่า 20,000 บาท	8 (32)	6 (24)		
ระยะของโรค	- ระยะที่ 1	3 (12)	3 (12)		1.000
	- ระยะที่ 2	22 (88)	22 (88)		
ชนิดการผ่าตัด	- เก็บเต้านม	3 (12)	4 (16)		0.683
	- ตัดเต้านม	22 (88)	21 (84)		

**2. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตแต่ละด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง**

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเท่ากับ 80.24 (S.D.=14.84) และหลังการทดลองเท่ากับ 81.60 (S.D.=15.8) ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต

โดยรวมของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 82.52 (S.D.=11.93) และหลังการทดลองเท่ากับ 94.96 (S.D.=11.13) ซึ่งทั้งหมดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ตามการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งอยู่ในช่วง 61-95 คะแนน (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแต่ละด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	mean	(S.D.)	mean	(S.D.)	mean	(S.D.)	mean	(S.D.)
ด้านสุขภาพทางกาย	20.92	3.56	24.36	3.76	21.04	4.92	20.96	4.89
ด้านสุขภาพทางจิตใจ	20.24	3.42	23.64	3.44	20.24	4.59	19.52	4.72
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.80	1.89	10.28	2.05	9.28	1.88	9.68	2.34
ด้านสิ่งแวดล้อม	25.40	3.80	29.28	3.75	22.56	3.89	24.76	4.36
ผลรวมคุณภาพชีวิตทุกด้าน	82.52	11.93	94.96	11.13	80.24	14.84	81.60	15.80

### 3. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมของ

กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตามตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง ( $n_1 = 25$ ,  $n_2 = 25$ )

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มทดลอง		Mean difference (95 % CI)	t-value	p-value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง				
	mean	(S.D.)	mean	(S.D.)			
ด้านสุขภาพทางกาย	20.92	3.56	24.36	3.76	3.44 (5.47 ถึง 1.40)	3.49	0.002
ด้านสุขภาพทางจิตใจ	20.24	3.42	23.64	3.44	3.40 (5.11 ถึง 1.69)	4.10	<0.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.80	1.89	10.28	2.05	1.24 (1.72 ถึง 0.76)	0.80	0.434
ด้านสิ่งแวดล้อม	25.40	3.80	29.28	3.75	3.88 (5.91 ถึง 1.85)	3.94	0.001
ผลรวมคุณภาพชีวิตทุกด้าน	82.52	11.93	94.96	11.13	12.71 (19.00 ถึง 5.88)	3.91	0.001

**4. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง**

พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย

ด้านสุขภาพทางจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตามตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ( $n_1 = 25, n_2 = 25$ )

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลองหลังการทดลอง		กลุ่มควบคุมหลังการทดลอง		Mean difference ( 95 % CI)	t-value	p-value
	mean	(S.D.)	mean	(S.D.)			
ด้านสุขภาพทางกาย	24.36	3.76	20.96	4.89	3.40 (5.88 ถึง 0.92)	2.76	0.008
ด้านสุขภาพทางจิตใจ	23.64	3.44	19.52	4.72	4.12 (6.47 ถึง 1.77)	3.53	0.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.28	2.05	9.68	2.34	1.25 (1.85 ถึง 0.65)	0.96	0.340
ด้านสิ่งแวดล้อม	29.28	3.75	24.76	4.36	4.52 (6.83 ถึง 2.21)	3.93	<0.001
ผลรวมคุณภาพชีวิตทุกด้าน	94.96	11.13	81.60	15.80	13.42 (21.20 ถึง 5.60)	3.47	0.001

**การอภิปรายผล**

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าอยู่ระดับปานกลาง (61-95 คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภูรินทร์ มาลารัตน์และณัฏฐร ทิพย์รัตน์เสถียร<sup>18</sup> รายงานผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ WHOQOL-BREF-THAI เหมือนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง แสดงว่าถึงแม้ผู้ป่วยมะเร็ง

เต้านมหลังผ่าตัดจะผ่านช่วงวิกฤตของการรักษาด้วยการผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัดแล้ว แต่ยังมี ความหวาดกลัวต่อสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในวันข้างหน้า กลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคหรือกลัวภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะยาว ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม และจากการที่มีการประยุกต์โดยการนำแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม มาใช้กับกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลด้วยกระบวนการสนับสนุน และให้ความรู้ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดแรงจูงใจที่

จะปฏิบัติกิจกรรมตามคำแนะนำ โดยผ่านการชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงต้านทานที่ได้รับจากการผ่าตัดเต้านมมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอำภพร และคณะ<sup>19</sup> ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากสมมติฐานการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดรวมทั้งช่วงให้ยาเคมีบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตรงกับกรรายงานของ Sharif et al<sup>15</sup> ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2 จำนวน 99 คน โดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทุกอาทิตย์ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการศึกษาหลายรายงานที่ผ่านมามีผลเช่นเดียวกัน<sup>20,21</sup> เนื่องจากโปรแกรมการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการดูแลตัวเองหลังผ่าตัด การให้ความรู้คำแนะนำหลังผ่าตัด ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แขนบวม ไหล่ติด รวมทั้งการเตรียมตัวก่อนให้ยาเคมีบำบัด เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย การให้คำแนะนำขณะให้ยาเคมีบำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นขณะให้ยาเคมีบำบัด<sup>22</sup> และการให้ความรู้หลังสิ้นสุดการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ลดความกังวลในการที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคและอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข

ผลการวิจัยนี้เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย ทางจิตใจ และสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังผ่าตัดเต้านมผู้ป่วยอาจมีปัญหาเรื่องอาการปวดแขน รวมทั้งแขนบวม ไหล่ติด การให้ความรู้ก่อนและหลังผ่าตัด การบริหารแขนและไหล่อย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยที่สำคัญ คือ ความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ เช่น การผ่าตัดเอาเต้านมออก ต้องสูญเสียภาพลักษณ์ของผู้หญิง กลัวโรคมะเร็งไม่หายขาด และความกังวลในเรื่องการดูแลของสมาชิกในครอบครัว จากการรายงานของ Park ปี 2012<sup>23</sup> ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 48 คนโดยใช้โปรแกรมให้ความรู้เน้นด้านจิตใจและอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเรื่องด้านสิ่งแวดล้อม การแนะนำให้กำลังใจถึงโอกาสหายขาดจากโรค ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงในชีวิต การแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านร่วมกับครอบครัวผู้ดูแลทั้งการกินอาหาร การพักผ่อนและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้วิธีทัศนพร้อมทั้งให้คู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การบริหารแขนและไหล่ป้องกันแขนบวมและไหล่ติด เป็นการส่งเสริมความสามารถทางปัญญาให้กับผู้ป่วย ทำให้เกิดความมั่นใจและมุ่งมั่นในการเข้ารับการรักษา ซึ่งทำให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้<sup>24</sup> การให้ข้อมูลความรู้นอกจากแก่ผู้ป่วยแล้วต้องให้ความรู้กับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นคง

ทางจิตใจมากขึ้นจะเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษา ผลของรูปแบบการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต่อการดูแลของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม<sup>25</sup>

สรุปได้ว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย การให้ความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การบริหารแขนและไหล่ การดูแลตนเองขณะให้ยาเคมีบำบัด รวมทั้งการให้กำลังใจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองวางแผนการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำไปประกอบการให้ความรู้มาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัดร่วมด้วย เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องและเหมาะสมในโรคมะเร็งแต่ละชนิด เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยมะเร็งและเป็นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์

2. ด้านการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้แยกกลุ่มตัวอย่างตามชนิดการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดแบบตัดเต้านมออกและการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม ซึ่งอาจมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน จึงควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แยกกันในกลุ่มที่ผ่าตัดแบบตัดเต้านมออก และผ่าตัดแบบสงวนเต้านม เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยมีทางเลือกวิธีการผ่าตัดให้เหมาะสมกับตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม สำเร็จลงได้ด้วย

ความกรุณาจากหลายท่านที่ได้อนุเคราะห์ให้ความช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์ไพจิตร พุทธรอด อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครัง ที่ให้คำแนะนำ ชี้แนะ ส่งผลให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณสภากายวิภาคศาสตร์ที่ช่วยให้คำปรึกษาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องตรวจสรีระกรรมที่มีส่วนช่วยเหลือในงานวิจัยครั้งนี้และขอขอบคุณผู้ป่วยทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Ferlay J and Soerjomataram I. Global cancer statistics 2018; GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancer in 185 Countries. *Cancer J Clin* 2018; 68: 394-424.
2. กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2560. (Hospital-Based Cancer Registry 2017). กรุงเทพมหานคร: พรทรัพย์การพิมพ์; 2561.
3. Sirilertrabul S and Fatanatharathorn V. Quality of life :psychological aspect In: Ratanatharathorn V, editor. *Textbook of medical oncology*. Bangkok: Holistic Publishing; 1995.
4. Cheng K, Wong W and Koh C. Unmet needs mediate the relationship between symptoms and quality of life in breast cancer survivors. *Supportive care in cancer*. 2016; 24: 2025-2033.
5. Stagl J, Bouchard L and Lecher S. Long-term psychological benefits of cognitive behavioral stress management

- for women with breast cancer. *Cancer* 2015; 11: 1873-1881.
6. โสภิต ก่อพูนศิลป์ และทิพาพร พงษ์เมษา. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านมในช่วงการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สูตร Fluouracil, Doxorubicin และ Cyclophosphamide. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 2560; 35(4): 373-384.
  7. Rhodes W and Hanson B. Patients' descriptions of the influence of tiredness and weakness on self-care abilities. *Cancer Nursing*. 1988; 11: 186-194.
  8. Holsin CN and Haber J. Adjusting to breast cancer. *Am J Nurs*. 2000; 100(4): 26-32.
  9. Anderson H and Espinosd E. Evaluation of the chemotherapy patient monitor. An interactive tool for facilitating communication between patients and oncologists during the cancer consultation. *European Journal of cancer care*. 2001; 10(2): 115-123.
  10. Puts MTE, Papoutsis A and Tourangeau AE. A systemic review of unmet needs of newly diagnosed older cancer patients undergoing active cancer treatment. *Support care cancer*. 2012; 20(7): 1379-94.
  11. Orem D.E. *Nursing: Concepts of practice* (6<sup>th</sup> ed.) St Louis, MO: Mosby; 2001.
  12. ภราดร ล้อธรรมมา, ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช, อุดมลักษณ์ เจนพานิชย์ และปกรณ์ ประจัญบาน. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง  
นมหลังได้รับการผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 2558; 9(1): 172-180.
  13. มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (วิทยานิพนธ์ พยม). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
  14. สมจิตร หนูเจริญกุล. การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรีนติ้ง; 2544.
  15. Sharif F, Abshorshori N and Tahmasebis S. The effect of peer-led education on the life quality of mastectomy patients referred to breast cancer - clinics in shiraz. *Health and Quality of life outcome*. 2009; 8 (1): 74-80.
  16. Polit D.F. and Beck, C.T. *Nursing research: Principles and Methods*. 7<sup>th</sup> Edition, Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia; 2004.
  17. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจิริงกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. *โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*; 2540.
  18. ภูมิรินทร์ มาลารัตน์ และณัฏฐา ทิพย์รัตน์ เสถียร. คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*. 2551; 52(3): 205-216.
  19. อัมภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภัคดี วงศ์. ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและการจัดการกับอาการแสดงทางระบบทางเดินอาหารภายหลังการได้รับ

- โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2556; 31(1): 62-69.
20. Siekkinen M, Pyrhonen S and Ryhanen A. Psychosocial outcomes of e-feedback of radiotherapy for breast cancer patients. *Psycho-oncology*.2015; 24(5): 515-522.
21. Meneses K, Meness P, Azuero A and Loerzel V. Preliminary evaluation of psychoeducational support interventions on quality of life in rural breast cancer survivors post – primary treatment. *CancerNursing*. 2009; 32 (5): 38-397.
22. Bowman KF, Rose JH and Radziewiczq RM. Family caregiver engagement in a coping and communication support intervention tailored to advanced cancer patients and families. *Cancer Nursing*. 2009; 32 (1): 73-81.
23. Park JH, Bae SH, Jung YS and Kim KS. Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psychoeducational support program a pilot study. *Cancer Nursing*. 2012; 35(1): 34-41.
24. Heth K. Abbreviated instrument to measure hope : development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs*. 1992; 17: 1251-9.
25. ชมนาด วรณพรศิริ, อรวรรณ รัตนจำรูญ และมลิวลัย ตระกูลทิพย์. ผลของรูปแบบการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต่อการดูแลของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 2552; 8(2): 19-29.



การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี : กรณีศึกษา  
หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

Development for Model the Care Person with renal disease stage 4 and 5 of Case  
Management: Case study of the ward at Chiangyuen Hospital,  
Maha Sarakham Province

สิริวิภา โจนรัตน์นางกุล<sup>1</sup>, โชติมณี เรืองกลิ่น<sup>2</sup>  
Siriwipa Rojanaratnangkul<sup>1</sup>, Chotmanee Ruangklin<sup>2</sup>

บทคัดย่อ

อำเภอเชียงใหม่มีผู้ป่วยโรคไตวายเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ปี 2559 - 2561 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตวาย 149, 192 และ 201 ราย ตามลำดับ ปัญหาของการดูแลผู้ป่วย พบว่า รูปแบบการดูแลไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยต้องมานอนรักษาภายใน 28 วัน ด้วยภาวะน้ำเกิน ปี 2559 - 2561 จำนวน 3, 7 และ 8 ราย ตามลำดับ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี

**วิธีการวิจัย:** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 การทดลองนำรูปแบบไปใช้ ระยะที่ 4 ประเมินผลการพัฒนา รูปแบบ คัดเลือกกลุ่มผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจง จำนวน 50 คน ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน และผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ศึกษาประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกจำนวนวันนอน แบบบันทึกค่าใช้จ่าย การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพ โดยมีค่าความเที่ยงที่ 0.97, 0.813 และ 0.879 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา การเปรียบเทียบความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ก่อนและหลังการพัฒนาใช้สถิติ Pair T test การเปรียบเทียบความพึงพอใจสำหรับพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนาใช้สถิติ Wilcoxon signed Ranks Test

**ผลการวิจัย:** ระยะที่ 1 จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง ยังมีข้อผิดพลาดการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ และยังไม่มีการจัดการปัญหาาร่วมกัน ระยะที่ 2 มีการจัดทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี และจัดทำแนวทางการดูแลแบบ Hospital Case Management มีพยาบาลวิชาชีพเป็น Manager ปฏิบัติร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อนำไปให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน

<sup>1,2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงใหม่



10 คน ทดลองใช้ พบว่า ทุกคนสามารถปฏิบัติตามแนวการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณีได้ ระยะที่ 3 เมื่อนำรูปแบบการดูแลไปทดลองใช้กับผู้ป่วย จำนวน 30 คน พบว่า จำนวนวันนอนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้รูปแบบแตกต่างกัน โดยมีการลดลงของวันนอน การกลับมา รักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี แตกต่างกัน และการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี จากค่าเฉลี่ยก่อนและหลังต่ำลง สามารถลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้จริง ระยะที่ 4 การประเมินการพัฒนาารูปแบบ พบว่า พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นต่อรูปแบบการจัดการ รายกรณีก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ระดับ .05

**สรุป:** ผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี ครั้งนี้เพื่อได้รูปแบบการดูแลที่ชัดเจนและ มีแนวทางในการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม

**คำสำคัญ:** การพัฒนาารูปแบบ,การจัดการรายกรณี,ผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5

### Abstract

In Chiang Yuen District, the number of kidney disease patients is increasing continuously. In 2016-2018, there were 149, 192 and 201 kidney disease patients respectively. The problem of caring for the patients showed that the care model was not concrete. Causing the patients to come to readmit within 28 days with over-water conditions in the years 2016-2018, in the amount of 3,7 and 8, respectively.

**Objective:** To develop and study the outcomes of caring for patients with kidney disease stage 4 and 5 using case management.

**Research Methodology:** It is 4-stage action research, which is Phase 1, situation analysis, Phase 2, model development, Phase 3, experiments with model implementation, Phase 4, evaluation of model development. Purposive sampling 50 subjects consisting of 3 groups which were 10 multidisciplinary teams, 10 Registered nurses and 30 patients from stage 4 and 5 of renal disease. Group discussion guidelines Record form of the number of days to readmit the expense record, return within 28 days and satisfaction questionnaire for patients with renal disease stages 4 and 5 for the multidisciplinary team. And registered nurses with reliability at 0.97, 0.813 and 0.879, general data were analyzed using descriptive statistics. The satisfaction comparison for patients with renal disease stages 4 and 5 before and after the development was used by Pair T-test. The comparison of satisfaction for nurses and multidisciplinary teams before and after the development was done using the Wilcoxon signed Ranks Test.

**Results:** Phase 1 from the analysis of the situation of care for patients with renal disease stages 4 and 5, it was found that the practice of nursing care was not continuous. There are still errors in coordination with multidisciplinary professions. And still do not have joint solution activities. Phase 2 There is a team to develop a model for the treatment of renal disease patients stage 4 and 5 using case management. And establishing guidelines for hospital case management and registered nurses as a manager, working with a multidisciplinary team when taken to registered nurses 10 persons, found that everyone can follow the guidelines for the treatment of renal disease patients stage 4 and 5 using case management. Phase 3, when the care model was used with 30 patients, found That the number of days of a readmits of the sample before and after using different formats with a decrease in readmit days within 28 days of the sample before and after using different case management models and care of patients with renal disease stage 4 and 5 using case management. From the lower average before and after, it can actually reduce the cost of hospital inpatient care. Phase 4 Evaluation of the development of the model shows that registered nurses and patients with renal disease stages 4 and 5 are satisfied. The level of satisfaction towards the case management model

before and after using the care model for patients with renal disease stages 4 and 5 was significantly different at the level of .05

**Conclusion:** The outcome of the development of a model of care for patients with renal disease stage 4 and 5 using this case-management to obtain a clear care model and concrete guidelines for working with multidisciplinary bodies

**Keyword:** Development case management model the renal failure disease patients with stage 4 and 5.

## บทนำ

ปัจจุบันการปฏิรูประบบบริการสุขภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพสามารถตอบสนองความจำเป็นที่ดีที่สุด<sup>1</sup> องค์กรจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลโดยมีรูปแบบของการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งรูปแบบการจัดการรายกรณี (Case management) นับเป็นการจัดบริการสุขภาพรูปแบบหนึ่ง เพื่อพัฒนาการดูแลให้มีคุณภาพลดการทำงานแบบแยกส่วนช่วยให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ<sup>2</sup> โดยมีเป้าหมายให้คุณภาพการดูแลสูงขึ้น และมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม มุ่งเน้นผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดภายใต้การร่วมมือของทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้กำหนดแผนการดูแลร่วมกัน โดยใช้แผนการดูแล (Clinical pathway) โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ทำหน้าที่ประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย<sup>3</sup> เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ คือ การดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ มีระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เหมาะสม และลดค่าใช้จ่ายในองค์กร<sup>4</sup> ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน ในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะที่ 4, 5 ที่เน้นหนักการดูแลเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำ

โรงพยาบาลเชียงยืน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล ให้การดูแลรักษา ส่งเสริม พึ่งพา ซึ่งจากการดำเนินงานพบว่า โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่นับวันจะเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติของโรงพยาบาลเชียงยืนในปี พ.ศ. 2559, 2560 และ 2561 มีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจำนวน 149, 192 และ 201 ราย ตามลำดับ และยิ่งพบว่าเป็นกลุ่มโรคที่เข้ารับการรักษาจำนวนมากเป็น 1 ใน 5 อันดับโรคแรกของ

หอบผู้ป่วยใน พบผู้ป่วยต้องมานอนรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยภาวะน้ำเกิน ปี 2559, 2560 และ 2561 จำนวน 3, 7 และ 8 ราย ตามลำดับ<sup>5</sup> ซึ่งจากการทบทวนเวชระเบียน 51 ฉบับ พบว่าขาดการประสานงานความร่วมมือทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผลกระทบต่อโรงพยาบาล คือ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่มากขึ้นซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณีโรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ภายหลังจากใช้การจัดการรายกรณี โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

## วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart<sup>6</sup> ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขอบเขตพื้นที่ ดำเนินการศึกษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม
2. ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาประกอบด้วย

2.1 กลุ่มสนทนากลุ่มสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 จำนวน 10 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

2.2 กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็น ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 จำนวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 จำนวน 10 คน

2.3 กลุ่มเป้าหมายหลักในการศึกษา และทดลองปฏิบัติการ ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 10 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 จำนวน 10 คน

2.4 กลุ่มเป้าหมายรองในการทดลองปฏิบัติ คือ ผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน จำนวน 30 คน ที่ได้รับความยินยอมจากญาติในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน โดยเลือกแบบแบบเจาะจง

3. ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย แบ่งเป็นระยะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ 4 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5

1.1 สนทนากลุ่ม ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 เพื่อทราบปัญหาอุปสรรค ความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ที่เหมาะสมกับปัญหา

1.2 สอบถามความพึงพอใจและความต้องการพัฒนารูปแบบพยาบาลวิชาชีพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 20 คน และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 จำนวน 30 คน เพื่อทราบ

ความต้องการในการพัฒนาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5

1.3 วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ต่อผู้เกี่ยวข้อง และระดมสมองวางแผนแก้ไขปัญหาลักษณะ และร่วมกันศึกษารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เหมาะสม

**ระยะที่ 2** ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 มีขั้นตอนดังนี้

2.1 สร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวน 10 คน

2.2 ประชุมระดมความคิดเห็น เพื่อจัดทำร่างแนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 สหสาขาวิชาชีพที่เข้าร่วมประชุม จำนวน 10 คน ใช้ระยะเวลา 1 วัน

2.3 การตรวจสอบคุณภาพร่างแนวทางพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณีจากผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาของความถูกต้องของแนวการดูแล จำนวน 3 คน

2.4 การปรับปรุงแก้ไขร่างแนวทางพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี ให้มีความถูกต้องตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำ ได้แก่ แนวทางการดูแลแบบ Hospital Case Management แบบบันทึกจำนวนวันนอนแบบบันทึกค่าใช้จ่าย และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

2.5 ประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 วัน เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยมีผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย

สหสาขาวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ทราบ  
ขั้นตอน แนวทางการดูแล

2.6 ทดลองใช้เบื้องต้น นำแนว  
ทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5  
โดยใช้การจัดการรายกรณี จำนวน 30 คน  
ระหว่างวันที่ 8 มกราคม ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2562

2.7 สนทนากลุ่มโดยทีมสห  
สาขาวิชาชีพ เพื่อปรับปรุง รูปแบบ และแผนการ  
ดูแล (clinical pathway) ที่สร้างโดยทีมสหสาขา  
วิชาชีพ

**ระยะที่ 3** ระยะทดลองใช้รูปแบบ  
การดูแลโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดย  
การจัดการรายกรณี

ภายหลังได้รับการรับรองจาก  
คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาล  
เชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย  
โรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยการจัดการราย  
กรณี จริงในหอผู้ป่วยใน และให้พยาบาลวิชาชีพ  
นำรูปแบบการจัดการรายกรณีไปใช้กับผู้ป่วย  
โรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ที่มารับการรักษา  
ในหอผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 8 มกราคม ถึง  
28 กุมภาพันธ์ 2562 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของ  
การวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล  
พร้อมชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและ  
ผู้ใช้แนวทางการดูแลฯ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ  
จำนวน 10 คน ชี้แจงขั้นตอนและวิธีการในการใช้  
แนวทางการดูแลฯ กำหนดให้ผู้ใช้แนวทาง  
การดูแลทุกคนทดลองใช้แนวทางการดูแลฯ  
ที่พัฒนาขึ้น กับผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5  
จำนวน 30 คน

**ระยะที่ 4** ระยะประเมินผลการ  
พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4  
และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี รายละเอียด  
ดังนี้

ก. ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติของ  
พยาบาลแบบมีส่วนร่วม ในหอผู้ป่วยใน  
โรงพยาบาลเชียงใหม่

ข. ผู้วิจัยสอบถามความพึงพอใจ  
ของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ  
ที่ร่วมดูแลผู้ป่วย

ค. ผู้วิจัยสอบถามความพึงพอใจ  
สอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ  
เกี่ยวกับการดูแลการปฏิบัติงานของพยาบาลและ  
ทีมสหสาขาวิชาชีพ

ง. ทีมสหสาขาวิชาชีพและทีม  
พัฒนาร่วมกันสรุป อภิปรายผลเพื่อประเมินผล  
การดำเนินการและแนวความคิดเห็นในการใช้  
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5  
โดยใช้การจัดการรายกรณี

### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือ  
ที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม  
ที่เกี่ยวข้อง และงานวิจัยที่ผ่านมา ได้ผ่าน  
การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดย  
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย

1) แนวทางการสนทนากลุ่มระหว่าง  
ทีมสหสาขาวิชาชีพ

2) แบบบันทึกจำนวนวันนอน,  
แบบบันทึกค่าใช้จ่าย, การกลับมารักษาซ้ำภายใน  
28 วัน ซึ่งเป็นแบบตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อ  
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5  
สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ สำหรับพยาบาล  
วิชาชีพ และสำหรับผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อ  
แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรง  
ของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และม  
ีการทำค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบ  
สอบถามด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา  
( $\alpha$ -Coefficient) ของครอนบัก (Cronbach)  
แต่ละชุด เท่ากับ 0.813, 0.879 และ 0.87  
ตามลำดับ

## เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

- 1) คู่มือการใช้แผนการดูแล
- 2) โครงการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความพึงพอใจสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีใช้สถิติ Wilcoxon signed Ranks Test สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ใช้สถิติ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเชียงใหม่ เลขที่ 5/2562 ณ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2561 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างคณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับ รวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

## ผลการวิจัย

**ระยะที่ 1** จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาประเมินความต้องการ จำเป็นในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง การสนทนากลุ่มระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากการการสนทนากลุ่ม พบปัญหาอุปสรรค ดังนี้ 1) ด้านพื้นฐานการจัดการ อาทิ ขาดบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรง การทำงานเป็นทีมยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีโครงสร้างองค์กร และบทบาทที่ชัดเจนในการทำงาน ไม่มีการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ 2) ด้านกระบวนการดำเนินงาน อาทิ ไม่มีการบริหารจัดการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง ผู้ป่วยมีจำนวนมาก พยาบาลมีภาระงานมาก ไม่มีระบบการติดตามประเมินผลการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม 3) ด้านการมีส่วนร่วม อาทิ ผู้ป่วย และญาติยังไม่มีความเข้าใจในการตัดสินใจในการแก้ปัญหา ร่วมกับสหวิชาชีพ

**ระยะที่ 2** ระยะนี้ได้มีการนำผลการวิจัยระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และหาทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ดังนี้

2.1 มีทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน

2.2 ประชุมระดมความคิดเห็นและร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี จากนั้นนำไปให้ทีมสหวิชาชีพประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวทางการดูแลไปใช้ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.65 อยู่ในระดับมากที่สุด พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.62 อยู่ในระดับมากที่สุด หลังจากนั้นนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางการดูแลสำหรับการวิจัย จากนั้นทีมงานปรับปรุงแก้ไขแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จนได้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี



2.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี ได้ข้อสรุปดังนี้

1) การใช้รูปแบบและแนวทางการดูแล ต้องมีการทำควบคู่กันไปและนำไปใช้ได้จริงตามแบบ Hospital Case Management ประกอบด้วย

1.1) บทบาทของทีมการดูแล ซึ่งมีผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) คือพยาบาลวิชาชีพ ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลและนักกายภาพบำบัด ซึ่งแต่ละวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลแตกต่างกันตามที่ได้กำหนด

2) แบบแผนการดูแล (Clinical pathway) โดยมีกระบวนการดังนี้คือ

2.1) การคัดเลือกผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี โดยประกอบด้วย ผู้ป่วยผู้ใหญ่ เพศหญิงและชาย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยแพทย์ มีภาวะน้ำเกินและผู้ป่วยที่สามารถดูแลตัวเองได้หรือดูแลตัวเองไม่ได้ต้องมีผู้ดูแล

2.2) การประเมินผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินอาการ, ประเมินภาวะออกซิเจนในร่างกาย

2.3) การวางแผน กำหนดเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้แผนการดูแล ในการประสานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.4) การดำเนินการตามแผน พยาบาลที่ทำหน้าที่หัวหน้าเวรในเวรที่ผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 เข้ามานอนรับการรักษา ประเมินปัญหาและประสานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แผนการดูแลเป็นแนวทางในดูแลรักษาร่วมกัน

2.5) การประเมินผลเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ การกลับมาอนรักษาค้ำ

ภายใน 28 วัน, การเกิดภาวะน้ำเกินซ้ำภายใน 28 วัน

3) มาตรฐานการดูแลใช้ guideline สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เป็นแนวทางการรักษาโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 แผนการดูแลเพื่อประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาพยาบาล

4) การประเมินประสิทธิภาพของการดูแล คือ การประเมินจากอัตราการกลับมาอนรักษาค้ำ, จำนวนวันนอน, ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ, พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วย

5) การประสานงานการดูแลระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อความต่อเนื่องของการดูแล การประสานงานการดูแลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทำโดยพยาบาล ซึ่งได้รับการอบรมการดูแลตามรูปแบบการจัดการรายกรณี

6) ให้ลดขั้นตอนในการดูแลที่ยุงยากในการปฏิบัติงาน

7) ให้นำแนวการดูแลไปใช้จริงในหอผู้ป่วยเพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี

8) ให้มีระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบ 2 เดือน และประเมินผลหลังจากทดลองใช้

**ระยะที่ 3** การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี

ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี จำนวนผู้ป่วย 30 คน ผลการศึกษา พบว่า

1) จำนวนวันนอนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 พบว่ามีค่าลดลง โดยมีค่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 วัน (S.D. = 3.97) และ 3.87 วัน (S.D. = 3.52) ตามลำดับ



2) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 พบว่า มีค่าลดลง โดยมีค่า ร้อยละ 5.7 และ 3.5 สัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ตามลำดับ

3) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี พบค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลลดลง ร้อยละ 3.17 และ 3.13 ตามลำดับ

**ระยะที่ 4** ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี ดังรายละเอียดดังนี้

4.1 ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คน ที่ให้การดูแลตามรูปแบบการจัดการรายกรณีก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.005$ ) ซึ่งพบว่าหลังการใช้รูปแบบค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.65 อยู่ในระดับมากที่สุด (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.28) มากกว่าก่อนได้รับรูปแบบซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 อยู่ในระดับปานกลาง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.41) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ( $n = 10$  คน)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t	p-value
ก่อนพัฒนา	3.25	0.41	2.812	0.005*
หลังพัฒนา	4.65	0.28		

\*p - value < .05

4.2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ที่ดูแลตามรูปแบบการจัดการรายกรณี จำนวน 10 คน ก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.005$ ) ซึ่งพบว่าหลังการใช้รูปแบบค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.62 อยู่ในระดับมากที่สุด

(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.27) มากกว่าก่อนได้รับรูปแบบซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 อยู่ในระดับปานกลาง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.41) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ( $n = 20$  คน)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t	p-value
ก่อนพัฒนา	3.25	0.41	2.805	0.005*
หลังพัฒนา	4.62	0.27		

\*p - value < .05

4.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการรายกรณีแตกต่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = < 0.001$ ) โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 หลังการใช้รูปแบบการดูแลมี

ความพึงพอใจค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.28 อยู่ในระดับมาก (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.26) ซึ่งมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ก่อนได้รับการดูแลตามรูปแบบซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 อยู่ในระดับปานกลาง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.49) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 (n = 30 คน)

กลุ่มผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ย	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t	p-value
ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1	3.01	0.49	0.000	< 0.001*
ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2	4.28	0.26		

\*p - value < .05

4.4 การสังเกตการณ์การปฏิบัติของพยาบาลแบบมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลครอบคลุมกิจกรรมรูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 แบบ Hospital Case Management และมีการประสานงานกับสหวิชาชีพเข้ามาดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

4.5 จากการสนทนากลุ่มสหสาขาวิชาชีพและทีมพัฒนา พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าการปฏิบัติงานในการช่วยเหลือผู้ป่วยมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน อีกทั้งมีแนวทางในการทำงานที่เป็นรูปธรรมมาก สามารถลดขั้นตอนในการดูแลที่ยุ่งยากให้ง่ายต่อการปฏิบัติงานทำให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพ

#### อภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้การจัดการรายกรณี พบว่า

1. ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 การประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลแบบเดิมอยู่ในระดับปานกลาง การสนทนากลุ่มระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อนการพัฒนาพบปัญหาการดูแล คือ ทีมการดูแล มาตรฐานการดูแล การประเมินประสิทธิภาพ และการประสานการดูแลระหว่างทีมสุขภาพ นำมาสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี บอร์กและกอล<sup>7</sup> การสนทนากลุ่มวางแผนออกแบบรูปแบบการจัดการรายกรณีโดยการประสานเชื่อมโยงระหว่างทีมดูแล กำหนดบทบาทของทีมการดูแล และแบบแผนการดูแล ได้แก่ การคัดเลือกผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดำเนินการตามแผน และการประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการรายกรณีของโพเวลล์<sup>8</sup> รูปแบบการจัดการรายกรณีของโรงพยาบาลเชียงใหม่พบว่า มีความแตกต่างจากที่อื่น คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมสร้าง และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมดูแลเอง โดยได้จากการรวบรวมปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพได้สนทนากลุ่มเพื่อกำหนดแผนการดูแลที่จะนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 มีการทดลองใช้และนำมาปรับปรุงจึงได้รูปแบบการจัดการรายกรณี แบบบันทึกจำนวนวันนอน การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ของโรงพยาบาลเชียงใหม่ โดยสามารถพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ให้ได้ตามมาตรฐานนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยได้จริงและก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ จิราพร สิมากร<sup>9</sup>

2. ผลการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้น จำนวนวันนอนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี แตกต่างกันส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยลดลง จำนวนวันนอนในการพักรักษาในโรงพยาบาลน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ จิราภรณ์ ศรีไชย<sup>10</sup> ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากระยะเวลาในการป่วยไม่เท่ากัน สภาพแวดล้อม สิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ

3. การประเมินการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้น

1) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีจากรูปแบบการจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้น

มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวทางในการคัดเลือกผู้ป่วยที่ควรได้รับการจัดการรายกรณีอย่างชัดเจน ระบุแผนการดูแล แนวทางในการประเมินประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน สามารถกำกับติดตามการดูแลผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานให้เกิดความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาพยาบาลลดความซ้ำซ้อนของงาน เกิดความสะดวกและรวดเร็วในการบริการ<sup>2</sup> นอกจากนี้แล้วการเปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อ พบว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีสามารถระบุคุณสมบัติของผู้จัดการรายกรณี องค์กรประกอบของทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีการกำหนดบทบาทหน้าที่การประสานความร่วมมือ<sup>3</sup> เพื่อนำแนวทางในการคัดเลือกผู้ป่วยที่ควรได้รับการจัดการรายกรณี ใช้แผนการดูแลที่สามารถประเมินปัญหาวางแผนการพยาบาลได้ครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยนำแนวทางในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยที่มีมาตรฐานชัดเจน มีการประเมิน กำกับ ติดตามการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพโดยการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ

2) ความพึงพอใจในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการรายกรณีมีมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก ผลของกระบวนการจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ซึ่งเดิมไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน ขาดการเชื่อมโยงระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้อง

กลับเข้ามารับการรักษารักษาซ้ำ จึงทำให้เกิดการประเมินสุขภาพที่ทำโดยแพทย์และพยาบาล มีความครอบคลุมกับปัญหา ตอบสนองภาวะเจ็บป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เกิดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการ<sup>11</sup> การที่ความพึงพอใจในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 มากกว่าก่อนการพัฒนาในรูปแบบนั้น แสดงว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้นมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 แนวทางในการคัดเลือกผู้ป่วยที่ควรได้รับการจัดการรายกรณีอย่างชัดเจน ระบุแผนการดูแลผู้ป่วยแนวทางในการประเมินประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ไว้อย่างชัดเจน สามารถประเมินปัญหาได้อย่างครอบคลุม และสามารถใช้กำกับติดตามการดูแลผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานให้เกิดความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล ลดความซ้ำซ้อนของงานหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ก่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว<sup>2</sup> นอกจากนี้แล้วการเปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อ พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยรับการดูแลจากทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญ การประเมินสุขภาพที่ทำโดยแพทย์และพยาบาล ซึ่งทำให้มีความครอบคลุมปัญหาความต้องการสามารถตอบสนองความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทีมสุขภาพมีการประสานการดูแลที่ต่อเนื่องและประเมินผลโดยทีมสุขภาพช่วยส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคได้

### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ควรมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
2. ควรวิจัยต่อยอดเกี่ยวกับระยะเวลาการเป็นโรคไตวายระยะที่ 4 และ 5 ต่อการมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

### เอกสารอ้างอิง

1. จอม สุวรรณโณ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี. มหาวิทยาลัยบูรพา: วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทาลัยบูรพา 2541; 6(2) (เมษายน): 27- 32.
2. เรวดี สิรินคร. “Case Management” ใน ิตา นิงสานนท์ บรรณาธิการ 108 คำถาม HA. นนทบุรี: ปรมัตถ์การพิมพ์ 2548.
3. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. “Clinical Pathway/Care Map” ในจิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, สงวนสิน รัตน์เลิศ, และ เกรียงศักดิ์ ราชบริรักษ์. (บรรณาธิการ)Clinical Practice Guideline: การ จัด ทำ แล นำ ไป ใช้ . กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2543.
4. Zander. K. “Nursing Case Management: Strategic Management of Cost and Quality Outcomes.” Journal of Nursing Administration 1988; 18(5) (May): 23-30.
5. โรงพยาบาลเชียงใหม่.ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร. รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาล เชียงใหม่. เอกสารอัดสำเนา; 2561.
6. Kemmis, S. and R. McTaggart. The Action Research Planner. 3<sup>rd</sup>. ed. Victoria :Deakin University Press, 1988.

7. รุจโรจน์ แก้วอุไร “การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)” ม.ป.ท. ม.ป.ป.; 2553.
8. Powell, S.K. Advance Case Management Outcome and Beyond. Arizona: 2000. Lippincott Williams & Wilkins; 1997.
9. จิราพร สิมากร. ผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่ายจำนวนวันนอนความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา : กรณีศึกษาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
10. จิราภรณ์ ศรีไชย. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของสุขภาพค่าใช้จ่ายในการพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
11. Brown, M. Nursing Management Issues and Ideals: Health Care Management Review. Maryland: An Aspen; 1992.

การรับรู้สิทธิผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์  
Awareness of patient's right and accessibility of health care services with human  
dignity

ธนัชฐา ศุภวิชัย\*  
Thanitta Supavit\*

บทคัดย่อ

สิทธิการรักษาพยาบาลของบุคคลในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้ประชาชนมีสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาล 3 กองทุน คือ สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัญหาที่พบของผู้ที่มีสิทธิในกองทุนสุขภาพ คือ การไม่ได้ใช้สิทธิเนื่องจากขาดข้อมูลของการได้รับสิทธิ และไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการทางสาธารณสุข วัตถุประสงค์ของงานวิจัยครั้งนี้คือรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้สิทธิประโยชน์ในกองทุนสุขภาพ การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจของผู้มารับบริการทั้งสามกองทุน โดยศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ในกลุ่มผู้มารับบริการที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2563 ได้กลุ่มตัวอย่างตามสูตรคำนวณจำนวน 465 คน ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ มัชฐาน และสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า เป็นผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลของข้าราชการ 47 คน สิทธิประกันสังคม 84 คน และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 334 คน เป็นเพศชาย จำนวน 204 คน ร้อยละ 43.8 เพศหญิง จำนวน 261 คน ร้อยละ 56.2 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอัตราการรับรู้สิทธิในการคัดกรองโรคเรื้อรัง เบาหวาน มะเร็งเต้านมมากที่สุดจำนวน 210 คน ร้อยละ 62.8 การดูแลโรคไตเรื้อรังน้อยที่สุด จำนวน 155 คน ร้อยละ 46.4 ภาพรวมในแต่ละรายโรคไม่ถึง ร้อยละ 60 สิทธิประกันสังคมมีอัตราการรับรู้ในการได้รับค่าคลอดบุตรเหมาจ่ายสูงสุด จำนวน 55 คน ร้อยละ 65.4 รองลงมา คือ ได้รับค่าสงเคราะห์ทำศพ จำนวน 49 คน ร้อยละ 58.3 สิทธิด้านอื่นที่เกี่ยวกับสถานะผู้ประกันตนและการได้รับการชดเชยน้อยกว่า ร้อยละ 60 สิทธิข้าราชการเป็นกลุ่มที่มีอัตราการรับรู้สิทธิประโยชน์ของตนเองและครอบครัวด้านการเบิกจ่าย การรักษารายโรคมากกว่า ร้อยละ 70 แต่มีการรับรู้เรื่องการเบิกยานอกบัญชียาหลักเพียง จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.3 การประเมินการเข้าถึงและความพึงพอใจผู้มีสิทธิทั้งสามกองทุนประกันสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับ 8 และมีความเชื่อมั่นในคุณภาพของแพทย์พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ รวมถึงประสิทธิภาพของการรักษามากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แต่กลุ่มประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคมให้คะแนนการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มข้าราชการ ขณะที่กลุ่มข้าราชการประเมินการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจในระดับปานกลาง จากข้อมูลดังกล่าวปัญหาการรับรู้สิทธิประโยชน์ในกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคม

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น

และกลุ่มข้าราชการที่ขาดการรับรู้สิทธิการเบิกยานอกบัญชี สถานพยาบาลควรประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้มีสิทธิรับทราบสิทธิในแต่ละกองทุน จะทำให้ลดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนที่จะนำไปสู่การฟ้องร้องและร้องเรียน อันเนื่องมาจากปัญหาการให้บริการ และเพื่อให้ผู้ที่มีสิทธิในกองทุนสุขภาพได้รับประโยชน์สูงสุด

**คำสำคัญ:** หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ประกันสังคม, สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, การรับรู้สิทธิการรักษายาบาล, การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข



### Abstract

The decree of medical welfare defined health insurance including Universal health coverage (UC), Social security scheme (SSS), Civil servant medical benefit scheme (CSMBS). The health benefit perception, service accession and service satisfaction were the major problems among patients with all medical right schemes. A cross-sectional descriptive study was performed in out-patient department, Khon Kaen Hospital during January – February 2020. The sample size of patients with UC, SSS and CSMBS were calculated and recruited. Structural questionnaires were used to survey and data was analyzed using descriptive statistics. 465 patients were studied with 204 males (43.8 %) and 261 females (56.1 %). Results showed less than 60 % of UC and SSS were able to comprehend their all right under medical right scheme. Screening of non-communicable disease and cancer were 62.8 %, highest perception and chronic kidney disease was 46.4 %, lowest perception in UC. Maternity and child compensation was the most popular perception in SSS. Overall health perception in CSMBS was higher than 70 % except national list of essential medicine was 4.3 %. The service accession and service satisfaction in 3 groups were classified as good level with high believe in health professional team. The service accession and service satisfaction level score in patient hearing and believe in health professional team of UC and SSS was statistical significant higher than CSMBS. In conclusion, data presented that benefit health perception in UC and SSS were misunderstood in overall medical rights and health accession was statistical significant from CSMBS. An advertisement and public relations was important tool to increase relationship and reduce misunderstanding, complaints and lawsuit.

**Keywords:** Universal health coverage, Social security scheme, Civil servant medical benefit scheme, Medical right perception, Health accession

## บทนำ (Introduction)

จากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. 2545 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนด โดยเป็นผู้ที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชนที่ได้รับการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาล 3 กองทุน คือ สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยประกอบด้วยแพทย์และสมาชิกทีมสหวิชาชีพที่มีการทำงานมีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อการดูแลผู้ป่วยในองค์รวมและประเมินสถานการณ์การรักษาการปกป้องสิทธิผู้ป่วยมีความสำคัญต่อวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขเป็นอย่างมากสภาการพยาบาลได้ระบุสิทธิผู้รับบริการว่า จะต้องได้รับการดูแลสุขภาพตามสิทธิของทุกคนทั้งเรื่องการเงินศาสนา สิทธิ รวมถึงสิทธิที่จะเลือกหรือปฏิเสธการรักษา การลงนามยินยอม การรักษาความลับและคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2554 และยังสามารถกำหนดให้การปกป้องสิทธิผู้ป่วยเป็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโดยยึดหลักความมีเกียรติศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ความเท่าเทียมและความเอื้ออาทร<sup>1,2,3</sup>

แม้ว่าผู้รับบริการในแต่ละกองทุนสุขภาพมีการรับรู้สิทธิของตนเองในการรับบริการ ปัญหาที่พบคือการไม่ได้ใช้สิทธินั้นเนื่องจากขาดข้อมูลของการได้รับสิทธิ และยังมีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการทางสาธารณสุขด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของหน่วยบริการหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการประชาชน ส่งผลทำให้ประชาชนสูญเสียสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลรวมถึงการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขตามสิทธิของแต่ละกองทุน นครไทย

จิ้นสวัสดิ์<sup>4</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้สูงอายุ และมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อบุคคลมากที่สุด

อรทัย จันทวงศ์<sup>5</sup> ศึกษาเรื่องการรับรู้สิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคมของพนักงานสังกัดสำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพาและเปรียบเทียบปัญหาการรับรู้สิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคมของพนักงานพบว่าพนักงานสังกัดสำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพาส่วนใหญ่รับทราบถึงสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับกองทุนประกันสังคมจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านประกันสังคมของมหาวิทยาลัยบูรพามากที่สุด รองลงมาคือเพื่อนร่วมงาน ญาติพี่น้องและสื่อสิ่งพิมพ์เช่น คู่มือประกันตนตามลำดับในส่วนของช่องทางในการรับรู้สิทธิประโยชน์เกี่ยวกับกองทุนพบว่าพนักงานเลือกใช้ช่องทางโดยให้ความสำคัญด้านความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลมากที่สุด

ความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการรับรู้สิทธิและการเข้าถึงบริการอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในกระบวนการปกป้องสิทธิผู้ป่วยยังเป็นช่องว่างที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเติมเต็มความรู้ดังกล่าวและในบริบทของพื้นที่ภาคอีสานซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีประชากรมากกว่าภูมิภาคอื่นทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาการปกป้องสิทธิผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยใช้พื้นที่ของจังหวัดขอนแก่นในกลุ่มผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นผู้มารับบริการเหล่านี้ อาจจะไม่ทราบและไม่เข้าใจสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลของตนเองซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละกองทุน ทำให้เกิดปัญหาเรื่องการเรียกร้องการรักษาที่เกินสิทธิประโยชน์

เกิดความไม่พึงพอใจและมีข้อร้องเรียนต่อหน่วยบริการ อีกทั้งยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยบริการในกรณีที่ผู้รับบริการไม่ร่วมจ่ายแต่หน่วยบริการได้พิจารณาให้การรักษาไปแล้ว ตลอดจนในบางครั้งเกิดปัญหาความไม่เข้าใจระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเรื่องการรับรู้และทัศนคติของผู้ป่วยเพื่อนำไปพัฒนาระบบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปรับปรุงกระบวนการจัดการความรู้ การปกป้องสิทธิและการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของผู้ป่วยในแต่ละกองทุน ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการในหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

## วิธีการศึกษา (Methodology)

### (1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น โดยมีคุณลักษณะเป็นประชาชนผู้มารับบริการที่หน่วยผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่นที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีความเต็มใจและยินดีในการให้ข้อมูลการศึกษา อ่านหนังสือออกและเขียนได้ สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองได้และเป็นผู้มีสิทธิในกองทุนประกันสุขภาพ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ข้าราชการและข้าราชการองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

### (2) วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยใช้แบบสอบถาม

### การคำนวณตัวอย่างที่นำมาศึกษา

ใช้สูตรหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel WW<sup>6</sup> โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95 %

(ก) สูตรคำนวณ

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$  = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติ เท่ากับ 1.96

p = อัตราส่วนของผู้ที่มีสิทธิในกองทุนประกันสุขภาพที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น คือกลุ่มผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 72 ผู้ที่มีสิทธิประกันสังคมร้อยละ 18 ผู้ที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการร้อยละ 0.1

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.015

แทนค่าสูตร

proportion	กองทุนประกันสุขภาพ	n จากสูตร	20% drop out	n
0.72	หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	278	55.6	333.6
0.18	ประกันสังคมร้อยละ	70	14	84
0.1	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	39	7.8	46.8

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณที่กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.015 และระดับความเชื่อมั่น 95 % คำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้คือผู้ที่มีในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 334 คน สิทธิข้าราชการและข้าราชการองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 47 คน และสิทธิประกันสังคม 84 คน

(ข) การเก็บข้อมูลจะเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีตารางเลขสุ่ม ในกลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ขอนแก่นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแยกตามสิทธิ

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แยกกลุ่มตามสิทธิประโยชน์ในกองทุนสุขภาพ คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ข้าราชการและข้าราชการองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1) ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว สาเหตุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล

2) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องสิทธิหลักประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการแต่ละกองทุนด้านสิทธิประโยชน์และองค์กร

โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมด้านการรับรู้สิทธิประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แบบสอบถามการรับรู้เรื่องสิทธิกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นคำถามการรับรู้สิทธิประโยชน์ในการเข้ารับบริการเมื่อเจ็บป่วยในกรณีต่างๆ ประกอบด้วยอุบัติเหตุ โรคเรื้อรัง โรคไต โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง การส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพรวมถึงสิทธิการได้รับการด้วย

เครื่องมือและวินิจฉัยที่มีเทคโนโลยีขั้นสูงจำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบ 3 แบบ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่

แบบสอบถามการรับรู้เรื่องสิทธิกลุ่มประกันสังคม เป็นคำถามการรับรู้สิทธิประโยชน์ในการเข้ารับบริการเมื่อเจ็บป่วยในกรณีต่างๆ ประกอบด้วยอุบัติเหตุ การเข้ารับการรักษาพยาบาล สิทธิประโยชน์ในกรณีอุบัติเหตุ กรณีคลอดบุตร และกรณีเสียชีวิต รวมถึงการได้รับการชดเชยระหว่างการรักษาตัวตามการวินิจฉัยของแพทย์จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบ 3 แบบ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่

แบบสอบถามการรับรู้เรื่องสิทธิกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นคำถามการรับรู้สิทธิประโยชน์ในการเข้ารับบริการเมื่อเจ็บป่วยในกรณีต่างๆ ประกอบด้วยอุบัติเหตุ การเข้ารับการรักษาพยาบาล สิทธิประโยชน์ในกรณีอุบัติเหตุ กรณีคลอดบุตร และกรณีเสียชีวิต รวมถึงการได้รับการชดเชยระหว่างการรักษาตัวตามการวินิจฉัยของแพทย์จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบ 3 แบบ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่

เกณฑ์การแปลผลจะประเมินจากการตอบสิทธิประโยชน์ได้ถูกต้อง

3) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามให้ประเมินความคิดเห็นของผู้ที่มารับบริการต่อสิทธิประโยชน์ของตน ในแต่ละกองทุนประกันสุขภาพ รวมถึงการสังเกตในประเด็น การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขโดยใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจในการเข้ารับบริการใช้แนวคิดมาคุณภาพการบริการ โดยประเมินจากสภาพแวดล้อมสถานที่ ลักษณะการให้บริการ ความสะดวกคุณภาพของทีมีผู้ให้บริการและประสิทธิภาพใช้ เป็นแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นแบบประมาณค่าโดยกำหนดระดับคะแนน ตั้งแต่ 1 ถึง 10 คะแนน (1 คะแนน = การเข้าถึง

บริการ/ความพึงพอใจน้อยที่สุด, 10 = การเข้าถึงบริการ/ความพึงพอใจมากที่สุด)

ในการสร้างและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย มีการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์ โดยทดสอบกับนักวิชาการด้านสาธารณสุขของสำนักประกันสุขภาพ และหาความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

(ก)ค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) โดยการนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปปรึกษากับอาจารย์หรือผู้เชี่ยวชาญช่วยตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการศึกษา โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือนักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพ แล้ววิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Item Objective Congruence) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 มาใช้เป็นข้อคำถามในแบบสอบถามและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

(ข)ความน่าเชื่อถือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาไปทดสอบ (Pilot test) จำนวน 30 ชุด กับกลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่ม เพื่อตรวจสอบว่าคำถามสามารถสื่อความหมายตรงตามความต้องการ และมีความเหมาะสมหรือไม่ จากนั้นจึงนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2 โดยวิธี Kurder-Richardson 20: KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 ส่วนแบบสอบถามส่วนที่ 3 นำไปหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient;  $\alpha$ )<sup>7</sup> ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

### สถิติที่ใช้วิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนที่เป็นข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 ข้อมูลเรื่องการรับรู้สิทธิประโยชน์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลส่วนที่ 3 เรื่องการเข้าถึงบริการและความพึง

พอใจใช้สถิติความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบเปรียบเทียบรายคู่ระหว่าง กลุ่มหลักประกันถ้วนหน้ากับประกันสังคม, กลุ่มหลักประกันถ้วนหน้ากับสวัสดิการข้าราชการ และกลุ่มประกันสังคมกับสวัสดิการข้าราชการด้วย Kruskal-Wallis test เพราะข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ โดยเปรียบเทียบรายคู่ ใช้ Bonferronitest ที่ p-value < 0.05

## ผลการวิจัย (Result)

### 1.ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม กลุ่มผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 จำนวน 465 คน เป็นผู้ที่มีสิทธิในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 334 คน สิทธิข้าราชการและข้าราชการองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 47 คน และสิทธิประกันสังคมจำนวน 84 คน เป็นเพศหญิง 261 คน เพศชาย 204 คน ช่วงอายุตั้งแต่ 20 ปีถึง 90 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับประถมศึกษา จำนวน 177 คน ร้อยละ 53 ข้าราชการและข้าราชการองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นระดับอนุปริญญา จำนวน 15 คน ร้อยละ 31.9 และประกันสังคมระดับปริญญาตรี จำนวน 40 คน ร้อยละ 47.6 อาชีพหลักส่วนใหญ่กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาชีพเกษตรกร จำนวน 106 คน ร้อยละ 31.5 และประกันสังคมอาชีพพนักงานและทำงานโรงงาน จำนวน 60 คน ร้อยละ 71.4 มีรายได้ของครอบครัวกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 168 คน ร้อยละ 50.3 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ข้าราชการและข้าราชการองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นระดับอนุปริญญา จำนวน 30 คน ร้อยละ 63.8 และประกันสังคมระดับปริญญาตรี จำนวน 54 คน ร้อยละ 64.3 มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ผู้ตอบ

แบบสอบถามมีที่พักอยู่ในเทศบาลเมืองขอนแก่น  
จำนวน 279 คน ร้อยละ 60 และมีโรคประจำตัว  
จำนวน 326 คน ร้อยละ 70.1 (ดังแสดงใน  
ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานผู้มารับบริการในกองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน

คุณลักษณะทั่วไป	หลักประกัน		ข้าราชการและ	
	สุขภาพ ถ้วนหน้า (จำนวน, ร้อยละ) n=334	สิทธิประกันสังคม (จำนวน,ร้อยละ) n=84	ข้าราชการและ ข้าราชการองค์การ ปกครอง ส่วนท้องถิ่น (จำนวน,ร้อยละ) n=47	รวม (จำนวน, ร้อยละ) n=465
<b>เพศ</b>				
ชาย	139(41.62)	37 (44.05)	28 (59.58)	204(43.87)
หญิง	195(58.38)	47 (55.95)	19 (40.42)	261(56.13)
อายุ (mean/SD)	50(20- 90)	38 (21 - 56)	40 (26 - 88)	45(20 - 90)
<b>สถานภาพการสมรส</b>				
โสด	63 (18.87)	19 (22.62)	12 (25.53)	94 (20.22)
สมรส	200(59.88)	60 (71.43)	23 (48.94)	283(60.86)
หม้าย/หย่า/แยก	71 (21.25)	5 (5.95)	12 (25.53)	88 (18.92)
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	177(53.00)	3 (3.57)	7 (14.90)	187(40.22)
มัธยมศึกษาตอนต้น	66 (19.76)	7 (8.33)	0 (0)	73 (15.7)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	45 (13.47)	9 (10.71)	1 (2.13)	55 (11.83)
ปวส./อนุปริญญา	32 (9.58)	21 (25.0)	15 (31.91)	68 (14.62)
ปริญญาตรี	13 (3.89)	40 (47.62)	14 (29.79)	67 (14.41)
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (0.3)	4 (4.76)	10 (21.28)	15 (3.23)
<b>อาชีพหลัก</b>				
-เกษตรกร/ประมง/รับจ้าง	106(31.53)	9 (10.71)	0 (0)	115(24.73)
-ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	82 (24.62)	1 (1.19)	0 (0)	83 (17.85)
-ข้าราชการ/องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น	3 (0.9)	0 (0)	47 (100)	50 (10.75)
-พนักงาน/โรงงาน	43 (12.91)	60 (71.43)	0 (0)	103(22.15)
-นักเรียน/นักศึกษา	16 (4.8)	0 (0)	0 (0)	16 (3.44)
-ว่างงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	77 (23.12)	0 (0)	0 (0)	77 (16.56)
อื่นๆ..	7 (2.1)	14 (16.67)	0 (0)	21 (4.52)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานผู้มารับบริการในกองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน

คุณลักษณะทั่วไป	หลักประกัน		ข้าราชการและ	รวม (จำนวน, ร้อยละ) n=465
	สุขภาพ ถ้วนหน้า (จำนวน, ร้อยละ) n=334	สิทธิประกันสังคม (จำนวน,ร้อยละ) n=84	ข้าราชการองค์การ ปกครอง ส่วนท้องถิ่น (จำนวน,ร้อยละ) n=47	
<b>รายได้</b>				
<b>(1)รายได้ส่วนตัว</b>				
ไม่มีรายได้	66 (19.76)	1 (1.19)	0 (0)	67 (14.41)
น้อยกว่า10,000บาท/เดือน	159 (47.6)	11 (13.1)	9 (16.45)	179(38.49)
10,000บาท/เดือน	23 (6.89)	25 (29.76)	0 (0)	48 (10.32)
มากกว่า 10,000บาท/เดือน	86 (25.75)	47 (55.95)	38 (80.85)	171(36.77)
<b>(1)รายได้ครอบครัว</b>				
ไม่มีรายได้	37 (11.08)	6 (7.14)	0 (0)	43 (9.25)
น้อยกว่า 10,000บาท/เดือน	168 (50.3)	14 (16.67)	16 (34.04)	198(42.58)
10,000บาท/เดือน	33 (9.88)	10 (11.9)	1 (2.13)	44 (9.46)
มากกว่า 10,000บาท/เดือน	96 (28.74)	54 (64.29)	30 (63.83)	180(38.71)
<b>ที่พักอาศัย</b>				
เขตเทศบาลเมืองขอนแก่น	182(54.49)	67 (79.96)	30 (63.83)	279 (60.0)
อำเภอใน จ.ขอนแก่น	133(39.82)	17 (20.24)	11 (23.4)	161(34.62)
จังหวัดอื่น	19 (5.69)	0 (0)	6 (12.77)	25 (5.38)
<b>โรคประจำตัว</b>				
มี	227(67.96)	64 (76.19)	35 (74.47)	326(70.10)
ไม่มี	107(32.04)	20 (23.81)	12 (25.53)	139 (29.9)

## 2. การรับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ใน กองทุนหลักประกันสุขภาพ

### ผู้มีสิทธิในกองทุนหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า

ผู้ที่มีสิทธิในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอัตราการรับรู้ในสิทธิประโยชน์ในการได้รับการรักษาพยาบาลในแต่ละรายโรคไม่ถึง ร้อยละ 60 โดยรับรู้สิทธิในการคัดกรองโรคเรื้อรัง เบาหวาน มะเร็งเต้านมมากที่สุด จำนวน 210 คน ร้อยละ 62.8 และรับรู้สิทธิในการดูแล

โรคไตเรื้อรังน้อยที่สุด จำนวน 155 คน ร้อยละ 46.4 การรับรู้สิทธิด้านการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก จำนวน 204 คน ร้อยละ 61.1 การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 192 คน ร้อยละ 57.5 การรักษามะเร็ง จำนวน 173 คน ร้อยละ 51.8 และการใช้บริการแพทย์แผนไทย จำนวน 156 คน ร้อยละ 46.7 ตามลำดับ ในส่วนของการได้รับเงินช่วยเหลือมีการรับรู้สิทธิ จำนวน 166 คน ร้อยละ 49.7 และการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ



มีการรับรู้ จำนวน 178 คน ร้อยละ 53.4  
(ดังแสดงในตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	การรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์ (จำนวน,ร้อยละ), n=334			
	ตอบถูก	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1) สิทธิขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตามมาตรา 41 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพฯ	166 (49.7)	166 (49.7)	147 (44.01)	21 (6.29)
2) มีสิทธิรับบริการรักษาพยาบาลมะเร็งต่างๆ	173 (51.8)	173 (51.8)	150 (44.91)	11 (3.29)
3) มีสิทธิรับบริการดูแลรักษาพยาบาล ในผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์	192 (57.49)	192 (57.49)	135 (40.42)	7 (2.1)
4) มีสิทธิรับบริการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	155 (46.41)	155 (46.41)	155 (46.41)	24 (7.19)
5) มีสิทธิรับบริการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก เช่น การฝากครรภ์	204 (61.08)	204 (61.08)	127 (38.02)	3 (0.9)
6) ตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน มะเร็งเต้านม	210 (62.87)	210 (62.87)	120 (35.93)	4 (1.4)
7) มีสิทธิรับบริการแพทย์แผนไทย ยาแผนไทย เพื่อการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ	156 (46.71)	156 (46.71)	170 (50.9)	8 (2.4)
8) สิทธิรับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่ลงทะเบียน ท.74	17 (5.34)	178 (53.45)	147 (44.14)	8 (2.4)

### ผู้มีสิทธิในกองทุนประกันสังคม

ผู้มีสิทธิในกองทุนประกันสังคมมีอัตราการรับรู้ในสิทธิประโยชน์ในการได้รับการรักษาพยาบาลเรื่องการได้รับค่าคลอดบุตรเหมาจ่ายสูงสุด จำนวน 55 คน ร้อยละ 65.4 รองลงมาคือ ได้รับค่าสงเคราะห์ทำศพ จำนวน 49 คน ร้อยละ 58.3 และทราบสถานภาพการเป็นผู้ประกันตน จำนวน 43 คน ร้อยละ 51.2 เรื่องการได้รับการชดเชยระหว่างรักษาตัว การได้รับ

เงินสงเคราะห์หลังจากจ่ายเงินสมทบ 120 เดือน และมากกว่า 120 เดือน สิทธิประโยชน์ตามมาตรา 39 และ 40 ต่ำกว่าร้อยละ 50 และการรับรู้สิทธิที่น้อยที่สุดเป็นเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ได้รับชดเชยการจ่ายค่าห้องในการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของรัฐไม่เกิน 700 บาทต่อวัน จำนวน 3 คน ร้อยละ 3.5 (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้ที่มีสิทธิประกันสังคม

การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้ที่มีสิทธิประกันสังคม	การรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์ (จำนวน, ร้อยละ) n= 84			
	ตอบถูก	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1) ผู้ประกันตนคือลูกจ้างที่มีอายุ 15 - 60 ปี และอายุเกิน 60 ปีที่นายจ้างยังจ้างทำงาน	43 (51.19)	43 (51.19)	40 (47.62)	0 (0)
2) ผู้ประกันตนมาตรา 39 เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ที่ส่งเงินสมทบ >12 เดือนและออกจากงานไม่เกิน 6 เดือน	37 (44.05)	37 (44.05)	47 (55.95)	0 (0)
3) ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เป็นผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระไม่เป็นลูกจ้างในมาตรา 33 และมาตรา 39	36 (42.86)	36 (42.86)	46 (54.76)	2 (2.38)
4) มีสิทธิเบิกค่ารักษา ค่าห้อง ค่าอาหารไม่เกินวันละ 700 บาทในโรงพยาบาลของรัฐ	3 (3.57)	3 (3.57)	57 (67.86)	3 (3.57)
5) สิทธิการได้รับเงินทดแทนระหว่างหยุดรักษาตัวครั้งละ 90 วันและไม่เกิน 180 วันในหนึ่งปี	36 (42.86)	36 (42.86)	47 (55.95)	0 (0)
6) ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้รับเงินทดแทนระหว่างหยุดพักรักษาตัวได้ไม่เกิน 365 วัน	34 (40.48)	34 (40.48)	46 (54.76)	2 (2.38)
7) ได้รับค่าทำศพ 40,000 บาท และได้รับเงินสงเคราะห์	49 (58.33)	49 (58.33)	32 (38.1)	3 (3.57)
8) สิทธิของผู้ที่จ่ายเงินสมทบ 36 - 120 เดือนจะได้เงินสงเคราะห์ร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ย 4 เดือน	33 (39.29)	33 (39.29)	48 (57.14)	2 (2.38)
9) สิทธิผู้ที่จ่ายเงินสมทบเกิน 120 เดือนขึ้นไปจะได้เงินสงเคราะห์ร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ย 12 เดือน	33 (39.29)	33 (39.29)	47 (55.95)	3 (3.57)
10) ผู้ประกันตนหญิงจะได้ค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 13,000 บาท	55 (65.48)	55 (65.48)	21 (25)	8 (9.52)
11) ผู้ประกันตนชายที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับภรรยา มีสิทธิได้ค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 13,000 บาท	42 (50)	42 (50)	29 (34.52)	12 (14.29)

**ผู้มีสิทธิในกลุ่มข้าราชการและข้าราชการองค์กรส่วนท้องถิ่น**

ข้าราชการและข้าราชการองค์กรส่วนท้องถิ่นมีการรับรู้เรื่องการใช้สิทธิของตนเองและครอบครัว สถานพยาบาลที่มีสิทธิเข้ารับการรักษาทั้งในสภาวะปกติและกรณีฉุกเฉิน การใช้บัตรประชาชนในการเข้ารับการรักษาพยาบาลและการใช้สิทธิการเจ็บป่วยอุบัติเหตุจากรถในการชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้น มากกว่าร้อยละ 70 ส่วนการรับรู้เรื่อง การใช้นอกบัญชียาหลักจำนวน 30 คน ร้อยละ 63.8 การใช้ในบัญชี

ยาหลัก จำนวน 28 คน ร้อยละ 59.6 การใช้วัสดุการแพทย์ที่ไม่ได้ระบุในกรมบัญชีกลางต้องชำระเงินเอง จำนวน 24 คน ร้อยละ 51.1 การใช้สิทธิห้องพิเศษทุกราคาเบิกได้เต็ม จำนวน 21 คน ร้อยละ 44.7 การรับรู้ที่น้อยที่สุดคือการใช้ยานอกบัญชียาหลักบางรายการต้องให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเป็นผู้ลงนามและเจ็บป่วยฉุกเฉินเข้ารับบริการในสถานพยาบาลใกล้บ้านได้ แต่เมื่ออาการคงที่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.3 (ดังแสดงในตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้ที่มีสิทธิข้าราชการและข้าราชการองค์กรส่วนท้องถิ่น

การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของข้าราชการ ข้าราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์ (จำนวน,ร้อยละ), n= 47			
	ตอบถูก	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1) สิทธิรักษาพยาบาลใช้ได้เฉพาะสถานพยาบาลของรัฐยกเว้นกรณีฉุกเฉินวิกฤต	35 (74.47)	35 (74.47)	9 (19.15)	3 (6.39)
2) สิทธิรักษาพยาบาลใช้ได้กับ ตนเอง พ่อแม่ และบุตร	42 (89.36)	42 (89.36)	2 (4.26)	3 (4.59)
3) สิทธิรักษาพยาบาลใช้ได้เฉพาะกับสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้เท่านั้น	9 (19.15)	33 (70.21)	5 (10.64)	9 (19.15)
4) หลักฐานการแสดงตนเพื่อไปใช้สิทธิคือบัตรประจำตัวประชาชน	43 (91.49)	43 (91.49)	3 (6.38)	1 (2.13)
5) ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติทุกรายการสามารถใช้สิทธิเบิกค่ายาได้	34 (72.34)	34 (72.34)	12 (25.53)	1 (2.13)
6) ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติทุกรายการสามารถใช้สิทธิเบิกค่ายาได้	7 (14.9)	21 (44.68)	19 (40.43)	7 (14.9)
7) ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติบางรายการต้องมีค่ารับรองจากแพทย์จึงจะเบิกค่ายาได้	28 (59.57)	28 (59.57)	17 (36.17)	2 (4.26)
8) ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติบางรายการต้องมีค่ารับรองจากแพทย์จึงจะเบิกค่ายาได้	30 (63.83)	30 (63.83)	16 (34.04)	1 (2.13)

ตารางที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้ที่มีสิทธิข้าราชการและข้าราชการองค์กรส่วนท้องถิ่น

การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของข้าราชการ ข้าราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์ (จำนวน, ร้อยละ), n= 47			
	ตอบถูก	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
9) ผู้ลงนามในคำรับรองการใช้จ่ายนอกบัญชียาหลัก แห่งชาติคือแพทย์ทุกท่าน	2 (4.26)	31 (65.96)	14 (29.79)	2 (4.26)
10) การใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่เกี่ยวข้องกับ การรักษา ต้องชำระเงินเอง	30 (63.83)	30 (63.83)	12 (25.53)	5 (10.64)
11) เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้ารับบริการในสถานบาลของรัฐ และเอกชนใกล้บ้านได้จนถึงสิ้นสุดการรักษา	2 (4.26)	32 (68.09)	13 (27.66)	2 (4.26)
12) เข้าพักรักษาตัวในห้องพิเศษทุกราคาสามารถเบิก ค่าห้อง ค่าอาหารได้เต็มจำนวน	21 (44.68)	16 (34.04)	10 (21.28)	21 (44.68)
13) เจ็บป่วยเรื้อรังเบิกวัสดุการแพทย์ได้ตามที่ กรมบัญชีกลางกำหนด หากนอกเหนือจากรายการ ที่กำหนดต้องชำระเงินเอง	24 (51.06)	24 (51.06)	18 (38.3)	5 (10.64)
14) ส่วนเกินค่ารักษาพยาบาลสามารถขอความ อนุเคราะห์จากหน่วยงานต้นสังกัดได้	26 (55.32)	26 (55.32)	15 (31.91)	6 (12.77)
15) กรณีเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุจากรถ ใช้สิทธิ ข้าราชการในส่วนค่าเสียหายเบื้องต้นได้	14 (29.79)	24 (51.06)	9 (19.15)	14 (29.79)

### การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจ ในบริการด้านสาธารณสุข

การเข้าถึงการใช้บริการในสถานพยาบาลและความพึงพอใจต่อการบริการของผู้มีสิทธิทั้งสามกองทุนประกันสุขภาพ โดยกำหนดระดับคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 10 คะแนน โดยใช้ค่ากลาง (Median) พบว่า ผู้มาใช้บริการกลุ่มประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคมให้คะแนนการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจมากกว่าระดับ 7 ทุกข้อและข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือมีความเชื่อมั่นในคุณภาพของแพทย์พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ รวมถึงประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล ขณะที่กลุ่มข้าราชการให้คะแนนการเข้าถึงบริการโดยเฉลี่ยอยู่ที่ระดับ 7 และความพึงพอใจมีความเชื่อมั่นในคุณภาพของ

แพทย์ พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ รวมถึงประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลในระดับ 8

จากการเปรียบเทียบทางสถิติระหว่างทั้งสามกลุ่มโดยเปรียบเทียบรายคู่พบว่า กลุ่มผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเมินการเข้าถึงการใช้บริการและความพึงพอใจในความเชื่อมั่นคุณภาพของการรักษาพยาบาลของบุคลากรกลุ่มเจ้าหน้าที่อื่นๆ มากกว่ากลุ่มข้าราชการฯ และมีความพึงพอใจในการที่ผู้ให้บริการรับฟังข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติบอกเล่าเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากกว่ากลุ่มข้าราชการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยทุกกลุ่มมีคะแนนต่ำสุด คือ 0 และคะแนนสูงสุด คือ 10 (ดังแสดงในตารางที่ 5 และ 6)

ตารางที่ 5 การเข้าถึงการใช้บริการในสถานพยาบาลของผู้ที่อยู่ในกองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน

การเข้าถึงการให้บริการของสถานพยาบาล	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า median	ประกันสังคม median	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ median	p-value
1) สถานที่ สภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก	8	8	7	0.203
2) ได้รับบริการที่ทำให้ความเป็นมิตร ให้เกียรติผู้ป่วยและญาติ จากผู้ให้บริการ	8	8	7	0.113
3) ผู้ให้บริการรับฟังสิ่งที่ผู้ใช้บริการและญาติบอกเล่าเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	7	8	7	0.183
4) ผู้ให้บริการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและขั้นตอนการดูแลรักษา	7	7	7	0.146
5) สามารถเข้าถึงการบริการในกรณีการใช้เครื่องมือพิเศษ การตรวจพิเศษ	7	7.5	7	0.735
6) มีความเชื่อมั่นในคุณภาพของการรักษาพยาบาลของบุคลากร				
6.1 แพทย์	9	8	8	0.408
6.2 พยาบาล	8	8	8	0.416
6.3 เจ้าหน้าที่อื่นๆ	8 <sup>a</sup>	8 <sup>ab</sup>	7 <sup>b</sup>	0.013*
7) ได้รับความสะดวก รวดเร็วในการเข้ารับบริการ	7	7	7	0.688
8) มีความพึงพอใจภาพรวมของขั้นตอนในการเข้ารับบริการในแต่ละจุด	7	8	7	0.455
9) ประสิทธิภาพของการรักษา (รักษาแล้วหายหรืออาการดีขึ้น)	8	8	8	0.944

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจในการใช้บริการในสถานพยาบาลของผู้ที่อยู่ในกองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน

ความพึงพอใจในการให้บริการของสถานพยาบาล	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า median	ประกันสังคม median	สวัสดิการ รักษา พยาบาล ข้าราชการ median	p-value
1) สถานที่ สภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก	8	8	7	0.104
2) ได้รับบริการที่ทำให้ความเป็นมิตร ให้เกียรติผู้ป่วยและญาติ จากผู้ให้บริการ	8	7	7	0.090
3) ผู้ให้บริการรับฟังสิ่งที่ผู้ใช้บริการและญาติบอกเล่าเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	7 <sup>a</sup>	7 <sup>ab</sup>	6 <sup>b</sup>	0.018*
4) ผู้ให้บริการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและขั้นตอนการดูแลรักษา	7	7	6	0.149
5) สามารถเข้าถึงการบริการในกรณีการใช้เครื่องมือพิเศษ การตรวจพิเศษ	7	7	7	0.542
6) มีความเชื่อมั่นในคุณภาพของการรักษาพยาบาลของบุคลากร				
6.1 แพทย์	9	8	8	0.264
6.2 พยาบาล	8	8	8	0.639
6.3 เจ้าหน้าที่อื่นๆ	8 <sup>a</sup>	8 <sup>ab</sup>	7 <sup>b</sup>	0.010*
7) ได้รับความสะดวก รวดเร็วในการเข้ารับบริการ	7	7	7	0.703
8) มีความพึงพอใจภาพรวมของขั้นตอนในการเข้ารับบริการในแต่ละจุด	7	8	7	0.252
9) ประสิทธิภาพของการรักษา (รักษาแล้วหายหรืออาการดีขึ้น)	8	8	8	0.878

## อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

กลุ่มผู้มารับบริการที่มีสิทธิในกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้งสามกองทุนในการศึกษาครั้งนี้ มีคุณลักษณะทั่วไปที่มีลักษณะทางสังคม ความแตกต่างกัน ในด้านการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว นอกจากนี้สิทธิประโยชน์ของแต่ละกองทุนมีรายละเอียดแตกต่างกัน แต่สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างมีเหมือนกัน คือ ส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองขอนแก่น และมีโรค

ประจำตัวและเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่มผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของผู้มารับบริการ มีอัตราการรับรู้ในสิทธิประโยชน์ในการได้รับการรักษาพยาบาลในแต่ละรายโรคในภาพรวมไม่ถึงร้อยละ 60 โดยรับรู้สิทธิในการคัดกรองโรคเรื้อรังเบาหวาน มะเร็งเต้านมมากที่สุด และรับรู้สิทธิในการดูแลโรคไตเรื้อรังน้อยที่สุด การรับรู้สิทธิสิทธิ

ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตามมาตรา 41 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพฯ สิทธิรับบริการรักษาพยาบาลมะเร็งต่างๆ สิทธิรับบริการดูแลรักษาพยาบาล ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี สิทธิรับบริการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สิทธิรับบริการแพทย์แผนไทย ยาแผนไทย และสิทธิรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่ลงทะเบียนไว้ ต่ำกว่าร้อยละ 60 สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในการศึกษาการรับรู้และการใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนอำเภอพระสมุทรเจดีย์สมุทรปราการ พบว่าการรับรู้ของประชาชนในการใช้สิทธิประโยชน์ในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน้อยกว่า ร้อยละ 60<sup>8</sup>

กลุ่มผู้ที่มีสิทธิประกันสังคมมีอัตราการรับรู้ในสิทธิประโยชน์ในการได้รับการรักษาพยาบาล เรื่องการได้รับค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย 13,000 บาท และได้รับค่าสงเคราะห์ทำศพมากที่สุดแต่การรับรู้สิทธิด้านสถานภาพการเป็นผู้ประกันตนที่จะได้รับการชดเชยจากกองทุนการได้รับการชดเชยระหว่างรักษาตัว การได้รับเงินสงเคราะห์ตามสิทธิหลังการจ่ายสมทบต่ำกว่าร้อยละ 50 และการรับรู้สิทธิที่น้อยที่สุดเป็นสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสถานพยาบาลของรัฐที่ให้ผู้ประกันตนในเรื่องการชดเชยค่าห้องที่เข้ารับการรักษา

กลุ่มผู้ที่มีสิทธิข้าราชการและข้าราชการในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีอัตราการรับรู้เรื่องการใช้สิทธิของตนเองและครอบครัวสถานพยาบาลที่มีสิทธิเข้ารับการรักษาเป็นอย่างดีเกิน ร้อยละ 70 แต่การรับรู้สิทธิเรื่องการใช้จ่ายในบัญชีและนอกบัญชียาหลักน้อยกว่า ร้อยละ 60 การรับรู้ที่น้อยที่สุดคือการใช้ยานอกบัญชียาหลักที่ต้องให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเป็นผู้สั่ง สอดคล้องกับการศึกษาความรู้เรื่องสิทธิของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาข้าราชการที่มาใช้บริการหน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่มีการรับรู้สิทธิ

ประโยชน์ระดับปานกลางและมีความรู้เรื่องการเบิกค่ายาที่น้อยซึ่งจะทำให้เกิดวิกฤตปัญหาในระบบการเบิกจ่ายยาของกองทุน<sup>9,10</sup>

การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจในบริการผู้มีสิทธิทั้งสามกองทุนประกันสุขภาพ ประเมินการเข้าถึงการใช้บริการในสถานพยาบาลและความพึงพอใจต่อการบริการ ผู้มาใช้บริการกลุ่มประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคมให้คะแนนในภาพรวมการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มข้าราชการ และมีคะแนนความเชื่อมั่นในคุณภาพของแพทย์ พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ รวมถึงประสิทธิภาพของการรักษามากที่สุด ขณะที่กลุ่มข้าราชการ ประเมินการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจในระดับปานกลางและเชื่อมั่นในคุณภาพของแพทย์ พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ รวมถึงประสิทธิภาพของการรักษามากที่สุดเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในกลุ่มข้าราชการที่มาใช้บริการหน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และการศึกษาความพึงพอใจในการใช้บริการทางการแพทย์โครงการประกันสังคมที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่<sup>11</sup> จากข้อมูลของผู้ที่มีสิทธิประโยชน์ทั้งสามกองทุนพบว่าการประเมินการเข้าถึงและความพึงพอใจในสถานพยาบาลอยู่ในระดับดี แต่การรับรู้สิทธิในกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคมมีน้อย และกลุ่มข้าราชการยังขาดเรื่องการรับรู้สิทธิการเบิกยา ดังนั้นการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับรู้มากขึ้นจะทำให้ลดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนที่จะนำไปสู่การฟ้องร้องและร้องเรียน อันเนื่องมาจากปัญหาการให้บริการเพื่อให้ผู้มีสิทธิในกองทุนสุขภาพได้รับประโยชน์สูงสุด



### การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่โครงการ KEXM63001 คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้ความในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกว่าจะไม่สะดวก

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.ทนพญ.มณฑนา มิตรชัย โรงพยาบาลขอนแก่น และดร.จิตรจิรา ไชยาฤทธิ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ความอนุเคราะห์ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินวิจัยจนสำเร็จลุล่วง

### เอกสารอ้างอิง

- Hellwig SD, Yam M, DiGiulio M. Lippincott's Case Manag. Nurse case managers perceptions of advocacy: a phenomenological inquiry. 2003 Mar-Apr; 8 (2): 53-63; quiz 64-5.
- งานกฎหมาย สภาการพยาบาล. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์; 2553.
- คณะกรรมการจัดทำหนังสือเพื่อจำหน่ายกรมบัญชีกลาง. คู่มือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเล่มที่1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2551.
- นครไทย จินสวัสดิ์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในกลุ่มผู้สูงอายุ กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลวังจั่วใต้ อำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2553.
- อรทัย จันทวงศ์. การรับรู้ สิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคมของพนักงาน สังกัดสำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์บัณฑิต). สาขาวิชาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2555.
- Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences .10th edition. Hoboken, NJ: Wiley; 2013. p. 192.
- Cronbach Lee J. Essentials of Psychological testing. 5<sup>th</sup> Ed., New York: Harper and Row, 1990.
- วลีรัตน์ ใจสูงเนิน. การรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน: กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ (รายงานการค้นคว้าแบบอิสระปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2551.
- เชิดชัย สุนทรภาส, สิรินทิพย์ วัฒนอุดมโรจน์, รัชฎาพร สุนทรภาส. ความรู้เรื่องสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มารับบริการ: กรณีหน่วยบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2558; 30(4), 344-351.
- ณัฐธิดา จินดาพล, พัชรภรณ์ คุณูปถัมภ์, พิชยานี ธีระศิลป์, นันทวรรณ กิติกรรณาภรณ์. วิฤตระบบประกันสุขภาพสิทธิการรักษายาบาลข้าราชการไทย. ศรีนครินทร์เวชสาร 2557; 29(2), 199-206.

11. สุธีรัตน์ ม้าอูตส์สำหรับ. การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการใช้บริการทางการแพทย์ระหว่างผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมกับผู้ใช้บริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (รายงานวิจัยปัญหาเศรษฐกิจในปัจจุบัน). คณะเศรษฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.

การพัฒนาการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ตามเกณฑ์การบริหารจัดการ  
ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน 5 องค์ประกอบ

The Development of Maha Sarakham Executive Management of Workforce's Health  
According to the Criteria of 5 Components of Production System and Workforce's  
Development

บวร จอมพรรษา<sup>1</sup>, สุธิดา คณะมะ<sup>2</sup>

Boworn Jomphansa<sup>1</sup>, Sutida Kanama<sup>2</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการดำเนินงานพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม ตาม 5 องค์ประกอบ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 67 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเจาะจง(Purposive sampling method) กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ตามกระบวนการแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff และดำเนินกิจกรรมตามวงจรคุณภาพเดมมิง (Plan, Do, Check, Act; PDCA) ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 – สิงหาคม 2562 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การบันทึกการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า หลังการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และมีระดับผลการดำเนินงานตาม 5 องค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ คือ ผู้รับผิดชอบงานทราบบทบาทหน้าที่ชัดเจน ความเข้มแข็งของคณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ นโยบายและการติดตามการดำเนินงานที่ชัดเจน และการสนับสนุนการดำเนินงานจากผู้บริหาร

โดยสรุป การประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมและวงจรคุณภาพเดมมิง มาใช้ในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ส่งผลให้การพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพตาม 5 องค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพดีขึ้น จึงควรมีการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายกันต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพ, บริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน

<sup>1</sup>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

<sup>2</sup>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

### Abstract

The purpose of this action research was to investigate the development of the executive management of workforce's health in Mahasarakham as 5 components of the Ministry of Public Health. The total sample comprised 67 Mahasarakham public health officers who get involved in executive management of the workforce's health, selected through a purposive sampling method. The sample were developed by taking part in learning activities followed the participating process of Cohen and Uphoff method and carried out activities using Deming Cycle (Plan, Do, Check, Act; PDCA) from October 2561 B.E. to August 2562 B.E. The quantitative data were gathered using questionnaires, recording group discussion and they were analyzed by using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation and paired t-test., Significant level at 0.05

The findings revealed that the sample increasingly participated in executive management of the workforce's health after they were developed from Cohen and Uphoff process and Deming Cycle. On comparison, the sample had more average level after the development than before with statistically significant level. ( $P < 0.05$ ) Also, the procedure level of the 5 components of the workforce's health development had more average level after the development than before with statistically significant level. ( $P < 0.05$ ) The crucial factor to the success is that the responsible officers clearly realized their roles in working, the strength of the officers' characters, the clear policy and follow-ups and the support from the administrators.

**Keyword:** Potentiality development, Production System and Workforce's Development

## บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับทรัพยากรมนุษย์ในระบบสุขภาพ ซึ่งถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ บุคลากรเป็นเลิศ ซึ่งได้แก่ กำลังคนด้านสุขภาพทุกสาขาที่มีบทบาทในด้าน ส่งเสริม ป้องกันควบคุม รักษาฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภค รวมกลุ่มวิชาชีพและสายสนับสนุน ซึ่งอยู่ในภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน ให้เป็นหนึ่งในสี่ประเด็นยุทธศาสตร์หลักของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และควบคุมผู้บริโภคเป็นเลิศ การบริการเป็นเลิศ บุคลากรเป็นเลิศ และการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาลที่จะบรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ส่วิสัยทัศน์ “กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี” ขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ สู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน “การพัฒนาคน” ให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ถูกกำหนดให้เป็นนโยบายเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ทั้งในระดับโลก และระดับประเทศ ได้แก่ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในปี ค.ศ. 2030 และเป้าหมายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ ซึ่งกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 และกำหนดเป็นวาระสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศไทย 4.0 ด้วยการยกระดับคุณค่ามนุษย์ พัฒนาคนไทยให้เป็น “มนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21” คือ คนไทยที่มีปัญญาที่เฉียบแหลม มีทักษะเห็นผล มีสุขภาพที่แข็งแรง และมี

จิตใจที่งดงามควบคู่ไปกับการเป็น “คนไทย 4.0 ในโลกที่หนึ่ง” พัฒนาให้เป็นข้าราชการ 4.0 และเป็นภาครัฐที่มีขีดสมรรถนะสูง มีความเชี่ยวชาญชำนาญในหลากหลาย<sup>1</sup>

กำลังคนด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ณ ปี พ.ศ. 2558 ทั้งสิ้น 370,840 คน มีอายุเฉลี่ย 40.12 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม Gen x ร้อยละ 42.37 และ Gen y ร้อยละ 33.25 ในระดับที่ใกล้เคียงกัน บุคลากรส่วนใหญ่เป็นข้าราชการพลเรือน ร้อยละ 53 รองลงมาเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 28 ลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ 11 ข้าราชการพลเรือนส่วนใหญ่อยู่ในระดับตำแหน่งชำนาญการถึง ร้อยละ 56 ในขณะที่ระดับตำแหน่งที่สูงขึ้นมีน้อยมาก แสดงถึงความก้าวหน้าของบุคลากรมีอยู่อย่างจำกัด ในขณะที่แนวโน้มของการสูญเสียบุคลากรมีมากขึ้นทุกปี โดยปี พ.ศ. 2559 มีอัตราการสูญเสีย ร้อยละ 2.67 อัตราการลาออก ร้อยละ 1.41 ในด้านของความเพียงพอ และกระจายของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรดีขึ้น แต่การกระจายยังมีความเหลื่อมล้ำ โดยมีการกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และภาคกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน ทั้งในกลุ่มประเทศ AEC (Asean Economics Community) และในกลุ่มประเทศ OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) พบว่า ประเทศไทยยังมีอัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่ำกว่าในหลายประเทศ ประเด็นยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศของกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายที่จะให้กำลังคนด้านสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคลเป็นคนดี มีคุณค่า มีความผูกพันในการทำงาน และมีเป้าหมายเชิงระบบสุขภาพตามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ในเป้าหมายกำลังคน

ด้านสุขภาพ ค.ศ. 2030 ว่ากำลังคนด้านสุขภาพ ต้องมีความเพียงพอ ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ มีคุณภาพ และเป็นที่ยอมรับ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขบรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขระบบ สุขภาพยั่งยืน” ต่อไป<sup>2</sup>

ข้อมูลทั่วไปจังหวัดมหาสารคาม แบ่ง เขตการปกครองออกเป็น 13 อำเภอ 133 ตำบล 1,944 หมู่บ้าน 30 ชุมชน 262,768 หลังคาเรือน ประชากร 962,665 คน มีโรงพยาบาล 13 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด S จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง ขนาด M.2 จำนวน 2 แห่ง (รพ.บรบือ, รพ.พยัคฆภูมิพิสัย) ขนาด F1 จำนวน 2 แห่ง (รพ.วาปีปทุม, รพ.โกสุมพิสัย) ขนาด F.2 จำนวน 6 แห่ง (รพ.กันทรวิชัย, รพ.เขียงยืน, รพ.นาเชือก, รพ.ยางสีสุราช, รพ.นาโดน และ รพ.แกดำ) ขนาด F.3 จำนวน 2 แห่ง (รพ.กุฉีรัง, รพ.ชื่นชม) มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 175 แห่ง ด้านบุคลากร จังหวัดมหาสารคาม มีบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานจริง ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2561 ตามประเภทการจ้างงาน 5 ประเภท จำนวน 4,922 คน คือ 1. ข้าราชการ จำนวน 2,677 คน 2. พนักงานราชการ จำนวน 97 คน 3. พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1,240 คน 4. ลูกจ้างประจำ จำนวน 212 คน และ 5. ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 696 คน อัตรา การสูญเสียบุคลากรสาธารณสุข (การลาออก ย้าย ตาย เกษียณ) ตามประเภทการจ้างงาน 5 ประเภท ร้อยละ 1.91 โดยบุคลากรประเภท ลูกจ้างชั่วคราวมีอัตราการสูญเสียมากที่สุด ร้อยละ 3.88 รองลงมา คือ พนักงานกระทรวง สาธารณสุข ร้อยละ 3.15 ลูกจ้างประจำ ร้อยละ 1.89 และข้าราชการ ร้อยละ 0.90 ส่วนประเภท พนักงานราชการไม่มีการสูญเสีย ส่วนสาเหตุของการสูญเสีย คือ ลาออก<sup>3</sup>

ด้านผลการดำเนินงานการบริหาร จัดการระบบผลิตและพัฒนาบุคลากร ตาม 5 องค์ประกอบ (1. การวางแผนกำลังคนของ เครือข่าย 2. การสร้างความร่วมมือด้านการสรรหาและพัฒนากำลังคน 3. การบริหารงบประมาณด้านกำลังคน 4. การบริหารจัดการ ด้านการสรรหาและพัฒนากำลังคน และ 5. การประเมินผลกระทบจากปัญหากำลังคน และการแก้ไขปัญหา) ตามแนวทางการพัฒนา ของกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดเป้าหมายให้ มีผลการดำเนินงานผ่านที่ ระดับ 3 ทั้ง 5 องค์ประกอบ พบว่า ในภาพรวมจังหวัด มหาสารคามมีผลการดำเนินงานผ่านที่ระดับ 4 ในองค์ประกอบที่ 1 และ 2 ส่วนองค์ประกอบที่ 3,4,5 ผ่านที่ระดับ 3 โดยเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลบรบือ และเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลวาปีปทุม มีผลการดำเนินงานดีที่สุด คือ องค์ประกอบที่ 1,2,3,4 ผ่านที่ระดับ 5 ส่วนองค์ประกอบที่ 5 ผ่านที่ระดับ 4 เครือข่าย บริการสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานต่ำที่สุด คือ เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนาโดน คือ องค์ประกอบที่ 1,3,4,5 ผ่านที่ ระดับ 3 และ องค์ประกอบที่ 2 ผ่านที่ระดับ 4 และเครือข่าย สุขภาพโรงพยาบาลโกสุมพิสัยมีผลการ ดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในองค์ประกอบที่ 3 คือ ผ่านที่ระดับ 1<sup>4,5</sup>

ด้านการประเมินดัชนีความสุขของ คนทำงาน และการประเมินดัชนีความสุขของ องค์กร พบว่า ดัชนีความสุขของบุคลากร สาธารณสุขในภาพรวม มีค่าคะแนนความสุขที่ ร้อยละ 64.65 โดยบุคลากรในสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอมีค่าคะแนนความสุขมากที่สุด ที่ ร้อยละ 66.96 รองลงมา คือ บุคลากรใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 65.09 และ บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 62.72 ส่วนบุคลากรในโรงพยาบาลมหาสารคาม มีค่า

คะแนนความสุกน้อยที่สุดที่ ร้อยละ 61.30 ดัชนีความสุกขององค์กร พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (รวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มีดัชนีความสุกขององค์กรมากที่สุด ร้อยละ 66.64 รองลงมา คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 65.09 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 62.92 ส่วนโรงพยาบาลมหาสารคามมีคะแนนความสุกขององค์กรน้อยที่สุด ร้อยละ 61.3<sup>6,7</sup>

ดังนั้นจากสภาพปัญหาที่กล่าวมาและจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และการศึกษาวิจัย พบว่า การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมที่เป็นระบบโดยเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล และวงจรคุณภาพเดมมิ่ง ซึ่งเป็นระบบการบริหารงานที่มีคุณภาพ คือ 1) ขั้นตอนการจัดทำแผน การวางระบบงานที่เป็นมาตรฐาน 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ คือ การทำตามแผนและระบบที่วางไว้ 3) การติดตามประเมินผล คือ การวัด ทบทวนตรวจสอบวิธีการปฏิบัติงานและผลงาน 4) การปรับปรุงระบบงาน มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การพัฒนามาตรฐานบริการ ทำให้องค์กรมีการพัฒนา และผลของการดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เช่น การศึกษาของ (แก้วใจ แสนโสสม, 2551) ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้วงจรคุณภาพเดมมิ่ง (The Deming Cycle) และการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff มาใช้ในการพัฒนา

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน 5 องค์ประกอบ

### สมมติฐานการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม ตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน 5 องค์ประกอบ เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา

2. ผลการดำเนินงานระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน 5 องค์ประกอบ หลังการพัฒนาดีกว่าก่อนการพัฒนา

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1. วิธีดำเนินการวิจัย

1.1.ด้านเนื้อหา ดำเนินการศึกษาการดำเนินงานพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม ตามตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน 5 องค์ประกอบ ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 13 แห่ง

1.2. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม ตามตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน 5 องค์ประกอบ จำนวน 67 คน ประกอบด้วย

1.2.1. คณะกรรมการบริหารและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 14 คน

1.2.2. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารและงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล



เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสร้างสุขในองค์กร และ  
นักสร้างสุข (ในโรงพยาบาลและสำนักงาน  
สาธารณสุขอำเภอ) จำนวน 53 คน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้  
ได้แก่เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ  
เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมี  
รายละเอียด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการ  
ดำเนินงานวิจัยประกอบด้วย

1.1. เกณฑ์การบริหารจัดการ  
ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน 5  
องค์ประกอบ 1) การวางแผนการผลิตและพัฒนา  
กำลังคน 2) การสร้างความร่วมมือด้านการผลิต  
และพัฒนากำลังคน 3) การบริหารงบประมาณ  
ด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน 4) การบริหาร  
จัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน 5) การ  
ประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการ  
ผลิตและพัฒนากำลังคนของหน่วยงาน

1.2. กระบวนการพัฒนาโดยใช้  
วงจรคุณภาพคุณภาพเดมมิ่ง (The Deming  
Cycle) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen  
and Uphoff

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ  
รวบรวมข้อมูล

2.1. แบบสอบถาม เกี่ยวกับการ  
มีส่วนร่วมในการบริหารและพัฒนากำลังคนด้าน  
สุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า  
แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff  
ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Rating scale 5  
ระดับ

2.2. แบบประเมินผลการ  
ดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
“ความสำเร็จของเครือข่ายบริการ (CUP.)” ที่มีการ  
บริหารจัดการระบบการสรรหาและพัฒนากำลังคน

ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด แบบมาตรฐานประมาณค่า  
แปลผล ผ่าน ไม่ผ่าน

3. ขั้นตอนและกระบวนการวิจัยแบ่งเป็น  
2 ระยะ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์  
และวางแผนพัฒนา เป็นการวิเคราะห์สถาน  
การณ์ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ  
ของจังหวัดมหาสารคาม เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าใน  
การประกอบการจัดทำกิจกรรมและจัดทำแผน  
ดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป โดยกำหนดขั้นตอน  
ดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์โดย  
ศึกษาข้อมูลการบริหารจัดการบุคลากร  
ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
มหาสารคาม และเครือข่ายบริการสุขภาพทั้ง 13  
เครือข่าย การศึกษาเอกสารวิชาการ และ  
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. วางแผนพัฒนา โดยการ  
ประชุมเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
เพื่อทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาและจัดทำ  
กิจกรรมแผนงานโครงการเพื่อให้ผลการ  
ดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย

3. การพัฒนาเครื่องมือวิจัยโดย  
ประยุกต์แบบประเมินการมีส่วนร่วมของ  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ส่วนเกี่ยวข้องกับการ  
พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ของนายบวร  
จอมพรรษา ที่ทำการศึกษารูปแบบหน่วย  
บริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่าย  
บริการปฐมภูมิ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัด  
มหาสารคาม โดยใช้แนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วม  
ของ Cohen and Uphoff และวงจร  
คุณภาพเดมมิ่ง (PDCA)

4. ประชุมเตรียมความพร้อม  
เจ้าหน้าที่ผู้ร่วมดำเนินงาน

5. ประสานงานกับหน่วยงาน  
และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการศึกษาวิจัย

6. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ของการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และจัดทำแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป

ระยะที่ 2. การปฏิบัติตามแผน

เป็นขั้นตอนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการในการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดทำแผนปฏิบัติงาน ดังนี้

1. การประชุมรับทราบนโยบายเป้าหมายในการดำเนินงานจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

2. การประชุมถ่ายทอดนโยบายและการลงนามตามคำรับรองผลการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์

3. ประชุมเชิงปฏิบัติการการบริหารจัดการการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ คณะกรรมการบริหารและพัฒนา กำลังคนด้านสาธารณสุข ระดับจังหวัด และผู้รับผิดชอบงานด้านการบริหารจัดการและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพระดับอำเภอ ในประเด็นการจัดทำฐานข้อมูลอัตราากำลังการบริหารจัดการอัตรากำลัง การพัฒนาองค์กรสร้างสุข และคุณธรรม

4. การอบรมนักสร้างสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(ผู้รับผิดชอบงานองค์กรคุณธรรม และองค์กรสร้างสุข จำนวน 26 คน) เพื่อการเรียนรู้กิจกรรมสร้างสุข และการพัฒนาการดำเนินงาน ระยะเวลา 1 วัน

5. เครือข่ายบริการสุขภาพดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม “ความสำเร็จของเครือข่ายบริการ (CUP.)” ที่มีการบริหารจัดการระบบการสรรหาและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

6. การนิเทศติดตามควบคุมกำกับผลการดำเนินงาน

7. สรุปประเมินผลการดำเนินงาน

### สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Paired t- test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่องการพัฒนาการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคน 5 องค์ประกอบ ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือน กันยายน 2561 – สิงหาคม 2562 ผลการศึกษา มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

การวิจัยการพัฒนาการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคน 5 องค์ประกอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน รายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวนตามคุณลักษณะ ประชากร

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (n =67)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	34	50.70
หญิง	33	49.30
2. อายุ		
30 – 39 ปี	6	9.00
40 – 49 ปี	23	34.30
50 – 59 ปี	37	55.20
60 ปีขึ้นไป	1	1.50
Min : Max 32 : 60		
Mean=49.56 S.D=6.755		
3.การศึกษาสูงสุด		
อนุปริญญา	44	65.70
ปริญญาตรี	19	28.40
ปริญญาโท	4	6.00
4.ตำแหน่ง		
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	2	3.00
นักวิชาการสาธารณสุข	38	56.70
พยาบาลวิชาชีพ	11	16.40
อื่น ๆ	16	23.90
5.สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาล	29	43.30
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	24	35.80
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	14	20.90
6.ประสบการณ์การทำงาน(ปี)		
6 – 10 ปี	4	6.00
11 – 15 ปี	3	4.50
16 – 20 ปี	4	6.00
21 – 25 ปี	13	19.40
26 – 30 ปี	16	23.90
31 ปีขึ้นไป	27	40.30
Min : Max 6 ปี : 34 ปี		
Mean=27.22 S.D=7.62		

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม ตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน 5 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1. ด้านโครงสร้างการดำเนินงาน มีคณะกรรมการบริหารและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพทั้งในระดับจังหวัดและเครือข่ายบริการในระดับอำเภอ เพื่อดำเนินงานบริหารจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านการบริหารและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ชัดเจน มีนักสร้างสุขในการทำหน้าที่ในการประสานงานและจัดกิจกรรมการพัฒนาบุคลากรและการสร้างสุขในองค์กร

2.2. ด้านการบริหารและพัฒนา กำลังคนด้านด้านสุขภาพและการพัฒนาคุณธรรมองค์กรสร้างสุข จากการที่มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ทำให้เกิดผลการบริหารจัดการและผลการดำเนินงาน ดังนี้

- มีการรวมคน รวมเงิน รวมงาน ในเครือข่ายบริการ

- การจับคู่ Buddy พี่ดูแลน้องในการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผลการดำเนินงานที่ดีบรรลุตามเป้าหมายทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงช่วยเหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผลการดำเนินงานที่ต่ำกว่าเป้าหมาย

- มีการจัดตั้ง HR Clinic ในหน่วยงานทุกแห่งเพื่อให้คำปรึกษาแก่บุคลากรที่มีปัญหา และมีการจัดทำ Exit Interview ในบุคลากรสาธารณสุขที่ออกจากราชการทุกคน

- การขับเคลื่อนการบริหารจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุข โดยคณะกรรมการ Human Resource for Health

Transformation และกำกับติดตามโดยผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดทำรายงานผล Executive Summary ในการประชุมคณะกรรมการวางแผนประเมินผล ระดับจังหวัดทุกเดือน

- การแจ้งผลการปฏิบัติราชการ และการเลื่อนเงินเดือนรายบุคคลผ่านระบบ E-slip

- มีทำเนียบนักสร้างสุขในการประสานงานการจัดกิจกรรมการพัฒนาบุคลากร และกิจกรรมการสร้างสุขในองค์กร

- เกิด Group Line “Happy MOPH MHSK” ที่ใช้สื่อสารติดตามการดำเนินงานระหว่างจังหวัดกับเครือข่ายบริการ นักสร้างสุข และผู้รับผิดชอบในทุกระดับ

- มีกิจกรรมชมรมสร้างสุข กิจกรรมสร้างสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (กิจกรรมตลาดนัด Online, กิจกรรมสมุดบันทึกความดี, กิจกรรมบัญชีครัวเรือน, กิจกรรมชมรมสร้างสุข, กิจกรรม Happy English hour) เป็นต้นแบบการจัดกิจกรรมสร้างสุขในองค์กรให้แก่เครือข่ายบริการสุขภาพในระดับอำเภอ จนเกิดกิจกรรมเด่นในแต่ละเครือข่ายบริการสุขภาพ เช่น กิจกรรมองค์กรคุณธรรม นำสู่สายใยแห่งความดีและความสุข ของเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลกันทรวิชัย กิจกรรมการจัดทำบัญชีครัวเรือนเพื่อเพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุข อำเภอกันทรวิชัย กิจกรรมตลาดสร้างรายได้ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกลง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลกุดรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลชื่นชม กิจกรรมตลาดนัดสีเขียวเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลนาเชือก กิจกรรมสมุดบันทึกความดี และการ

จัดทำบัญชีครัวเรือน เครือข่ายบริการสุขภาพ  
โรงพยาบาลเขียงยืน กิจกรรมการส่งเสริม  
การออกกำลังกาย (เปลี่ยนไขมันเป็นเงิน)  
เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลวาปีปทุม  
และกิจกรรมสร้างความรัก ความสามัคคี  
ความผูกพันในองค์กรของทุกเครือข่ายบริการ  
สุขภาพ

2.3 การประเมินดัชนีความสุขของ  
คนทำงาน (Happinometer) และการประเมิน  
ดัชนีความสุขขององค์กร (Happy Public  
Organization Index) ในปีงบประมาณ 2562  
พบว่า ดัชนีความสุขของบุคลากรสาธารณสุขใน  
ภาพรวม มีค่าคะแนนความสุขที่ ร้อยละ 65.95  
โดยบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ  
(รวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มีค่า  
คะแนนความสุขมากที่สุดที่ ร้อยละ 68.17  
รองลงมา คือ บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัด ร้อยละ 64.71 และบุคลากรใน  
โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 63.81 ส่วนบุคลากร  
ในโรงพยาบาลมหาสารคาม มีค่าคะแนนความสุข  
น้อยที่สุดที่ ร้อยละ 62.93 ดัชนีความสุขของ  
องค์กร (Happy Public Organization Index)  
พบว่า สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ(รวม  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มีดัชนี  
ความสุขขององค์กรมากที่สุด ร้อยละ 64.15  
รองลงมา คือ โรงพยาบาลมหาสารคาม ร้อยละ  
60.61 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 57.35  
ส่วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีค่าคะแนน  
ความสุขขององค์กรน้อยที่สุด ร้อยละ 53.35

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบการมีส่วน  
ร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาระบบ  
การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของ  
จังหวัดมหาสารคาม ตามเกณฑ์การบริหารจัดการ  
ระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคน 5  
องค์ประกอบ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัย  
เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่  
สาธารณสุขในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการ  
กำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม  
ตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและ  
พัฒนา กำลังคน 5 องค์ประกอบ ตามแนวคิดการ  
มีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff ซึ่งแบ่งการ  
มีส่วนร่วมเป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านการมีส่วนร่วม  
ในการตัดสินใจ(การค้นหาคำปรึกษาและสาเหตุขอ  
ปัญหา) (2) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ  
(3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์  
และ(4) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล  
นำเสนอการมีส่วนร่วมในแต่ละด้าน และภาพรวม  
ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบการมีส่วนร่วม ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการ  
กำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม ตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและ  
พัฒนากำลังคน 5 องค์ประกอบ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=67)

การมีส่วนร่วม (ด้าน)	ก่อนการพัฒนา(n=67)		หลังการพัฒนา(n=67)		t	df	p-value		
	Mean	S.D	ระดับ การมี ส่วน ร่วม	ระดับ การมี ส่วน ร่วม					
1. ด้านการมี ส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ(การ ค้นหาปัญหา และสาเหตุของ ปัญหา)	3.64	0.67	มาก	3.99	0.50	มาก	8.316	66	<0.001*
2. ด้านการมี ส่วนร่วมในการ ดำเนินการ	3.54	0.64	มาก	3.85	0.48	มาก	8.170	66	<0.001*
3. ด้านการมี ส่วนร่วมในการ รับผล ประโยชน์	3.52	3.52	มาก	3.72	0.55	มาก	5.461	66	<0.001*
4. ด้านการมี ส่วนร่วมในการ ประเมินผล	3.51	0.69	มาก	3.81	0.50	มาก	6.921	66	<0.001*
<b>โดยรวม</b>	<b>3.55</b>	<b>0.63</b>	<b>มาก</b>	<b>3.84</b>	<b>0.48</b>	<b>มาก</b>	<b>8.767</b>	<b>66</b>	<b>&lt;0.001*</b>

จากตารางที่ 2 พบว่าก่อนการพัฒนา โดยใช้วงจรคุณภาพเดมมิ่งและแนวคิดการมีส่วนร่วมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม ตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน 5 องค์ประกอบ โดยภาพรวมของการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก หลังการพัฒนาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม ตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและ

พัฒนากำลังคน 5 องค์ประกอบมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก และเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value <0.001) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานการบริหารจัดการระบบผลิตและพัฒนาบุคลากรตาม 5 องค์ประกอบตามแนวทางการพัฒนาของกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดเป้าหมายให้มีผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562 ผ่านที่ระดับ 4 ทั้ง 5 องค์ประกอบ

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล การดำเนินงานการบริหารจัดการระบบผลิตและ พัฒนาบุคลากรตาม 5 องค์ประกอบ ตามแนวทาง การพัฒนาของกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใน 1 ครอบ

มีเป้าหมายเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนา ระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของ จังหวัดมหาสารคาม ตามเกณฑ์การบริหารจัดการ ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน 5 องค์ประกอบ เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและดำเนินงานตาม เกณฑ์ฯ ผลการศึกษามีดังนี้

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบระดับผลการดำเนินงานการบริหารจัดการระบบผลิตและพัฒนาบุคลากร ตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน 5 องค์ประกอบ ของเครือข่าย บริการสุขภาพ (CUP.) ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

เครือข่าย บริการ สุขภาพ(CUP.)	ผลการดำเนินงานการบริหารจัดการระบบผลิตและพัฒนา บุคลากร ตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคน 5 องค์ประกอบ									
	องค์ประกอบที่ 1.การวางแผน การผลิตและ พัฒนากำลังคน		องค์ประกอบที่ 2.การสร้างควม ร่วมมือด้านการ ผลิตและพัฒนา กำลังคน		องค์ประกอบที่ 3.การบริหาร งบประมาณด้าน การผลิตและ พัฒนากำลังคน		องค์ประกอบที่ 4.การบริหาร จัดการด้านการ ผลิตและพัฒนา กำลังคน		องค์ประกอบที่ 5.การประเมินผล กระทุระบบการ บริหารจัดการ การผลิตและ พัฒนากำลังคน ของหน่วยงาน	
	ก่อน การ พัฒนา	หลัง การ พัฒนา	ก่อน การ พัฒนา	หลัง การ พัฒนา	ก่อน การ พัฒนา	หลัง การ พัฒนา	ก่อน การ พัฒนา	หลัง การ พัฒนา	ก่อน การ พัฒนา	หลัง การ พัฒนา
รพ.มหาสารคาม	4	5	4	5	3	4	4	4	3	4
รพ.กันทรวิชัย	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5
รพ.เขียงยืน	5	5	5	5	4	4	4	5	4	5
รพ.โกสุมพิสัย	4	5	4	5	1	3	3	4	3	4
รพ.บรบือ	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
รพ.นาเชือก	4	5	4	5	4	4	4	5	3	5
รพ.ยางสีสุราช	4	5	4	5	4	5	4	5	3	5
รพ.พยัคฆภูมิพิสัย	4	5	4	5	3	4	4	4	3	4
รพ.นาคู	3	5	4	5	3	4	3	4	3	4
รพ.วาปีปทุม	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
รพ.แกดำ	4	5	4	5	4	4	4	4	3	4
รพ.กุฉีกรัง	4	5	4	5	4	4	4	4	3	4
รพ.ชื่นชม	4	5	4	5	4	4	4	4	3	4
สศจ. มหาสารคาม (ภาพรวม)	4	5	4	5	3	4	3	4	3	4



จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการพัฒนาโดยใช้วงจรคุณภาพเดมมิ่งและแนวคิดการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดมหาสารคามตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน 5 องค์ประกอบ ตามแนวทางการพัฒนาของกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดเป้าหมายให้มีผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562 ผ่านที่ระดับ 4 ทั้ง 5 องค์ประกอบ พบว่า หลังการพัฒนา มีผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นโดยในภาพรวมจังหวัดมหาสารคามมีผลการดำเนินงานผ่านที่ระดับ 5 ในองค์ประกอบที่ 1 และ 2 ส่วนองค์ประกอบที่ 3,4,5 ผ่านที่ระดับ 4 โดยเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบรบือ, เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลวาปีปทุม และเครือข่ายบริการโรงพยาบาลยางสีสุราช มีผลการดำเนินงานดีที่สุด คือ ผ่านที่ระดับ 5 ทุกองค์ประกอบ รองลงมา คือ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขียงยืน คือ องค์ประกอบที่ 1,2,4,5 ผ่านที่ระดับ 5 องค์ประกอบที่ 3 ผ่านที่ระดับ 4 และทุกอำเภอมีผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์เป้าหมาย

### อภิปรายผล

ผลการวิจัยการพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคามตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน 5 องค์ประกอบ มีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. สภาพปัญหาและอุปสรรคก่อนการพัฒนาพบว่า จังหวัดมหาสารคามมีผลการดำเนินงานการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากร ตาม 5 องค์ประกอบตามแนวทางการพัฒนาของกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดเป้าหมายให้มีผลการดำเนินงานผ่านที่

ระดับ 3 ทั้ง 5 องค์ประกอบ พบว่า ในภาพรวมจังหวัดมหาสารคามมีผลการดำเนินงานผ่านที่ระดับ 4 ในองค์ประกอบที่ 1 และ 2 ส่วนองค์ประกอบที่ 3,4,5 ผ่านที่ระดับ 3 โดยเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบรบือ และเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลวาปีปทุม มีผลการดำเนินงานดีที่สุด คือ องค์ประกอบที่ 1,2,3,4 ผ่านที่ระดับ 5 ส่วนองค์ประกอบที่ 5 ผ่านที่ระดับ 4 เครือข่ายบริการสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานต่ำที่สุด คือ เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนาตุณ คือ องค์ประกอบที่ 1,3,4,5 ผ่านที่ระดับ 3 และองค์ประกอบที่ 2 ผ่านที่ระดับ 4 และเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลโกสุมพิสัย มีผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในองค์ประกอบที่ 3 คือ ผ่านที่ระดับ 1

2. จากการศึกษาวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม ตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคน 5 องค์ประกอบ โดยใช้วงจรคุณภาพเดมมิ่งและแนวคิดการมีส่วนร่วม ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาทั้ง 4 ด้าน คือ (1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (การค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา) (2) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ (4) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยก่อนการพัฒนามีส่วนร่วมทั้ง 4 ด้าน ในระดับมาก และโดยรวมอยู่ในระดับมาก หลังการพัฒนาทั้ง 4 ด้านในระดับมาก และโดยรวมอยู่ในระดับมากเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากในกระบวนการวิจัยทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม ได้วิเคราะห์ปัญหาและกำหนด

กิจกรรมในการดำเนินงานเพื่อให้ผลการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ<sup>5,8,9</sup> ที่พบว่าใช้วงจรคุณภาพเดมมิ่งและแนวคิดการมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเพิ่มขึ้น

3. จากการศึกษาวิจัย พบว่า ผลการดำเนินงาน ตามเกณฑ์การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน 5 องค์ประกอบตามแนวทางการพัฒนาของกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า หลังการพัฒนาผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้น โดยในภาพรวมจังหวัดมหาสารคามมีผลการดำเนินงานผ่านที่ระดับ 5 ในองค์ประกอบที่ 1 และ 2 ส่วนองค์ประกอบที่ 3,4,5 ผ่านที่ระดับ 4 โดยเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบรบือ, เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลวาปีปทุม และเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลยางสีสุราช มีผลการดำเนินงานที่ดีที่สุด คือ ผ่านที่ระดับ 5 ทุกองค์ประกอบที่ รองลงมา คือ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเชียงยืน คือ องค์ประกอบที่ 1,2,4,5 ผ่านที่ระดับ 5 องค์ประกอบที่ 3 ผ่านที่ระดับ 4 และทุกอำเภอมีผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์เป้าหมาย เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความเข้าใจในงานที่รับผิดชอบ ได้วิเคราะห์ปัญหาและกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน รวมถึงการได้รับการสนับสนุนและการควบคุมกำกับติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา<sup>2,10,11</sup> ที่พบว่าการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพเดมมิ่งและแนวคิดการมีส่วนร่วม ทำให้ผลการดำเนินงานพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้รับผิดชอบงานด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานใหม่ควรได้รับการอบรมหลักสูตรการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล หรือหลักสูตรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเจ้าหน้าที่ผู้ร่วมวิจัย (ผู้รับผิดชอบงานด้านบริหารงานบุคคล และงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล และองค์กรสร้างสุข) ควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ของจังหวัดต่อไป

3. กระบวนการดำเนินงาน กิจกรรมการประชุมรับทราบนโยบายเป้าหมายในการดำเนินงานจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กิจกรรมการประชุมถ่ายทอดนโยบายและการลงนามตามคำรับรองผลการปฏิบัติราชการ ควรแยกดำเนินการ เพื่อให้ผู้รับผิดชอบในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) มีความรู้ ความเข้าใจตรงกันในการนำไปปฏิบัติ

4. ด้านระบบฐานข้อมูล (HROPS) ส่วนกลางควรให้จังหวัดสามารถแก้ไขปรับปรุงข้อมูลของบุคลากรในสังกัดได้ โดยส่วนกลางเป็นผู้ตรวจสอบ และมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้จังหวัดสามารถเชื่อมต่อได้รวดเร็ว ทันเวลา

5. การประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมและวงจรคุณภาพเดมมิ่ง มาใช้ในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ส่งผลให้การพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ตาม 5 องค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพดีขึ้น จึงควรมีการนำไปประยุกต์ใช้ใน

พื้นที่อื่น หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายกันต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด; 2562.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2/2561. มิถุนายน 2561.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2/2562. มิถุนายน 2562.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การบริหารงานบุคคลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560 – 2564 . กรกฎาคม 2560.
5. บวร จอมพรธชา. การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (วิทยานิพนธ์ ศสม.). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ระดับอำเภอประจำปีงบประมาณ 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. พฤษภาคม 2561.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ระดับอำเภอประจำปีงบประมาณ 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. พฤษภาคม 2562.
8. กมล ภูวนกมลกรรม.ผลของการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม (วิทยานิพนธ์ ศสม.). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2549.
9. ชำนาญ ไวแสน. การประยุกต์วัฏจักรเดมมิ่งในการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงเรียนโดยชมรม อย. น้อยอำเภอเซกา จังหวัดหนองคาย (วิทยานิพนธ์ ศสม.). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2549.
10. พัชรี กลางประพันธ์. การประยุกต์วัฏจักรเดมมิ่งและการวางแผนแบบมีส่วนร่วมสู่การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร (วิทยานิพนธ์ ศสม.). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2549.
11. แก้วใจ แสนโสม. การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กก่อนอยู่บ้านหนองนกเขียน โดยการใช้วงจรคุณภาพเอมมิ่งและการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (วิทยานิพนธ์ ศสม.). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.

ผลของโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด  
ต้อกระจก แผลนจักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ  
The Effect of Preoperative Preparatory Program on Anxiety and  
Complications in Patients Underwent Cataract Surgery in Ophthalmology  
Clinic at Bueng Kan Hospital

ลุนนี จีมอสา<sup>1</sup>, วัลลภา ช่างเจรจา<sup>2</sup>  
Lunnee Jimarsa<sup>1</sup>, Wallapha Changjeraja<sup>2</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยต้อกระจก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยต้อกระจกที่คลินิกตา แผลนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยจับคู่ให้มีความใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ และอายุ แล้วจับฉลากเข้าร่วมกลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดโดยใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของ Roy และทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Leventhal and Johnson ระยะเวลาของโปรแกรม 30-45 นาที เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเตรียมผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ 4) แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติ dependent t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมเตรียมผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) แต่ผลของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต้อกระจกไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ ควรมีโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต้อกระจกให้ครอบคลุมทุกขั้นตอนการปฏิบัติตัวที่ผู้ป่วยต้องเจอโดยเฉพาะส่วนที่เป็นเหตุการณ์ต้องมีการสาธิตให้เห็นภาพและทดลองฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดผู้ป่วยระบบอื่นๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

คำสำคัญ: การเตรียมผ่าตัด, ความวิตกกังวล, ภาวะแทรกซ้อน, การผ่าตัดต้อกระจก

<sup>1,2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of a preoperative preparatory program on anxiety and complications in cataract patients. The participants consisted of 60 patients with cataract who had undergone Ophthalmology Outpatient Department at Bueng Kan Hospital. The participants were equally assigned into a control group (n=30) and an experimental group (n=30). The two groups were paired match by gender and age. They were then grouped by using simple random sampling. The control group received a conventional care, while the experimental group underwent the preoperative preparatory program developed from Roy's adaptation model and Leventhal and Johnson's theory of self-regulation. The program took form 30 to 45 minutes. The research instruments consisted of 1) the developed preoperative preparatory program 2) a personal data form 3) the State Anxiety Inventory: Form X-I, and 4) a complication form. The data were analysed by using percentage, mean, standard deviation (SD) and variances between groups were compared by paired t-test and independent t-test. The level of statistical significance was set at 0.05.

The finding showed that the mean score of the anxiety of the patients who underwent the developed preoperative preparatory program was significantly lower than that of the patients who received the conventional care ( $p < 0.001$ ). In contrast, there was no statistical difference of the mean scores of the complications of the cataract surgery between the two groups.

According to the findings, the developed preoperative preparatory program was effective in reducing anxiety among cataract patients who underwent surgery. This study recommends that there should be a preoperative preparatory program which covers all processes of the procedures that patients will involve. In particular, the medical procedures should be demonstrated and trained to ensure that the patients can practice correctly. Moreover, there should be further studies for other preoperative preparatory to assure the standardised standard of care.

**Keywords:** Preoperative preparatory program, anxiety, complication, cataract surgery

## บทนำ

ต้อกระจกเป็นโรคทางตาที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดหรือสายตาลี้นรางทั่วโลก<sup>1,2</sup> ประมาณ 36 ล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า เป็น 115 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 ตามอายุของประชากรที่สูงวัยขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีประชากรตาบอดจากต้อกระจกทั่วโลกถึง ร้อยละ 47.8 และมีผู้ป่วยจำนวนเกือบ 18 ล้านคน มีภาวะตาบอดทั้ง 2 ตาจากต้อกระจก ซึ่งมากกว่า ร้อยละ 90.0 ของผู้ป่วยตาบอดทั้งหมดอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาจากการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ราวปี 2567-2570<sup>3</sup> ซึ่งประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสดเกิดภาวะตาบอดและสายตาลี้นรางที่สูงขึ้นตามและพบว่า อุบัติการณ์ตาบอดเท่ากับ ร้อยละ 0.6 มีแนวโน้มไม่ลดลง สาเหตุอันดับหนึ่งคือต้อกระจก<sup>4,5</sup>

ต้อกระจกส่วนใหญ่เกิดจากเลนส์แก้วตาเสื่อมตามอายุ ทำให้มองเห็นไม่ชัดเจนตามระดับขุ่นของแก้วตา ผู้ป่วยจะมีอาการตามัวจนเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตประจำวัน หรือไม่รักษาจะมีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนจากต้อกระจกได้ ต้อกระจกไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการใช้ยา การรักษาที่ได้ผลดีที่สุดในผู้ป่วยที่มีคุณภาพการมองเห็นลดลง คือ การผ่าตัดต้อกระจกและเปลี่ยนใส่เลนส์แก้วตาเทียมซึ่งได้ผลดีถึง ร้อยละ 99.4<sup>4,5</sup>

ปัจจุบันเทคโนโลยีพัฒนาไปไกล การผ่าตัดต้อกระจกมีเทคนิคที่ทันสมัยระยะเวลาการผ่าตัดสั้น แผลเล็ก ไม่เสียเลือดมาก ไม่มีอันตรายต่อชีวิต โดยการผ่าตัดแพทย์จะใช้ยาชาเฉพาะที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวมีการรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดตลอดเวลา ความวิตกกังวลจึงเกิดขึ้นก่อนและระหว่างผ่าตัดที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาการปรับตัว ทำให้ทีมผู้ดูแล

ต้องระวังความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้<sup>5,6</sup>

การเตรียมผ่าตัดมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยต้องมีการเตรียมการที่ดีโดยมีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานครอบคลุมกระบวนการดูแลเริ่มตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด การให้การดูแลที่ครบถ้วนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมผ่าตัดหรือผู้ป่วยไม่เข้าใจกับวิธีการเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติทั้งก่อน ขณะ และหลังการผ่าตัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ไม่ให้ความร่วมมือในการผ่าตัดได้<sup>9,12</sup> ดังนั้นการสอนและฝึกปฏิบัติอย่างเป็นระบบเปรียบเสมือนเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ที่ผ่านกระบวนการในร่างกาย (process) และแสดงออกมาเป็นการปรับตัว (output) คือ ความร่วมมือในการผ่าตัด<sup>7</sup> การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยมีโครงสร้างความคิด (schema) ต่อเหตุการณ์ที่ต้องประสบในอนาคต เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์นั้นจริง ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือและคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง<sup>8,9,10</sup>

คลินิกตา แผนกจักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ พบว่ามีผู้ป่วยต้อกระจกที่มารับบริการผ่าตัดเป็นจำนวนมากในปีงบประมาณ 2559-2561 มีจำนวน 1,445,905 และ 629 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 98.62, 99.34 และ 98.56 ตามลำดับ ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางจักษุทั้งหมด และมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกแล้วไม่ได้รับการผ่าตัด ตามวันและเวลาที่กำหนด ในปีงบประมาณ 2559-2561



จำนวน 132, 84 และ 57 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.37, 8.49 และ 8.30 ตามลำดับ<sup>11</sup> สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงไม่ได้ผ่าตัด ส่งผลกระทบถึงคุณภาพชีวิต ทำให้เกิดการเสียเวลา เสียโอกาสในการมองเห็น และมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการฉีดยาชาเข้าตา จนทำให้มีเลือดออกในตา ไม่ยอมให้ใช้ผ้าคลุมหน้าขณะผ่าตัด และไม่ให้ความร่วมมือในการผ่าตัดจนเปลี่ยนวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัด

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความวิตกกังวลส่งผลขัดขวางความสามารถในการรับรู้ข้อมูลของบุคคลทำให้กระบวนการการเรียนรู้และการจดจำของผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการผ่าตัดและคำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัวได้<sup>9</sup> การศึกษาของ เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะพบว่า ผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก มีการโทรศัพท์สอบถามข้อมูลการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น เพราะกังวลเรื่องการผ่าตัด<sup>12</sup> และการศึกษาของ Temporini และ Junior พบว่า การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดมีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลง<sup>13</sup> จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการผ่าตัด ไม่ปฏิบัติตามที่แนะนำ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมผ่าตัดที่ไม่ครอบคลุม ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีข้อจำกัดในด้านความจำ และการรับรู้ จึงไม่สามารถรับรู้ข้อมูลได้อย่างเต็มที่ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีความจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการผ่าตัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของโปรแกรมนี้ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทางจักษุ สามารถใช้เป็น

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบวัดก่อนหลังมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Pretest-posttest control group design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการตรวจที่คลินิกตาแผนกผู้ป่วยนอก และเข้ารับการผ่าตัดรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2562 โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้ 1) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยประเมินจากความสามารถในการตอบคำถามได้ถูกต้อง 2) ระยะเวลารอผ่าตัดต่อกระจก 1-60 วัน โดยดูจากเวชระเบียนผู้ป่วย 3) ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการกำหนดเกณฑ์ในกรณีนี้ที่ผู้วิจัยทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนก่อนแล้ว จึงใช้เกณฑ์กำหนดเป็นร้อยละ เป็นการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงขนาดของประชากร ในลักษณะอัตราส่วน คิดเป็นร้อยละ ของประชากรในการพิจารณา (Neuman, 1991)<sup>14</sup> ดังนี้ ถ้าประชากรเป็นหลัก 100 ควรใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยร้อยละ 25 ในการวิจัยครั้งนี้มี 200 คน จากการ



คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 50 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของงานวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนั้นมีความใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันดังนี้

1) เพศ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลตามสถานภาพสูงกว่าเพศชาย (Domar et al, 1987)

2) อายุ พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ามีความวิตกกังวลน้อยกว่า เนื่องจากมีประสบการณ์ชีวิตมาก สามารถเตรียมใจเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่าจึงมีความวิตกกังวลน้อย (สุนีย์ จันทรมหาเสถียร, 2549) แบ่งเป็นช่วงอายุคือ 45-69 ปี และ 70 ปี ขึ้นไป

### เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือในการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โปรแกรมการเตรียมผ่าตัดใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของ Roy<sup>7</sup> ประกอบด้วยแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด เทคนิคการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัดและเทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวล และทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation theory)<sup>8</sup> ของ Leventhal & Johnson (1999) ดังนี้ 1. ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคต่อกระดูก การรักษาและวิธีการผ่าตัดโดยใช้ภาพพลิกประกอบการสอน 2. ช่วงเวลาและลำดับของเหตุการณ์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมในวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดภาวะ

แทรกซ้อนอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเช็ดตา การใช้ยาหยอดตา รวมถึงการมาตรวจตามนัด 3. ลักษณะสภาพแวดล้อม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมอุณหภูมิ อุปกรณ์ต่างๆในห้องผ่าตัด แนะนำสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดผ่านรูปภาพ 4. สาเหตุของความรู้สึกประสพสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ แนะนำวิธีการคลุมผ้าคลุมผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด พร้อมให้ดูภาพพลิกการคลุมโปงในห้องผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปฝึกนอนคลุมโปงที่บ้านทั้งหมดใช้เวลา 30-45 นาที ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรมตกแต่งทางตา 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทาง (สาขาเวชปฏิบัติทางตา) 1 ท่าน และพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท 1 ท่าน โปรแกรมการเตรียมผ่าตัดประกอบด้วย คู่มือการเตรียมผ่าตัด ภาพพลิกและแผ่นพับ

1.1 คู่มือการเตรียมผ่าตัดต่อกระดูกเป็นการเตรียมผู้ป่วยรายบุคคล เนื้อหาประกอบด้วยขั้นตอนการให้ข้อมูลการเตรียมผ่าตัด การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก การรักษาและวิธีการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนเข้ารับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด วิธีการคลุมผ้าคลุมผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด และทบทวนการปฏิบัติตัวที่หอผู้ป่วย เนื้อหาใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที

1.2 ภาพพลิก ใช้ประกอบการให้คำแนะนำตามคู่มือโปรแกรมการเตรียมผ่าตัด แสดงภาพโรคต่อกระดูก อาการและอาการแสดง

การรักษา การเช็ดตา การหยอดตา สิ่งแวดล้อม  
ในห้องผ่าตัด การคลุมโปง

1.3 แผ่นพับ เนื้อหาประกอบด้วย  
โรคต่อกระจก การรักษาและวิธีการผ่าตัด  
การเตรียมผ่าตัดการปฏิบัติตัวขณะและหลังผ่าตัด

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล  
ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล  
ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับ  
การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติ  
การผ่าตัด โรคประจำตัว ผู้ดูแลในการผ่าตัดใน  
ครั้งนี้และสิทธิการรักษา

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวล  
ขณะเผชิญ เป็นแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง  
ซึ่งสร้างขึ้นโดยสปิลเบอร์เกอร์และคณะ  
(Spielberger, et al., 1970) แปลเป็นภาษาไทย  
โดยชาตรี นนทศักดิ์ และ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต<sup>15,16,17</sup>  
ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ  
ข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ เป็นแบบวัดชนิด  
มาตราส่วนประกอบค่า 4 ระดับ (rating scale)  
ไม่มีเลย มีบ้าง, ค่อนข้างมาก, มากที่สุด การแปล  
ค่าคะแนน จากคะแนนรวม โดยมีเกณฑ์ ดังนี้  
20-40 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลเล็กน้อย  
41-60 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลระดับ  
ปานกลาง 61-70 คะแนน หมายถึง วิตกกังวล  
ระดับสูง และ 71-80 คะแนน หมายถึง วิตกกังวล  
ระดับสูงมาก ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมา  
ทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่ม  
ตัวอย่าง ในโรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 30 ราย  
มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา  
ของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient)  
ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

3. แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่  
เกิดขึ้นในการผ่าตัด เป็นแบบบันทึกข้อมูลโดยให้  
ระบุภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในการผ่าตัดจากใบ  
บันทึกการผ่าตัดของห้องผ่าตัด (Operation  
record sheet)

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

### กลุ่มควบคุม

1. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยพบกลุ่ม  
ตัวอย่างครั้งที่ 1 ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกตา  
โรงพยาบาลบึงกาฬ เพื่อแนะนำตนเอง  
สร้างสัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์วิจัย และ  
ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของ  
ผู้ร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้า  
ร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการลายลักษณ์อักษรแล้ว  
ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความวิตกกังวล  
ขณะเผชิญของ Spielberger (1970)<sup>14,15</sup> หาก  
กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ  
อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปและมีคุณสมบัติตาม  
เกณฑ์การรับเข้ากลุ่มตัวอย่างจะเชิญเข้าร่วม  
การวิจัยและเก็บข้อมูลทำแบบสอบถามข้อมูล  
ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นพยาบาล  
ประจำคลินิกตาให้คำแนะนำตามปกติ นัดครั้ง  
ต่อไปในวันผ่าตัดก่อนผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

2. วันผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างได้รับ  
การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลที่หอผู้ป่วย  
จักษุ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 2 เพื่อวัด  
ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดความ  
วิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger (1970)  
หลังเสร็จกิจกรรมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง  
และส่งกลุ่มตัวอย่างพบพยาบาลประจำหอผู้ป่วย  
เพื่อรับการพยาบาลตามปกติต่อไป

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างออกจากห้องผ่าตัด  
ผู้วิจัยลงการบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด  
จากใบ (Operation record sheet) ในแบบ  
บันทึก

### กลุ่มทดลอง

การเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับ  
การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ  
เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและได้รับโปรแกรม  
การเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะ  
แทรกซ้อนในการผ่าตัดจากผู้วิจัยโดยผู้วิจัยพบ

กลุ่มทดลอง 2 ครั้ง ใช้เวลา 30-45 นาที มีรายละเอียดดังนี้

1. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกตา โรงพยาบาลบึงกาฬ เพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์วิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอม เข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger (1970) หากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การรับเข้ากลุ่มตัวอย่างจะเชิญเข้าร่วมการวิจัย และเก็บข้อมูลทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทำการแจ้งเวลาทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

2. ดำเนินกิจกรรมประกอบด้วยการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยให้ข้อมูลตามโปรแกรมการเตรียมผ่าตัด เน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและปฏิบัติตาม พร้อมมอบแผ่นพับแก่กลุ่มตัวอย่าง

3. วันผ่าตัด ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 (ใช้เวลา 10 – 15 นาที)

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้บอกถึงปัญหาความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความวิตกกังวลที่มีอยู่พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติม

3.2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger (1970) หลังเสร็จกิจกรรมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และส่งกลุ่มตัวอย่างไปห้องผ่าตัดต่อไป

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างออกจากห้องผ่าตัด ผู้วิจัยบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดจากใบบันทึกการผ่าตัด (Operation record sheet) ในแบบบันทึก

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการผ่าตัด โรคประจำตัว ผู้ดูแลในการผ่าตัดในครั้งนี้และสิทธิการรักษา ด้วยการแจกแจง ความถี่ (Frequency) และ ร้อยละ (Percentage) เปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อระยะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ dependent t-test

3. ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผ่าตัดต่อระยะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) เปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์

## ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ						
ชาย	11	36.7	11	36.7	22	36.7
หญิง	19	63.3	19	63.3	38	63.3
2. อายุ (ปี)						
<70 ปี	17	56.7	17	56.7	34	56.7
70 ปีขึ้นไป	13	43.3	13	43.3	26	43.3
3. ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	26	86.7	28	93.3	54	90
สูงกว่าประถมศึกษา	4	13.3	2	6.7	6	10
4. สถานภาพสมรส						
คู่	23	76.7	22	73.3	45	75
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	7	23.3	8	26.7	15	25
5. อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	3.3	0	0	1	1.7
อาชีพเกษตรกรรม	29	96.7	30	100	59	98.3
6. รายได้						
ไม่เพียงพอ	3	10	5	16.7	8	13.3
เพียงพอ	27	90	25	83.3	52	86.7
7. ประวัติการผ่าตัด						
ไม่เคยผ่าตัด	6	20	9	30	15	25
เคยผ่าตัด	24	80	21	70	45	75
8. โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	21	70	22	73.3	43	71.7
มีโรคประจำตัว	9	30	8	26.7	17	28.3
9. ผู้ดูแลในการผ่าตัดครั้งนี้						
คู่สมรส	20	66.7	16	53.3	36	60
ญาติ อื่นๆ	10	33.3	14	46.7	24	40
10. สิทธิการรักษา						
ประกันสุขภาพ	26	86.7	25	83.3	51	85
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	13.3	5	16.7	9	15

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนผ่าตัดต่อกระดูก จำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อายุน้อยกว่า 70 ปี ร้อยละ 56.7 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 90 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 98.3 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 86.7

ประวัติเคยผ่าตัด ร้อยละ 75 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.7 มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลในการผ่าตัด ครั้งนี้ ร้อยละ 60 และใช้สิทธิการรักษาด้วย บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 85 เปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Chi-square tests พบว่า มีข้อมูลทั่วไป ไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม

**ตารางที่ 2** ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการเตรียมผ่าตัด

ความวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
กลุ่มทดลอง (n=30)	53.50	3.81	ปานกลาง	47.50	3.32	ปานกลาง
กลุ่มควบคุม (n=30)	53.53	3.72	ปานกลาง	53.03	4.02	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองก่อน การทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกเท่ากับ 53.50 (S.D.=3.81) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย ความวิตกกังวลเท่ากับ 47.50 (S.D.=3.32) อยู่ใน ระดับปานกลาง

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยของความวิตก กังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกเท่ากับ 53.53 (S.D. = 3.72) อยู่ในระดับปานกลาง และ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 53.03 (S.D. = 4.02) อยู่ในระดับปานกลาง

**ตารางที่ 3** ทดสอบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ความวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
กลุ่มทดลอง (n=30)	53.50	3.81	47.50	3.32	8.84	29	<0.001*
กลุ่มควบคุม (n=30)	53.53	3.72	53.03	4.02	1.38	29	0.177*

\*p-value <0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มการทดลองก่อนการทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต่อกระดูกมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกเท่ากับ 53.50 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 47.50 เมื่อนำค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกมาเปรียบเทียบกับสถิติ dependent t-test พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูก เท่ากับ 53.53 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 53.03 เมื่อนำค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกมาเปรียบเทียบกับสถิติ dependent t-test พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความวิตกกังวล	47.50	3.32	53.03	4.02	5.805	58	<0.001*

\*p-value <0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลเท่ากับ 47.50 กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเท่ากับ 53.03 เมื่อนำค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระดูกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต่อกระดูกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต่อกระดูก คือ Rupture posterior capsule จำนวน 1 ราย (3.33%) และกลุ่มควบคุมมีภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต่อกระดูก คือ Rupture posterior capsule 1 ราย (3.33%) เช่นเดียวกัน

### สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ลักษณะของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในผู้ป่วยต่อกระดูก มีความใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการผ่าตัดโรคประจำตัว ผู้ดูแลในการผ่าตัดในครั้งนี้และสิทธิการรักษา เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญ พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 2 กลุ่ม และผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ( $p < 0.001$ ) อธิบายได้ว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกเป็นผลมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจและไม่ทราบว่าตนเองจะเผชิญกับสถานการณ์ใดบ้างเมื่อบุคคลได้รับภาวะคุกคามจึงเกิดความกังวลขึ้น การเตรียมผ่าตัดถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและยังช่วยในการประเมิน และเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด



การให้ข้อมูลการตามโปรแกรมการเตรียมผ่าตัด ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย อธิบายถึงวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยมาพบและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เป็นรายบุคคล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม ปัญหาหรือข้อสงสัยหลังการได้รับข้อมูล การกระทำดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่า ตนได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากพยาบาล จึงไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตาม คำแนะนำ แตกต่างจากการให้ข้อมูลจากพยาบาล ประจำการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ที่ให้ข้อมูลโดย พยาบาลหลายคนผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันไป พยาบาลแต่ละคนต่างมีความรู้ความชำนาญ และ มีเทคนิคการให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน ไม่มีแบบแผน ที่แน่นอน และบางครั้งมีเวลาให้ผู้ป่วยน้อย จึงต้องรีบเร่งให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถ ให้ข้อมูลครอบคลุมเนื้อหาที่จำเป็นทั้งหมด แก่ผู้ป่วยได้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม ปัญหาหรือทบทวนเนื้อหาซ้ำมีจำกัด จากเหตุผล ดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบไม่เกิด การเรียนรู้การเตรียมผ่าตัดเท่ากับผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมการเตรียมผ่าตัด

การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎี การควบคุมตนเองของ Leventhal & Johnson (1999)<sup>8</sup> กล่าวคือ เมื่อให้โปรแกรมการเตรียม ผ่าตัดในกลุ่มทดลองที่เป็นข้อมูลที่ถูกต้อง มีเนื้อหาครบถ้วนมีการจัดเรียงลำดับเนื้อหา ทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจผู้ป่วยจึงมี การเรียนรู้ปราศจากความคลุมเครือและ คาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ เมื่อพิจารณา กระบวนการปรับตัวตามกรอบแนวคิดของ Roy<sup>7</sup> พบว่า การเตรียมก่อนผ่าตัดทางด้านร่างกายและ จิตใจที่เป็นสิ่งเร่งผ่านเข้ากระบวนการ ปรับตัว โดยผ่านระบบควบคุมทางสรีระ และ ระบบรู้สึกส่งผลให้ร่างกายเกิดการปรับตัวทำให้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง<sup>12,13</sup> ให้ความร่วมมือ ในการผ่าตัด ส่วนภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต่อ กระเจก ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

การเตรียมผ่าตัดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ ไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม ภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต่อกระเจกมี หลายอย่าง แต่โอกาสเกิดมีน้อยมาก โดยมีปัจจัย ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง รวมทั้งมี ระดับความรุนแรงแตกต่างกันออกไป<sup>6</sup>

สอดคล้องกับผลการศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลแบบมีแบบแผนแก่ ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระเจกในระยะก่อนผ่าตัด<sup>13</sup> และการศึกษาศึกษาระดับความวิตกกังวลและ ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการ ผ่าตัดทางตา<sup>12</sup> พบว่า มีความวิตกกังวลก่อน ผ่าตัดระดับปานกลาง และผลการศึกษานับสนุน การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ ผู้ป่วยและยังช่วยในการประเมินและเตรียมความ พร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด

### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบึงกาฬ เลขที่ BKHEC2019-14 วันที่ 2 พฤษภาคม 2562 กลุ่มตัวอย่างทราบ วัตถุประสงค์การวิจัยและสิทธิประโยชน์ที่จะ ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการพิทักษ์สิทธิตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วม โครงการ และแม้หากผู้เข้าร่วมโครงการเปลี่ยนใจ ถอนตัวออกจากโครงการภายหลังก็สามารถทำได้ ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้รับ จากผู้เข้าร่วมโครงการจะนำเสนอเพียงภาพรวม และไม่มีทางจะเชื่อมโยงไปถึงผู้เข้าร่วมโครงการ ได้ผู้วิจัยได้ยึดหลักเกณฑ์ทางจริยธรรมสำหรับ การศึกษาวิจัยในมนุษย์ ตามหลักความเคารพใน บุคคล หลักผลประโยชน์และหลักยุติธรรม ผู้วิจัย ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรหลักจริยธรรมสำหรับ ผู้วิจัยในมนุษย์ วันที่ 26 มีนาคม 2562



**ข้อเสนอแนะ**

1. เพื่อนำโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดนี้ไปใช้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดต่อกระจก เพราะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการรับรู้และลดความวิตกกังวลได้

2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งช่วยในการวางรูปแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกและโรคตาอื่นๆ ก่อนได้รับการผ่าตัดให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาผลของการให้ข้อมูลในรูปแบบต่างๆ ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางตา หรือตัวแปรอื่น เช่น อัตราการเลื่อนการผ่าตัด พร้อมทั้งความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบการให้ข้อมูลนั้นๆ

2. ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการติดตามความพร้อมก่อนผ่าตัดอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันที่ทันสมัยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลตามความต้องการและมีความพร้อมในการผ่าตัด

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบคุณ พญ.นาตยา มิลส์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ นางสุนันท์ นกทอง หัวหน้าพยาบาลที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาและเผยแพร่ผลงานนี้ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์

**เอกสารอ้างอิง**

1. Rao GN, Khanna R, Payal A. The global burden of cataract. *Curr Opin Ophthalmol.* 2011; 22(1): 4-9.

2. Bollinger KE, Langston RH. What can patients expect from cataract surgery? *Cleve Clin J Med.* 2008; 75(3): 193-6, 199-200.
3. สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุในไทย (อินเทอร์เน็ต). 2014 (ปรับปรุงเมื่อ 2557; เข้าถึงเมื่อ 11 มี.ค. 2557)
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการรักษาต่อกระจกในประเทศไทย. (ม.ป.ท.).
5. ปริญญา โจรนพงศ์พันธุ์. ต่อกระจกและการผ่าตัดรักษาต่อกระจก. ใน: เปรมจิต เคาณานนท์, บรรณาธิการ. *จักษุจุฬา. พิมพ์ครั้งที่ 2.* กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี จำกัด; 2559. หน้า 203-18.
6. Moon JS, Choo KS. The effects of handholding on anxiety in cataract surgery patient under local anesthesia. *J Adv Nurs.* 2001;35(3):407-15
7. Roy C. *The Roy adaptation model.* 3rd ed. Upper Saddle River. NJ: Pearson; 2008.
8. Leventhal, H., & Johnson, J.E. Laboratory and field experimentation development of a history of self-regulation. In P. T Wooldridge, M. H Schmitt, R. C. Leonaed, and J.K. Skipper. (Eds), *Behavioral Science and Nursing Theory.* (pp.189-262). St. Louis: The C.V. Mosby Co. 1983.
9. พรทิศา มีสุวรรณ และชนิษฐา นาคะ. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร,* 2551; 26(2), 185-193.

10. Marback R, Temporini E, Junior NK. Emotional factors prior to cataract surgery. Clinics. 2007; 62(4): 433-8.
11. โรงพยาบาลบึงกาฬ. รายงานประจำปีแผนก จักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ ปีงบประมาณ 2559-2561. บึงกาฬ: โรงพยาบาลบึงกาฬ; 2561.
12. เอื้องพร พิทักษ์ สังข์, จุฑาไล ต้นทเทิดธรรม, สุกัญญา ศุภฤกษ์และอรทัย วรานุกุลศักดิ์. การศึกษาความวิตกกังวล ความเครียด และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการ ผ่าตัด ทางตาแบบผู้ป่วยนอก. วารสาร พยาบาลศิริราช, 2554: 4 (1), 35-42.
13. อารุณี อัครศุภฤกษ์. ประสิทธิภาพของการให้ ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้สูงอายุโรคต้อ กระจกในระยะก่อนผ่าตัด (วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.
14. สมชาย วรกิจเกษมกุล. สถิติประยุกต์เพื่อการ วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุดรธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี; 2554.
15. Spielberger, C.D., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1972). STAI Manual. California: Consulting Psychologists Press, Inc.
16. ดาราวรรณ ต๊ะบินตา. ความวิตกกังวล เทคนิคการลดความวิตกกังวล : กระบวนการ พยาบาล. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์; 2538.
17. นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกคาทร และ มาลี นิสัยสุข. แบบประเมินความวิตกกังวล (เอกสารอัดสำเนา). [Online].; 2526.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มี  
การติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Patients with End Stage Renal Disease having Peritonitis form  
Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : a Study of Two Case

วิไลวรรณ แสนโฮม\*  
Wilaiwan Saenhom\*

บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

**วิธีการศึกษา :** การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ในเดือน กันยายน 2559 ถึง พฤศจิกายน 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติและการสังเกตการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะแรกกับระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย

**ผลการศึกษา :** พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง 2 ราย มีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ ปัญหาการติดเชื้อราและมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในช่องท้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการและอาการแสดง ได้แก่ มีไข้ปวดท้องมาก คลื่นไส้ อาเจียน และน้ำยาล้างไตขุ่น ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เชื้อรายังไม่แพร่กระจายเข้าสู่ช่องท้องมาก พบเชื้อราเกาะติดตามสายทางออกของน้ำยาล้างไต ทำให้น้ำยาล้างไตไหลเข้าออกซ้ำแต่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงเหมือนผู้ป่วยรายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาโดยให้ยารักษาเชื้อรา ร่วมกับทำฟอกเลือดชั่วคราว (temporary hemodialysis) อย่างไรก็ตามในการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ พบว่า มีระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อรวมทั้งความยากของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ อายุ โรคประจำตัว ความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาพยาบาล เชื้อที่ก่อโรค อาการและอาการแสดง และความสามารถของผู้ดูแลหลักในการปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องให้ผู้ป่วย

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

**สรุปผลการศึกษา :** ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย การให้คำปรึกษา การสอนและสื่อสารกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว การบริหารจัดการ การประสานงาน และการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อของบุงช่องท้องในแต่ละครั้ง เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องอันเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อกลับเป็นซ้ำ และหมั่นทบทวนวิธีการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ลดอัตราการเสียชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**คำสำคัญ :** โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

### Abstract

**Objective :** To describe the nursing care for patients with end-stage renal disease (ESRD) having peritonitis from continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD).

**Methods :** This comparative study was conducted by using the data of two patients with end-stage renal disease having peritonitis from CAPD admitted in Khon kaen Hospital between September and November 2016. The data of this study were collected from patient medical records, interviewing patients and their relatives, and observations. Besides, this study was analyzed and presented by comparison between cases in health patterns, pathology, signs and symptoms, peritonitis's treatments, nursing diagnosis, and nursing plans during admitted and discharge.

**Results :** The results showed that both patients have the same problem that was a fungal infection, and it quickly spreads to the peritoneum. Moreover, fungal infection made the first patient had a fever, severe stomach pain, nausea and vomiting, and unclear of peritoneal dialysis solution. However, the second case did not show those symptoms because the fungi did not spread to the peritoneum, just saw the fungi sticking to a transfer tube and it made the peritoneal dialysis solution was not cleared and flown. After that, both patients have been changed treatment plans by adding antifungal medicines and temporary hemodialysis. However, the severity of infection of each patient depends on their conditions, including age, underlying of disease, delaying of treatment, type of germs, signs and symptoms, and competency of caregiver regarding practice and skill of CAPD

**Conclusion :** To care for patients of ESRD having CAPD, nurses have to have essential nursing competencies, including nursing practice, counseling, teaching, and communicating to patients and their families, management, coordinating, and continuing care. It also included the competencies and skills of accessing the causes of peritonitis and reviewing the guidelines of changing peritoneal solution. These nursing competencies will be helpful in preventing recurrent infection, reduce mortality rate, and enhance the quality of life

**Keywords:** End-Stage Renal Disease, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD), Peritonitis

## บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากโดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease : ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต จากข้อมูลปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่าคนป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 2 แสนคน มีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 10,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 13,536 คน และประมาณ 1 ใน 3 ตายก่อนวัยอันควร<sup>1</sup>

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะไตสูญเสียหน้าที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลาานหรือมากกว่า 3 เดือน ทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของไต<sup>2</sup> เมื่อผู้ป่วยมีอาการของภาวะยูรีเมีย (Uremia) หรือเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องมีการบำบัดทดแทนไต ปัจจุบันมี 3 วิธี คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) และการปลูกถ่ายไต (Renal Transplantation) ซึ่งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เป็นวิธีการรักษาที่ง่ายผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนน้ำยาได้เองที่บ้าน มีค่าใช้จ่ายรวมต่ำกว่าการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือด<sup>3</sup> ไม่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือราคาแพงมาก และสามารถดำเนินการรักษาออกโรงพยาบาลได้<sup>4</sup> แต่การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ การติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา จากเทคนิคที่ไม่ถูกต้อง หรืออุปกรณ์ในการเปลี่ยนถ่ายชำรุด การไม่รักษาความสะอาดในขณะปฏิบัติกิจกรรม

รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย และเป็นสาเหตุการตายถึง ร้อยละ 7-10<sup>5</sup> ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและมีผลทำให้ประสิทธิภาพการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องลดลง จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น<sup>6</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของศูนย์บริการโรคไต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า ต้นทุนรวมของการให้บริการล้างไตทางช่องท้องผู้ป่วยในปี 2554 เท่ากับ 0.98 ล้านบาท เฉลี่ยเท่ากับ 1,125.82 บาทต่อครั้ง การให้บริการ<sup>7</sup> และผู้ป่วยที่มีอาการของการติดเชื้อรุนแรงต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นตามจำนวนวันนอนรักษา

จากข้อมูลหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2556-2559 มีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 262, 319, 380 และ 388 ราย ตามลำดับ และมีการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง จำนวน 58 ,78, 120 และ106 ราย ตามลำดับ<sup>8</sup> เชื้อที่พบส่วนใหญ่จากแบคทีเรียและสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อ ได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำภายหลังได้รับการฝึกสอนในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตจากพยาบาลอย่างเคร่งครัด และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคเดิมเป็นเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะต้องมีความรู้และปฏิบัติอย่างถูกต้องตลอดเวลา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการคาท่อล้างไตทางหน้าท้อง และการปนเปื้อนเชื้อในขณะทำการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต สิ่งสำคัญที่สุดที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

หลักต้องปฏิบัติคือ การปฏิบัติเพื่อการปลอดภัย เช่น การทำความสะอาดมือ การป้องกันการปนเปื้อนขณะทำการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต การดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสาย เป็นต้น<sup>9,10, 11</sup> ผู้ป่วยหลายรายที่มีการติดเชื้อจนผนังช่องท้องมีพังผืดไม่สามารถทำการล้างไตทางหน้าท้องต่อได้ต้องเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของครอบครัวและคุณภาพชีวิต และบางรายติดเชื้อรุนแรงเข้าสู่กระแสเลือดจนเสียชีวิต ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องจากเชื้อรา เนื่องจากพบอุบัติการณ์ของเชื้อรารวมต่ำ เฉลี่ยร้อยละ 3-6<sup>12,13</sup> แต่จัดได้ว่าเป็นการติดเชื้อที่รุนแรง มีอัตราการเสียชีวิตสูงร้อยละ 15-50<sup>13</sup> เมื่อเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด และได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

### วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ในเดือน กันยายน 2559 ถึง พฤศจิกายน 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบ แบบแผน

สุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะแรก รับ ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย

### ข้อมูลผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศชาย อายุ 70 ปี สถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 2 กันยายน 2559 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 13 กันยายน 2559 การวินิจฉัยหลัก 1. ESRD with infected CAPD (Catheter-related peritonitis due to candida albicans) 2. Underlying disease DM with HT

ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง อายุ 59 ปี สถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 28 ตุลาคม 2559 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 8 พฤศจิกายน 2559 การวินิจฉัยหลัก 1. ESRD with infected CAPD (Fungus) 2. Underlying disease HT with Gout



**ตารางที่ 1** ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มีไข้สูง ปวดท้อง คลื่นไส้และอาเจียน และน้ำยาล้างไตที่ปล่อยออกมา มีสีขุ่น เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน	ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน น้ำยาไหลเข้าออกช้า ไม่มีไข้และน้ำยา PD ไม่ขุ่น มาที่ไตเทียมตรวจพบคราบสีดำคล้ายเชื้อราติดตามสาย transfer
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดทั่วๆท้องเป็นพักๆ ไม่มีไข้แต่มีคลื่นไส้และอาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน 1 วัน แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้น R/O non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) แต่เช้าวันรุ่งขึ้นมีอาการปวดท้องมากขึ้น ปล่อยน้ำยาออกพบว่าน้ำยาขุ่น และมีไข้ ญาติขอส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับการวินิจฉัยก่อนส่ง 1. R/O Infected CAPD 2. R/O NSTEMI	2 สัปดาห์ก่อนมา พบมีคราบสีดำเล็กน้อยเกาะติดที่สาย transfer ปล่อยน้ำยาล้างไตไหลเข้าออกดี แต่ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน มีปัญหาน้ำยาไหลเข้าออกช้า ไม่มีไข้และน้ำยา PDใสไม่ขุ่น จึงมาที่ศูนย์ไตเทียมและพยาบาลล้างไตทางช่องท้องตรวจพบคราบสีดำคล้ายเชื้อราเกาะติดตามสาย transfer จำนวนมาก ไม่มีอาการปวดท้อง BT 36.8°C ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตรา การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที BP 147/90 mmHg ท้องบวมโตจากน้ำยาล้างไตคั่งในช่องท้อง รายงานแพทย์ และให้ส่ง PDF for G/S, C/S, cell diff., cell count และตัดปลายสาย ส่วนที่มีคราบสีดำส่ง C/S ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และให้หยุดทำ CAPD เกรงจะมีการกระจายของเชื้อราเข้าสู่ช่องท้องเพิ่มและเข้ากระแสเลือดที่ทำให้เสียชีวิตได้ ให้ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 เพื่อให้ยาฆ่าเชื้อราและ off สาย Tenckhoff

## ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปี 2546 เป็นโรคเบาหวานรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และปี 2552 ตรวจพบมีความดันโลหิตสูง และต่อมาปี 2554 มีโรคไตเรื้อรัง รักษาที่โรงพยาบาลชุมชนมาตลอดจนไตเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในปี 2556 แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องตั้งแต่ 4 ธันวาคม 2556 โดยบุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลักในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ภายหลังการฝึกสอนและกลับไปทำการล้างไตต่อที่บ้านได้ 22 วัน มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องจากการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา พบเชื้อ Coagulase Negative Staphylococci ได้รับยาปฏิชีวนะใส่ในถุงน้ำยาถุงสุดท้ายของการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาจำนวน 14 วัน อาการติดเชื้อหายไป และได้มีการทบทวนและสอนซ้ำการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาให้ผู้ดูแล หลังจากนั้นไม่มีการติดเชื้ออีก	ปี 2536 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนตลอดและปี 2556 มีอาการปวดตามข้อ แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเก๊าท์และโรคไตเรื้อรัง ต่อมาปี 2558 พบเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องตั้งแต่ 13 พฤศจิกายน 2558 โดยบุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลักในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ภายหลังได้รับการวางสาย Tenckhoff ที่หน้าท้องและรอให้แผลรอบๆ สายแห้ง 14 วัน ก่อนจะฝึกสอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา พบมี exit site infection จากท้องบวมและมี ascites ชี้นรอบๆ ก่อนการ training CAPD ได้ยาปฏิชีวนะรับประทาน 1 สัปดาห์ และการติดเชื้อของแผลดีขึ้น และหลังทำ CAPD ได้ประมาณ 4 เดือน พบมี incisional hernia แต่ไม่ได้ทำการผ่าตัดเนื่องจากก้อนไม่โตไปจากเดิม
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
โรคประจำตัว	เป็น Diabetes Mellitus type II ปี 2546 เป็น Hypertension ปี 2554 รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน	ปี 2536 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนตลอด และปี 2556 พบมีโรค Gout

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา
ประวัติการผ่าตัด	เคยผ่าตัดนิ่วในไตที่โรงพยาบาล ขอนแก่นปี 2535	เคยผ่าตัดนิ่วในไตที่โรงพยาบาล ขอนแก่นปี 2540
อาการแรกเริ่ม	<p>แรกเริ่มที่ ER เวลา 15.30น.ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี รู้เรื่องแต่เหนื่อยเพลีย มีไข้ 38.1°C ชีพจร 80ครั้ง/นาที อัตรา การหายใจ 22 ครั้งต่อนาที BP 165/89mmHg แพทย์ให้ Film abdomen supine และทำ EKG 12 leads พบ normal sinus rhythm ได้ 0.9%NSS 1000 ml IV drip 40 ml/hr และให้รักษาในโรงพยาบาลที่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย<sup>2</sup> เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุร กรรมชาย 2 เวลา 17.30 น.แรกเริ่ม รู้สึกตัวดี รู้เรื่องแต่เหนื่อยเพลีย มีอาการปวดทั่วๆ ท้องเป็นพักๆ กดเจ็บทั่วท้องแข็งเกร็ง ระดับความ ปวดระดับ 4 ชีตเล็กน้อย ปลายเท้า บวมเล็กน้อย1+ มีไข้ 38.6°C ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที BP 198/94 mmHg ผลน้ำตาลปลายนิ้ว 331mg/dl และ ผลตรวจเลือดแรกเริ่ม พบ ค่า Albumin ค่อนข้างต่ำ คือ 2.6 g/dL และ Hematocrit 27.9 %</p>	<p>1วันก่อนมาโรงพยาบาล มีปัญหา น้ำยาล้างไตไหลเข้า-ออกซ้ำ ไม่มี ไข้และน้ำยา PD ใส่ไม่ชุ่ม จึงมา ที่ศูนย์ไตเทียมและพยาบาลล้างไต ได้ประเมินอาการพบคราบสีดำ คล้ายเชื้อราเกาะติดตามสาย transferจำนวนมาก ไม่มีอาการ ปวดท้อง ไม่บวม แต่อึดอัดท้อง จากน้ำยาล้างไตค้างในช่องท้อง ชิตเล็กน้อย BT 36.8°C ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที BP 147/90 mmHg รายงานอายุรแพทย์ โรคไต ให้ส่งตรวจเชื้อรา และตัด ปลายสายส่วนที่มีคราบสีดำส่ง C/S ที่รพ.จุฬาลงกรณ์ หยุดทำ CAPD และให้ผู้ป่วยนอนรักษา ในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุร กรรมหญิง แรกเริ่มที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม หญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รู้เรื่องไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง อุณหภูมิ 37.1 °C ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการ หายใจ 18 ครั้งต่อนาที BP 140/80 mmHg หยุดทำ CAPD และส่งปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อ off สาย Tenckhoff ผลตรวจเลือด แรกเริ่มพบ Potassium (K) ต่ำ 2.96 mmol/L, Albumin 3.2 g/dL และ Hematocrit 30.1 %</p>

## ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตาม 11 แบบแผนของ Gordon<sup>14</sup> กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ขณะอยู่โรงพยาบาล

11 แบบแผนสุขภาพ ของ Gordon	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง จากการล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD)</li> <li>- มีของเสี้ยคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่</li> <li>-เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง</li> <li>- ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากทรัพยากรที่มาสสนับสนุนในการดูแลตนเองที่บ้านไม่เพียงพอ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีของเสี้ยคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่และต้องหยุดการล้างไตทางช่องท้องจากการมีคราบราดำติดที่สายTransfer</li> <li>- เสี่ยงต่อการกระจายของเชื้อราเข้าสู่ช่องท้องเพิ่ม เนื่องจากมีราดำเกาะติดตามสายทางเข้าออกของน้ำยาล้างไต</li> <li>- ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากทรัพยากรที่มาสสนับสนุนในการดูแลตนเองที่บ้านไม่เพียงพอ</li> </ul>
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีภาวะ hyperglycemia เนื่องจากระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงจากภาวะเครียดของผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยและมีโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้</li> <li>- มีภาวะเสี้ยสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ในร่างกาย; hypokalemia และ hypomagnesium เนื่องจากอัตราการกรองของไตลดลงและรับประทานอาหารได้น้อย</li> <li>- มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ เนื่องจากการสลายตัวของโปรตีนและสูญเสียโปรตีนไปกับน้ำยาที่ออกมาและผลของการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีภาวะเสี้ยสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ในร่างกาย; hypokalemia และ hyponatremia เนื่องจากอัตราการกรองของไตลดลงและรับประทานอาหารได้น้อย</li> <li>- มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ เนื่องจากการสลายตัวของโปรตีนและสูญเสียโปรตีนไปกับน้ำยาที่ออกมาและผลของการเปื้ออาหาร จากภาวะยูรีเมียและแน่นท้อง</li> </ul>

ตาราง 2 (ต่อ) เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตาม 11 แบบแผนของ Gordon<sup>14</sup> กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ขณะอยู่โรงพยาบาล

11 แบบแผนสุขภาพ ของ Gordon	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	เบื่ออาหาร จากภาวะยูรีเมีย และมี คลื่นไส้อาเจียน	
แบบแผนที่ 3 แบบ แผนการขับถ่าย	- ท้องผูกเนื่องจากการติดเชื้อในช่อง ท้องและถูกจำกัดกิจกรรม	- ท้องผูกเนื่องจากการติดเชื้อในช่อง ท้องและถูกจำกัดกิจกรรม
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและ การออกกำลังกาย	- อ่อนเพลียเนื่องจากมีภาวะซีด	- อ่อนเพลียเนื่องจากมีภาวะซีด
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อน นอนหลับ	- แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เนื่องจากไม่คุ้นเคยกับสถานที่และ สิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยและมีปวด ท้อง	- แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เนื่องจากไม่คุ้นเคยกับสถานที่ และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยและ แน่นท้อง
แบบแผนที่ 6 สติปัญญา และการรับรู้	- ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจาก การติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง	- ไม่สุขสบาย แน่น อึดอัด ท้อง เนื่องจากน้ำยา PD ค้างในช่องท้อง มาก จากมีราดำเกาะติดตามสาย ทางออกของน้ำยา
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ ตนเองและอัตมโนทัศน์	- วิดกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ การปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจาก การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม	- วิดกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ การปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจาก การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม
แบบแผนที่ 8 บทบาทและ สัมพันธภาพ	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนข้อนี้	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนข้อนี้
แบบแผนที่ 9 เพศและการ เจริญพันธุ์	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนข้อนี้	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนข้อนี้
แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และและความทนกับ ความเครียด	- วิดกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ การปรับเปลี่ยนแผนการรักษา จาก การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม	- วิดกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ การปรับเปลี่ยนแผนการรักษา จาก การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม
แบบแผนที่ 11 คุณค่าและ ความเชื่อ	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนข้อนี้	- ไม่พบปัญหาในแบบแผนข้อนี้

### ตารางที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<b>ประเด็นเปรียบเทียบ 1. พยาธิสภาพของโรค</b>		
<p>มาด้วยอาการสำคัญ มีไข้ ปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น คลื่นไส้และอาเจียน ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน</p> <p>แรกรับรู้สึกตัวดี รู้เรื่องแต่เหนื่อยเพลีย มีอาการปวดทั่วๆท้องเป็นพักๆกดเจ็บทั่วท้องแข็งเกร็ง ระดับความปวดระดับ 3 ซีดเล็กน้อย ไม่มีไข้ 38.6°C ซีฟจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที BP 198/94 mmHg ได้ยา amlodipine (10mg) 1 เม็ดรับประทาน ความดันโลหิตลดลง 183/84 mmHg ไม่มีอาการปวดศีรษะ ผลน้ำตาลปลายนิ้ว 331mg/dl ได้ RI 8 unit sc stat แต่ น้ำตาลปลายนิ้วยังสูง 260 mg/dl ได้ NPH 8 unit sc และน้ำตาลลดลงเหลือ 115 mg/dl, run CAPD 2,000 cc. x 4cycle/ day พบน้ำยาที่ออกมาขุ่น มี fibrin ปวดท้องขณะปล่อยน้ำยาเข้าน้ำยาขาดทุน 100 cc. ผลตรวจเลือดพบค่าผิดปกติที่สำคัญ คือ BUN 26.6 mg/dL, Creatinine 7.11 mg/dL, Hematocrit 27.9%, Potassium 3.86 mmol/L, Magnesium 1.60 Phosphorus 2.8 mg/dL</p>	<p>มาด้วยอาการสำคัญ 1 วัน ก่อนมาตามนัดที่หน่วยไตเทียม มีปัญหาน้ำยาล้างไตไหลเข้าออกช้า ไม่มีไข้และน้ำยา PD ไส แต่น้ำยาที่ออกขาดทุน 800 cc. พยาบาลล้างไตทางช่องท้องประเมินอาการ พบคราบดำคล้ายเชื้อราเกาะติดตามสาย transfer แน่นอัดอัดท้องจากน้ำยาค้างในท้อง ไม่มีบวม มีภาวะซีดเล็กน้อย BT 36.8°C ซีฟจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อ นาที BP 147/90 mmHg รายงานอายุรแพทย์โรคไต ให้ส่ง PDF C/S และตัดปลายสายส่วนที่มีคราบสีดำส่ง C/S ที่รพ.จุฬาลงกรณ์ ให้หยุดทำ CAPD และให้ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล ผลตรวจ PDF พบ White Blood Cell Count 110 cell/mm<sup>3</sup> ผล PDF C/S และ Hemoculture ไม่พบเชื้อผล แต่ Tip C/S จาก transfer พบเชื้อรา กลุ่ม dematia- ceous fungi ผลตรวจเลือดพบค่าผิดปกติที่สำคัญ คือ BUN 58 mg/dL, Creatinine 12.39mg/dL, Hematocrit 30.1% Sodium 126 mmol/L,</p>	<p>ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีโอกาสเกิดการติดเชื้อจากการสอดใส่ท่อล้างไตเข้าไปในช่องท้องและต้องคาตลอดเวลา ทำให้เสี่ยงต่อเชื้อโรคนอกเข้าสู่ร่างกายผ่านทางรอยต่อระหว่างผิวหนังกับท่อล้างไต การปนเปื้อนขณะเปลี่ยนถ่าน้ำยาล้างไต โอกาสติดเชื้อจากเชื้อประจำถิ่นในร่างกายผู้ป่วยเองผ่านทางอวัยวะภายในช่องท้องทางกระแสเลือด หรือแม้แต่ทางอวัยวะในสตรี<sup>11</sup> เชื้อที่เป็นสาเหตุมากที่สุด คือ เชื้อแบคทีเรียแกรมบวก ส่วนสาเหตุจากเชื้อราพบได้ค่อนข้างต่ำ อาจเกิดจากเชื้อราชนิดเซลล์เดี่ยว (yeast) หรือราสาย ซึ่งยีสต์ในกลุ่ม Candida spp เป็นเชื้อก่อโรค ที่พบบ่อยที่สุดร้อยละ 68-90 และไม่ค่อยพบว่าเชื้อราสาย ก่อให้เกิดโรคในภาวะปกติ แต่มีแนวโน้มพบอุบัติการณ์ของเชื้อราสายเพิ่มขึ้น ในช่วงหลายปีที่ผ่านมามีได้แก่ Aspergillus spp, Paecilomyces spp, Penicillium spp, Fusarium spp, Zygomycetes spp, และ Acremonium spp. เป็นต้น จัดได้ว่าเป็นการติดเชื้อที่รุนแรงมีอัตราการเสียชีวิตสูงและมีอัตราการเกิด technical failure ได้ถึง ร้อยละ 40 ไม่พบว่าการติดเชื้อ fungal peritonitis มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกแตกต่างกันจาก bacterial peritonitis แต่อาจพบ bloody effluent ในบางราย พบจำนวนเม็ดเลือดขาวในน้ำยา PD ตั้งแต่ 90-23,600 cell/mm<sup>3</sup> ส่วนใหญ่เป็น Neutrophil เหมือน bacterial</p>

**ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง**

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>ตรวจ PDF พบ White Blood Cell Count 4,150 cell/mm<sup>3</sup>, Neutrophil 98 % ผลPDF C/S ในวันแรกไม่พบเชื้อได้ยาปฏิชีวนะฉีดเข้าหลอดเลือดทุกวันแต่ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมาก Pain Score 8-10 คะแนน ได้ buscopan 1 ampule iv stat วันที่ 8 ก.ย. 2559 และ tramol 50 mg iv stat ในวันที่ 12 ก.ย. 2559 และมีคลื่นไส้ อาเจียนรับประทานอาหารได้น้อย ได้ omeprazole 40 mg iv stat วันที่ 8 ก.ย.2559 แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาอายุแพทย์โรคไตและพยาบาลล้างไต (PD Nurse) ส่งตรวจPDF C/S ซ้ำในวันที่ 6 กันยายน 2559 ให้ส่ง 10 cc. ในขวด H/C โดย PD Nurse ปล่อยน้ำยาออกมาจากช่องท้องผู้ป่วย แล้วปล่อยให้ตกตะกอน 30 นาที หลังจากนั้นดูดเอาส่วนที่มีตะกอนส่งตรวจ ผลPDF C/S พบเชื้อรา candida albicans และเปลี่ยนการให้ยาเป็นยาฆ่าเชื้อรา คือ ampoteracin B 40 mg + 5%D/W 500ml iv drip in 6 hrs. x14 วัน และ off สาย Tenckhoff เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตเป็น</p>	<p>mmol/, Potassium 2.96 mmol/L, phosphorus 6.0 mg/dL, Albumin 3.2g/dL และ off สาย Tenckhoff เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต เป็น tempo-Rary hemodialysis สัปดาห์ละ 2 ครั้งและให้ยาฆ่าเชื้อรา คือ Ampoteracin B 35 mg + 5%D/W 500 ml iv drip in 8 hrs. x4 สัปดาห์ มีภาวะโปรแตสเซียมต่ำ 2.96 mmol/L ได้ 5% E.kcl 30 ml รับประทาน x 2 dose และโซเดียมในเลือดต่ำ 126 mmol/L ได้ 3% NaCl 500ml iv drip 40 ml/hr. หลังให้การดูแลรักษามีอาการดีขึ้น ไม่มีไข้ 36.7-37.3°C ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที BP 135/80 mmHg ผลตรวจเลือดพบ BUN 42 mg/dL, Creatinine 10.71 mg/dL, Sodium 130 mmol/L, Potassium 3.81 mmol/L</p>	<p>peritonitis<sup>15</sup> ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด fungal peritonitis ได้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคเบาหวานร่วม ผ่านการทำหัตถการทางลำไส้ เคยได้รับ board-spectrum antibiotics มาก่อนหน้า 1-3 สัปดาห์ มีภาวะ hypoalbuminemia หรือมีภาวะทุพโภชนาการ และบางรายมีความผิดปกติของท่อทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้ทะลุ หรือ diverticulitis ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงจากอายุมาก มีโรคเบาหวานร่วมและควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มีภาวะอัลบูมินค่อนข้างต่ำมาตลอดไม่เกิน 2.8 g/dL เคยมีตุ่มน้ำใสและคันตามลำตัว และเคยได้รับ board-spectrum antibiotics มาก่อนจากเคยติดเชื้อ peritonitis ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มีโรคเบาหวาน แต่มีการติดเชื้อรอบรอยต่อระหว่างผิวหนังกับท่อล้างไต และมี incisional hernia ร่วมกับมีภาวะอัลบูมินค่อนข้างต่ำมาตลอดไม่เกิน 3.2 g/dL ประกอบกับการปนเปื้อนของเชื้อในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดของผู้ดูแลหลักทั้ง 2 ราย</p>



### ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>Temporary hemodialysis สัปดาห์ละ 2 ครั้ง หลังให้การดูแล รักษามีอาการดีขึ้นอาการปวด ท้องลดลง Pain Score 3-5 คะแนน ไม่มีไข้ 35.5-36.7 °C ซีฟ จร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที BP 156/80 mmHg ผลส่งเลือดเพาะเชื้อ ไม่พบเชื้อในกระแสเลือด</p> <p><b>ประเด็นเปรียบเทียบ 2 อาการและอาการแสดง</b></p> <p>มีไข้ ปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น คลื่นไส้และอาเจียน ก่อนมา โรงพยาบาล 1 วัน ขณะนอน โรงพยาบาลอาการปวดทั่วท้อง เป็นพักๆ กดเจ็บทั่วท้องแข็งเกร็ง ระดับความปวดระดับ 3 ซีด เล็กน้อย ไม่บวม มีไข้ 38.6°C ซีฟจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการ หายใจ 22 ครั้งต่อนาที BP 198/94 mmHg ได้ยา</p>	<p>1 วัน ก่อนมาตามนัดที่หน่วยไต เทียม น้ำยาล้างไตไหลเข้าออกซ้ำ ไม่มีไข้และน้ำยา PD ไส้แต่น้ำยา ที่ออกขาดทุน 800 cc.พยาบาล ล้างไตทางช่องท้องประเมินอาการ พบคราบสีดำคล้ายเชื้อราเกาะ ติดตามสาย transfer แน่นอึดอัด ท้องจากน้ำยาค้างในท้อง ไม่บวม มีภาวะซีดเล็กน้อย BT 36.8°C ซีฟจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการ หายใจ 18 ครั้งต่อนาที BP 147/90 mmHg</p>	<p>ข้อบ่งชี้ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ คือ น้ำล้างไตขุ่นจากการที่ไฟบริ โนไลเซนทำลายไฟบรินลดลง ทำให้พบโปรตีนจำนวนมากใน ช่องท้องและในน้ำยาล้างไตพบ เม็ดเลือดขาวมากกว่า 100 cell/mm<sup>3</sup> ผู้ป่วยจะมีอาการปวด ท้องเล็กน้อยจนถึงมากที่สุดและมี ไข้ต่ำๆ จนถึงไข้สูง 16 อาการนี้ พบในผู้ป่วยรายที่ 1 แต่ในรายที่ 2 เชื้อราที่เกิดขึ้นยังไม่กระจาย เข้าไปสู่ช่องท้องเพิ่ม จึงทำให้ไม่ พบอาการของการติดเชื้อ การป้องกันเชื้อราหลุดเข้าช่อง ท้อง โดยการประเมินจำนวน ลักษณะและตำแหน่งของคราบ เชื้อราบนสาย transfer และไม่ ทำการคลึงหรือรีดสายบริเวณที่มี คราบสีดำ ในขณะที่ทำการปล่อย น้ำยาเข้า-ออก และให้ข้อมูลของ การหยุดทำ CAPD รวมถึงการทำ hemodialysis</p>

**ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง**

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<b>ประเด็นเปรียบเทียบ 3 การรักษาการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง</b>		
<p>- ปล่อน้ำยา PDF 2,000 cc. เข้า-ออกโดยไม่ต้องขังไว้ในท้อง จนกว่าน้ำยาที่ล้างไตออกมาจะใส</p> <p>- Run CAPD ด้วย 1.5% PDF 2,000 cc × 4 cycle/day</p>	<p>- Off run CAPD</p> <p>- Set off สาย Tenckh off catheter 1 พ.ย. 2559</p> <p>- ส่งไตเทียมเพื่อให้อายุรแพทย์โรคไต ใส่สายสวนหลอดเลือดดำที่คอสำหรับฟอกเลือด วันที่ 28 ต.ค. 2559</p> <p>- Set Temporary HD 4hrs., no heparin, BFR 200ml/min, UF 2-2.5 Lit</p>	<p>แนวทางการรักษาตามแนวปฏิบัติของคณะกรรมการเฉพาะกิจISPD ปี พ.ศ. 2553<sup>15</sup> คือ ให้น้ำยาปฏิชีวนะเบื้องต้นที่มีฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อคาดว่าจะเป็นตัวก่อโรคของการติดเชื้อในครั้งนี้นี้ ซึ่งควรให้ทันทีที่สังเกตพบน้ำยาขุ่น หรือมีไข และภายหลังการเก็บน้ำยาส่งเพาะเชื้อและย้อมสีแกรมแล้ว แนะนำให้ใช้น้ำยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ครอบคลุมทั้งแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบ ไม่ได้จำเพาะว่าต้องเป็นยาปฏิชีวนะชนิดใด ขึ้นอยู่กับอุบัติการณ์ของเชื้อก่อโรคในโรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยนั้นๆ หากไม่พบปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนและไม่มีสถิติของเชื้อก่อโรคในโรงพยาบาล ก็เลือกใช้น้ำยาปฏิชีวนะกลุ่ม cephalosporins เช่น cefazolin หรือ vancomycin หรือให้น้ำยาปฏิชีวนะอื่นที่ครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ โดยเฉพาะ pseudomonas spp. เช่น ceftazidime ในทางปฏิบัติอาจเลือกให้ cefazolin ร่วมกับ ceftazidime ผสมในน้ำยาPD 2,000 cc. ทางช่องท้อง วันละ 1 ครั้ง (ค้างในช่องท้องนานกว่า 6 ชั่วโมง) ยกเว้นผลย้อมสีแกรมเป็นเชื้อรา หรือ เชื้ออื่นที่ไม่ใช่แบคทีเรีย สามารถใช้น้ำยาปฏิชีวนะที่มีความจำเพาะกับเชื้อที่พบ</p>
<p><b>การรักษาด้วย Antibiotic drug and Antifungal</b></p>	<p><b>การรักษาด้วยยา Antifungal</b></p>	
<p>- แรกได้รับได้ยาปฏิชีวนะคือ ceftazidime 1 gm iv stat then 0.5 gm iv ทุก 24 hrs. และ cefazoline 1 gm iv stat then 0.5 gm iv ทุก 12 hrs.</p>	<p>- Amphoteracin B 35mg+5 % D/W 500 cc.iv drip in 6 hrs. OD</p>	
<p>- วันที่ 2ของการนอนโรงพยาบาลได้เปลี่ยน routการให้น้ำยาปฏิชีวนะคือ cefazoline 1 gm และ ceftazidime 1 gm add ใน PDF 2,000 cc /วัน ของถุงสุดท้ายที่เปลี่ยนก่อนนอน</p>	<p><b>การรักษาอื่นๆ</b></p>	
<p>- วันที่ 7 ของการนอนโรงพยาบาลได้เปลี่ยนเป็นยาการรักษาเชื้อรา คือ Amphoteracin B 40 mg+5 % D/W 500cc.iv drip in 6 hrs. OD</p>	<p>- CPM 1 amp. iv OD ก่อนให้ Amphoteracin B</p> <p>- 5% E.kcl 30 ml oral stat × 2 dose วันที่ 28 ต.ค. 2559</p> <p>- 3% NaCl 500ml iv drip 40 ml/hr. in 6 hrs. วันที่ 4 พ.ย. 2559</p> <p>- Set HD สัปดาห์ละ 2 ครั้ง no heparin, BFR 200 ml/min, DFR 500 ml/min, UF 1.5-2 Lit × 1 เดือน</p> <p>- Restrict oral fluid &lt;800 cc./ day</p> <p>- Low salt, low phosphate diet</p>	
<p><b>การรักษาอื่นๆ</b></p>	<p><b>ยารับประทาน</b></p>	
<p>- On O2 Canular 5 lit/min keep O<sup>2</sup> sat ≥94 %</p> <p>- 50 %MgSO<sub>4</sub> 4ml+5 % D/W 100cc.iv drip in 4 hrs.×3 day</p>	<p>- Amlodipine (10) ½ × 1pc</p>	

**ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง**

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mixtard 8 ยูนิต ฉีดใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารเช้าและ 4 ยูนิต ฉีด ก่อนอาหารเย็น</li> <li>- CPM 1 amp.iv OD ก่อนให้ Amphotericin B</li> <li>- Buscopan 1amp.iv stat และ Omeprazole 40 mg iv stat วันที่ 8 กย.2559</li> <li>-Tramal 50mg iv stat วันที่ 12 ก.ย.2559</li> <li>- off สาย Tenckhoff catheter วันที่ 12 ก.ย. 2559 เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตเป็น Temporary hemodialysis สัปดาห์ละ 2 ครั้ง x2 เดือน</li> <li>- Diabetic low salt diet ยารับประทาน</li> <li>- Folic acid( 5) 1x1pc</li> <li>Ferrous fumarate (200mg) 1 tab x 3 pc</li> <li>- Amlodipine (10) 1 x 2 pc</li> <li>-Hydralazine (25) 1 x 4 pc</li> <li>-Lasix (500) 1 x 1 pc</li> <li>-Omeprazole (20) 1 x 1 pc</li> <li>-Motilium 1 x 3 ac</li> <li>-B.co 1 x 3 pc</li> <li>-ASA (81) 1 x 1 pc</li> <li>-Mydocalm 1 x 2 pc</li> <li>-Paracetamal (500) 1tab prn ทุก 4 hrs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lasix (500) 1 x 1 pc และ ½ x เทียง</li> <li>- Sodamint 2 x2pc</li> <li>- Hydralazine( 25) 2x4pc</li> <li>- Folic acid( 5) 1x1pc</li> <li>- Ferrous fumarate (200 mg) 1 tab x 3 pc</li> </ul>	<p>ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ครอบคลุมทั้งแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบ ในระยะแรกแต่อาการยังไม่ดีขึ้นและผล PDF C/Sพบเชื้อราCandida albicans และเปลี่ยนการรักษาให้ยา anti-fungal ต่างกับผู้ป่วยรายที่ 2 ที่พบอุบัติการณ์ติดเชื้อราตั้งแต่วินิจฉัย การรักษาด้วยยาฆ่าเชื้อราโดยลำพังให้ผลสำเร็จต่ำ มีอัตราการเสียชีวิตและการกลับเป็นซ้ำสูง เนื่องจากเชื้อสามารถสร้าง biofilm ช่วยในการ colonize อยู่ในสาย Tenckhoff และพิจารณาใส่สาย Tenckhoff ใหม่หลังจากให้ยาฆ่าเชื้อราจนกระทั่งอาการอักเสบของช่องท้องหายเป็นเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์ 15 ยาฆ่าเชื้อราชนิดมาตรฐานที่ใช้คือ amphotericin B ให้ยาทางกระแสเลือดในขนาด 0.5 และ 1.0 มก./กก./วัน ในกรณีที่เป็นยีสต์และราสายตามลำดับระยะเวลาในการให้ยาฆ่าเชื้อราควรให้ยาอย่างน้อย 10วัน หลังทำการผ่าตัดถอดสาย Tenckhoff ออก แต่ควรมีระยะเวลาของการให้ยา 4 ถึง 6 สัปดาห์ และสามารถเปลี่ยนยา amphotericin B เป็นยาชนิดอื่นได้ตามผลการทดสอบความไวต่อยาฆ่าเชื้อรา ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการรักษาด้วย amphotericin B 40</p>

**ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง**

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		mg+5 % D/W 500cc.iv drip in 6 hrs. OD x1เดือน ส่วน ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้ยามาเชื้อรา amphotericin B 35mg+5 % D/W 500cc.iv drip in 6 hrs. ODx1เดือน จึงนัดใส่สาย Tenckhoff ใหม่
<p><b>ประเด็นเปรียบเทียบ 4 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามทฤษฎี 11 แบบแผนของ Gordon<sup>14</sup></b></p>		
1. มีไข้เนื่องจากการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง จากการล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง 3. มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ในร่างกาย; hypokalemia และ hypomagnesium เนื่องจากอัตราการกรองของไตลดลงและรับประทานอาหารได้น้อย 4. มีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ 5. มีภาวะ Hyperglycemia เนื่องจากระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงจากภาวะเครียดขณะเจ็บป่วยและมีโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากมีความดันโลหิตสูง 7. อ่อนเพลียเนื่องจากมีภาวะซีด 8. มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ เนื่องจากการสลายตัวของโปรตีนและสูญเสียโปรตีนไปกับน้ำยาที่ออกมาและผลของการ	1. ไม่สุขสบายแน่นอึดอัดท้องเนื่องจากน้ำยาPDค้างในช่องท้องมาก จากมีราดำเกาะติดตามสายทางออกของน้ำยา 2. เสี่ยงต่อการกระจายของเชื้อราเข้าสู่ช่องท้องเพิ่ม เนื่องจากมีราดำเกาะติดตามสายทางเข้าออกของน้ำยาล้างไต 3. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา จากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง(CAPD) เป็นการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4. มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ในร่างกาย; Hypokalemia และ Hyponatremia เนื่องจากอัตราการกรองของไตลดลงและรับประทานอาหารได้น้อย 5. มีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่และต้องหยุดการล้างไตทางช่องท้องจากการมีคราบราดำติดที่ สาย transfer 6. อ่อนเพลียเนื่องจากมีภาวะซีด 7. มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ เนื่องจากการสลายตัว	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 12 ข้อ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 10 ข้อ เหมือนกัน 7 ข้อ และมีแตกต่างกัน 8 ข้อ ดังนี้ 1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่1 ผู้ป่วยรายที่1 มีไข้ แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มี 2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มี 3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยรายที่1 มี hypokalemia และhypomagnesium แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาhypokalemia และ hyponatremia 4. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะ Hyperglycemia แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มี 5. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะความดันโลหิตสูงมาก แต่ผู้ป่วยรายที่2ไม่มี

### ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>เบื่ออาหาร จากภาวะยูริเมีย และมีคลื่นไส้อาเจียน</p> <p>9. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากไม่คุ้นเคยสถานที่ และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยและมีปวดท้อง</p> <p>10. ท้องผูกเนื่องจากการติดเชื้อในช่องท้องและถูกจำกัดกิจกรรม</p> <p>11. วิดกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา จากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม</p> <p>12. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากทรัพยากรที่มาสนับสนุนในการดูแลตนเองที่บ้านไม่เพียงพอ</p>	<p>ของโปรตีนและสูญเสียโปรตีนไปกับน้ำยาที่ออกมาและผลของการเบื่ออาหาร จากภาวะยูริเมีย</p> <p>8. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากไม่คุ้นเคยสถานที่ และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย</p> <p>9. ท้องผูกเนื่องจากการติดเชื้อในช่องท้องและถูกจำกัดกิจกรรม</p> <p>10. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากทรัพยากรที่มาสนับสนุนในการดูแลตนเองที่บ้านไม่เพียงพอ</p>	<p>6. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 12 ของผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากทรัพยากรที่มาสนับสนุนในการดูแลตนเองที่บ้านไม่เพียงพอ ฐานะยากจน ส่วนรายที่ 2 ผู้ดูแลหลักขาดความเคร่งครัดในการปฏิบัติในขั้นตอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา</p> <p>7. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ของผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่สุขสบาย แน่นอึดอัดท้อง เนื่องจากน้ำยา PD ค้างใน ช่องท้องมาก จากมีราดำเกาะติดตามสาย ทางออกของน้ำยา แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มี</p> <p>8. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ของผู้ป่วยรายที่ 2 เสี่ยงต่อการกระจายของเชื้อราเข้าสู่ช่องท้องเพิ่ม เนื่องจากมีราดำเกาะติดตามสายทางเข้าออกของน้ำยาล้างไต แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มี</p>

### ประเด็นเปรียบเทียบ 5 การปฏิบัติการพยาบาล

#### 5.1 ระยะแรกเริ่ม

<p>1. มีการพยาบาลเพื่อจัดการอาการไข้และส่งเสริมการหายจากการติดเชื้อและ โดยประเมินสัญญาณชีพและอาการแสดงการติดเชื้อ อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง กรณีมีไข้ <math>38.4^{\circ}\text{C}</math> ดูแลเช็ดตัวลดไข้และประเมินอุณหภูมิหลังเช็ดตัว ลดไข้ 30 นาที กรณีมีไข้สูง <math>&gt;38.5^{\circ}\text{C}</math> ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาสังเกตและบันทึกลักษณะ สี</p>	<p>1. มีการพยาบาลเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายแน่นอึดอัดท้อง เนื่องจากน้ำยา PD ค้างในช่องท้องมากจากมี คราบราดำติดตามสาย transfer โดยประเมินสัญญาณชีพและอาการแน่นอึดอัดในท้อง อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงดูแลจัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบายหรือนอนศีรษะสูง ถ้ามีอาการแน่นอึดอัดมากและหายใจมากกว่า 24 ครั้ง/นาที</p>	<p>ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลในระยะแรกเริ่มอย่างครอบคลุม ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย แตกต่างให้ amphotericin B ป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ของยาหลังจากนั้น ไข้เริ่มลดลงจนไม่มีและอาการปวดท้องไม่มี ส่วนรายที่ 2 ไม่มีไข้แต่มีแน่นอึดอัดท้องจากมีน้ำยาค้างในช่องท้อง จากมีเชื้อราเกาะติดตามสาย</p>
--	--	--

**ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง**

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>ปริมาณน้ำยาล้างไตที่ออกมาทุกครั้ง ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อทุกขั้นตอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง ทำแผลรอบๆ สาย Tenckhoff หน้าท้องวันละ 1 ครั้ง และเมื่อสกปรกหรือเปื่อยขึ้นและดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น</p> <p>2.การพยาบาลเพื่อจัดการอาการปวดท้อง โดยประเมินอาการปวด ลักษณะบริเวณ ระยะเวลา และความรุนแรงของการปวด ดูแลจัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบายหรืออนอนศีรษะสูง ดูแลให้น้ำยาPDให้มีอุณหภูมิเท่ากับอุณหภูมิร่างกาย เนื่องจากถ้าน้ำยาPDที่เย็นมาก อาจทำให้ไม่สุขสบายและปวดท้องเพิ่ม แนะนำบุตรสาวให้ปล่อยน้ำยาไหลเข้าช้าๆ และซักถามอาการปวดขณะปล่อยน้ำยา และใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดปวด ถ้าค่าคะแนน pain score &gt;4 ดูแลให้ยาลดปวดตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ถ้าพบว่าน้ำยาที่ออกมาขุ่น ทำการปล่อยน้ำยาเข้าแล้วปล่อยออกโดยไม่ต้องขังในช่องท้องทำแบบนี้จนกว่าน้ำยาที่ออกมาจะใสเพื่อลดจำนวนเชื้อโรคและลดอาการปวดท้อง</p>	<p>ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ซัก ถาม และใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ดูแลจำกัดน้ำเข้าไม่เกิน 800ซีซี ต่อวัน และบันทึกปริมาณน้ำเข้าออก</p> <p>2. การพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเชื้อราหลุดเข้าสู่ช่องท้องเพิ่ม โดยประเมินจำนวน ลักษณะและตำแหน่งของเชื้อราบนสาย transfer และให้ข้อมูลผู้ป่วย สามิผู้ป่วยและบุตรสาว ไม่ทำการคลึงหรือริดสายบริเวณที่มีคราบสีดำ และแพทย์ให้หยุด ทำ CAPD รวมถึงการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว</p> <p>3. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจากการล้างไตทางช่องท้องเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยการประเมินระดับความวิตกกังวล การรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับโรค ให้ผู้ป่วยและญาติระบายความคับข้องใจ ประสานกับอายุรแพทย์โรคไตในการให้ข้อมูลโรค อาการและแนวทางรักษา ตั้งแต่แรกก่อนให้นอนรักษาในโรงพยาบาลและทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง และให้พูดคุยกับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อลดความวิตกกังวลและสร้างความไว้วางใจโดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน</p>	<p>ทางออกของน้ำยา ซึ่งเสี่ยงต่อการหลุดของเชื้อราเข้าสู่ช่องท้อง และสู่กระแสเลือดทำให้เสียชีวิตทันที ผู้ป่วยต้องหยุดล้างไตทางช่องท้องและเอาสาย Tenckhoff ออก เปลี่ยนการรักษาเป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว ทำให้ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลมาก การพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 2 เน้นด้านจิตใจเป็นหลักและให้ได้ ซักถามจนเข้าใจ รวมถึงคอยสังเกตอาการและเข้าช่วยเหลือตั้งแต่แรกทำให้ผู้ป่วยรายนี้ยอมเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และปลอดภัยจากการติดเชื้อในกระแสเลือด</p>



### ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>5.2 ระยะการดูแลต่อเนื่อง</p> <p>3. การพยาบาลเพื่อรักษาสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย โดยประเมินน้ำและสารน้ำเข้าออก การคั่งของน้ำในปอดและน้ำหนักตัว ตรวจสอบตำแหน่งและการทำงานของสาย Tenckhoff บันทึกปริมาณการไหลเข้าออกของน้ำยาดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะ Lasix (500) 1x1pc ดูแลให้ 50% MgSO4 4ml+5 % D/W 100 cc.iv drip in 4 hrs.x3 day ตามแผนการรักษา บันทึกและประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์และเฝ้าระวังอาการ hypokalemia และ hypomagnesium ได้แก่วิธีการเร็วขึ้น การหายใจช้าลง เปลี่ยนแขนขาอ่อนแรง เป็นต้น</p> <p>4. การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากของเสียคั่งในร่างกาย ได้แก่ การรับรู้ลดลง สับสน ซึมลง กระตุกและชัก โดยดูแลในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาให้ได้ตามแผนการรักษา และให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเตรียมป้องกันความเสี่ยงขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการพยาบาลภายหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และติดตามผลการตรวจ BUN, Creatinine และ</p>	<p>4. การพยาบาลเพื่อรักษาสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย โดยประเมินน้ำและสารน้ำเข้าออก การคั่งของน้ำในปอดและน้ำหนักตัวดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะ lasix (500) 1 x 1pc และ ½ x เที่ยงดูแลให้ได้รับ E.Kcl และ 3% NaCl 500ml iv drip 40 ml/hr. in 6 hrs. วันที่ 4 พ.ย. 2559 ตามแผนการรักษา บันทึกและประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์และเฝ้าระวังอาการ hypokalemia และ hyponatremia ได้แก่วิธีการเร็วขึ้น การหายใจช้าลง เปลี่ยนแขนขาอ่อนแรง ซึม ลง และหมดสติ เป็นต้น</p> <p>5.การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากของเสียคั่งในร่างกาย ได้แก่ การรับรู้ลดลง สับสน ซึมลง กระตุกและชัก โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเตรียม ป้องกันความเสี่ยงขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการพยาบาลภายหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและติดตามการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงทุกวัน และติดตามผลการตรวจ BUN, Creatinine และ Electrolyte</p>	<p>ในการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลผู้ดูแลต้องใช้กระบวนการพยาบาลและแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีทั้งความเหมือนและความแตกต่าง ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบ ด้านความเหมือนดังนี้</p> <p>มีของเสียคั่งในร่างกายจากการทำงานของไตลดลง ในผู้ป่วยรายที่ 2 จะมีมากกว่าเนื่องจากไม่สามารถเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตได้ปกติเหมือนรายที่ 1 แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการผ่าตัดเอาสาย Tenckhoff ออกเนื่องจากติดเชื้อราและต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเหมือนกัน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องประเมินอาการและปัญหาผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การดูแลขณะได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและทำการแก้ไขทันทีที่มีอาการ จนกระทั่งภายหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยมีค่า hematocrit และ hemoglobin ต่ำ จากการขาดฮอร์โมน erythropoietin ที่ช่วย</p>



**ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง**

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>Electrolyte</p> <p>5. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ hyperglycemia โดย ประเมิน สัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง ติดตาม ผลระดับน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ ดูแลให้ยาลดระดับน้ำตาลตาม แผนการรักษา คือ Mixtard 8 ยูนิต ฉีดใต้ผิวหนังก่อนอาหารเช้า และ 4 ยูนิต ฉีดก่อนอาหารเย็น และระวังอาการไม่พึงประสงค์ ของยา</p> <p>6. การพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง โดยประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของ ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน คลื่นไส้ อาเจียน ปากเปื่อย ฟูดไม่ ชัด แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น ทุก 1-2 ชั่วโมง ดูแลให้ยาตาม แผนการรักษา คือ amlodipine (10) 1x2 pc และ hydralazine (25) 1 x 4 pc และเฝ้าระวัง อาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น คลื่นไส้ หน้ามือ ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น</p> <p>7. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมเพิ่มขึ้นและ ลดการใช้ออกซิเจนในร่างกายจาก มีภาวะซีด โดยดูแลให้ออกซิเจน ให้พักนอนและช่วยเหลือการทำ กิจกรรมดูแลให้ยาเพิ่มเม็ดเลือด ตามแผนการรักษา ติดตามอาการ</p>	<p>6. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมเพิ่มขึ้นและ ลดการใช้ออกซิเจนในร่างกายจาก มีภาวะซีด โดยดูแลให้ออกซิเจน ให้พักนอนและช่วยเหลือการทำ กิจกรรมดูแลให้ยาเพิ่มเม็ดเลือด ตามแผนการรักษา ติดตามอาการ และอาการแสดงของภาวะโลหิต ใจง เช่น หายใจเหนื่อย หอบ ใจ สั่น อ่อนแรง ค่า hematocrit และ hemoglobin ต่ำ เป็นต้น</p> <p>7. การพยาบาลเพื่อให้ได้รับ พลังงานและสารอาหารอย่าง เพียงพอ โดยดูแลความสะอาด ของปากและฟัน ประเมินภาวะ ขาดสารอาหาร ผิวหนัง ดูแลให้ อาหาร low salt diet และ ประสานนักกำหนดอาหาร เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน ติดตามผลอัลบูมิน ฟอสฟอรัส และประเมินน้ำหนักตัว</p> <p>8. การจัดการอาการรบกวนเพื่อ ส่งเสริมการนอนหลับ โดยจัดให้ นอนในห้องแยกต่างหากจาก ผู้ป่วยรายอื่น ลดอาการปวดท้อง และลดไข้ ดูแลความสะอาดของ เตียงและสิ่งแวดล้อม และ วางแผนทำกิจกรรมพยาบาลไม่ ให้ รบกวนเวลาผู้ป่วย</p> <p>9. การพยาบาลเพื่อลดอาการ ท้องผูก โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วย เคลื่อนไหว ดูแลให้อาหารที่มีกาก ใยที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา ประเมินและบันทึกการขับถ่าย</p>	<p>กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงของ ไชกระดูกและภาวะยูริเมียทำให้ เม็ดเลือดแดงแตกง่ายและอายุ สั้น<sup>15</sup> ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่ได้รับ เลือด แต่ได้รับยาเพิ่มเม็ดเลือด แดงคือ folic acid (5) 1 x 1pc oral และ ferrous fumarate 1 tab x 3 pc oral</p> <p>- ปัญหาเรื่องโภชนาการและอัลบูมินในเลือดต่ำพบผู้ป่วยรายที่ 1 มี ภาวะทุโภชนาการต่ำกว่ารายที่ 2 ซึ่งในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ควรได้รับพลังงาน 35 กิโลกรัมต่อ น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวันและ ต้องได้รับโปรตีนคุณภาพสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์และไข่ขาว 1.2 - 1.3 กรัมต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อ วัน<sup>18</sup></p> <p>- ปัญหาอนไม่หลับ พบในผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ประมาณ ร้อยละ 50-75 %<sup>17</sup> ปัจจัยที่เป็นสาเหตุการนอนไม่ หลับของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้แก่ ความผิดปกติในระบบร่างกาย ภาวะโลหิตใจง อัลบูมินต่ำและ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย หลังให้ การพยาบาลผู้ป่วยนอนหลับ พักผ่อนได้เพิ่มขึ้น</p> <p>- ปัญหาท้องผูก ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จำเป็นต้องได้อาหารที่มีกากใย และผลไม้ที่ไม่ขัดต่อการรักษา เพื่อลดอาการท้องผูกและเพิ่มการ เคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น</p>

### ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>และอาการแสดงของภาวะโลหิตจาง เช่นหายใจเหนื่อย หอบ ใจสั่น อ่อนแรง ค่าhematocritและhemoglobin ต่ำ เป็นต้น</p> <p>8. การพยาบาลเพื่อให้ได้รับพลังงานและสารอาหารอย่างเพียงพอ โดยดูแลความสะอาดของปากและฟัน ประเมินภาวะขาดสารอาหาร ผิวหนัง ดูแลให้อาหาร diabetic low salt diet และประสานนักกำหนดอาหารเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน ติดตามผลอัลบูมิน ฟอสฟอรัส และประเมินน้ำหนักตัว ดูแลให้การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาสอดคลองกับการพักรับประทานอาหารลดอาการแน่นอึดอัดท้องและเพิ่มการดูดซึมของลำไส้</p> <p>9. การจัดการอาการรบกวนเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ โดยจัดให้นอนในห้องแยกต่างหากจากผู้ป่วยรายอื่น ลดอาการปวดท้องและลดไข้ ดูแลความสะอาดของเตียงและสิ่งแวดล้อม</p> <p>10. การพยาบาลเพื่อลดอาการท้องผูก โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว ดูแลให้อาหารที่มีกากใยที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา ประเมินและบันทึกการขับถ่าย อุจจาระและฟังการเคลื่อนไหวของลำไส้</p> <p>11. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล โดยการประเมินระดับความวิตกกังวล การรับรู้ของ</p>	<p>อุจจาระและฟังการเคลื่อนไหวของลำไส้</p>	<p>- ปัญหาความวิตกกังวล ผู้ป่วยรายที่1มีความวิตกกังวลและกลัวต่อการติดเชื้อซ้ำ และต้องเปลี่ยนแปลงการรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และต้องมารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลขอนแก่น ระยะเวลา 1 เดือนเนื่องจากไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาสี่ปดาห์ละ 2 ครั้ง ส่วนรายที่ 2 มีความวิตกกังวลตั้งแต่มก่อนนอนรักษาในโรงพยาบาล และต้องเปลี่ยนแปลงการรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นระยะเวลา 2 เดือน ภายหลังให้การพยาบาลและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก ผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้ง 2 รายมีความวิตกกังวลลดลง และมั่นใจเพิ่มขึ้น การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบ คือปัญหาจากการมีไข้สูง และอาการปวดท้อง ที่พบในผู้ป่วยรายที่1 แต่ไม่พบในรายที่ 2 ซึ่งเมื่อมีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องจะพบน้ำยาล้างไตชุนจากการที่ไฟบริโนไลซินทำลายไฟบรินลดลง ทำให้พบโปรตีนจำนวนมากในช่องท้อง และน้ำยาล้างไต มีเม็ดเลือดขาวมากกว่า 100 cc/cu.mm<sup>3</sup>ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องเล็กน้อยจนถึงมากที่สุดและมีไข้ต่างๆจนถึง</p>

**ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง**

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความคับข้องใจ และสร้างความไว้วางใจ โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน และประสานงานกับอายุรแพทย์โรคไต ในการให้ข้อมูลโรค แนวทางการรักษาและการปรับเปลี่ยนการรักษาตามเชื้อที่พบ เป็นระยะ และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง</p>		<p>ใช้สูง<sup>18</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพยาบาลเพื่อรักษาสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่พบ มีความผิดปกติของhypokalemia และhypomagnesium แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 แน่นอึดอัดท้องจากมีน้ำยาขังในช่องท้องที่ปล่อยไม่ออก มีความผิดปกติของhypokalemia และhyponatremia เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องจะเอาโพแทสเซียมออกมาจากร่างกายพร้อมน้ำยา ประมาณ 50-80 mEq/day ประกอบกับได้รับอาหารที่มีโพแทสเซียมไม่เพียงพอ หรือการล้างไตไม่เพียงพอ หรือผู้ป่วยจำกัดอาหารมากเป็นผลให้มีโพแทสเซียมต่ำ</li> <li>19 - ปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยรายที่ 1 เนื่องจากเป็นโรคเบาหวานเดิมและเครียดจากการติดเชื้อ แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มี</li> <li>- ปัญหาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยรายที่1 พบว่า 198/94 mmHg ในวันแรก และสัมพันธ์กับอาการปวดท้อง อาจจากการสูญเสียการทำงานของไตและมีปัจจัยเสริมจากการปวดท้อง ภายหลังจากได้รับการพยาบาล ความดันโลหิตลดลง 156/80 mmHg</li> </ul>

**ตารางที่ 3 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง**

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>5.3 ระยะเวลาแผนจำหน่าย</p> <p>12. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยค้นหาปัญหาในการดูแลตนเองของครอบครัว วางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้หลัก D-M-E-T-H-O-D ทบทวนและประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบ หาแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เพื่อเพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยและครอบครัว</p>	<p>10. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยค้นหาปัญหาในการดูแลตนเองของครอบครัว วางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้หลัก D-M-E-T-H-O-D ทบทวนและประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบ หาแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เพื่อเพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยและครอบครัว</p>	<p>ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวทั้ง 2 ราย เข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง รายที่ 1 มีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจรายได้หลักคือบุตรสาวคนที่ดูแล จากการทำนาและรับจ้าง มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลขอนแก่น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ได้ประสานขอความช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์และอปท. ทำให้ผู้ป่วยรายนี้มีความมั่นใจและกำลังใจในการรักษาและการดูแลตัวเองต่อส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาด้านเศรษฐกิจแต่ไม่รุนแรงเท่ารายที่ 1 ซึ่งทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานอื่น และได้รับสิทธิการรักษาโดยการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราวตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า</p>

## ผลลัพธ์

ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะติดเชื้อของเยื่อช่องท้องจากการล้างไตทางช่องท้อง อาการสำคัญ คือ มีไข้ ปวดท้องมากและน้ำยา PDF ชุ่ม ผลการเพาะเชื้อ PDF ในวันแรกไม่พบเชื้อ ได้รับการรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำและเปลี่ยนมาใส่ในถุงน้ำยา CAPD ที่เปลี่ยนตอนก่อนนอนวันละ 1 ครั้ง และพบเชื้อรา candida albicans ใน PDF C/S หลังเพาะเชื้อได้ 3 วัน แพทย์ได้เปลี่ยนเป็นยาฆ่าเชื้อราฉีดทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องอีก 14 วัน และ off สาย Tenckhoff ทำ hemodialysis สัปดาห์ละ 2 ครั้ง การพยาบาลที่สำคัญ คือ ส่งเสริมการหายจากการติดเชื้อและจัดการความไม่สุขสบายจากอาการไข้สูงและอาการปวดท้อง ป้องกันอันตรายจากอาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ ภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย น้ำตาลในเลือดสูงของเสียคั่งในร่างกาย ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะซีด การขาดสารอาหาร การนอนไม่หลับ ท้องผูก ดูแลขณะให้การพยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร่วมกับการพยาบาลด้านจิตใจ คือ ลดความวิตกกังวล และการวางแผนจำหน่าย เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล 11 วัน อาการดีขึ้น ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง สัญญาณชีพปกติ แพทย์จึงส่งต่อไปโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านเพื่อรับยาฆ่าเชื้อราต่ออีก 14 วัน และนัดมารับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราวที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลขอนแก่น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ระยะเวลา 1 เดือน และวางแผนใส่สาย Tenckhoff อีกครั้งประมาณ 1 เดือน เพื่อทำการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องต่อ

ผู้ป่วยรายที่ 2 มาโรงพยาบาลก่อนวันนัด อาการสำคัญคือ น้ำยาไม่ไหลเข้าออก พยาบาลล้างไตประเมินอาการ พบคราบสีดำคล้ายเชื้อราเกาะติดตามสาย transfer ไม่มี

อาการปวดท้อง ไม่มีไข้ น้ำยา PD ใส ท้องโตจากมีน้ำยาล้างไตคั่งในช่องท้องมาก อายุรแพทย์โรคไตให้ส่ง PDF C/S และตัดปลายสายส่วนที่มีคราบสีดำส่ง C/S ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ให้หยุดล้างไตทางช่องท้องและให้ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล ผลตรวจ PDF C/S และ Hemoculture ไม่พบเชื้อ แต่ Tip C/S จาก transfer พบเชื้อรากลุ่ม dematiaceous fungi ได้รับการรักษาโดยให้ยาฆ่าเชื้อราเข้าทางหลอดเลือดดำ และ off สาย Tenckhoff เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต เป็น Temporary hemodialysis สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รักษาในโรงพยาบาล 11 วัน อาการดีขึ้น สัญญาณชีพปกติ แพทย์จึงส่งต่อไปโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านเพื่อรับยาฆ่าเชื้อราต่ออีก 1 เดือน และนัดมารับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราวที่หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลขอนแก่น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ระยะเวลา 2 เดือน และวางแผนใส่สาย Tenckhoff อีกครั้งประมาณ 2 เดือน เพื่อทำการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องต่อ

## อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) และเกิดการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง ซึ่งการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นอุปสรรคสำคัญของการล้างไตทางช่องท้อง การติดเชื้อทำให้เกิดผลเสียคือเยื่อช่องท้องเสียประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่อาจล้างไตทางช่องท้องได้อีกต่อไป ถ้ารุนแรงและไม่ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและถูกต้อง อาจเกิดติดเชื้อลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดและเสียชีวิตได้<sup>20</sup> พยาบาลโรคไตเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ กล่าวคือ ตั้งแต่การให้ข้อมูล

และคำแนะนำประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดกรองการรักษา บทบาทในการวางแผนในการเตรียมความพร้อมในการฝึกอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการทำล้างไตทางช่องท้อง บทบาทในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการวางสาย Tenckhoff บทบาทในการส่งเสริมให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจจนถึงการนัดมาติดตามการรักษาของแพทย์ การเฝ้าประเมินติดตามให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการพยาบาลแบบองค์รวมคือ กาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ที่สามารถป้องกันได้

### ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง ควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างเนื่อง เพื่อจะทำให้ทราบถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และสามารถทราบแนวทางการวางแผนแก้ไขปัญหาในเบื้องต้นได้ โดยความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรคไตของประเทศไทย ปี 2558. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
2. ไพฑูรย์ ขจรวัชรา และ สมเกียรติ วสุวิฑูรกุล. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง .ใน สมเกียรติ วสุวิฑูรกุล,บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไต ฉบับครบรอบ 50 ปี สาขาวิชาวิภควิทยา. กรุงเทพฯ: ยูเนียน ศรีเอชเอ็น จำกัด; 2553. 169-85.
3. เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์. ข้อมูลการรักษาทดแทนไตด้วย CAPD ในประเทศไทย. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ, บรรณาธิการ. Textbook of Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด; 2551.45- 61.
4. ชูชัย ศรขำนิ. การพัฒนานโยบายการดูแลโรคไตระยะสุดท้ายและการบริหารค่าใช้จ่ายการบริหารจัดการโรคเพื่อดูแลโรคไตเรื้อรังและรักษาทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ,บรรณาธิการ. Textbook of Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด; 2551. 25-44.
5. ศิริรักษ์ อนันต์ณัฐศิริ. การติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างช่องท้องชนิดถาวร ใน ทวี ศิริวงศ์, บรรณาธิการ. การล้างช่องท้องอย่างถาวรสองฝั่งโงง. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549. 75-81.
6. ศรีนยา พลสิงห์ชาญ. การปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร [วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
7. อารุณี มีศรี. ต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของศูนย์บริการโรคไต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานผู้ป่วยในที่พบบ่อย [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2562].

9. Internation Society Peritoneal Dialysis. Peritoneal dialysis patient training 2006. Peritoneal Dialysis International 2006; 26: 625-32.
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน. สงขลา: วนิดา เอกสาร ; 2552.
11. อัมพร สุกุลแสงประภา. Treatment and Prevention of Peritoneal Dialysis-Related Infections. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ, บรรณาธิการ. Textbook of Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2551. 69-78 .
12. Teehan BP, Scheifler CR, Brown JM, Sigler MH, Raimondo J, Urea kinetic analysis and clinical outcomes in CAPD. A 5-year longitudinal study. Adv Perit Dial 1990;6:181-5.
13. Wiczorowska-Tobis K, Polubinska A, Schaub TP, Schilling H, Wisniewska J, Witowski J, et al. Influence of neutral-pH dialysis solution on the peritoneal membrane a long-term investigation in rats. Perit Dial int 2001; 21 Suppl3: S108-13.
14. วิพร เสนารักษ์. การวินิจฉัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 9. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2549.
15. เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. Infection- related peritonitis. ใน เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, บรรณาธิการ. แนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด; 2556. 113-79.
16. Li PK, Szeto CC, Piraino B, Bernardini J, Figueiredo AE, Gupta A, et al. Peritoneal dialysis-related infection recommendation: 2010 update. Pert Dial int 2010; 30(4): 393-23.
17. อรวมน ศรียุคตศุท. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเสียหายเฉียบพลันและโรคไตเรื้อรัง. ใน วันดี โตสุขศรีและคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์. ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส; 2559. 107-26.
18. นาทยา รัตน์อัมภา. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. ใน วันดี โตสุขศรี และคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์. ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส; 2559. 127-49.
19. กิ่งกมล เพชรศรี, กัณฑ์พร ยอดไชย, ทิพย์มาส ชินวงศ์. การนอนไม่หลับ : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและบทบาทของพยาบาลในการจัดการอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2560: 2553; 7: 1-12.
20. ศุภชัย ฐิติอาชากุล. ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยล้างไตช่องท้องถาวร (CAPD complication). ใน ศุภชัย ฐิติอาชากุล, บรรณาธิการ. การล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: บุ๊คเน็ตจำกัด; 2544. 206-62.



การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามารดาวัยรุ่นของภาคีเครือข่ายตำบลโคกก่อ  
อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

The development of the participation model in solving the problem of adolescent mothers of Khok Kho Subdistrict Network, Mueang district, Mahasarakham Province

อนงค์ลักษณ์ เคนสุโพธิ์<sup>1</sup>, รัญจวน พรรคพวก<sup>2</sup>, ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์<sup>3</sup> และคณะ  
Anonglak Kensupo<sup>1</sup>, Runjaun pukpauk<sup>2</sup>, Phadungsit chumnanboriluk<sup>3</sup> and team

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญของสังคมไทย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ โดยเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก ปัญหาการทำแท้งและทิ้งลูก ขาดรายได้และครอบครัวแตกแยก สำหรับพื้นที่ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามก็เผชิญกับปัญหานี้เช่นกัน และได้มีการดำเนินการแก้ปัญหามาตั้งแต่ปี 2557 ถึงปัจจุบัน แต่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก็ยังไม่ลดลง

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตำบลโคกก่อ  
2) เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหามารดาวัยรุ่นของภาคีเครือข่าย  
3) เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหามารดาวัยรุ่นของภาคีเครือข่าย

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา ได้แก่ แกนนำวัยรุ่นจากสภาเด็ก, ครูผู้รับผิดชอบงานป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ผู้ปกครองของวัยรุ่น, ผู้นำชุมชน, บุคลากรสาธารณสุข, นายกองค้การบริหารส่วนตำบลโคกก่อ และผู้รับผิดชอบของ อบต., เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานตั้งครรภ์วัยรุ่นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และกลุ่มมารดาวัยรุ่น รวมทั้งหมด 115 คน การศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหามารดาวัยรุ่นของภาคีเครือข่าย และระยะที่ 3 ศึกษาผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหามารดาวัยรุ่นของภาคีเครือข่าย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสังเกตพฤติกรรม และแบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระบบรายงานคลอดใน Health Data Center การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยอัตรา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : ระยะที่ 1 สภาพปัญหา พบว่า มีมารดาวัยรุ่นยังคงสูงอย่างต่อเนื่องจากปี 2557 – 2559 อัตรา 32.7, 37.8 และ 45.9 9 :1,000 หญิงอายุ 15 – 19 ปี ตามลำดับ ผลการศึกษาในระยะที่ 1 สภาพปัญหา พบว่า มีมารดาวัยรุ่นยังคงสูงอย่างต่อเนื่องจากปี 2557 – 2559 อัตรา 32.7, 37.8 และ 45.9 9 : 1,000 คน ตามลำดับ สาเหตุของการตั้งครรภ์วัยรุ่นจากการไม่ป้องกันเพราะ 1) ขาดความรู้ 2) ความผิดพลาดในการคุมกำเนิด 3) ขาดการสื่อสารเกี่ยวกับการป้องกันเพศสัมพันธ์ในครอบครัว และ 4) การเข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิดและการปรึกษาเมื่อตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ได้แก่ ขาดโอกาสทางการศึกษา ตกงาน และขาดรายได้เนื่องจากเป็นเด็ก ครอบครัวทะเลาะเบาะแว้ง และหย่าร้าง เป็นต้น ระยะที่ 2 ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหามารดาวัยรุ่นของภาคีเครือข่ายตำบลโคกก่อ แบบ 4 ข. ดังนี้ 1. ชี้ชวน คือ การชี้ให้เห็นปัญหาร่วมกันแล้วชวนภาคีเครือข่ายที่สนใจมาทำงานร่วมกัน

2. แอร์ให้ชัด คือ แอร์องค์ความรู้ในการทำงาน ทรัพยากร สร้างพันธะสัญญา และสร้างแผนร่วมกัน  
3. เชื่อม คือ มี รพ.สต.เป็นศูนย์ประสานงาน และ 4. ชิดชม คือ ถอดบทเรียนติดตามต่อเนื่องและร่วมกัน  
รับผลงาน และระยะที่ 3 เกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยวัยรุ่นตระหนักถึงปัญหามากขึ้น เข้าถึงบริการเพื่อการป้องกัน  
มากขึ้น ทำให้การตั้งครรภวัยรุ่นลดลง เกิดภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ปัญหาตั้งครรภวัยรุ่นที่มีเด็ก  
และเยาวชนร่วมดำเนินงานอย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน

สรุปและเสนอแนะ : รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถป้องกันและแก้ปัญหารวดวายรุ่นในตำบล  
โคกก่อ จังหวัดมหาสารคามได้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทพื้นที่อื่นได้โดยต้องสร้างความ  
ตื่นตัวให้คนในชุมชนเกิดการตระหนักด้วยการคืนข้อมูล และสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดความเป็นเจ้าของ  
รวมทั้งมีการถอดบทเรียนเพื่อให้ความต่อเนื่องในการพัฒนา

**คำสำคัญ:** รูปแบบการมีส่วนร่วม, มารดาวัยรุ่น, ภาคีเครือข่าย

### Abstract

Teenage pregnancy is a significant problem in Thailand affecting health, society, and economy in terms of complications in both mothers and children, abortion problems, and leaving children, lack of income, and broken family. There were such problems in Khok Kho Subdistrict, Mueang District, Mahasarakham Province, and had tried to solve the problem since 2014, but the issue of teenage pregnancy has not decreased.

Objective: 1) To study the context and situation of teenage pregnancy, 2) To develop the participation model in solving the problem of adolescent mothers, and 3) To evaluate the developed model.

Methods: The study used an action research design. The target group consisted of one hundred fifteen participants, including teenage leaders, teachers, village health volunteers, parents, community leaders, health care providers, president of the Tambon Administrative Organization, and staffs were working with adolescent problems, persons in charge of pregnancy work in District Public Health Office, and adolescent mothers. The study was divided into three phases, as follows: Phase I situational analysis; Phase II model development; Phase III model implementation and evaluation. The tools used in data collection composed of an in-depth structural interview, observations, and recording workshop. Data were analyzed using mean, rate ratio, and content analysis.

Results: *Phase I*, there were increasingly teenage mothers during the years 2014 - 2016 rates of 32.7, 37.8, and 45.9: 1,000, respectively. The causes of adolescent pregnancy were the lack of knowledge in preventing pregnancy, mistakes in contraception use, lack of communication in the family about sexual prevention, inaccessibility to contraceptive services, and pregnancy counseling. The impacts that happened to adolescent mothers were the lack of educational opportunities, unemployed, and lack of income due to being a child, family quarreling, and divorcing. *Phase II*, the model was established in four components, including 1) problem identifying and network motivation for working together, 2) sharing about knowledge, resources, commitment, and plan, 3) connection by using the center of health-promoting hospitals, and 4) admiring for achievement. *Phase III*, there were better outcomes; the teenagers had more awareness of the teenage pregnancy problem and could access more services for sexual protection. The rate of teenage pregnancy decreased. In particular, there was a mutual network involving youthful collaboration for prevention and problem solving of teenage pregnancy.

Conclusion: The developed model could prevent and solve adolescent maternal problems in Khok Ko Subdistrict, Maha Sarakham Province. It could apply in other contexts by creating awareness among people in the community using recognizing information, create engagement for ownership, and taking lessons learned to ensure continuity in development.

**Keywords:** participation model, adolescent mothers, networks

## บทนำ

สถานการณ์ปัญหาเด็กและเยาวชนที่เป็นผลมาจากสภาพแวดล้อม ในปัจจุบันมีความรุนแรงและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) เปิดเผยเกี่ยวกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ทั่วโลกในปี 2556 โดยประเทศไทยมีจำนวนสูงถึง 74 : 1,000 หญิงอายุ 15 – 19 ปี ซึ่งเป็นอันดับ 2 ในประเทศกลุ่มอาเซียน จากปัญหาดังกล่าวประเทศไทยได้มีความตระหนักต่อปัญหาและได้มียุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ในปี 2555 - 2559 อัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 74.0, 51.1, 47.9, 44.8 และ 42.5: 1,000 หญิงอายุ 15 – 19 ปี ตามลำดับ แต่เมื่อเทียบอันดับยังอยู่ในอันดับ 4 ของเอเชีย ซึ่งรองจาก ลาว, กัมพูชา และฟิลิปปินส์<sup>1</sup>

นอกจากนั้นสถานการณ์ปี 2555 พบว่า จากคลอดของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 133,027 คน เกิดจากความตั้งใจเพียงร้อยละ 40 แต่เกิดจากความไม่ตั้งใจและไม่แน่ใจถึง ร้อยละ 60 เคยกระทำเพื่อให้แท้งบุตร ร้อยละ 16.4 และเคยคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 19 ซึ่งหากวัยรุ่นกลุ่มนี้มีการตั้งครรภ์ก็จะส่งผลกระทบต่อมาทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพราะมารดาวัยรุ่นที่ไม่สามารถเรียนรู้และเข้าใจพฤติกรรมและอารมณ์ของบุตร ไม่มีความอดทนในการตั้งครรภ์ทำให้เกิดการทำแท้ง หรือถ้าคลอดบุตรการเลี้ยงดูบุตรจึงอาจทำให้เกิดการทอดทิ้งบุตร ทำร้ายร่างกายหรืออาจถึงขั้นฆ่าบุตรของตนได้<sup>2</sup> ซึ่งส่วนใหญ่จะขาดความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่พร้อมขาดความรู้ในการป้องกันทั้งก่อนและหลังการมีเพศสัมพันธ์ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึง

ประสงค์ ซึ่งเสี่ยงต่อการทำแท้งผิดกฎหมาย และส่งผลกระทบต่อเด็กที่จะเกิดมา<sup>3</sup> คือ ทารกในครรภ์ติด โตะซ้ำ การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ภาวะทุพโภชนาการ ครรภ์เป็นพิษ ติดเชื้อและตกเลือดหลังคลอด และยังพบปัญหาการทำแท้งและทิ้งลูกในกลุ่มแม่วัยรุ่นอยู่บ่อยครั้ง นอกจากนี้ด้านสุขภาพแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านการศึกษาเมื่อตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะขาดโอกาสในการศึกษา ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่วัยรุ่นยังไม่มีอาชีพจึงขาดรายได้ ครอบครัวแตกแยก และเป็นภาระของครอบครัวหลัก<sup>4</sup> ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาอย่างแท้จริง การพัฒนาคุณภาพประชากรต้องเริ่มตั้งแต่การเกิด โดยมีการเตรียมความพร้อมพ่อแม่ก่อนตั้งครรภ์ดูแลครรภ์ขณะคลอด และหลังคลอดทั้งแม่และทารก การเกิดที่มีคุณภาพจะต้องเป็นผลมาจากการตั้งครรภ์ที่ผู้หญิงมีความพร้อมและตั้งใจ การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนนอกจากเป็นสาเหตุการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์เพิ่มขึ้นด้วย<sup>5</sup>

จากสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนับว่า เป็นปัญหาใหญ่ของสังคมไทยมีความซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อในหลายมิติต่างๆ ต่อประเทศ เช่น มิติด้านสังคม มิติด้านเศรษฐกิจและด้านสาธารณสุข และได้มีหลายหน่วยงานได้เข้ามาร่วมกันแก้ปัญหา โดยมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้จัดทำยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันและแก้ปัญหาเด็กและเยาวชน ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ได้มีการออกร่างยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2558-2567 ขึ้นเพื่อเป็นกรอบในการปฏิบัติงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย และแม้ว่าในปัจจุบันผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจะหันมาให้ความสำคัญกับการป้องกันและแก้ปัญหา

การตั้งครุภัณฑ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยการให้ความรู้สร้างความตระหนักแก่กลุ่มเสี่ยง สร้างบุคลากรและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำในการมีส่วนร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องแต่ในความเป็นจริงกลับพบว่า สถานการณ์ตั้งครุภัณฑ์วัยรุ่นไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาโดยทุก 4 นาที มีวัยรุ่นคลอดลูก 1 คน และทุก 2 ชั่วโมง มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี คลอดลูก 1 คน<sup>6</sup>

ตำบลโคกก่อก็เผชิญปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นเช่นกัน มีอัตราการตั้งครุภัณฑ์สูงเป็นอันดับ 1 – 3 ของอำเภอเมืองมหาสารคามในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ซึ่งอัตราการตั้งครุภัณฑ์ของวัยรุ่นจากปี 2557 – 2559 เป็น 32.7, 37.8 และ 45.9 ต่อ 1,000 หญิงอายุ 15 – 19 ปี ตามลำดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกก่อซึ่งเป็นหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้มีความพยายามเป็นแกนนำในการแก้ปัญหาโดยการจัดทำแผนในการแก้ปัญหาในกลุ่มเป้าหมายและขอความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังปัญหาตั้งครุภัณฑ์วัยรุ่นนี้ แต่อัตราการตั้งครุภัณฑ์ก็ยังไม่ลดลง

ปัญหาด้านสุขภาพ มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ทั้งจากตัวบุคคลเอง สิ่งแวดล้อมครอบครัว ชุมชนและสังคม ดังนั้นการจัดการกับปัญหาสุขภาพเหล่านี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การทำงานในรูปแบบเครือข่ายเป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นเครื่องมือประสานพลัง ให้เกิดการมีส่วนร่วมของทั้งประชาชน ภาครัฐและเอกชนให้มีส่วนร่วมช่วยในการสนับสนุน<sup>7</sup> ให้เกิดความสำเร็จ และปัญหาการตั้งครุภัณฑ์วัยรุ่นก็เป็นปัญหาสุขภาพปัญหาหนึ่งเช่นกันที่มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยและต้องการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาให้บรรลุ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกก่อจึงได้มีการประชุมในระดับตำบลเพื่อให้เกิดการรับรู้ปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมกัน

ป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นของตำบลโคกก่อ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหามารดาวัยรุ่นของภาคีเครือข่ายตำบลโคกก่อควรเป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหามารดาวัยรุ่นของภาคีเครือข่ายตำบลโคกก่อ
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหามารดาวัยรุ่นของภาคีเครือข่าย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. **ขอบเขตพื้นที่** ดำเนินการในพื้นที่ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
2. **ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย** ประกอบด้วย ระยะเวลาศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหามารดาวัยรุ่น
  1. กลุ่มมารดาวัยรุ่น ประกอบด้วย กลุ่มมารดาในช่วงปีงบประมาณ 2557 – 2559 สัมภาษณ์เชิงลึก 24 คน สนทนากลุ่ม 8 คน
  2. กลุ่มหญิงตั้งครุภัณฑ์วัยรุ่น สำหรับ สัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 5 คน
  3. กลุ่ม ผู้ มี ส่วน ได้ ส่วน เสีย ประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่
    - 3.1 ผู้ปกครองหญิงตั้งครุภัณฑ์วัยรุ่น และมารดาวัยรุ่น 6 คน และการสนทนากลุ่ม 7 คน
    - 3.2 แกนนำคณะทำงานสภาเด็ก สำหรับการสนทนากลุ่ม 8 คน

3.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สำหรับการสนทนากลุ่ม 8 คน

3.4 ผู้บริหารโรงเรียน สำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก 2 คน

3.5 บุคลากรกองสาธารณสุข และผู้รับผิดชอบสภาเด็กองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โคกก่อ, บุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โคกก่อ สำหรับสนทนากลุ่ม 8 คน

ระยะพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นของภาคีเครือข่ายรูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นของภาคีเครือข่าย

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประชุมระดมความคิดเห็นและจัดทำแผนแก้ไขปัญหประกอบด้วย กรรมการสภาเด็กตำบลโคกก่อ ผู้รับผิดชอบงานสภาเด็กและผู้รับผิดชอบงานกองสาธารณสุข อบต.โคกก่อ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต.โคกก่อ ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ปกครองวัยรุ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกก่อ (รพ.สต.) ครูผู้รับผิดชอบงานระบบดูแลนักเรียนและการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมและขยายโอกาส รวมจำนวน 43 คน

**3. ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย**  
แบ่งเป็นระยะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ 3 ระยะดังนี้

**ระยะที่ 1: ระยะเตรียมคนรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น**

1) ค้นหาแกนนำที่เกี่ยวข้องและประชาสัมพันธ์โครงการ

2) ประชุมสร้างความเข้าใจชี้แจงโครงการ และแต่งตั้งทีมคณะทำงาน

3) ประชุมออกแบบเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล

4) เก็บรวบรวมข้อมูล บริบทสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นของตำบลโคกก่อ และผลกระทบจากปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยวิธีดังนี้

สัมภาษณ์เชิงลึก กับมารดาวัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และผู้ปกครองมารดาวัยรุ่น/หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อทราบปัญหาสาเหตุและผลกระทบของปัญหาทั้งด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ สนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้ปกครองมารดาวัยรุ่น/หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กรรมการสภาเด็ก ผู้รับผิดชอบงานสภาเด็ก และผู้รับผิดชอบงานกองสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)โคกก่อ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โคกก่อ ผู้นำชุมชน เพื่อทราบปัญหาสาเหตุและผลกระทบของปัญหาทั้งด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ และบริบทการแก้ปัญหาและแนวทางการแก้ไขข้อมูลจากการสังเกต การดูแลครรภ์และปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด และการดูแลช่วยเหลือของครอบครัว สังเกตพฤติกรรมวัยรุ่นหลังเลิกเรียน สังเกตพฤติกรรมวัยรุ่นที่ไปเที่ยวที่อ่างเก็บน้ำแก่งโคกก่อ

5) นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาเรียบเรียง จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ และสังเคราะห์จัดรูปแบบเพื่อนำคืนข้อมูล

6) คืนข้อมูลแก่คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหา ทบทวน ปรับปรุงและเพิ่มเติมข้อมูล 2 ครั้ง

**ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นของภาคีเครือข่ายตำบลโคกก่อ**



### 1. **ขั้นวางแผน (Plan)** การสร้าง

ส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหาการตาข่ายรูนของภาคีเครือข่ายตำบลโคกก่อ มีดังนี้

1.1) ค้นหาภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นและผู้ได้รับผลกระทบจากการตั้งครรภ์วัยรุ่น

1.2) เชิญภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องประชุมคืบข้อมูลสร้างความตระหนักต่อปัญหา

1.3) แต่งตั้งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็นคณะทำงานในการป้องกันและแก้ปัญหาการตาข่ายรูน ซึ่ง คณะทำงานประกอบด้วย นายกองค้การบริหารส่วนตำบลโคกก่อ กำนัน ผู้อำนวยการและครูผู้แลกิจการนักเรียนโรงเรียน ประธานและกรรมการสภาเด็กตำบล หัวหน้ากองสวัสดิการและกองสาธารณสุข อบต.โคกก่อ อสม. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข

1.4) ทำบันทึกข้อตกลงการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างความเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน

### 2. **ขั้นตอนดำเนินการ(Act)**

โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายประชาชนและผู้ปกครองวัยรุ่น ดังนี้

2.1) พัฒนาศักยภาพทีมคณะกรรมการภาคีเครือข่ายในการวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผนแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์

2.2) สร้างแผนของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ปัญหาการตาข่ายรูนตำบลโคกก่อ ซึ่งเกิดโครงการทั้งหมด 4 โครงการ ได้แก่ 1. โครงการแก้ปัญหการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นโรงเรียนโคกก่อพิทยาคม โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ 2. โครงการจัดทำศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนโคกก่อพิทยาคม 3. การจัดทำศูนย์บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกก่อ และ 4. โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตำบลโคกก่อด้วยการอบรมทักษะการสื่อสารระหว่างพ่อแม่/ผู้ปกครองกับบุตรหลานเพื่อส่งเสริมสุขภาพภาวะทางเพศเด็กและเยาวชน

### 3. **ขั้นตอนการสังเกตการณ์**

**ปฏิบัติ (Observation)** ดังนี้

3.1) การติดตามสังเกตการปฏิบัติระหว่างดำเนินโครงการร่วมกัน และสรุปผลการดำเนินงานแต่ละโครงการ

### 4. **ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)**

4.1) สะท้อนผลการปฏิบัติโดยการจัดประชุมถอดบทเรียนการทำงานของภาคีเครือข่ายในการแก้ปัญหาการตาข่ายรูน

**ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ปัญหาการตาข่ายรูนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย**

ศึกษาผลการดำเนินงานโดยการสังเกต เก็บข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภาคีเครือข่าย สรุปผลและถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อหาปัจจัยความสำเร็จและส่วนขาดในการพัฒนาต่อเนื่อง

### **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและมารดาวัยรุ่น แนวคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกัน ทศนคติสาเหตุของการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ความรู้สึกและการตัดสินใจเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ ผลกระทบจากการตั้งครรภ์และการใช้ชีวิตหลังตั้งครรภ์

2. แบบสนทนากลุ่มมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น แนวคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกัน ทศนคติ สาเหตุของการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ความรู้สึกและการตัดสินใจเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ ผลกระทบจากการตั้งครรภ์



3. แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มพ่อแม่/ผู้ปกครองของวัยรุ่นตั้งครุฑการดูแลบุตรหลาน การให้ความรู้/คำแนะนำเพื่อการป้องกันการตั้งครุฑ การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว

4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก/สนทนากลุ่มนายก อบต./ ผู้นำชุมชน/ ผู้รับผิดชอบงานเด็กและเยาวชนส่วนงานสวัสดิการสังคม อบต./ กองสาธารณสุข อบต./ อสม. แนวคำถามในประเด็น สถานการณ์วัยรุ่นตั้งครุฑ นโยบายและการดูแลวัยรุ่นในชุมชน การรับรู้เกี่ยวกับพื้นที่เสี่ยงในชุมชน และการจัดการต่อพื้นที่เสี่ยงต่อการไปมีเพศสัมพันธ์

5. แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้บริหารโรงเรียนและครูในโรงเรียน แนวคำถามในประเด็น นโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครุฑในวัยเรียน ข้อมูลสถิตินักเรียนที่ต้องออกจากระบบการศึกษาด้วยปัญหาตั้งครุฑ ระบบการดูแลเพื่อป้องกันการตั้งครุฑ และระบบการช่วยเหลือ การสอนเพศศึกษาในโรงเรียน

6. แบบสังเกตพฤติกรรมวัยรุ่นในโรงเรียน

7. แบบบันทึกประชุมเชิงปฏิบัติการ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องโดยตรวจสอบสามเส้าจากวิธีการเก็บข้อมูลและผู้เก็บข้อมูลที่ต่างกัน

### ผลการศึกษา

**ระยะที่ 1 บริบทและสถานการณ์ปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุ่น ตำบลโคกก่อ**

ศึกษาสภาพปัญหา พบว่า มีมารดาวัยรุ่นเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่องจากปี 2557-

2559 อัตราการตั้งครุฑของวัยรุ่น 32.7, 37.8 และ 45.9:1,000 หญิงอายุ 15-19 ปี ตามลำดับ และยังคงพบว่ามีมารดาอายุ 15 ปี ในปี 2557 จำนวน 2 คน และปี 2558 จำนวน 3 คน นอกจากนั้นยังพบว่า เป็นการตั้งครุฑขณะเรียน จากปี 2557 - 2559 ร้อยละ 27.3 , 33.3 และ 23.1 ของการตั้งครุฑวัยรุ่นทั้งหมด ตามลำดับ และพบมีการตั้งครุฑซ้ำ จากปี 2557 - 2559 ร้อยละ 20.0, 9.0 และ 8.3 ตามลำดับ ซึ่งพบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุ่นตำบลโคกก่อ ดังนี้

#### 1. ด้านตัวเด็กและวัยรุ่น

1.1) มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน จากสาเหตุ

1.1.1) การขาดความรู้เรื่อง การป้องกันการตั้งครุฑ ดังคำกล่าวของแม่วัยรุ่นอายุ 15 ปีว่า “หนูคิดว่ากินยาคุมให้กินตอนที่มีอะไรกัน...” “...เอ่อ คือ ไม่ได้ถามแฟนว่าเขาใช้ถุงยางเป็นมัย (ยืมอายุ)...” ไม่กล้าไปซื้อยาคุมมากิน ดังคำกล่าวของมารดาวัยรุ่นอายุ 18 ปี “...คือว่า..หนูไม่กล้าไปซื้อยาคุมมากิน หนูอายแล้วก็กลัวแม่รู้ด้วย.....”

1.1.2) การทนอาการข้างเคียงของยาคุมกำเนิดไม่ได้ “...หนูเคยกินยาคุมค่ะ..แต่มันไม่ไหวจริงๆ เวียนหัว คลื่นไส้ไปหมด ทำอะไรก็ไม่ไหว หนูเลยเลิกกิน..” มารดาวัยรุ่นอายุ 16 ปีกล่าว

1.1.3) มีความชะล่าใจในการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน “ก็รู้ หนูรู้ว่ามิเพศสัมพันธ์ทำให้ท้องได้ แต่ทุกครั้งหนูก็ไม่ได้ป้องกันอะไรก็ไม่ท้อง แต่ครั้งนี้แฉ็คพอตเลยท้อง.” มารดาวัยรุ่นอายุ 17 ปีกล่าว การที่แฟนต้องการมีลูกก็ทำให้หญิงวัยรุ่นตัดสินใจไม่ป้องกัน “ แฟนเขาอยากมีลูกเขาว่า ถ้ามีลูกแล้วเขาก็จะเลิกเที่ยว เปลี่ยนแปลงตัวเอง ทำมาหากิน... สุดท้ายเขาก็ไม่เปลี่ยนหรอกค่ะ..” มารดาวัยรุ่นอายุ 18 ปีกล่าว

1.1.4) การมีทัศนคติในเรื่องการใช้ลูกผูกมัดให้ผู้ชายอยู่กับตนเอง ดังคำกล่าวของมารดาวัยรุ่น อายุ 15 ปี กล่าว “...หนูไม่ป้องกันค่ะ..เพราะหนูอยากพิสูจน์ว่าพี่เขาจะรักหนูจริงมั้ย ถ้าหนูท้องเขาจะรับผิดชอบหนู..เขาจะไม่ได้ไปมีคนอื่น..”

1.2) ความผิดพลาดในการป้องกันการตั้งครรภ์ เช่น การลืมกินยาคุมกำเนิด “...หนูกินยาคุมมาหลายเดือน แต่คราวนี้ 2 เดือนก่อนหนูลืมกิน แค่มืดเดียวจริงๆนะคุมหมอมืดแค่มืดเดียวก็ท้องเลย..” หญิงตั้งครรภ์อายุ 19 ปี กล่าว

1.3) การใช้วิธีป้องกันที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์สูง เช่น การหลั่งนอก “...พวกหนูก็ใช้วิธีแตงนอก(หลั่งนอก)มาตลอดนะพอเมนส์ไม่มา ไปหาหมอ หมอก็บอกว่าท้อง หนูจึงมีนเลย...” หญิงตั้งครรภ์อายุ 16 ปี กล่าว

## 2. ด้านสิ่งแวดล้อมและครอบครัว

ตำบลโคกก่อเป็นตำบลขนาดใหญ่ อยู่ห่างจากตัวจังหวัดถึง 20 กิโลเมตร โดยนักเรียนส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะในการไปโรงเรียนทั้งในพื้นที่ตำบลโคกก่อ และพื้นที่ใกล้เคียง อีกทั้งวัยรุ่นส่วนใหญ่มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนใช้ในการติดต่อ จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงอีกอย่างหนึ่งของปัญหาที่เกิดขึ้น และในตำบลโคกก่อมีแหล่งท่องเที่ยว คืออ่างเก็บน้ำแก่งโคกก่อ ซึ่งมักจะมีวัยรุ่นมาเที่ยวเป็นจุดนัดพบและเป็นแหล่งมั่วสุมของวัยรุ่น

สำหรับสัมพันธภาพของวัยรุ่นกับครอบครัว เมื่อบุตรหลานเข้าสู่วัยรุ่นจะใช้เวลา ร่วมกับครอบครัวน้อยลง มักจะอยู่กับเพื่อนและโทรศัพท์ “..จกมันเฮ็ดหยังเบ็งแต่โทรศัพท์ คั้นถามก็ว่าครูสั่งการบ้าน กับอันว่าไปเฮ็ดการบ้าน เฮ็ดรายงานบ้านหมู่..แม่ก็ยากแต่เวียก ตื่นมาฟ้าวกะเอาเงินไว้ให้ คำจ้งเข้าบ้าน เขามากะเข้าห้องมิดจัดคือกัน...มารู้กะตอนเขาท้องแล้ว” มารดาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกล่าว และ “..คุณหมอกเคย

เห็นบัสต์ว่เลี้ยงลูกด้วยเงิน ตื่นขึ้นมาฟ้าวนางานเอาเงินไว้ให้หลังตู้เย็น บได้เห็นกันดอก แลงมาเข้าบ้านอยู่ไผอยู่มัน..” อสม.ผู้รับผิดชอบครัวเรือนมารดาวัยรุ่นกล่าว นอกจากนี้พี่แม่ผู้ปกครองยังไม่กล้าสื่อสารเรื่องเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในความดูแล ดังคำกล่าวของยายของแม่วัยรุ่นที่อายุ 17 ปี “...บเคยได้เว้ากันดอกคุณหมอมอ ฉันทกะบมีความรู้จบ บ.4 นิงเนาะ เขาไปโรงเรียนครูกะลิสอนอยู่ดี..บจกว่าลิวเว้าว่าจ้งได้นั้นหละ อยากอาย(หัวเราะอายๆ)..” และ “...บได้เว้าแล้ว(เรื่องการป้องกัน)..คันทบอกรวิป้องกันมันกะซำซีโพรงให้กระรอกนั่นหละ..ซำบอกรให้มันไปมีหยังกันเนาะ “แม่ของพ่อวัยรุ่นอายุ 15 ปีกล่าว และ “...เรื่องบอกรก็บอกรคักโพดค้ำ..แต่มันบเอาหน้า ห้ามคักอิหลี บให้มีผู้บ่าว(แฟน) เป็นนักเรียน มันลเรียนบจบ..มันบฟังความบฟังความพ่อแม่(ไม่เชื่อฟังพ่อแม่) มันกะได้ลูกมาเรียนกะบจบ..”แม่ของแม่วัยรุ่นอายุที่อายุ 18 ปี กล่าว

1) ด้านการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนสำหรับโรงเรียนขยายโอกาส มีการสอนโดยครูผู้รับผิดชอบ ตามหนังสือและให้ทำรายงานส่ง “...ครูก็สอน แต่ก็พูดผ่านๆไปบางที ก็บอกรให้อ่านเองครับ..” นักเรียนชายชั้น ม.2 ในโรงเรียนขยายโอกาสกล่าว และ “...ก็สอนครับเรื่องนี้ มันมีเนื้อหาในวิชาการ แต่ก็แล้วแต่ว่าใครจะสอนรูปแบบไหน...สื่อก็แล้วแต่จะหาได้ครับ บางเรื่องพวกผมก็ไม่ค่อยชำนาญหรือรู้สึก...ถ้ามีคุณหมอมอบบรมให้เพิ่มเติมก็น่าจะทำให้เข้าใจมากขึ้น..” ครูผู้สอนเพศศึกษากล่าว และโรงเรียนมัธยมประจำตำบลเป็นโรงเรียนในสังกัด อบจ. ได้เข้าร่วมโครงการเพศศึกษารอบด้าน โดยได้มีการอบรมครูผู้สอนเพศศึกษาและครูในโรงเรียนเพื่อปรับทัศนคติในการสอนเรื่องเพศศึกษาและกระบวนการสอนเพศศึกษารอบด้าน แต่การสอนเพศศึกษารอบด้านนั้นยังไม่ได้ถูกบรรจุเป็นวิชาเรียนที่มีหน่วยการเรียน แต่จะบูรณาการสอนไป

กับวิชาอื่นๆ และวิชาสุขศึกษา รวมทั้งยังขาดสื่ออุปกรณ์ในการสอนที่ทันสมัย ดังคำกล่าวที่ครูผู้สอนว่า “...ผมก็สอนนะครับในวิชาสุขศึกษา คนอื่นก็สอนหลังอบรมมาแล้วบูรณาการไปกับวิชาอื่น แต่ครูก็ไม่มั่นใจในการที่จะพูดเรื่องนี้เท่าไร บางคนอาจจะอาย หรือครูบางคนอาจจะไม่แน่ใจว่ามันจะถูกหรือปล่าวครับ...ครูบางคนในโรงเรียนก็ยังมองว่าการสอนเรื่องนี้ก็เหมือนซีโพร่งให้กระรอก..” ครูผู้สอนเพศศึกษากล่าว

2) ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ปัญหาการตาข่าย วิทยุรุ่น ให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกัน ตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกก่อขอความร่วมมือ แต่ยังไม่เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมในฐานะเจ้าของปัญหา ซึ่งการแก้ปัญหานี้มีสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำแผนเพื่อแก้ปัญหา นอกจากนั้นยังไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานแก้ปัญหาร่วมกัน “...พวกผมก็ให้ความร่วมมือกับทางอนามัยทุกครั้งนะครับ พวกผมช่วยเต็มที่...” ภาคีเครือข่ายท่านหนึ่งกล่าว และ “...ผมก็รู้ว่ามันเป็นปัญหา มันแก้ยาก..พวกผมก็ให้ความร่วมมือเต็มที่เหมือนกันครับ..ถ้ามีอะไรพอจะช่วยให้ได้ก็บอก เขาก็ลูกหลานพวกเรา คุณหมอยากให้เราทำอะไรบอกมาได้เลยครับ..” ภาคีเครือข่ายท่านหนึ่งกล่าว

3) ระบบบริการสุขภาพวิทยุรุ่นในตำบลโคกก่อ การจัดบริการสุขภาพของประชาชนได้มีการให้บริการตามกลุ่มวัย แต่ไม่มีรูปแบบการบริการสำหรับวิทยุรุ่นโดยเฉพาะ และวิทยุรุ่นยังเข้าไม่ถึงบริการปรึกษาปัญหาวิทยุรุ่นและการป้องกันการตั้งครรภ์ และการประชาสัมพันธ์การให้บริการยังไม่ทั่วถึง “...หนูไม่รู้ว่าที่นี่ก็มีบริการปรึกษาสำหรับกลุ่มวิทยุรุ่นด้วย หนูไม่รู้เลยไม่กล้ามาปรึกษา หรือมาขอยาคุม...” วิทยุรุ่นหญิงคนหนึ่งกล่าว “...ผมไม่กล้ามาขอถุงยาง ผมอาย

ถ้าจะให้เซนต์เอาถุงยาง..(หัวเราะ)..” นักเรียนวิทยุรุ่นชายกล่าว

การตั้งครรภ์วิทยุรุ่นส่งผลกระทบต่อ ดังนี้

1) ด้านการศึกษา ทำให้วิทยุรุ่นขาดโอกาสทางการศึกษา ต้องออกจากโรงเรียนมาเลี้ยงลูก ถึงแม้โรงเรียนจะมีนโยบายและวิธีปฏิบัติในการช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ให้สามารถมาเรียนจนจบได้ แต่นักเรียนส่วนใหญ่ก็ไม่กลับมาเรียนหลังรู้ว่าตนตั้งครรภ์เนื่องจากอาย นอกจากนั้นนักเรียนที่ไปเรียนอยู่โรงเรียนบางแห่งในตัวจังหวัดไม่อนุญาตให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์มาเรียนเนื่องจากเป็นมติของคณะกรรมการบริหารการศึกษาของโรงเรียนนั้นๆ “...โรงเรียนของเรามีนโยบายให้เด็กที่ท้องมาเรียนได้ แต่ส่วนใหญ่ไม่มาค่ะ อาย..(หัวเราะ)..ผู้ปกครองเองพอลูกหลานท้องก็ไม่ให้มา เขาบอกว่าเขาอาย..เท่าที่ทำมาแค่คนเดียวที่เราช่วย..มันทำอยากมาก ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ปกครองและครูในโรงเรียนต้องเต็มที่ เราประชุมหลายครั้งมากกว่าจะสามารถดึงเด็กคนนี้ก็กลับมาเรียนจนจบได้..” ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงเรียนกล่าว และ “...หนูอายค่ะ ไม่กล้ากลับไปเรียนหรอกค่ะ..” แม่อายุ 17 ปีกล่าว และ “หนูรู้ว่าโรงเรียนไม่ยอมรับหรอกค่ะ ท้องเขาก็ให้ลาออกอยู่แล้ว..” แม่อายุ 15 กล่าว

2) ด้านเศรษฐกิจ หญิงวิทยุรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ผู้ปกครอง ยังไม่มีรายได้เป็นของตนเองและยังเรียนหนังสืออยู่ เมื่อตั้งครรภ์ก็ออกจากโรงเรียนเพื่อสร้างครอบครัว แต่เมื่อจะไปประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ ไม่สามารถไปประกอบอาชีพเพื่อรับจ้างได้ เพราะไม่มีการจ้างงานเต็มเวลา กับผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี เพราะผิด พรบ.คุ้มครองแรงงานเด็ก จึงกลับมาเป็นภาระของครอบครัวหลักในการดูแลและเลี้ยงดูทั้งวิทยุรุ่นที่ตั้งครรภ์ สามีวิทยุรุ่นและลูกที่เกิดมา

3) ด้านสังคม การตั้งครุฑ  
ของวัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนส่งผล  
กระทบในด้านสังคมเช่นกัน เนื่องจากถูก  
เปรียบเทียบและกล่าวถึงในด้านลบว่าเป็น  
แบบอย่างไม่ดีในสังคม การถูกตีตราทางสังคมว่า  
เป็นบุคคลที่ไม่ดี ไม่เป็นที่ยอมรับในชุมชน

**ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม  
ร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์  
ของภาคีเครือข่ายตำบลโคกก่อ**

ระยะนี้ได้นำผลการวิจัยจากระยะที่ 1  
มาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น  
ดังต่อไปนี้

1. ประชุมปฏิบัติการวิเคราะห์ปัญหา  
โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดย  
1) วิเคราะห์สภาพปัญหาของชุมชน 2) กำหนด  
ภาพความคาดหวังของชุมชน 3) มอบหมายความ  
รับผิดชอบในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น  
ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและ  
แก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นของภาคี  
เครือข่ายตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัด  
มหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยได้สังเคราะห์จาก  
กระบวนการ ขั้นตอน องค์ประกอบต่างๆ ที่ใช้ใน  
การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ โดยรูปแบบการมีส่วนร่วม  
ในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ของ  
ภาคีเครือข่ายตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัด  
มหาสารคาม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ  
(4 ช.) ดังนี้

ช ที่ 1 คือ ชี้ชวนให้ภาคีเครือข่าย  
มองเห็นปัญหาร่วมกันโดยการคืนข้อมูล  
สภาพปัญหาและผลกระทบของการตั้งครรภ์  
วัยรุ่นแก่ภาคีเครือข่ายซึ่งเป็นข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ  
และเชิงคุณภาพ ชวนวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน  
ให้เห็นผลกระทบของปัญหาที่มีต่อภาคีเครือข่าย  
หลายครั้งจนตระหนักถึงปัญหา แล้วชวนภาคี  
เครือข่ายที่สนใจอยากแก้ปัญหาเข้ามาทำงาน  
แก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งภาคีเครือข่ายที่สนใจเข้า  
ร่วมกันแก้ปัญหา ได้แก่ กองสวัสดิการสังคมและ

กองสาธารณสุขของค์การบริหารส่วนตำบลโคกก่อ  
โรงเรียนมัธยมโคกก่อพิทยาคม โรงเรียนขยาย  
โอกาสบ้านภูดิน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และ  
รพ.สต.โคกก่อ ได้แต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการ  
และคณะทำงานในการป้องกัน แก้ปัญหาการดา  
วัยรุ่นตำบลโคกก่อ

ช ที่ 2 คือ แร่ข้อมูลสภาพปัญหา  
ผลกระทบ และองค์ความรู้ในการวางแผน  
การป้องกันและการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์  
กำหนดเป็นวาระของตำบลและทำข้อตกลงใน  
การแก้ปัญหาร่วมกันโดย MOU ระดับตำบล  
จัดทำแผนและประสานแผนการทำงานของภาคี  
เครือข่าย ซึ่งมีทั้งหมด 4 แผน คือ 1. โครงการ  
แก้ปัญหาคกรตั้งครุฑไม่พร้อมในวัยรุ่นโรงเรียน  
โคกก่อพิทยาคมโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะ  
การป้องกันการตั้งครุฑ 2. โครงการจัดทำศูนย์  
เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนโคกก่อพิทยาคม  
3. การจัดทำศูนย์บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกก่อ และ  
4. โครงการป้องกันการตั้งครุฑในวัยรุ่นตำบล  
โคกก่อด้วยการอบรมทักษะการสื่อสารระหว่าง  
พ่อแม่/ผู้ปกครองกับบุตรหลาน 1. โครงการ  
แก้ปัญหาคกรตั้งครุฑไม่พร้อมในวัยรุ่นโรงเรียน  
โคกก่อพิทยาคมโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะ  
การป้องกันการตั้งครุฑ 2. โครงการจัดทำ  
ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนโคกก่อพิทยาคม  
3. การจัดทำศูนย์บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกก่อ และ  
4. โครงการป้องกันการตั้งครุฑในวัยรุ่น ตำบล  
โคกก่อ ด้วยการอบรมทักษะการสื่อสารระหว่าง  
พ่อแม่/ผู้ปกครองกับบุตรหลานเพื่อส่งเสริม  
สุขภาพทางเพศของเด็กและเยาวชน และได้มี  
การแร่ทรัพยากรร่วมกันในเรื่องของงบประมาณ  
สถานที่และวิทยากร

ช ที่ 3 คือ เชื่อมการดำเนินงานใน  
ลักษณะของภาคีเครือข่ายจำเป็นต้องมีศูนย์  
ประสานงานที่จะต้องจัดการให้เกิดความต่อเนื่อง

และเป็นหน่วยเชื่อมในการดำเนินงาน รายงานความก้าวหน้า รวมถึงวางแผนร่วมกันของภาคีเครือข่าย

ช ที่ 4 คือ ชิดชมการทำงานแบบภาคีเครือข่ายซึ่งมาจากหลายส่วนต้องมีการติดตามใกล้ชิดจึงได้กระบวนการถอดบทเรียนในการทำงานร่วมกันมาใช้ในการติดตามซึ่งเป็นกระบวนการเชิงบวกให้เห็นความสำเร็จและโอกาสพัฒนาซึ่งจะเห็นแผนการดำเนินงานต่อรวมทั้งเป็นเวทีการชื่นชมและรับผลงานร่วมกันทุกเครือข่าย

### ผลการศึกษาระยะที่ 3 ผลการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ของภาคีเครือข่าย

ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ของภาคีเครือข่าย จากการสนทนากลุ่ม พบว่า วัยรุ่นที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้และฝึกทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความรู้ ทักษะต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากขึ้น ประเด็นที่ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน คือ เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี และการปฏิบัติเมื่อลืมกินยาเม็ดคุมกำเนิด 2 วัน และพบว่าวัยรุ่นมีความตระหนักต่อการป้องกันมากขึ้น และจากการสังเกตพฤติกรรมของวัยรุ่น พบว่า มีการเข้าถึงบริการป้องกันการตั้งครรภ์มากขึ้นโดยเฉพาะการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งมีวัยรุ่นมาขอรับถุงยางอนามัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้น รวมทั้งศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียน และมีวัยรุ่นเข้ามาขอรับการปรึกษา ปัญหาปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในศูนย์บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เกิดเครือข่ายผู้นำชุมชน โรงเรียนมัธยม องค์การบริหารส่วนตำบลโคกก่อ สภากาเด็กและเยาวชนตำบลโคกก่อและโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลโคกก่อมาร่วมดำเนินงานโดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกก่อเป็นหน่วยประสานงาน และได้นำผลการถอดบทเรียนการทำงานมาปรับปรุงแผนงานในปี 2561 เรื่องการพัฒนาการสื่อสารระหว่างพ่อแม่ผู้ปกครองและพัฒนาศักยภาพสภากาเด็กในการดำเนินป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงเรียนและชุมชน

นอกจากนี้ยัง พบว่า การใช้รูปแบบนี้ทำให้ภาคีเครือข่ายและชุมชนมีความตื่นตัวและร่วมกันป้องกันและแก้ปัญหา ทำให้อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตำบลโคกก่อลดลงต่อเนื่องจากอัตรา 45.9 ต่อ 1,000 หญิงอายุ 15-19 ปี ในปี 2559 เป็น 24.9 ต่อ 1,000 หญิงอายุ 15-19 ปี ในปี 2560 และ 16.3 ต่อ 1,000 หญิงอายุ 15-19 ปี ในปี 2561 และหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้รับการช่วยเหลือและส่งต่อไปรับบริการยังเครือข่าย 1 ราย ไม่พบว่ามี การตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มวัยรุ่นในปี 2560 และ 2561 และไม่พบว่ามี การตั้งครรภ์ในนักเรียนในพื้นที่ในปี 2560-2561

### อภิปรายผล

ผลจากการศึกษา สะท้อนให้เห็นสภาพปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตำบลโคกก่อซึ่งมีสาเหตุที่มาจากปัจจัยจากตัววัยรุ่นไม่ตระหนักต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ เพราะการขาดความรู้ในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ชัดเจน ด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อม ครอบครัวขาดการสื่อสารเรื่องเพศเพื่อการป้องกัน และการมีพื้นที่เสี่ยง คือ อ่างเก็บน้ำสาธารณะเป็นที่นัดพบและท่องเที่ยวของวัยรุ่น ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา แนวทางการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ กรณีศึกษาโครงการคุณแม่วัยใสห่วงใยอนาคต ศูนย์ฝึกอาชีพจังหวัดเชียงราย<sup>8</sup> พบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุในการตั้งครรภ์ปัจจัยภายใน ได้แก่ การไม่สนใจเรียนรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดอย่างจริงจัง และปัจจัย



ภายนอก ได้แก่ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่แสดงออกในความรักและไม่เคยสอนเรื่องเพศศึกษาให้กับบุตรหลาน ด้านผลกระทบจากการตั้งครรภ์วัยรุ่นทำให้ขาดโอกาสด้านการศึกษาทำให้ไม่มีอาชีพและขาดรายได้เนื่องจากยังเป็นเด็กและด้านครอบครัวและสังคม เป็นภาวะครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งจากปัญหาบุตรหลานตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นแบบอย่างที่ไม่ดีในสังคมและมีปัญหาหย่าร้างในแม่วัยรุ่นและเป็นแม่มายวัยเยาว์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลำเจียกกำธร์<sup>9</sup> วัยรุ่นกับการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ป้องกันอย่างไร ซึ่งพบว่าวัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่เมื่อตั้งครรภ์ขณะเรียนหนังสือ จำใจต้องออกจากโรงเรียนกลางคันซึ่งหมายถึงอนาคตทางการเรียนจะหมดไปโดยสิ้นเชิง และบางรายเมื่อตั้งครรภ์ขึ้นมาทำให้เกิดภาวะจำนวนที่ต้องแต่งงาน โดยทั้งสองฝ่ายยังไม่พร้อมสำหรับชีวิตคู่ที่ต้องมีภาระเลี้ยงดูบุตรทำให้เกิดปัญหาและหย่าร้างในที่สุด และสร้างความทุกข์ให้กับพ่อแม่ในการกระทำผิดของลูก

การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นของภาคีเครือข่ายแบบ 4 ช. คือ การชี้ชวนให้เห็นปัญหาร่วมกันด้วยการคืนข้อมูลและการวิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบที่เกิดกับชุมชน ทำให้เกิดความตระหนักเครือข่ายร่วมแก้ปัญหา การแชร์ให้ชัดเป็นการแชร์ข้อมูล ทรัพยากร องค์ความรู้และการทำข้อตกลงการทำงานให้ชัดและทำแผนในการทำงานร่วมกันทำให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีเป้าหมาย และการดำเนินงานที่จะให้เกิดความราบรื่นต้องมีศูนย์การเชื่อมประสานงานเครือข่ายเข้าด้วยกัน ซึ่งต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิดเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ให้ต่อเนื่อง โดยเน้นการปลูกฝังให้ลูกเป็นคนดีและรู้จักหน้าที่จะเป็นเกราะป้องกันไม่ให้ลูกคบเพื่อนที่ไม่ดีและพากันออกนอกกลุ่มนอกทาง อีกทั้งการอบรมสั่งสอนต้องเริ่มตั้งแต่เด็ก และพ่อแม่

ต้องปลูกฝังค่านิยมอันดีงามให้เยาวชน เช่น “รักษาวลสงวนตัว” “ไม่อยู่กันสองต่อสองในที่ลับตาคน” “อย่าชิงสุกก่อนห่าม” และพ่อแม่ต้องเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับบุตรหลาน<sup>10</sup> อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น<sup>11</sup> อีกทั้งการมีเวลาเอาใจใส่ดูแลวัยรุ่นที่มีเวลาอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้เกิดความอบอุ่นใจ ความใกล้ชิดภายในครอบครัวสามารถช่วยเหลือลดความกังวล ความเครียด ความกังวลในจิตใจ รวมถึงสามารถให้ข้อมูลที่ชัดเจนแก่หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์<sup>12</sup> รวมทั้งการทำให้เกิดเป็นผลงานร่วมกันของทั้งชุมชนและทุกภาคีซึ่งจะทำให้เกิดความเป็นเจ้าของและมีความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น<sup>13</sup> ซึ่งพบว่าการเปิดโอกาสให้ชุมชนวิเคราะห์ปัญหาเป็นการสร้างพลังอำนาจชุมชน และเปิดโอกาสให้แกนนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมสะท้อนสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน โดยเฉพาะผลกระทบด้านลบ ก่อให้เกิดพลังชุมชนขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนตนเองโดยใช้วิจารณ์ญาณและสถานการณ์เชิงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนเป็นปัจจัยนำเข้าเพื่อพิจารณาแนวทางในการแก้ปัญหา และสอดคล้องกับ Czuba<sup>14</sup> การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมให้ประชาชนสามารถควบคุมชีวิต ความเป็นอยู่ของตนเอง ชุมชน และสังคม อันเป็นกระบวนการพัฒนาชุมชนให้บรรลุเป้าหมายโดยการสร้างความตระหนักในความเป็นชุมชน

### ข้อเสนอแนะ

1. ก่อนนำการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นของภาคีเครือข่ายไปใช้ ควรต้องการคืนข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน และสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดความเป็นเจ้าของ เพื่อเพิ่มความเข้าใจของคน

ในชุมชนให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มารดาวัยรุ่นของภาคีเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นควรได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทในการให้บริการและพัฒนาให้สอดคล้องกับความรู้และ วิทยาการใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยเจริญพันธ์และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์อนามัยเจริญพันธ์ในเด็กและเยาวชน. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัยเจริญพันธ์และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. ศรีเพ็ญ ตันติเวสส และคณะ. สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย 2556. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2556.
3. ศรุตยา รongเลื่อน, ภัทรวัลย์ ตลิ่งจิตร และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์. การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ใน วัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการ การสนับสนุนในการรักษาพยาบาล. วารสารพยาบาลศิริราช 2555; 3(2), 14-27.
4. มาลี เกื้อนพกุล. การตั้งครรภ์ในมารดาวัยเสี่ยง. กรุงเทพฯ ฯ ยูเนี่ยน ศรีเอช; 2554.
5. วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. เพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นไทย. วารสารสภาการพยาบาล 2553; 25(4), 5-9.
6. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. แอลงการณ : กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย ขานรับการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหากการตั้งครรภ์วัยรุ่น. 2558. สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2559, จาก <http://Thailand.unfta.org/th/news/>

แอลงการณ -กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ แห่ง ประเทศไทย? page=2%2C1

7. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน. กรุงเทพฯ: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
8. กิ่งดาว มะโนวรรณ. แนวทางการแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ กรณีศึกษาโครงการคุณแม่วัยใสห้วงโยนาคต ศูนย์ฝึกอาชีพจังหวัดเชียงรราย อำเภอพาน จังหวัดเชียงรราย. คณะสังคมศาสตร์มหาวิทาลัยราชภัฏเชียงรราย; 4(2), 63-80. 2554.
9. ลำเจียก กำธร และจิณัฐตา ศุภศรี. ผลการรณรงค์ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นในสถานศึกษาเขตจังหวัดตรังต่อค่านิยมเรื่องเพศ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์. วิทาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง, จังหวัดตรัง; 2556.
10. ประจวบ แหลมหลัก และคณะ. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: ปัญหาและแนวทางการแก้ไขทางสังคมวิทยา. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2556; 3: 3-15.
11. มาลีวัลย์ เลิศสาครศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แผนกฝากครรภ์ กรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2552; 39(2): 161 – 172.
12. กมลพรรณ ชิวพันธุ์ศรี. ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น:ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงที่ฝากครรภ์ในศูนย์บริการสาธารณสุข 34 โพธิ์ศรี สำนักอนามัยกรุงเทพฯ. วชิรเวชสาร 2556; 57(1): 37.



13. รัถยานภิศ พละศึก และคณะ. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4 (2): 256-267.
14. Czuba, C.E. 1999. Empowerment: What is it?.; 1999 Retrieved October, 11, 2018 from <http://www.joc/1999october/comm1.php>.

## การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาดูน

### Development of care model for chronic kidney disease stage 4 in Nadoon District

สุวรรณา สุรวาทกุล<sup>1</sup>, สุวคนธ์ เหล่าราช<sup>2</sup>, ละออง เดิมทำรัมย์<sup>3</sup>  
Suwanna Surawatakul<sup>1</sup>, Suwakon Laorat<sup>2</sup>, La-ong Dermtamrum<sup>3</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 2) พัฒนารูปแบบการดูแล 3) ทดลองการใช้รูปแบบ และ 4) ประเมินผล กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ผู้ดูแลผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน รวม 150 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบทดสอบความรู้ การสนทนากลุ่ม แบบสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย 1) *ระยะวิเคราะห์สถานการณ์* พบว่า การเชื่อมประสานการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่องยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีน้อย ผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชนขาดความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ผลตรวจอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 50 คน มีค่าเฉลี่ย 22.59 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. 2) *ระยะพัฒนารูปแบบ* ได้ดำเนินการจัดทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาดูน ซึ่งประชุมทีมสหวิชาชีพปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน เรื่องโรคไตเรื้อรังและประชุมเชิงปฏิบัติการใช้รูปแบบ 1ค+2อ+1ส.+1ย คือ 1ค.(ความรู้) โรคไตเรื้อรัง + 2อ.(อาหาร, ออกกำลังกาย) + 1ส (สมาธิบำบัด SKT) + 1ย (การใช้ยา) 3) *ระยะทดลองใช้รูปแบบ* นำรูปแบบไปใช้ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง และเชื่อมโยงพัฒนาระบบบริการที่ รพ.สต. โดยนำรูปแบบ 1ค+2อ+1ส+1ย ไปให้ความรู้กลุ่มเสี่ยง ในชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน ทีมสหวิชาชีพ ออกเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ ให้กำลังใจผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแล มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องอาหาร ยา การกระตุ้นผู้ป่วยออกกำลังกาย และการทำสมาธิบำบัด SKT 4) *ระยะประเมินผล* พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตดีขึ้น จากค่าเฉลี่ย eGFR 22.59 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. เป็น 27.50 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. ความพึงพอใจของสหวิชาชีพอยู่ระดับมากที่สุด ( $\bar{x}$  = 4.90, S.D. = 0.30) ความพึงพอใจของผู้ดูแลอยู่ระดับมากที่สุด ( $\bar{x}$  = 4.93, S.D. = 0.24 ) การประเมินความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแล และอสม. /ผู้นำชุมชน หลังฝึกอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

**คำสำคัญ** รูปแบบการดูแล, การมีส่วนร่วม, ชะลอไตเสื่อม, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

<sup>1,2,3</sup>โรงพยาบาลนาดูน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม Nadoon Hospital, Nadoon District

### Abstract

This research and development aimed to develop the care model for chronic kidney disease stage 4 in Nadoon District, Mahasarakham Province. Four phases in the development of the model were: 1) situational analysis, 2) model development, 3) implementation, and 4) model evaluation. The target group selected by purposive sampling was 150 persons, including multidisciplinary team members, patients with chronic kidney disease stage 4, caregivers, village health volunteers, and village leaders. Research instruments included satisfaction questionnaires, knowledge tests, questions for the focus group, and observation record form. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and content analysis.

The results revealed that 1) the *situational analysis phase*: the problems of care service were the lack of care coordination system and problem-solving participation. The patients, caregivers, village health volunteers, and village leaders lacked knowledge about chronic kidney disease, misconception in health, denied treatment by renal replacement therapy. The patients had an average of estimated glomerular filtration rate (eGFR) at 22.5 ml/min / 1.73 sq.m. 2) the *model development phase*: the established model began with the care team building. Consequently, care guidelines were building and enhancing knowledge about the CKD to health care providers, patients with chronic kidney disease stage 4, caregivers, village health volunteers, and village leaders were performed. Those specific groups participated in the workshop meetings along with the essential protocol, including enhancing knowledge, food and exercise training, SKT meditation, and medication-taking. 3) *implementation phase*: there was implied the proposed model into the CKD clinic and also led to the development of service system in primary care hospitals by using enhancing knowledge, food and exercise training, SKT meditation, and medication-taking for those in the risk groups such as patients with CKD stage 1-3, caregivers, village health volunteers, and village leaders. Besides, the multidisciplinary team members with networks took the visiting for giving advice and encouragement to patients and caregivers; there found the patients and caregivers had participation in managing food, medication taking, exercise training, and SKT meditation. 4) evaluation phase : patients have improved renal filtration rates from an average eGFR 22.59 ml/min/1.73 sq.m. to 27.50 ml/min/1.73 sq.m. The satisfaction of multidisciplinary team members was the maximum level ( $\bar{x}=4.90$ , S.D.=0.30),= 4.90, S.D.=0.30), satisfaction of caregivers was maximum level ( $\bar{x}=4.93$ , S.D.=0.24) and the evaluation of chronic kidney disease knowledge of health care providers, caregivers, and village health volunteers/village leaders after the workshop were significantly higher average than before workshop ( $p < 0.001$ )

**Keywords** : Care model, Participation , slowly progressive CKD, Chronic kidney disease stage 4

## บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังระยะแรก มักไม่พบอาการผิดปกติทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบและตรวจพบเมื่อโรคดำเนินการไปนานแล้วจนเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease, ESRD)<sup>1</sup> จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2560 พบว่ามีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายทั้งสิ้น 39,411 ราย แยกเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 20,993 ราย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 13,503 ราย และผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่รับเฉพาะยา EPO จำนวน 4,951 ราย<sup>2</sup> คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังสูงถึง 8 ล้านคน คิดเป็น 17% ของประชากรซึ่งสูงติดอันดับ 3 ในอาเซียน และมีแนวโน้มป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี

โรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากโรคเบาหวานหรือความดันเลือดสูง<sup>3</sup> ซึ่ง 1 ใน 3 เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี ดังนั้นการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ 1) การบำบัดทดแทนไต มี 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต 2) การรักษาแบบองค์รวมชนิดการประคับประคอง โดยแต่ละวิธีมีข้อดี ข้อด้อย และรายละเอียดในการดูแลทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายต่างกัน เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติ ช่วงเวลา ค่าใช้จ่าย สถานที่ทำ และการพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีความเครียดและสภาวะอารมณ์เปลี่ยนแปลงถึงร้อยละ 30<sup>4</sup> และยังพบว่าระดับความสามารถในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ลดลง

การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นระยะที่มีอาการของเสียคั่ง (uremia) ค่าซีรัมครีเอตินินมากกว่า 8 mg.% มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาที ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในหลายระบบ ได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน การรับรสอาหารลดลง เบื่ออาหาร เยื่อช่องปาก และเหงือกอักเสบ ระบบหายใจจะมีอาการน้ำท่วมปอด เยื่อหุ้มปอดอักเสบ หายใจหอบ ระบบหัวใจและหลอดเลือด จะมีอาการความดันโลหิตสูง การทำงานของหัวใจผิดปกติ วิงเวียนปวดศีรษะเรื้อรัง ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยจะบวม ปัสสาวะออกน้อย ระบบผิวหนัง ผู้ป่วยจะมีอาการผิวแห้ง ผิวคล้ำและคัน ระบบเลือดจะมีอาการซีดจากภาวะไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง และเม็ดเลือดแดงแตกทำลายมากขึ้น เกร็ดเลือดลดลง เลือดออกง่าย การทำงานของเม็ดเลือดขาวลดลง ระบบภูมิคุ้มกันลดลงเกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่าย ระบบประสาทจะมีอาการชา ที่แขน ขา ปลายมือ ปลายเท้า เดินเซ ง่วงซึม สับสน ขาดสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี ประสาทหลอน เพื่อ ชัก และหมดสติ<sup>5</sup> การรักษา มีความซับซ้อน มีความยุ่งยากในการปฏิบัติตัวตามวิธีการรักษา ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทุกข์ทรมาน ท้อถอย และยากลำบากในการดำเนินชีวิตที่อยู่กับความเจ็บป่วยไปตลอดชีวิต

โรงพยาบาลนาตุณ อำเภอนาตุณ จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และต้องดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก็เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นหลัก โดยปี 2558-2560 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 จำนวน 158, 196 และ 162 รายตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 มีจำนวน 63, 76

และ 80 ราย ตามลำดับ การให้บริการในรูปแบบเดิม พบว่า กระบวนการทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมในทุกด้าน ขาดความเชื่อมโยงการทำงานและการประสานงานของทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนถึงขาดการพัฒนาทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และการประชาสัมพันธ์ รมรงค์ ให้เกิดความรู้ ยังไม่เข้าถึงประชาชนเท่าที่ควร ทำให้ประชาชนไม่เข้าใจและไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังไม่เชื่อมโยงถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สถานที่จัดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง ใช้ร่วมกับแผนกผู้ป่วยนอก ไม่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่มารับบริการ ผู้ป่วยกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการรักษาดูแล อย่างถูกต้อง ก็จะส่งผลให้เกิดการเสื่อมของไตเร็วขึ้น เป็นระยะที่ 5 หรือ ระยะสุดท้าย (end stage renal disease, ESRD) ที่ต้องรักษาโดยการฟอกเลือดหรือล้างไตทางหน้าท้อง รวมถึงการดูแลแบบประคับประคอง เกิดความเครียดทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว

การช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น คือ การชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุดจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) แกนนำชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง โดยร่วมจัดกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การเยี่ยมบ้านร่วมกัน สร้างความตระหนักทั้งแบบกลุ่มและ รายบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการดูแลในชุมชน โดยชี้แนะสนับสนุนให้การดูแลแบบองค์รวมปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตาม บริบทของผู้ป่วย<sup>6,7,8</sup> เป็นกลวิธี

หนึ่งในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากปัญหาและแนวความคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาการดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อันจะเป็นประโยชน์ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการพัฒนากระบวนการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อำเภอนาดูน
2. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาดูน
3. ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาดูน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขอบเขตพื้นที่ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอนาดูน 9 ตำบล 94 หมู่บ้าน
2. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ครั้งนี้ประกอบด้วย

2.1 ผู้ร่วมวิจัยหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 50 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 50 คน และทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด จำนวน 20 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

2.2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ผู้บริหาร ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ตัวแทนประชาชน จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

**ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย** แบ่งเป็นได้ 4 ระยะดังนี้

**ระยะที่ 1** ระยะศึกษาสภาพปัญหา โดยวิเคราะห์สถานการณ์ โดยดำเนินการคือ

1.1 การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย ประเด็นที่ทบทวน คือ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ อัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR)

1.2 ทบทวนแนวทางปฏิบัติการรักษาของทีมสหวิชาชีพ และระบบการดำเนินงาน

1.3 สนทนากลุ่ม แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยและความต้องการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4

1.4 สนทนากลุ่มกับญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อสม. ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคการดูแลและหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

1.5 สัมภาษณ์เชิงลึกกับทีมนำระดับผู้บริหาร เช่น นายอำเภอ นายเทศาภิบาล นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เป็นต้น เพื่อขอทราบปัญหาในการให้บริการดูแลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในชุมชน และหาแนวทางแก้ไข

1.6 วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพจัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

**ระยะที่ 2** ดำเนินวางแผนการสร้างแนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 มีขั้นตอนดังนี้

2.1 สร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 มีการพัฒนาแนวปฏิบัติงาน วางแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4

2.2 คัดเลือก สภาปัญหาที่ค้นพบให้แก่ทีมซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ประชาชน ตัวแทนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อรับทราบปัญหาโรคไตเรื้อรังที่พบในพื้นที่ เพื่อวางแผนหาแนวทางการแก้ไขปัญหาต่อไป

2.3 ประชุมระดมความคิดเห็น ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ประชาชน จำนวน 50 คน เพื่อสร้างรูปแบบเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอหาดใหญ่ โดยได้กำหนดรูปแบบการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โดยมีรูปแบบ 1ค.(ความรู้โรคไตเรื้อรัง) + 2อ.(อาหาร/ การออกกำลังกาย) + 1ส.(สมาธิบำบัด SKT3 ท่า) + 1ย.(การเข้ายา)

**ระยะที่ 3** ระยะทดลองการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ผู้วิจัยได้ทดลองการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โดยใช้รูปแบบ 1ค+ 2อ + 1ส + 1ย มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย การเก็บข้อมูล การใช้แนวทางในการปฏิบัติ โดยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 20 คน ซึ่งนำไปทดลองใช้แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 50 คน และนำรูปแบบไปขยายให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งในอำเภอหาดใหญ่



**ระยะที่ 4** ระยะประเมินผลการพัฒนา  
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่4  
ประเมินดังนี้

4.1 ผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องข้อได้  
ประเมินผลจากแบบสังเกต เกี่ยวกับการพัฒนา  
ความรู้และทักษะการบริการดูแลผู้ป่วยโรคไต  
เรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 50 คน

4.2 สัมภาษณ์เชิงลึก นายอำเภอ  
นาโดน นายกเทศบาลตำบลนาโดน นายกองค้การ  
ปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เพื่อรับทราบ  
ปัญหาและหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง  
ระยะที่ 4

4.3 ประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วย  
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โดยใช้แบบทดสอบความรู้

4.4 แบบประเมินความพึงพอใจ  
ของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล  
เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด

4.5 แบบประเมินความพึงพอใจ  
ของญาติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่เข้าร่วม  
โครงการ

### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือ  
การวิจัยที่ปรับปรุงมาจากการทบทวนวรรณกรรม  
ที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา รายละเอียด  
ดังนี้

1. แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน  
ของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการ  
เจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา  
ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการรักษา

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของ  
บุคลากรสหวิชาชีพ ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไต  
เรื้อรัง ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับมิติการดูแลด้าน  
สุขภาพ มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เป็นแบบ  
มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน  
5 ระดับ ตั้งแต่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด  
(5 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับมาก  
(4 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

(3 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อย  
(2 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด  
(1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51- 5.00 หมายถึง  
ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51- 4.50 หมายถึง  
ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง  
ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง  
ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง  
ระดับน้อยที่สุด นำไปหาความตรงด้านเนื้อหา  
กับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา  
เท่ากับ 0.90 และมีการหาค่าความเที่ยงของ  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะ  
ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่า  
ความเที่ยง 0.86

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของ  
ญาติผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น  
โดยมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตรา  
ส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5  
ระดับ ตั้งแต่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด  
(5 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับมาก  
(4 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง  
(3คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อย  
(2 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด  
(1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51- 5.00 หมายถึง  
ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง  
ระดับมากค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับ  
ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับ  
น้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับ  
น้อยที่สุด นำไปหาความตรงด้านเนื้อหา  
กับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา  
เท่ากับ 0.83 และมีการหาค่าความเที่ยงของ  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะ  
ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่า  
ความเที่ยง 0.75

4. การสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะ  
คำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหา  
คำตอบ ประเด็นในการตั้งคำถามกำหนดจาก  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย และเน้นให้ผู้สนทนา  
กลุ่มแสดงและความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค



ของการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย สภาพและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ผลกระทบที่เกิด วิธีการหรือแนวทางการแก้ ปัญหาที่เกิดขึ้น

5. แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ผู้นำชุมชน อสม. ประชาชน เป็นข้อคำถามที่มีตัวเลือกแบบกาถูก-ผิด ตัวเลือกมีเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายสมาธิบำบัด การใช้ยาและผลิตภัณฑ์อาหารเสริม จำนวน 15 ข้อ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา KR 20 = 0.76

6. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 15 ข้อ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา KR 20 = 0.75

7. แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลใน คลินิกแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยสังเกตและร่วมปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 ตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย วิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพยาบาล การให้การพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล เครื่องมือเป็นแบบ scale ปฏิบัติ (1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) จนถึงขั้นตอนสุดท้ายของการให้การพยาบาล ได้ตรวจสอบความตรง โดยการพิจารณาความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญแล้วปรับปรุงแก้ไข

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยหา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา มีการตรวจสอบข้อมูลความถูกต้อง โดยตรวจแบบสอบถามแล้ว ซึ่งใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และ

เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลนาคนู วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2560 เลขที่จริยธรรมวิจัย ND 02/2017 คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้ความสำคัญก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลาที่รู้สึกว่าจะไม่สะดวก

### ผลการวิจัย

**ระยะที่ 1. สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4** จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2558-2560 จำนวน 1,535 ราย 1,635 ราย และ 1,705 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2558-2560 จำนวน 1,084 ราย 1,271 ราย และ 1,391 รายตามลำดับ จากการทบทวนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า eGFR เดือน มกราคม 2560 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอ นาคนู มีค่า eGFR 15-19 มล./นาที/1.73 ตร.ม. เท่ากับ 30 คน eGFR 20-24 มล./นาที/1.73 ตร.ม. เท่ากับ 53 คน eGFR 25-29 มล./ นาที/ 1.73 ตร.ม. เท่ากับ 79 คน รวมมีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอ นาคนู จำนวน 162 คน ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็น ระยะที่ 5 เพิ่มขึ้น

การสนทนากลุ่ม พบปัญหาอุปสรรค ดังนี้ 1) ด้านพื้นฐานการจัดการขาดบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรง การทำงานเป็นทีมยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีโครงสร้างองค์กรและบทบาทที่ชัดเจนในการทำงาน ไม่มีการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ สถานที่จัดให้บริการ ไม่เป็นสัดส่วน แออัด ซึ่งเป็นการให้บริการร่วมกับผู้ป่วย

โรคทั่วไป จึงเสี่ยงต่อการติดต่อโรคได้ง่าย

2) ด้านกระบวนการดำเนินงาน ไม่มีการบริหารจัดการ กำกับปัญหาอย่างจริงจัง ไม่มีแนวทางการปฏิบัติงาน ไม่มีทีมสหวิชาชีพ ไม่มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน

3) ด้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และผู้ดูแลพบว่า ขาดผู้ดูแลต่อเนื่อง ขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับโรคที่เป็น รวมถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม อีกทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จะเป็นกลุ่มคนที่มีอายุมาก

4) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ชุมชนขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไตเรื้อรัง

**ระยะที่ 2. กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4** เป็นการนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ดังต่อไปนี้

2.1 จัดตั้งทีมสหวิชาชีพ ร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ให้ได้ตามมาตรฐาน สร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด

2.2 ทำแผนปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของเขตสุขภาพที่ 7 เป้าหมายเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และระวังรักษาภาวะแทรกซ้อนโดยมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยบูรณาการร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง

2.3 ทำแผนการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และผู้ดูแล

2.4 ทำแผนจัดระบบบริการในโรงพยาบาล โดยกำหนดสถานที่จัดทำคลินิกโรคไตเรื้อรัง การนัดหมายผู้ป่วย มีการจัดเตรียมแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ล่วงหน้า 1 วัน มีการซัก

ประวัติการเจ็บป่วย ตรวจคัดกรองประเมินอาการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ จัดตารางการให้สุขศึกษา การฝึกปรุงอาหารเพื่อเรียนรู้ร่วมกัน มีการจัดเก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Hos-Xp มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับ อสม. ผู้นำชุมชน จัดระบบเพื่อให้มีการสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการทำกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และผู้ดูแล

2.5 เสริมสร้างพลังในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ/หรือผู้ดูแล รวมทั้งจัดการอารมณ์ โดยได้จัดรูปแบบการบริการแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ในรูปแบบ 1ค+2อ+1ส+1ย ดังนี้ 1ค: ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง 2อ: คือ ความรู้เรื่องอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและการออกกำลังกายที่เหมาะสม 1ส: สมาธิ SKT 3 ท่า 1ย: คือ การใช้ยาที่ถูกต้อง ยาที่ควรหลีกเลี่ยง

2.6 การดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยความร่วมมือของ อสม. กลุ่มผู้นำชุมชน ร่วมจัดตั้งชุมชนรักษไตต้นแบบ มีการกำหนดมาตรการ การดูแลชุมชนตนเอง โดยจัดตั้งคณะกรรมการหมู่บ้าน รณรงค์ห้ามการจำหน่ายยาชุด ลดการกินน้ำหวาน น้ำอัดลม ให้ความรู้เรื่องอาหารรสเค็ม การปรุงอาหารรับประทานเอง มีการทำเศรษฐกิจพอเพียงในครอบครัว เช่น การปลูกผัก การเลี้ยงไก่ เลี้ยงปลา

2.7 มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ซึ่ง เดิมไม่มีรูปแบบที่แน่นอน ทำงานโดย อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เท่านั้น ต่อมา มีการจัดตั้งชมรมคนรักษไตทุกตำบล โดยความร่วมมือของผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนในพื้นที่

2.8 มีจิตอาสาหรือเรียก Care giver ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน

**ระยะที่ 3 ได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 สู่การปฏิบัติ ดังนี้**

## 1. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ในโรงพยาบาล

1.1 มีการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD clinic) ในโรงพยาบาลนาคนูน จัดสถานที่ให้บริการออกจากแผนกผู้ป่วยนอก กำหนดให้บริการทุกวันพฤหัสบดี คือ 1 วัน/สัปดาห์ ให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และกำหนดผู้รับผิดชอบงานชัดเจน มีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร

1.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากร ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ดูแล โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ ในรูปแบบ 1ค+2อ+1ส+1ย

1.3 พัฒนาการประสานงานและการส่งต่อ เพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงาน โดยใช้รูปแบบเอกสารส่งต่อ เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ เช่น LINE กลุ่มข้อความอิเล็กทรอนิกส์ โทรศัพท์เคลื่อนที่

1.4 พัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาโรคไตเรื้อรัง โดยมีแพทย์และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานให้คำปรึกษาประจำกลุ่มงานโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคนูน

1.5 จัดบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบกิจกรรม 1ค+2อ+1ส+1ย

1.6 มีขั้นตอนการให้บริการในคลินิกโรคไตเรื้อรัง มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ประสานงาน ในการบริหารจัดการ ดูแลในภาพรวม โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพจิตและสังคม

1.7 กำหนดขั้นตอนการทำกิจกรรมกลุ่ม ให้ความรู้ พบทีมสหวิชาชีพ โดยแบ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ออกเป็น 3 กลุ่ม ใช้รูปแบบกิจกรรม 1ค+2อ+1ส+1ย ในการทำกิจกรรมกลุ่ม ได้มีการติดตามประเมินผลการตรวจ eGFR. ทุก 3 เดือน

1.8 มีทีมติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ทุก 3 เดือน เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ และติดตามอาการ ทบทวนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

## 2. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ในชุมชน

2.1 โรงพยาบาลนาคนูนและรพ.สต. ทั้ง 12 แห่ง ได้จัดบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยนำรูปแบบการจัดกิจกรรม 1ค+2อ+1ส+1ย มาใช้ และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางไต มีการตรวจ eGFR 2 ครั้ง/ปี ได้นำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาคนูน

2.3 ประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างทีมสหวิชาชีพ เชื่อมโยงไปถึง รพ.สต. และมีการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.4 จัดตั้งชุมชนรักษ์ไตต้นแบบ ในปี 2560 จำนวน 1 แห่ง ที่บ้านหนองหิน ม.10 ต.หัวดง อ.นาคนูน จ.มหาสารคาม มีการดำเนินงาน โดย 1) มาตรการเฝ้าระวัง ติดตาม และการคัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับชุมชน 2) การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน 3) จัดมาตรการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดเสี่ยงและการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน

## ระยะที่ 4 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบ

1. ผลการประเมินทดสอบความรู้ของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า หลังการฝึกอบรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม โดยคะแนนเฉลี่ยของความรู้บุคลากรสาธารณสุขก่อนและหลังการฝึกอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ผลการทดสอบความรู้บุคลากรสาธารณสุข (n=20)

การทดสอบ	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	t	p-value
ก่อนเรียน	11.92	1.19	2.44	12.15	<0.001
หลังเรียน	14.36	0.76			

2. ผลการประเมินทดสอบความรู้ของผู้ดูแล พบว่า หลังการฝึกอบรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้

ก่อนและหลังการฝึกอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ผลการทดสอบความรู้ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 (n=50)

การทดสอบ	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	t	p-value
ก่อนเรียน	10.16	2.00	2.33	10.07	<0.001
หลังเรียน	12.5	1.94			

3. ผลการประเมินทดสอบความรู้ของ อสม./ผู้นำชุมชน พบว่า หลังการฝึกอบรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม

โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ อสม./ผู้นำชุมชน ก่อนและหลังการฝึกอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ผลการทดสอบความรู้ อสม./ผู้นำชุมชน (n=30)

การทดสอบ	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	t	p-value
ก่อนเรียน	10.90	1.90	2.37	12.16	<0.001
หลังเรียน	13.43	1.07			

4. ผลการตรวจ อัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 50 คน เก็บข้อมูล 3 ครั้ง พบว่า แต่ละกลุ่มมีค่าเฉลี่ย ครั้งที่ 1-3 มีดังนี้ 24.74 มล./นาที/

1.73 ตร.ม., 26.05 มล./นาที/1.73 ตร.ม. และ 27.50 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ตามลำดับ มีแนวโน้มดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า eGFR จำนวน 3 ครั้ง

กลุ่ม eGFR (มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	จำนวนคน	ม.ค.	ครั้งที่ 1 มี.ค.	ครั้งที่ 2 มิ.ย.	ครั้งที่ 3 ก.ย.
15-19	5	18.98	19.54	19.90	21.53
20-24	17	22.53	26.66	27.75	28.83
25-29	28	26.25	28.02	30.49	32.15
	<b>50</b>	<b>22.59</b>	<b>24.74</b>	<b>26.05</b>	<b>27.50</b>

5. ความพึงพอใจของสหวิชาชีพ ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 20 คน พบว่า พึงพอใจ การวางแผน กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของ การทำงาน และในการให้บริการตามรูปแบบ

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ระดับความ พึงพอใจระดับมากที่สุด ( $\bar{x}$  = 4.90, S.D. = 0.30) และความพึงพอใจโดยรวมระดับมากที่สุด ( $\bar{x}$  = 4.87, S.D. = 0.34) ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** แสดงผลความพึงพอใจของสหวิชาชีพ ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
การวางแผน กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการทำงาน	4.90	0.30	มากที่สุด
ทำงานร่วมกัน	4.87	0.43	มากที่สุด
สามารถติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	4.87	0.43	มากที่สุด
ความคล่องตัวในการทำงาน	4.83	0.37	มากที่สุด
ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	4.83	0.37	มากที่สุด
การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	4.87	0.43	มากที่สุด
โอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาการทำงานร่วมกัน	4.83	0.37	มากที่สุด
ประเมินผลและร่วมกันทบทวนการทำงานเมื่อเสร็จสิ้นทุกครั้ง	4.87	0.43	มากที่สุด
การให้บริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4	4.90	0.30	มากที่สุด
<b>ความพึงพอใจโดยรวม</b>	<b>4.87</b>	<b>0.34</b>	<b>มากที่สุด</b>

6. ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 พบว่า แพทย์และ พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและแผนการ รักษา และพยาบาลมีความสนใจในการดูแล ผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาเป็นอย่างดี ระดับ

ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x}$  = 4.93, S.D. = 0.24 ) และความพึงพอใจโดยรวมระดับ มากที่สุด ( $\bar{x}$  = 4.82, S.D. = 0.41) ดังแสดงใน ตารางที่ 6

### ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเต็มใจ ยินดี กระตือรือร้น	4.83	0.37	มากที่สุด
เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว	4.76	0.55	มากที่สุด
เจ้าหน้าที่แจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการให้บริการ ชัดเจน	4.76	0.55	มากที่สุด
สามารถสอบถามหรือขอคำแนะนำต่อบริการต่างๆ ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว	4.83	0.37	มากที่สุด
ความสะดวกในการประสานงาน-การส่งต่อรักษา	4.63	0.65	มากที่สุด
การจัดลำดับขั้นตอนการบริการตามสภาพการเจ็บป่วย	4.83	0.37	มากที่สุด
การดูแลเอาใจใส่และการมีจิตสำนึกในการให้บริการ	4.83	0.37	มากที่สุด
แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา	4.93	0.24	มากที่สุด
แพทย์มีความสนใจในการตรวจรักษาผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาเป็นอย่างดี	4.83	0.37	มากที่สุด
พยาบาลมีความสนใจในการดูแลผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาเป็นอย่างดี	4.93	0.24	มากที่สุด
<b>ความพึงพอใจโดยรวม</b>	<b>4.82</b>	<b>0.41</b>	<b>มากที่สุด</b>

7. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย สังเกตการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไตเรื้อรังและในชุมชน จากการดำเนินงานตามรูปแบบดังกล่าวพบว่า ผลการตรวจค่า eGFR ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 50 คน มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ด้านผู้ดูแลพบว่ามีความรู้ และตระหนักในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ด้านบริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง ได้รูปแบบการทำการกิจกรรมกลุ่มโดยทีมสหวิชาชีพ คือ 1ค+2อ+1ส+1ย ในชุมชนเกิดชุมชนรักษ์ใต้ต้นแบบให้กับชุมชนอื่น ปัญหาและอุปสรรคที่พบ คือ ความต่อเนื่องในการจัดรูปแบบการบริการ ตลอดจนถึงการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง

8. ผลจากการสนทนากลุ่ม พบว่ามีความคิดเห็นสอดคล้องกัน เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 มีความรู้เพิ่มมากขึ้น เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งมีแนวทางในการทำงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน สามารถลด

ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยให้ง่ายต่อการปฏิบัติงานทำให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยแพทย์ผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคไตเรื้อรัง ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาดูน ไว้ว่า

“ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนในการดูแลรักษามากกว่าโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้อง จึงต้องมีความรู้ ความชำนาญและใส่ใจผู้ป่วยให้รอบด้าน เพราะภาวะแทรกซ้อนของโรคมียาก การพูดคุยต้องให้เวลากับผู้ป่วยมากขึ้นกว่าปกติ ”

พยาบาลวิชาชีพ “ การกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เราต้องดูแล ผู้ป่วยไปพร้อมๆ กัน เพราะทุกส่วนทุกงานมีความสำคัญ เราต้องยึดตามมาตรฐานการให้บริการ แล้วนำมาปรับใช้ในคลินิกโรคไตเรื้อรังของเรา รวมถึงใน รพ.สต. ด้วย ”

9. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โดยนำข้อมูลจาก



การดำเนินการรูปแบบเดิม และรูปแบบใหม่มาเปรียบเทียบกัน พบว่า รูปการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 แบบใหม่ มีคำสั่ง นโยบาย

ขั้นตอนการดำเนินงาน กระบวนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีเครือข่าย ที่ชัดเจนกว่ารูปแบบเดิม ดังแสดงในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** ตารางการเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 รูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่

รูปแบบ	เดิม(ก่อน)	ใหม่(หลัง)
คำสั่ง นโยบาย	- ไม่มีเป็นลายลักษณ์อักษร - มี ร่วมกับงานโรคเรื้อรัง	- มีการแต่งตั้งคณะทำงานชัดเจน เป็นรูปธรรม - กำหนดนโยบาย ชัดเจนตามแนวทางจังหวัด และเขตสุขภาพที่ 7
กระบวนการ ดูแลผู้ป่วย	- ให้บริการร่วมกับผู้ป่วยนอก - ตรวจรักษาโดยแพทย์แผนกผู้ป่วย นอก ไม่มีแพทย์ พยาบาลประจำคลินิก - มีสหวิชาชีพ บางสาขาที่ร่วมให้บริการ - ไม่มีการทำงานเป็นทีม - ไม่มีแนวทางการทำงาน ที่ชัดเจน	- จัดตั้ง คลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic ) - กำหนดผู้รับผิดชอบงาน ชัดเจน - มีทีมสหวิชาชีพ ครบทุกงานที่เกี่ยวข้อง - มีการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย - มีแนวทางการปฏิบัติในหน่วยงาน มีรูปแบบการทำงานคือ 1ค+2อ+1ส+1ย
การเยี่ยมบ้าน ระบบข้อมูล	- ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยมาตามนัด/ ขาดนัด - ไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย - การจัดเก็บข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน	- จัดเก็บข้อมูลขาดนัด เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน - มีการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ อสม. - มีการจัดเก็บข้อมูล โดยใช้โปรแกรม Hos.Xp - ข้อมูลเป็นปัจจุบัน สืบค้นสะดวก รวดเร็ว
การส่งต่อ เครือข่ายและ ชุมชน	- ตามแนวทางรักษาของแพทย์ - ไม่มี	- มีแนวทางปฏิบัติส่งต่อทุกระดับ - มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย มีชุมชนรักษ์ ต้นแบบ และมีจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน

### อภิปรายผล

ผลการศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ได้รู้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ อสม. และแกนนำชุมชน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนประชาชน เป็นต้น มีกิจกรรมหลักที่สำคัญ คือ รูปแบบกิจกรรม 1ค+2อ+1ส+1ย ทั้งนี้เนื่องจาก การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการให้บุคคล

เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม อีกทั้งการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ เกี่ยวกับคุณภาพการบริการ ซึ่งผู้ดูแล มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจ รวมทั้งกระตุ้นเตือนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อสม. มีบทบาทสำคัญในการ ให้ความรู้ในชุมชน และเป็นผู้นำด้านสุขภาพภาค ประชาชน สนับสนุนด้าน ข้อมูลข่าวสาร และการประสานงาน บุคลากรสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการจัดระบบบริการให้ได้ตามมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสม ให้ความรู้



ความเข้าใจที่ถูกต้อง ใฝ่ระวัง ติดตาม ปัญหาสุขภาพในชุมชน และชุมชนมี บทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงของโรค รวมถึง ร่วมมือในการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี ลดเสียง และเอื้อต่อสุขภาพดี ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพร่วมกัน ก่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ช่วยให้เกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพของตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีรัตน์ สิงห์คำ<sup>9</sup> ในการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายของผู้ดูแลโรคไตเรื้อรัง ที่มีรูปแบบความร่วมมือของภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีการพัฒนาศักยภาพชมรมโรคไตเรื้อรังครอบคลุม รพ.สต. ทุกแห่ง พัฒนาศักยภาพเยาวชนจิตอาสาในโรงเรียนต้นแบบ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ มีการนำเสนอสถานการณ์ข้อมูลโรคไตเรื้อรังในพื้นที่คืนสู่ชุมชน มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้ โมเดล 4 C คือ Class, Camp, Club, CoPs และกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ 4 ฐาน คือ ฐานที่ 1 ฐานความรู้ ฐานที่ 2 ฐานยา ฐานที่ 3 ฐานอาหาร ฐานที่ 4 ฐานการออกกำลังกายและสุขภาพจิต และพบว่า สามารถชะลอไตเสื่อมและลดระยะความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง (ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมปฏิบัติ) และการศึกษาของ แพรวทิพย์ สุธีรประเสริฐ และวราทิพย์ แก่นการ<sup>10</sup> ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง ในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการชะลอไตเสื่อม ได้แก่ ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนผลลัพธ์เกี่ยวกับดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาพร สิทธิศาสตร์และคณะ<sup>11</sup>

ที่พบว่า อสม.เป็นแกนนำหลักทางสุขภาพของชุมชน เป็นผู้ทำงานกับชุมชน

นอกจากนี้ รูปแบบกิจกรรม 1ค+2อ+1ส+1ย เป็นกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยพื้นที่ อ.นาคูน เพราะเป็นรูปแบบที่ผ่านการทำเวทีประชาคมในระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล ระดับอำเภอ มีการระดมแนวคิดจากหลายภาคส่วน จึงเกิดรูปแบบนี้ขึ้นมา พบว่าผลดีด้านบุคลากรสุขภาพ ซึ่งได้นำรูปแบบ 1ค+2อ+1ส+1ย ไปดำเนินกิจกรรมการให้บริการ ทุก รพ.สต. และมีการปรับใช้ ตามสภาพปัญหาและบริบทในพื้นที่นั้น ก่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้เพิ่มขึ้น นำมาสู่ความตระหนักในการเจ็บป่วย ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น ส่งผลทำให้ชะลอไตเสื่อมได้ จะเห็นได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งเสริมความสำคัญในการพัฒนารูปแบบและนำรูปแบบไปใช้ ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ มีทีมงานที่เข้มแข็ง มุ่งมั่นตั้งใจ และดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี ชุมชนมีเครือข่ายในการสนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์

#### ข้อเสนอแนะ

1. ก่อนนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ไปใช้ ควรมีการอบรมบุคลากรให้มีความรู้เฉพาะเกี่ยวกับเรื่องการประเมินอาการและการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจของพยาบาลให้สามารถใช้แนวปฏิบัติ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โดยใช้รูปแบบ 1ค+2อ+1ส+1ย ที่พัฒนาขึ้นควรได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทในการให้บริการและพัฒนา

ให้สอดคล้องกับความรู้และ วิทยาการที่เกิดขึ้นใหม่

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยและทีมงาน ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาคนูน ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ นอกจากนี้ผลสำเร็จของการดำเนินงาน เกิดจากความร่วมมือเป็นอย่างดีของทีมสหวิชาชีพ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน รวมถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และผู้ดูแลทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมจนทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตลอดการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่าน มา ณ ที่นี้

### เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์ 2558; 5(5), 17.
2. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สตรีไทย ไต Strong. 2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึง เมื่อ 18 มีนาคม 2561, แหล่งข้อมูล <https://pr.moph.go.th/url=pr/detail/2/07/108117/>
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ. คนไทยป่วยโรคไตติดอันดับ 3 ของอาเซียน. 2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2561, แหล่งข้อมูล <http://www.thaihealth.or.th/Content/30963.html>.
4. จุฑามาศ วาริแสงทิพย์. การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ. บริษัทเอมีเอ็นเตอร์ไพรส์. กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2553.
5. ศัทธสิยา อุกติ และ ญัฐนิช จันทจิระโกวิท. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อหุ้มช่องท้องต่อเนื่อง. สงขลานครินทร์เวชสาร 2550; 25(3), 171-177.

6. สุนีรัตน์ สิงห์คำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559; 13(3), 92-99.
7. Domrongkitchaiporn S, Sritara P, Kitiyakara C. Risk factors for development of decreased kidney function in a Southeast Asian population: a 12-year cohort study. J Am Soc Nephrol. 2005; 16(3):791-9.
8. Guntachuvessiri S, Pothishat S, ngowsiri J. Guideline screening and treatment of diabetes and hypertension in kidney disease patients (1st Edition). Bangkok. Thailand Healthy Strategic Management Office. The Agricultural co-operative Rederation of Thailand, LTD. 2012.
9. สุนีรัตน์ สิงห์คำ. การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายของผู้ดูแลโรคไตเรื้อรัง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562; 16(3), 149-158.
10. แพรวทิพย์ สุธีร์ประเสริฐ, วราทิพย์ แก่นการ. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(4), 43-51.
11. วิภาพร สิทธิศาสตร์, ภูติท เตชาติวัฒน์, นิทรากิจจิระวุฒิมวงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558; 9(1), 25-31.

ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาลต่อความรู้และการบรรลุเป้าหมายในการดูแล  
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

The effects of the nursing discharge plan program on knowledge and goal attainment in caring for stroke patients in Phachi hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya.

ปภาณิน ศรีแสง\*  
Paphanin Srisang\*

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาลต่อความรู้และการบรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลภาชี ระหว่าง 1 กรกฎาคม - 31 ตุลาคม พ.ศ. 2562 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาล เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังจำหน่าย ประกอบด้วย (1) การประเมินความรู้และความคาดหวังภายหลังการรักษา (2) ให้ความรู้ตามหลัก METHOD ที่เฉพาะเจาะจงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย (3) ตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและ/หรือญาติกับพยาบาลที่ให้การดูแล (4) ติดตามการบรรลุเป้าหมายหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาลและแบบสัมภาษณ์ ความคาดหวัง เป้าหมาย และความต้องการในการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 5.711, p = .0001$ ) หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย (ร้อยละ 90) บรรลุเป้าหมายตามความคาดหวัง โดยกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย (ร้อยละ 50) บรรลุเป้าหมายด้านการดูแลตนเองที่บ้านเกี่ยวกับการกินยาต่อเนื่อง คุมอาหารและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่าง 12 ราย (ร้อยละ 40) บรรลุเป้าหมายตามความคาดหวังด้านการตรวจรักษาต่อเนื่อง เกี่ยวกับการมาตรวจตามนัดและทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย (ร้อยละ 10) ไม่บรรลุเป้าหมายในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำสำคัญ: โปรแกรมวางแผนจำหน่าย, โรคหลอดเลือดสมอง, การบรรลุเป้าหมาย

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภาชี อำเภอกาชาด จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

### Abstract

This quasi-experimental study using one group pretest-posttest design was conducted to study the effects of the nursing discharge plan program on knowledge and goal attainment in caring for stroke patients. A sample of 30 patients were diagnosed with stroke and admitted in Phachi hospital from 1st July 2019 to 31st December 2019. These samples participated in the 2-weeks program consisted of (1) background knowledge assessment and outcome expectations after treatment, (2) providing specific education along with METHOD protocol, (3) goal setting among the patients, caregivers and nurses, and (4) monitoring on goal attainment after two weeks of discharge. The instruments for data collection included the knowledge test and instructional interview. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The results revealed that 1) the mean scores of knowledge of the patients after receiving the nursing discharge plan program was significantly higher than before receiving the program at the significance level of .05 ( $t= 5.711$ ,  $p= .0001$ ) 2) after two weeks of discharge, 90% of the sample achieved their goal attainment. Considering the aspects of outcomes, 15 cases (50%) met on the self-care aspects for taking medication, diet control, and daily activity. Meanwhile, 12 cases (40%) met on receiving continuous treatment in terms of follow-up and rehabilitation regularly. There were only 3 cases (10%) that could not meet their goal attainment on the aspect of daily activity.

**Keywords:** nursing discharge plan program, stroke, goal attainment

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันพบในผู้ใหญ่วัยทำงานเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานองค์การอนามัยโลก พบว่าในแต่ละปี มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองราว 15 ล้านคนทั่วโลก โดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาที จะมีคนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2563 คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า<sup>1</sup> และรายงานจากองค์การอนามัยโลก<sup>2</sup> พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน<sup>3</sup> ประเทศไทยมีรายงานปี พ.ศ. 2558-2560 พบจำนวนและอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ 429.86, 451.39 และ 467.46 ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ 43.3, 48.7 และ 47.8 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็ง<sup>2</sup> จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) พบได้ร้อยละ 20 เกิดจากความดันโลหิตสูงหรือเส้นเลือดโป่งพองในสมอง และโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) พบได้ร้อยละ 80 เกิดจากไขมันเกาะบริเวณหลอดเลือดหรือลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมอง อาการของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด มักมีอาการทันทีทันใด ได้แก่ อาการหน้าเบี้ยวครึ่งซีก อาการอ่อนแรงแขนหรือขาครึ่งซีก อาการพูดไม่ชัด ไม่เข้าใจภาษา นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆ เช่น เวียนศีรษะ เดินเซ ทันทีทันใด

ตามองเห็นไม่ชัดทันทีทันใด ปวดศีรษะรุนแรง ไม่เคยเป็นมาก่อน หมดสติไม่รู้สึกรู้ตัว เป็นต้น การรักษาพยาบาลในระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) ที่สำคัญสำหรับโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก คือ การบำบัดรักษาทางศัลยกรรมโดยการผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดออก เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ และ/หรือ ผ่าตัด Arteriovenous malformation (AVM), aneurysm สำหรับการผ่าตัดก้อนเลือดที่อยู่ลึก อาจทำให้เกิดอันตรายหรือภาวะสมองบวมเพิ่มมากขึ้น ผลการรักษาจึงไม่ดี ดังนั้นการพิจารณาผ่าตัดจำเป็นต้องมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน ส่วนชนิดตีบหรืออุดตัน คือ การละลายลิ่มเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (recombinant tissue plasminogen activator: rt-PA) ภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง เพื่อให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วที่สุด<sup>1</sup> อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาล่าช้า ส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษาลดลง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิต หากรอดชีวิตผู้ป่วยจะมีความบกพร่องของระบบประสาท (neurologic deficits) ร้อยละ 20-30<sup>2</sup> ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้านซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลหรืออาจต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการจ้างผู้ดูแล<sup>4</sup> เป็นต้น

จากข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ โรงพยาบาลภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบสถิติผู้ป่วยที่เข้ามารักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2557 - 2561 จำนวน 99, 96, 117, 89 และ 107 รายตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นจากการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการเตรียมตัวที่เป็นรูปแบบเดียวกันก่อนจำหน่าย ทำให้ต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน สถิติวัน

นอนเฉลี่ยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2557 - 2561 เท่ากับ 4.06, 5.90, 4.71, 7.89 และ 6.24 ตามลำดับ โรงพยาบาลภาชีได้มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐานที่กำหนด และนำแนวทางการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ M-E-T-H-O-D ตามแนวคิดของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข<sup>5</sup> ซึ่งเป็นแบบแผนที่สามารถทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพและครอบคลุม มีการระบุกิจกรรมการพยาบาลที่มีความชัดเจนโดยมีการใช้ยาในผู้ป่วย (medication) การจัดสิ่งแวดล้อมและการจัดการปัญหา ด้าน เศรษฐกิจ (Environment & Economic) การรักษา (Treatment) การดูแลสุขภาพ (Health) เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการมาตรวจตามนัด (Outpatient Referral) และอาหารและป้องกันขาดสารอาหารในผู้ป่วย (Diet)

อย่างไรก็ตามหากรูปแบบการให้ความรู้และการประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามแนวทาง M-E-T-H-O-D ยังไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน ย่อมส่งผลให้ยังพบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องกลับเข้ามาพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลด้วยภาวะติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ และเป็นแผลกดทับ<sup>6,7</sup> รวมทั้งยังพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับมานอนพักรักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน<sup>9,10</sup> จากการสอบถามข้อมูลและการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า แนวทางการให้ข้อมูลก่อนจำหน่ายที่มีอยู่ยังไม่สอดคล้องกับปัญหาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการ การให้ข้อมูลยังขาดการประเมินปัญหาและการสอบถามเป้าหมายด้านความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่ายที่มีความเฉพาะเจาะจง

สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย<sup>11</sup> ประกอบกับการให้ความรู้และคำแนะนำภายใต้เวลาที่จำกัด ซึ่งทีมดูแลผู้ป่วยให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับโรคที่มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณทำให้ประสิทธิภาพการรับรู้และการนำไปปฏิบัติตนหลังจำหน่ายมีข้อจำกัด<sup>12</sup>

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นจำเป็นต้องมีการพัฒนาการให้ความรู้ และการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่าย จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้ความรู้และสนับสนุนการดูแลตนเองก่อนการจำหน่ายในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านลดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำได้<sup>6,7</sup> และพบว่า แนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) โอเร็ม<sup>8</sup> เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ การกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่ได้รับการดูแลถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลนั้น จำเป็นต้องได้รับการพยาบาลในระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) ซึ่งโอเร็ม<sup>8</sup> กล่าวว่า ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง โดยการชี้แนะ (guiding) การสนับสนุน (supporting) การสอน (teaching) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment)<sup>8</sup>

จากแนวคิดระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) ดังกล่าว



ข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำมาเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการพัฒนาโปรแกรมวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาล ภายใต้แนวคิดระบบสนับสนุน และให้ความรู้ของโอเร็ม<sup>5</sup> และแนวทางการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ M-E-T-H-O-D ตามแนวคิดของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข<sup>5</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ขั้นที่ 1 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ขั้นที่ 2 การสนับสนุนโดยให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงตามส่วนที่ขาด ขั้นที่ 3 การทบทวนกิจกรรมการดูแลตนเอง สอบถามความคาดหวังในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย และขั้นที่ 4 การติดตามหลังจำหน่าย เน้นสนับสนุน เสริมสร้างพลังใจ การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตหลังป่วย ที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายที่เหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาลต่อความรู้และการบรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงเพิ่มขึ้นและบรรลุเป้าหมายในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

### วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาล
2. ศึกษาการบรรลุเป้าหมายในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาล

### วิธีดำเนินการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง มีอายุ 15 ปีขึ้นไป แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบตัน หรือแตก ที่พักรักษาตัวหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่าง 1 กรกฎาคม – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2562 มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 30 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัวเดิม การวินิจฉัยโรค บทบาทในครอบครัว จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล จำนวน 7 ข้อ

2. แบบสอบถามความรู้ตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาล จำนวน 20 ข้อ ตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ตามแนวคิดของกองการพยาบาล ให้เลือกตอบใช่ หรือ ไม่ใช่ หรือ ไม่แน่ใจ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 -20 คะแนน

3. แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังเป้าหมาย และความต้องการในการดูแลตนเอง ตั้งแต่ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยความคาดหวังและเป้าหมาย ยึดตาม รูปแบบ M-E-T-H-O-D ตามแนวคิดของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแบบแผนที่สามารถทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพและครอบคลุม มีการระบุเป้าหมายที่มีความชัดเจน โดยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเลือกเป้าหมายระยะสั้น 1 เป้าหมาย ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง (Medication) การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้



เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและการจัดการปัญหา ด้านเศรษฐกิจ (Environment & Economic) การมาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง (Treatment) การดูแลสุขภาพ (Health) เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการมาตรวจตามนัด (Outpatient Referral) การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และป้องกันการขาดสารอาหารในผู้ป่วย (Diet)

4. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ด้านการดูแลตนเองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเป้าหมายในการดูแลตนเองที่บ้าน หลังจำหน่าย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลทั่วไป ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ด้านการดูแลตนเองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สัมภาษณ์เป้าหมายในการดูแลตนเองที่ต้องการตามรูปแบบ METHOD จากนั้นสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและการวางแผนการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักในการตั้งเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยในระยะแรก โดยให้ตั้งเป้าหมายอย่างน้อย 1 เป้าหมายในการดูแลตนเองตามรูปแบบ METHOD

กิจกรรมที่ 2 ภายใน 48 ชั่วโมง หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล: ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง และค้นหาเป้าหมายในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ 1) ผู้วิจัยสร้าง

สัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างโดยการกล่าวทักทายและแนะนำตนเอง และแจ้งวัตถุประสงค์ในการวางแผนจำหน่ายร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ จากนั้นให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองครอบคลุมทุกด้านตามรูปแบบ METHOD แต่เน้นย้ำและระดมสมองร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการวางแผนดูแลตนเองตามที่ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายไว้ 3) พยาบาลให้ความรู้ที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจงกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก 4) สมมุติสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านและสอบถามแนวทางการแก้ไขปัญหาและขอความช่วยเหลือขณะอยู่ที่บ้าน 5) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ เบอร์โทรศัพท์ ไลน์ไอดี สถานที่ติดต่อได้สะดวก บุคคลที่สามารถติดต่อได้หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 3 ภายใน 72 ชั่วโมง หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ประเมินเป้าหมายและความคาดหวังในผลลัพธ์ 1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยและญาติโรคหลอดเลือดสมองคาดหวังผลของการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ METHOD 2) ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ด้านการดูแลตนเองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3) ให้เบอร์โทรศัพท์ ไลน์ไอดี ที่ใช้ติดต่อเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน 4) ให้เอกสารเกี่ยวกับวันนัดติดตามอาการหลังจำหน่าย

กิจกรรมที่ 4 โทรศัพท์ติดตามอาการและหรือไลน์เตือนให้มาตรวจตามนัด 2 วันก่อนนัด

กิจกรรมที่ 5 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลภาชี 1) ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ด้านการดูแลตนเอง

หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2) ประเมินการบรรลุเป้าหมายในการดูแลตนเองที่บ้าน

### การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 23/2562 อนุมัติเมื่อ 27 มิถุนายน 2562

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 63.30) เพศชาย 11 ราย (ร้อยละ 36.70) อายุระหว่าง 51–82 ปี (mean = 66.83, SD = 9.491) ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน 28 ราย (ร้อยละ 93.3) ได้รับการวินิจฉัยหลอดเลือดสมองแตก 2 ราย (ร้อยละ 6.7) มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 63.3) เป็นผู้นำครอบครัว 11 ราย (ร้อยละ 36.7) มีผู้ดูแลที่เป็นญาติ 28 ราย (ร้อยละ 93.3) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้าง 1 ราย (ร้อยละ 3.3) มีผู้ดูแลที่เป็นเพื่อนบ้าน 1 ราย (ร้อยละ 3.3)

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนความรู้ตามแนวทางวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาล ระหว่างก่อน-หลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาล (n = 30)

	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p-Value
	mean	SD	mean	SD		
คะแนนความรู้ตามแนวทางวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาล	13.10	2.280	15.93	1.911	5.711	0.0001*

\*p < .05

จากตาราง พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เท่ากับ 13.10 (SD = 2.280) หลังได้รับโปรแกรมพบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เท่ากับ 15.93 (SD = 1.911)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ตามแนวทางวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาล ระหว่างก่อน-หลังได้รับโปรแกรม พบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p= 0.0001)

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละการบรรลุเป้าหมายในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาล (n = 30)

ความคาดหวังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล	การบรรลุเป้าหมาย			
	ไม่บรรลุเป้าหมาย		บรรลุเป้าหมาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดูแลตนเองที่บ้าน (กินยาต่อเนื่อง, คุมอาหาร, ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง)	3	10	15	50
ตรวจรักษาต่อเนื่อง (มาตรวจตามนัด, ทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง)	0	0	12	40

จากตาราง พบว่า หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 ราย ที่มีความคาดหวังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลด้านการดูแลตนเองที่บ้าน บรรลุเป้าหมายตามความคาดหวังด้านการดูแลตนเองที่บ้าน เกี่ยวกับการกินยาต่อเนื่อง คุมอาหาร และปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 15 ราย (ร้อยละ 50) ไม่บรรลุเป้าหมายจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 10) หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง 12 ราย (ร้อยละ 40) บรรลุเป้าหมายตามความคาดหวังด้านการตรวจรักษาต่อเนื่อง เกี่ยวกับการมาตรวจตามนัดและทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ไม่พบตัวอย่างที่ไม่บรรลุเป้าหมาย

### วิจารณ์

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลมีคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับการโปรแกรม ( $t = 5.711, p = 0.0001$ ) ซึ่งเกิดจากได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาลตั้งแต่ระยะที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยได้รับความรู้ สอนและสาธิตการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย เน้นการให้ข้อมูลก่อนจำหน่ายซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลและความรู้รวมถึงการฝึกทักษะที่จำเป็นที่ให้กับผู้ป่วยเป็นแนวทางที่เฉพาะเจาะจงตามพื้นฐานความรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย แสดงให้เห็นว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมถึงแม้ว่าจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้วก็ตาม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงจดจำความรู้ที่พยาบาลให้กับผู้ป่วยในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 90) บรรลุเป้าหมายตามความคาดหวังโดยผู้ป่วย 15 ราย (ร้อยละ 50) บรรลุเป้าหมาย

ด้านการดูแลตนเองที่บ้านเกี่ยวกับการกินยาต่อเนื่อง คุมอาหารและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วย 12 ราย (ร้อยละ 40) บรรลุเป้าหมายตามความคาดหวังด้านการตรวจรักษาต่อเนื่อง เกี่ยวกับการมาตรวจตามนัดและทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 10) ไม่บรรลุเป้าหมายในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากระยะ 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามความคาดหวังได้ แสดงให้เห็นว่าควรมีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายโดยเน้นการฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง

### สรุป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายมีความบกพร่องทางพยาธิสภาพและมีเป้าหมายทางการรักษาที่แตกต่างกัน พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ความรู้และฝึกทักษะเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคลตั้งนั้นการวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย และมีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลบรรลุเป้าหมายในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายตามความคาดหวัง

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดีจากหลายฝ่าย ขอขอบคุณนายแพทย์ฐาปกรณ์ จิตตุนนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภาชี คุณยุพา สารรวมจิตร อดีตหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลภาชี คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลภาชี ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติที่ให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al.; American Heart Association Stroke Council. 2018 guidelines for the

- early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke. 2018; 49: e46–e110.
2. World Health Organization. World Stroke Campaign [Internet]. 2015. [cited 2018 Jan 23]. Available from: <http://www.world-stroke.org>.
  3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. [Internet]. [cited 2019 Aug 13]. Available from: <http://thaincd.com/information-statistic / non-communicable-disease-data.php>.
  4. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
  5. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.
  6. ชไมพร บัวพิน. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2562; 6(1): 51-62.
  7. ชวนพิศ สถิตพันธ์ุ. รูปแบบการจัดการพยาบาลในการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการจัดการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.
  8. Orem, D. E. Nursing: Concepts of practice (6th Ed). Saint Louis: Mosby; 2001.
  9. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป ฉบับสมบูรณ์ 2558.
  10. จันทรา คงเจริญ. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคอัมพาตครึ่งซีก (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก; 2554.
  11. Stroke Association of southern California. Guidance for Stroke Prevention and Recovery. Empowerment after stroke. [Internet]. 2014. [cited 2019 June 9]. Available from: <http://www.strokesocal.org>.
  12. นันทกาญจน์ ปักซี่, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง, สิริรัตน์ สีสัจรัส. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัวและความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้ดูแล. วารสารสภาการพยาบาล 2559; 31(1): 65-80.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด  
Effect of a motivation enhancing program on self-management behavior  
of patients with asthma

เกศราพร แก้วลาย<sup>1</sup>, สงบ บุญทองโท<sup>2</sup>  
Kaetsaraporn Keawlai<sup>1</sup>, Sangob Boontongto<sup>2</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืด จำนวน 44 คน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรคของ Roger (1983) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ โดยการบอกเล่าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาและการประเมินอันตรายที่เกิดจากโรคหืด และ (2) การประเมินการเผชิญปัญหา โดยการตั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลและมีการติดตามทางโทรศัพท์ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ dependent t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหืด

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ผู้ป่วยโรคหืด

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to determine the effect of the motivation enhancing program on self-management behaviors of patients with asthma. The sample was 44 adult patients at asthma clinic, Wapi Pathum Hospital, Maha Sarakham Province. They were randomly assigned into the control and experimental groups, 22 persons per group. The control group received the conventional care, meanwhile the experimental group received the motivation program. The program was developed based on Roger Theory (1983), including two major components; harm for health assessment and coping assessment. The activity was performed an individual case and telephone follow-up for 8 weeks. The instrument for data collection included questions on demographic information and self-management behaviors questionnaires. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, dependent t-test and independent t-test

The results revealed that 1.) The mean scores of self - management behaviors of patients with asthma after receiving the motivation program was significantly higher than before receiving the program at the significance level of .05, 2.) The mean scores of self - management behaviors after receiving the program in the experimental group was significantly higher than the control group at the significance level of .05. The results indicate that the program is effective for promoting self - management behaviors of patients with asthma.

**Keywords:** motivation enhancing program, self-management behaviors, patients with asthma.

## บทนำ

โรคหืดเป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างหนึ่งของประเทศไทยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากข้อมูลรายงานผู้ป่วยใน กระทรวงสาธารณสุขพบผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2559, 2560, 2561 จำนวน 119,037, 135,090 124,000 ราย ตามลำดับ<sup>1</sup> และมีจำนวนผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 1,000,000 รายต่อปี ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหอบเฉียบพลัน<sup>2</sup> ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมที่มีผลทำให้หลอดลมของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ (bronchial hyper-responsiveness, BHR) เมื่อได้รับสารก่อโรคหรือสิ่งกระตุ้น ทำให้เกิดอาการกำเริบของโรค ผู้ป่วยมักมีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีดหรือหอบเหนื่อยเกิดขึ้น ซึ่งอาการเหล่านี้ อาจหายได้เองหรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม<sup>2</sup> อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้ที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ได้แก่ รบกวนการนอนหลับ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง รู้สึกวิตกกังวล กลัวการเสียชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าและความภูมิใจในตนเองลดลง และแยกตัวจากสังคม เป็นต้น<sup>3</sup>

จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการของโรคกำเริบ จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัญหาในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรม เกิดจากการใช้ยาพ่นด้วยตนเองไม่ถูกต้องและการบริหารการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ<sup>4</sup> 2) ด้านสิ่งแวดล้อม เกิดจากผู้ป่วยไม่รู้ถึงสิ่งกระตุ้นและไม่สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นรอบตัวที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด

กำเริบได้<sup>5</sup> 5) ด้านการรู้คิด เกิดจากผู้ป่วยขาดการรับรู้และการสังเกตอาการเตือนที่จะนำไปสู่ออาการหอบกำเริบและอาการจับหืด ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองเมื่อมีอาการหอบเกิดขึ้นได้ และขาดการมารับยารักษาอย่างต่อเนื่อง<sup>5</sup> และ 4) ด้านสรีรวิทยา เกิดจากการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดไม่มีประสิทธิภาพและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม<sup>5</sup> จากพฤติกรรมจัดการตนเองดังกล่าวจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดไม่สามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ ผู้ป่วยต้องกลับเข้าศึกษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการหอบกำเริบเฉียบพลันหรืออาการจับหืดเฉียบพลัน

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างยั่งยืนมีความเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจภายในเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรคของ Roger (1983)<sup>6</sup> กล่าวว่า แรงจูงใจจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องเกิดจากการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัวจากการรับรู้ 4 ด้าน คือ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง การส่งเสริมการรับรู้ทั้ง 4 ด้านดังกล่าว ถือเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้และเกิดแรงจูงใจในการกำหนดแนวทางการแก้ไข ปัญหาที่ชัดเจน และตัดสินใจกระทำการเปลี่ยนแปลงตามแนวทางแก้ปัญหานั้นด้วยตนเอง ก่อให้เกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากสถานการณ์การให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหืดของโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ระดับ F1 จำนวน 90 เตียง และมีการให้การดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดอย่างต่อเนื่อง โดยมีการสอนและ



ให้ความรู้จากพยาบาลและเภสัชกร อย่างไรก็ตามพบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี 2559-2561 พบผู้ป่วย 1441, 1468 และ 1553 ราย ตามลำดับ<sup>7</sup> และผู้ป่วยที่ติดบารายก็ต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลในปี 2559-2561 พบผู้ป่วย 58, 75 และ 105 ราย ตามลำดับ<sup>7</sup> ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าการรักษาจะมีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดขึ้น แต่ผู้ป่วยโรคหืดยังไม่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินบ่อยกว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้และพบว่า มีผู้ป่วยทำให้ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ ปี 2559-2561 จำนวน 4, 12 และ 8 ครั้ง ตามลำดับ<sup>7</sup> มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวน 11,025, 38,994 และ 31,902 บาท ตามลำดับ<sup>7</sup> และจากข้อมูลการสนทนากลุ่มผู้ป่วยพบปัญหาการขาดทักษะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ได้แก่ ขาดการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ ไม่สามารถจัดการตนเองได้เมื่อเกิดอาการหอบ และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มสมรรถภาพปอด บางรายมีการใช้ยารักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดจากการขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การจัดการตนเอง<sup>8</sup> ส่งผลให้ขาดทักษะในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมในการควบคุมอาการโรคหืดได้อย่างสมบูรณ์

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดและศึกษาผลของโปรแกรม อันจะเป็นประโยชน์ต่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและพัฒนาการพยาบาลต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983)<sup>6</sup> จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การสร้างให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด โดยมีกิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรค การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของโรคหืด วิเคราะห์ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคหืด และมอบสื่อคู่มือการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคหืดผู้ใหญ่ 2) การประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด โดยมีกิจกรรม ได้แก่ สาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะ วิธีการบริหารยาขยายหลอดลม วิธีการบริหารการหายใจ และวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัย ระบายความรู้สึก กระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชม ให้กำลังใจ และประยุกต์ใช้

แนวคิดพฤติกรรมจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986)<sup>9</sup> มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรม ได้แก่ การบริหารยา ขยายหลอดเลือดด้วยตนเอง และการบริหาร การหายใจ 2) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นรอบตัวที่ทำให้เกิดอาการ หอบ 3) ด้านการรู้คิด ได้แก่ การประเมินอาการ และอาการแสดง ก่อนและขณะเกิดอาการหอบ 4) ด้านสรีรวิทยา ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ปอด ที่เป็นตัวขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยโรคหืดผู้ใหญ่ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการตนเอง ให้ดีขึ้น

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่ง ทดลอง (quasi-experimental research) แบบ สองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหืดทั้งเพศชาย และเพศหญิง วัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 18 - 59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหืดทั้งเพศ ชายและเพศหญิง วัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาล วาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือน เมษายนถึงกรกฎาคม 2562 จำนวน 44 คน โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) มีระดับการควบคุม โรคหืดได้บางส่วน (partly controlled) และไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้ (uncontrolled) 2) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ครั้งนี้ 3) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือ การมองเห็น และ 4) สามารถติดต่อสื่อสารทาง โทรศัพท์ได้สะดวก เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ มีภาวะแทรกซ้อนหรือ มีภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาล อย่างเร่งด่วนขณะรอรับการตรวจรักษาหรือขณะ อยู่ที่บ้าน ได้แก่ มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน

แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี๊ด เป็นต้น

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางอำนาจ ทดสอบ (statistical power table) โดยกำหนด อำนาจทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 44 คน<sup>10</sup>

กลุ่มตัวอย่างถูกแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 22 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 22 ราย ด้วยวิธีการจับคู่ (matched-pairs) เพื่อให้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกัน มากที่สุด โดยพิจารณาตัวแปรดังนี้ 1) เพศ 2) อายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี 3) ระดับการควบคุม โรคหืด ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่ม ควบคุมจนครบก่อน แล้วจึงดำเนินการในกลุ่ม ทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งพัฒนาขึ้น ตามทฤษฎีของ Rogers (1983)<sup>6</sup> ได้แก่ 1) การ ประเมินอันตรายต่อสุขภาพ 2) การประเมิน การเผชิญปัญหา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อ พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด 2.สร้างสื่อของโปรแกรมประกอบด้วย 2.1) แผนการสอนเรื่องความรู้และพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด 2.2) คู่มือ การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคหืด 2.3) สื่อการสอน ภาพพลิกเรื่องความรู้และพฤติกรรมจัดการ ตนเองของผู้ป่วยโรคหืด 3.การตรวจสอบคุณภาพ ของโปรแกรมและสื่อของโปรแกรม 4. ขั้นตอนทดลอง ใช้และประเมินผลโปรแกรม ใช้ระยะเวลาใน การศึกษา 8 สัปดาห์ การแปลผลคะแนน โดยใช้

เกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ของ Bloom<sup>11</sup> คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนของแต่ละแบบสอบถามมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

ตรวจสอบคุณภาพสื่อของโปรแกรม โดยนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทำการตรวจสอบเนื้อหาสื่อความครอบคลุม ความถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ในแต่ละหัวข้อ และวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.80 ทำการแก้ไขปรับปรุงโปรแกรมและสื่อของโปรแกรม ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำโปรแกรมและสื่อของโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วไปศึกษานำร่องกับผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความครอบคลุมของเนื้อหาโปรแกรมและสื่อของโปรแกรม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการสอนและทดลอง หลังจากนั้นก็ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมและสื่อของโปรแกรม ดำเนินการโดยนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้มาจากการตรวจสอบประเมินและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำผลจากการทดลอง จัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่เป็นโรคหืด โรคประจำตัว/โรคอื่นที่นอกจากโรคหืด และการใช้ยาพ่น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง และข้อมูลการควบคุมโรคหืด ประกอบด้วย แบบสอบถาม

เกี่ยวกับอาการหอบที่เกิดขึ้นในเวลากลางวันและกลางคืน ผลกระทบของโรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวนยาขยายหลอดลมที่ใช้ และความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการควบคุมโรคจากการรักษาในระยะ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 (ไม่มีอาการ = 5, มีอาการมาก = 1) และแบ่งการประเมินระดับการควบคุมโรคหืด เป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

คะแนน 25 หมายถึง ควบคุมอาการได้สมบูรณ์ (Controlle)

คะแนน 21 - 24 หมายถึง ควบคุมอาการได้บางส่วน (Partly controlled)

คะแนน  $\leq 20$  หมายถึง ควบคุมอาการไม่ได้ (Uncontrolled)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ดัดแปลงจากแบบสอบถามของจิรสุดา ทะเรรัมย์ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2561)<sup>12</sup> ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 31 ข้อ แบบสอบถามด้านบวก 23 ข้อ และแบบสอบถามด้านลบ 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ทำทุกครั้ง ทำเกือบทุกครั้ง ทำบางครั้ง และไม่ได้ทำ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเป็น 2 ระดับ ดังนี้

คะแนนในช่วง 31-99 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองไม่เหมาะสม

คะแนนในช่วง 100 - 124 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองเหมาะสม

ชุดที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด ดัดแปลงจากแบบสอบถามของจิรสุดา ทะเรรัมย์และนรลักษณ์

เอื้อกิจ (2561)<sup>12</sup> ประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 ข้อ แบบสอบถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืด ดัดแปลงจากแบบสอบถามของจิรสุดา ทะเรรัมย์ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2561)<sup>12</sup> ประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 ข้อ แบบสอบถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด ดัดแปลงจากแบบสอบถามของจิรสุดา ทะเรรัมย์ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2561)<sup>12</sup> ประกอบด้วย ข้อคำถาม 16 ข้อ แบบสอบถามด้านบวก 12 ข้อ และแบบสอบถามด้านลบ 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด ดัดแปลงจากแบบสอบถามของจิรสุดา ทะเรรัมย์ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2561)<sup>12</sup> ประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ แบบสอบถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 3 ส่วน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหืด

จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากนั้นผู้วิจัย ทำการรวบรวมความเห็นของแบบสอบถามทั้งหมดที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ได้ตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม มีค่าความตรงตามเนื้อหาทุกตัวเท่ากับ 1.0 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76, .83, .93, .85 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่

#### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลวาปีปทุม อนุมัติในวันที่ 5 เมษายน 2562

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนระหว่างเดือน เมษายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2562

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

##### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง และเตรียมเครื่องมือการวิจัย พร้อมทั้งนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวาปีปทุม เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พบหัวหน้าฝ่ายการ

พยาบาล และหัวหน้าคลินิกโรคหืด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

### ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการ

ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยโรคหืดของโรงพยาบาลวาปีปทุม และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่กลุ่ม

ตัวอย่างจะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลัง เป็นกลุ่มทดลอง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

**แผนภูมิที่ 1** แสดงขั้นตอนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 44 คน

กลุ่มควบคุม 22 คน	กลุ่มทดลอง 22 คน
<p><b>สัปดาห์ที่ 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว และชี้แจงการดำเนินการวิจัย</li> <li>- Pre – test ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด</li> <li>- ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหืดตามปกติ</li> <li>- ตรวจรักษาโดยแพทย์ ที่คลินิกหืด</li> <li>- รับยา และรับคำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกรรม และได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำคลินิกโรคหืดก่อนกลับบ้าน</li> <li>- นัดหมายอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 และผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัย</li> <li>- สัปดาห์ที่ 8 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (Post-test) และผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัย</li> </ul>	<p><b>สัปดาห์ที่ 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว และชี้แจงการดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย</li> <li>- Pre – test ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินระดับการควบคุมโรคหืด แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหืดแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด</li> <li>- ให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยใช้ภาพพลิกเรื่องความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึง ประสบการณ์ของโรคหืดที่ผ่านมา การประเมินอันตรายที่เกิดจากโรคหืด เพื่อวิเคราะห์อันตรายของโรคหืด ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการเผชิญปัญหา มีการตั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกัน</li> </ul>

**แผนภูมิที่ 1** แสดงขั้นตอนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 44 คน

กลุ่มควบคุม 22 คน	กลุ่มทดลอง 22 คน
	<p>โรคหืด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด จากนั้นผู้วิจัยทำการสาธิตวิธีการบริหารหายใจ การบริหารการหายใจ และการออกกำลังกายบริหารปอด และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะด้วยตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และมอบคู่มือการปฏิบัติจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดและผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัยในสัปดาห์ที่ 8</p> <p><b>สัปดาห์ที่ 2 - สัปดาห์ที่ 4</b></p> <p>ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ โดยติดตามทบทวนความรู้ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย รวมถึงให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง พร้อมทั้งประเมินการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคหืด</p> <p><b>สัปดาห์ที่ 6</b></p> <p>โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมประเมิน และนัดหมายอีกครั้งเพื่อประเมิน post- test ในสัปดาห์ที่ 8</p> <p><b>สัปดาห์ที่ 8</b></p> <p>กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ตามนัดที่คลินิกโรคหืด ผู้วิจัยเข้าพบให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม (post - test) และสรุปกิจกรรม ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม และผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัย</p>

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ dependent *t* test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ independent *t* test



## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีจำนวนเพศที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.73 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนระดับ 2 มีค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 23.0 – 26.29 คิดเป็นร้อยละ 59.09 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 93.18 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.82 มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 86.36 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,000–9,999 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 65.91 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.64 ระยะเวลาที่เป็นโรคหืดมากที่สุด คือ มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ

40.91 มีโรคประจำตัวที่นอกจากโรคหืด คิดเป็นร้อยละ 18.18 มีการใช้ยาพ่น แบบพ่นทั้ง 2 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 81.82 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับการควบคุมโรคหืดได้บางส่วน และควบคุมไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 36.36 และ 63.64 ตามลำดับ

### 2. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ dependent *t* test ( $n_1 = n_2 = 22$ )

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	$\bar{X}$	SD	df	<i>t</i>	<i>p</i> -value
กลุ่มควบคุม: ก่อนการทดลอง	87.32	10.72	21	4.37	.75
หลังการทดลอง	88.68	10.26			
กลุ่มทดลอง: ก่อนการทดลอง	87.18	7.28	21	20.06	.001
หลังการทดลอง	113.64	3.53			



### 3. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent *t* test ( $n_1 = n_2 = 22$ )

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	$\bar{X}$	SD	df	<i>t</i>	<i>p</i> -value
ก่อนการทดลอง: กลุ่มควบคุม	87.32	10.72	42	0.05	0.48
	กลุ่มทดลอง	87.18			
หลังการทดลอง: กลุ่มควบคุม	88.68	10.26	25.90	10.79	.001
	กลุ่มทดลอง	113.64			

### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยโรคหืด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ตามทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers<sup>6</sup> ที่กล่าวว่าการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลจะเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่อธิบายตามองค์ประกอบของการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยมีการประเมินกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค 3) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง

4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหืด มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจที่พัฒนาขึ้น มี 2 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลอย่างมีแบบแผน โดยส่งเสริมการรับรู้ ให้คำแนะนำให้ความรู้เรื่องโรคหืด อาการ แผนการรักษา การออกกำลังกาย และการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรคหืด อาการหอบกำเริบเฉียบพลันอาจเกิดขึ้นหากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมเน้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคหืด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรสุดา ทะเรรัมย์ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ<sup>12</sup> ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดและโอกาส

เสียงของโรคหืดและมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. การประเมินการเผชิญปัญหา ผู้วิจัยได้ประเมินความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด เน้นให้เห็นถึงประโยชน์และผลดีของการปฏิบัติตัว เมื่อสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องสม่ำเสมอจะมีผลต่อการป้องกันโรคหืดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยเน้นให้กลุ่มตัวอย่างตั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืดในการฝึกทักษะการบริหารขยายหลอดลมด้วยตนเอง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการออกกำลังกายบริหารปอดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเอง พร้อมทั้งกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะด้วยตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืด เน้นให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ เกิดการเรียนรู้ และเข้าใจพฤติกรรมจัดการตนเองมากขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของ Bandura<sup>13</sup> ที่ได้พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ 4 วิธี คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดยกย่องชมเชย และการรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงในตนเอง

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยโรคหืด กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับการพยาบาลตามปกติจากแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรประจำคลินิกโรคหืด ในระยะเวลาการให้ข้อมูลที่จำกัด โดยกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการ

ติดตามการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการแจกเอกสารหรือคู่มือ ไม่ได้รับการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และไม่ได้รับการประเมินอุปสรรคที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง เมื่อพิจารณาคะแนนการเสริมสร้างแรงจูงใจหลังได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ทุกราย ซึ่งอภิปรายได้ว่า กิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองที่กลุ่มทดลองได้รับจากโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การให้ความรู้ที่มีแบบแผนเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเอง การได้รับคู่มือการปฏิบัติจัดการตนเองของโรคหืด เพื่อนำกลับไปทบทวนที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ทั้งด้านการประเมินปัญหาอุปสรรคและการหาแนวทางการจัดการร่วมกัน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหืด มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้โอกาสเสียงของโรคหืด ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหืด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหืดที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม

#### ข้อเสนอแนะ

ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเรื้อรังต่างๆ ที่หลากหลาย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ประพันธ์ สุนทรปกาสิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัยและสถานที่ทำการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. อภิชาติ คณิตทรัพย์, มุกดา หวังวีรวงศ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนียนอุตราไวโอเร็ด จำกัด; 2555.
3. Alith MB, Gazzotti MR, Montealegre F, Fish J, Nascimento OA, Jardim JR. Negative impact of asthma on patients in different age groups. *J Bras Pneumol.* 2015; 41(1): 16–22.
4. Federman AD, Wolf MS, Sofianou A, et al. Self-management behaviors in older adults with asthma: associations with health literacy. *J Am Geriatr Soc.* 2014; 62(5): 872–879.
5. Miles C, Arden-Close E, Thomas M, et al. Barriers and facilitators of effective self-management in asthma: systematic review and thematic synthesis of patient and healthcare professional views. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2017; 27(1): 57.
6. Maddux JE, Roger RW. Protection motivation and self-efficacy: a revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology.* 1983; 19(5): 469-479.
7. โรงพยาบาลวาปีปทุม. รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ณ วันที่ 21 มีนาคม 2562. มหาสารคาม: โรงพยาบาลวาปีปทุม, 2562.
8. โรงพยาบาลวาปีปทุม. รายงานสรุปการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคหืด. มหาสารคาม: โรงพยาบาลวาปีปทุม, 2561.
9. Tobin DL, Reynolds RVC, Holroyd KA, Creer TL: Self-management and social learning theory; in Holroyd KA, Creer TL (eds) : *Self-Management of Chronic Disease : Hand book of Clinical Interventions and Research*, pp., 29-58. Orlando, FL: Academic Press, 1986.
10. Polit DF, Beck CT. *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice.* Philadelphia; Lippincott Williams &Wilkins, 2008.
11. Bloom, BS, Madaus, GF, Hastings, JT. *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning.* New York: McGraw-Hill; 1971.
12. จิรสุดา ทะเรรัมย์, นรลักษณ์ เอื้อกิจ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
13. Bandura A. Self-efficacy: toward unifying theory of behavior change. *Psychological review* 1997; 84(2): 191-215.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลง  
จังหวัดมหาสารคาม

Development of care model for dependent elderly persons in health service  
network of Kaedam District, Mahasarakham Province

นารัตน์ บุญนาน<sup>1</sup>, มาวิน ทับแสง<sup>2</sup>  
Nawarat Bunnan<sup>1</sup>, Mavin Tabseang<sup>2</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart วัตถุประสงค์การวิจัย พัฒนาและศึกษาผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายสุขภาพอำเภอแกลง ระยะเวลาดำเนินการ เมษายน 2558 - เมษายน 2559 ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้รับสัมภาษณ์แบบเชิงลึก 12 คน 2) กลุ่มสนทนากลุ่มจำนวน 8 คน 3) กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็น จำนวน 60 คน 4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน 5) ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง จำนวน 319 คน 6) ทีมสหวิชาชีพ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แบบทดสอบความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลจากการวิจัย พบว่า

1. จากการศึกษาสถานการณ์อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง บทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบยังไม่ชัดเจนตามรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง มีการระดมสมองผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคและวางแผนแก้ไข
2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลง ประกอบด้วย
  - 1) มีคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ ระดับตำบล 2) มีผู้ประสานงาน/ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงระดับอำเภอ 3) มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน 4) มีผู้รับผิดชอบงานแต่ละพื้นที่ 5) มีคู่มือ Care giverดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง 6) Care giverผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย 7) อบรมฟื้นฟูเพิ่ม Care give 1 ครั้งต่อปี 8) ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน 1 ครั้งต่อปี หลังการฝึกอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงสูงกว่า ( $\bar{x} = 26.02$ , S.D=1.559) ก่อนการฝึกอบรม ( $\bar{x} = 22.42$ , S.D=2.388) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < 0.001$ )

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) โรงพยาบาลแกลง

<sup>2</sup>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกลง

3. การติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง 319 คน หลังดำเนินการมีคะแนน ADL ดีขึ้นทุกกลุ่ม และจากการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง พบว่า หลังดำเนินการคุณภาพชีวิตดีขึ้นอยู่ในระดับดี ร้อยละ 44 การมีรูปแบบที่ชัดเจนทำให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม เป็นอำเภอแรกๆที่ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 100

**คำสำคัญ:** รูปแบบ การดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง

### Abstract

This research is an action research following Kemmis & McTaggart's concept which aims to develop care model for dependent elderly persons in health service network of Kaedam District. Study duration was from April 2015 to April 2016. The samples were comprised of 6 groups : 1. In-depth interview group 12 persons 2. Focus group discussion 8 persons 3. Brainstorming group 60 persons 4. Caregivers 45 persons 5. Dependent elderly persons 319 persons and 6. Multidisciplinary team member 20 persons. The tools used in Barthel Activities of Daily Living : ADL, WHOQOL-BREF-THAI, Caregiving knowledge questionnaire for, Focus group discussion guide and In-depth interview. Quantitative data were analyzed by percent mean and standard deviation. Qualitative data were organized and used content analysis.

The results of this study were :

1. Village health volunteers lacked of knowledge and skill for dependent elderly care. The action of responsible persons was not clear following care model for dependent elderly persons. The related parties analyzed and planned to solve problems by brainstorming.

2. Care model for dependent elderly persons in health service network of Kaedam District consisted of 1) Committee in sub-district and district 2) Coordinator / System manager of dependent elderly care in health service network of district 3) Continuing care from hospital to community 4) Responsible persons in each area 5) Dependent elderly care in health service network of Kaedam district manual 6) Care giver trained 70 hours from Development of Health 7) Training to improve Care give once a year 8) Arrange a meeting to share knowledge once a year. After training found that the sample group of Village health volunteers had average about dependent elderly persons ( $\bar{x} = 26.02$  ,S.D=1.559) higher than before training( $\bar{x} = 22.42$ , S.D=2.388). (statistical significance level at .01)

3. Monitoring and evaluation dependent elderly care 319 persons. After finished process, ADL score was higher and quality of life was higher at good level (44%) Going concern helped long term care for elderly persons in sub-district of health service network of Kaedam District, Mahasarakham Province was completed.

Keywords : care model for dependent elderly persons



## บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ ร้อยละ 14.7 (9.5 ล้านคน) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (144 ล้านคน) นั้นหมายถึงประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากความเสื่อมสภาพ โดยพบว่าโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียปีสุขภาวะ 5 อันดับแรกในผู้สูงอายุชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และโรคมะเร็งตับ สำหรับผู้หญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุดูแลตนเองไม่ได้เลย 63,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.9 โดยพิจารณาจากความสามารถในการดูแลตนเอง<sup>1</sup>

จังหวัดมหาสารคามปี 2557 จากการสำรวจมีผู้สูงอายุทั้งหมด 150,307 คน คิดเป็นร้อยละ 18.25 และแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามการประเมินศักยภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) ร้อยละ 94.06 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 4.89 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ 1.05<sup>2</sup>

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม มี 6 ตำบล 7 เขตการปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลงได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (2555-2557) มีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 12.01, 12.09 และ 13.36 ตามลำดับ<sup>3</sup> ซึ่งจากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุปี 2557 พบผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคมช่วยเหลือตัวเองได้ดี) ร้อยละ 97.67 กลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้านช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง) ร้อยละ 1.80 กลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียงกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย) ร้อยละ 0.53 เป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน

โลหิตสูง) คิดเป็นร้อยละ 53 เป็นผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลอยู่คนเดียวจำนวน 3 คน และผู้สูงอายุอยู่ด้วยกันตามลำพัง 6 คู่ ปัญหา และอยู่กับลูกซึ่งต้องอยู่ดูแลตลอดไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้ 24 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุต้องดูแลบุตรที่พิการทางจิต จำนวน 8 ราย ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและครอบครัวซึ่งในชุมชนยังขาดผู้ดูแลที่มีองค์ความรู้เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลง ได้รับโล่รางวัลอำเภอ 80 ปียั้งแจ้ว (ต้องมีตำบลต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 20 ขึ้นไป) ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพแกลง อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2557 เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีการส่งเสริมภาคีเครือข่ายในการสร้างสุขภาพตามวิถีชีวิตในบริบทชุมชน มีการส่งเสริมสนับสนุนท้องถิ่นในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุให้มีความสุขระยะยาว แต่จากการประเมินผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557 ยังพบปัญหาดังกล่าวข้างต้น<sup>4</sup> ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลง จึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงได้เขียนโครงการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้รับการดูแลระยะยาวโดยชุมชน เครือข่ายสุขภาพอำเภอแกลง โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น จำนวนเงิน 262,400 บาท และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลง

ภายใต้โครงการนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. ศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายสุขภาพอำเภอแกลง
2. พัฒนาและศึกษาผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายสุขภาพอำเภอแกลง

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย
3. ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart<sup>5</sup> โดยใช้กระบวนการ PAOR ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขอบเขตพื้นที่ ดำเนินการในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลงมี 6 ตำบล 7 เขตการปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการคัดเกณฑ์พื้นที่แบบจำเพาะเจาะจง

2. ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาประกอบด้วย

2.1 กลุ่มผู้รับสัมภาษณ์แบบเชิงลึก ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นายกองกิจการบริหารส่วนตำบล หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล 12 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

2.2 กลุ่มสนทนากลุ่มประกอบด้วยตัวแทนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

2.3 กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็นสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จำนวน 60 คน (ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล 7 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 คน พยาบาลวิชาชีพจากกลุ่มงานเวชฯโรงพยาบาลแกลง 1 คน อสม. 18 คน ผู้สูงอายุ 18 คน (ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ 9 คน ผู้สูงอายุจากกรรมการวัด 9 คน) นักวิชาการสาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกลง 1 คน ท้องถิ่นอำเภอ วัฒนธรรมอำเภอ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และทีมสหวิชาชีพจาก รพ.แกลง 4 คน (แพทย์ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ/ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา วางแผนพัฒนา

2.4 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ (ผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเครือข่ายบริการสุขภาพ แกดดำ) พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล / จากกลุ่มงานเวช ารพ.แกดดำ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุขจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกดดำ รวมจำนวน 20 คน เพื่อเตรียมเนื้อหา เอกสาร ในการอบรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการ Care giver (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องตามบริบท เครือข่ายบริการสุขภาพแกดดำ

2.5 กลุ่มผู้ตอบแบบทดสอบ ความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ประกอบด้วย อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจำนวน 45 คน โดยใช้ วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง โดยเลือกจาก อาสาสมัครที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ 1 ปีขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมอบรม

3. ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการ สะท้อนกลับ (Reflection) มีการดำเนินการ ดังนี้

3.1 ระยะเวลาวางแผน (Plan) โดย การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการ ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) การประเมินศักยภาพการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุเครือข่ายบริการ สุขภาพแกดดำ โดยใช้แบบคัดกรองความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งหมด 4,721 คน

2) ประเมินคุณภาพชีวิต โดยรวมผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง โดยใช้แบบสอบถาม

คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับไทย

3) การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก โดยสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล นายกองกิจการบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพองค์การบริหาร ส่วนตำบล เพื่อขอทราบแนวความคิดเห็น เกี่ยวกับ ปัญหาอุปสรรคของการบริการการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงและแนวทางการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ที่เหมาะสม กับปัญหาสุขภาพของชุมชน

4) สนทนากลุ่ม ตัวแทน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เพื่อทราบปัญหา อุปสรรคของการดูแล และความต้องการในการ พัฒนาตนเองเกี่ยวกับความรู้และทักษะการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง จำนวน 8 คน

3.2 ระยะเวลาดำเนินการพัฒนา (Action) ดำเนินการ พัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายสุขภาพอำเภอแกดดำ ดังนี้

1) สร้างการมีส่วนร่วมของ ภาคิเครือข่าย จำนวน 60 คน ประกอบด้วย Care giver ผู้ดูแลผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น โรงพยาบาลแกดดำ อสม. ชมรมผู้สูงอายุ ท้องถิ่นอำเภอ วัฒนธรรมอำเภอ วิทยาลัย พยาบาลศรีมหาสารคาม ระดมความคิดเห็น วิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ/การดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา วางแผนดำเนินการ พัฒนา

2) ประชุมเตรียมทีมวิทยากร ระดับอำเภอในการอบรม Care giver ตาม หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย<sup>6</sup> ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านให้บริการผู้สูงอายุ กลุ่มพึ่งพิง จำนวน 20 คน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลผู้จัดการการดูแล (ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขา การพยาบาลผู้สูงอายุ) พยาบาลประจำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง  
พยาบาลประจำห้องฉุกเฉินและตึกผู้ป่วยใน  
โรงพยาบาลแกดำ เกษีชกร นักกายภาพบำบัด  
นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย ได้มาตรวจสอบ  
ความเหมาะสมของเนื้อหาและวิธีดำเนินการ  
อบรมร่วมกันเพื่อกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับ  
แนวทางในการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแล  
ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง พร้อมกับกำหนดวิธี  
ดำเนินการและกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ กำหนด  
คณะทำงาน ระยะเวลา วิธีการอบรม กิจกรรม  
และเนื้อหาของการอบรม

3) จัดการฝึกอบรมตาม  
แนวทางในการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแล  
ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง  
ของกรมอนามัย และทดสอบความรู้ตามหลักสูตร  
ก่อนการอบรม จำนวน 30 ข้อ Care giver จำนวน  
45 คน ใช้เวลาในการฝึกอบรม 10 วัน  
เป็นภาคทฤษฎี 30 ชั่วโมง ภาคปฏิบัติ 40 ชั่วโมง  
หลังจากที่ได้การฝึกอบรมแล้วมีการจัดทำ  
แผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงตามพื้นที่  
รับผิดชอบ Care giver 1 คน รับผิดชอบผู้สูงอายุ  
กลุ่มพึ่งพิง 7- 8 คน ปฏิบัติงานเป็นเวลา 2 เดือน  
โดยมีพี่เลี้ยง คือ พยาบาลวิชาชีพประจำ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีแนวทาง  
การประสานงาน โดยมีผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพ  
จากโรงพยาบาลแกดำ สำนักงานสาธารณสุข  
อำเภอแกดำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ในอำเภอแกดำ ติดตามประเมินครอบคลุมทุก  
พื้นที่เดือนละ 1 ครั้ง

3.3 ระยะเวลาสังเกตการณ์  
(Observe) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลประเมินผล  
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ดังนี้

1) ประเมินผลจากสังเกต  
พฤติกรรมบริการดูแลของอาสาสมัครผู้ดูแล  
ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ขั้นตอนการสื่อสารทักทายและ  
ทักษะการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงจนเสร็จสิ้น  
กระบวนการดูแล โดยผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้อง

2). สัมภาษณ์แบบเชิงลึก  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพองค์การบริหาร  
ส่วนตำบล และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม  
พึ่งพิง จำนวน 12 คน เกี่ยวกับการปฏิบัติงานใน  
ชุมชนของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง  
หลังจากได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะ  
การดูแลแล้ว

3) ประเมินความรู้ หลังจาก  
ผ่านการอบรมและได้ปฏิบัติงานเป็นเวลา 2 เดือน  
โดยใช้แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุของ  
กรมอนามัยตามหลักสูตร 30 ข้อ

3.4 การสะท้อนกลับ  
(Reflection) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุด  
โครงการ โดยดำเนินการถอดบทเรียน จัดเวที  
แลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงาน ประกอบด้วย  
Care giver ผู้ดูแลผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วน  
ท้องถิ่น โรงพยาบาลแกดำ อสม. ชมรมผู้สูงอายุ  
ท้องถิ่นอำเภอ วัฒนธรรมอำเภอ วิทยาลัย  
พยาบาลศรีมหาสารคาม รวม 100 คน และสรุปรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เครือข่าย  
บริการสุขภาพอำเภอแกดำ

### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือ  
การวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวน  
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา  
มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการ  
ดูแลผู้สูงอายุ เป็นข้อสอบแบบถูกผิด จำนวน 30  
ข้อ มีเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้  
ตามหลักสูตรการอบรมของกรมอนามัย

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบ  
สัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา  
อุปสรรคของการบริการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม  
พึ่งพิงและแนวความคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง จำนวน 2 ข้อ

3. การสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะ คำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหา คำตอบ ประเด็นในการตั้งคำถามกำหนด จากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเน้นให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ ปัญหาอุปสรรคของการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ และความต้องการในการพัฒนาตนเองเกี่ยวกับ ความรู้และทักษะต่างๆ จำนวน 4 ข้อ ที่เกี่ยวกับ

บทบาท ประสิทธิภาพการดูแล ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง

4. แบบคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มีจำนวน 10 ข้อ (THAI)<sup>7</sup> โดยมีการแปลผลของคะแนนดังนี้

0 – 4 คะแนน แปลผล ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence

5 - 8 คะแนน แปลผล ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence

9 - 11 คะแนน แปลผล ภาวะพึ่งพาปานกลาง : intermediate initial score, moderately severe dependence

12 - 20 คะแนน แปลผล ไม่เป็นการพึ่งพา : intermediate high, mildly severe dependence, consideration of discharging home

5. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับไทย (WHOQOL-BREF--THAI)<sup>8</sup> การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพ

ชีวิต WHOQOL -BREF-THAI 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อและข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อคือข้อ 2, 9, และ 11 โดยมีรายละเอียดดังนี้

**ข้อความทางลบแต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้**

ตอบ	ไม่เลยให้	5	คะแนน
ตอบ	เล็กน้อยให้	4	คะแนน
ตอบ	ปานกลางให้	3	คะแนน
ตอบ	มากให้	2	คะแนน
ตอบ	มากที่สุดให้	1	คะแนน

**ข้อความทางบวกแต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้**

ตอบ	ไม่เลยให้	1	คะแนน
ตอบ	เล็กน้อยให้	2	คะแนน
ตอบ	ปานกลางให้	3	คะแนน
ตอบ	มากให้	4	คะแนน
ตอบ	มากที่สุดให้	5	คะแนน

การแปลผลโดยรวมแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับไทย

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี



### การตรวจสอบความเที่ยงแบบสอบถาม

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับอาสาสมัครผู้ดูแลสูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน 1) แบบคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มีจำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91, 0.93 ตามลำดับ ในส่วนของแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ได้ตรวจสอบความตรง โดยการพิจารณาความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญแล้วปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำเพื่อความถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความรู้โดยหา Paired -Sample t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องโดยตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้ความสำคัญในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็น

ความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งตอบผลการวิจัยเป็น 4 ระยะโดยใช้กระบวนการ PAOR ดังนี้

1. ระยะวางแผน (Plan) โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนน ADL 0-11 คะแนน) มีทั้งหมด 319 คน เป็นผู้สูงอายุหญิง 232 คน เป็นชาย 87 คน แบ่งกลุ่มพึ่งพิงเป็น 4 กลุ่มตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 67.71 กลุ่มที่ 2 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย และมีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 23.29 กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 5.64 กลุ่มที่ 4 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 3.45 จากประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41 จากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก และการสนทนากลุ่ม (Focus group) ปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง พบว่า ยังไม่มีแนวทางหรือรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจนเพราะยังเป็นเรื่องใหม่ ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลอยู่คนเดียว มีโรคประจำตัว ผู้ดูแลขาดความรู้ และขาดทักษะและความชำนาญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 และกลุ่ม 4 (ที่นอนติดเตียงช่วยเหลือตนเองไม่ได้) โดยเฉพาะทักษะ



การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว การสระผมบนเตียง การบริหารข้อป้องกันข้อติด การดูแลความสะอาดสายสวนปัสสาวะเป็นต้น ทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลอย่างมีบุคลากรที่สามารถปรึกษาปัญหาได้ทันเวลา ต้องการพัฒนาตนเองหรือมีช่องทางประสานผู้เกี่ยวข้อง ในการดูแลได้ทันทีเมื่อเกิดปัญหา ได้ข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการให้การดูแลผู้สูงอายุแต่ละคน โดยการสำรวจความรู้และทักษะที่ต่อการ พัฒนาในทุกๆ ปี เพื่อช่วยให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้หลากหลาย ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มทักษะในการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันอยากให้ปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณในการจัดการสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลและยากจนให้ทั่วถึง

## 2. ระยะดำเนินการพัฒนา (Action)

ดำเนินการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม พึ่งพิงเครือข่ายสุขภาพอำเภอแกลง โดย ดำเนินการดังนี้

2.1 ประชุมสร้างการมีส่วนร่วมของ ภาควิชาเครือข่าย จำนวน 60 คนที่เป็นตัวแทนของ ทุกตำบล ที่โรงพยาบาลแกลง คั้นข้อมูลที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข โดยระดมความคิดเห็น จัดทำแผน/ดำเนินการ ตามแผนดังนี้ มีคณะกรรมการดำเนินงาน ผู้สูงอายุระดับอำเภอ/ ระดับตำบลและมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีผู้ประสานงานระดับเครือข่าย บริการสุขภาพแกลง(ผู้วิจัยเป็นผู้รับหน้าที่นี้) มีผู้รับผิดชอบข้อมูลทุกระดับชัดเจน ผู้ดูแล ผู้สูงอายุต้องผ่านการอบรม Care giver ตาม หลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุขโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร เข้ารับการฝึกอบรม ต้องเป็นผู้มีประสบการณ์การ ดูแลผู้สูงอายุมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และสมัครใจเข้า

รับการอบรม และมีแผนพัฒนาความรู้และทักษะ ที่จำเป็นในการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม พึ่งพิงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อช่วยให้ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้หลากหลาย ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มพึ่งพิงได้ดีขึ้น และมีเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภายในเครือข่ายเพื่อพบปะและติดตามความก้าว การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุทุกปี

## 2.2 ประชุมเตรียมทีมวิทยากร

ระดับอำเภอ ในการอบรม Care giver ตาม หลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ปรับปรุงให้มีความเหมาะสมและ สอดคล้องกับสภาพปัญหาอุปสรรคและความ ต้องการ การดูแลเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะ ของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงให้ได้ คุณภาพ โดยมีระยะเวลาฝึกอบรมตามหลักสูตร 10 วัน แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 30 ภาคปฏิบัติ 40 ชั่วโมง

## 2.3 จัดการฝึกอบรมตามแนวทาง

ในการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มพึ่งพิงตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรม อนามัย ให้กับอาสาสมัคร (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) จำนวน 45 คน แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 30 ชั่วโมง เป็นการบรรยายและสาธิต พร้อมทั้งแสดง บทบาทสมมุติที่ห้องประชุม สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอแกลงมีการทดสอบก่อนการ อบรมตามหลักสูตร 30 ข้อ ภาคปฏิบัติ 40 ชั่วโมง มีการฝึกปฏิบัติที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาล แกลงและแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ออกปฏิบัติจริงกับ ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงในชุมชนในช่วงเช้ากลับมา สรุปร Case ในช่วงบ่ายเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การดูแล และวันสุดท้ายของ การอบรม มีการนำข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ในพื้นที่รับผิดชอบมาจัดทำแผนการดูแล รายบุคคล (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) 1 คน รับผิดชอบ ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง 7- 8 คน ติดตามดูแล 3 วัน ต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 2 เดือน โดยมีพี่เลี้ยง คือ

พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้วิจัย ร่วมกันจัดทำแนวทางการการดูแลต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลแกดำถึงชุมชน (ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง) ติดตามประเมินครอบคลุมทุกพื้นที่เดือนละ 1 ครั้ง โดยมีทีมสหวิชาชีพและผู้วิจัย .

3. ระยะสังเกตการณ์ (Observe) ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกดำ พบว่า

3.1 ผลการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการฝึกอบรมของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการฝึกอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม โดยคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการให้บริการก่อนและหลังการฝึกอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนอบรมและหลังการฝึกอบรม

ระยะดำเนินการ	n	คะแนนเต็ม	คะแนนสูงสุด	คะแนนต่ำสุด	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ก่อนการอบรม	45	30	26	18	22.42	2.388	8.319	$p < 0.001$
หลังการอบรม	45	30	29	24	26.02	1.559		

$p < 0.001$

3.2 จากการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41 หลังดำเนินการคุณภาพชีวิตดีขึ้นอยู่ในระดับดี ร้อยละ 44

ก่อนและหลังดำเนินโครงการ พบว่า จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงทุกกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงกลุ่ม 4 ก่อนการดำเนินการมี จำนวน 12 คน หลังดำเนินการเหลือจำนวน 1 คน ดังตารางที่ 2

3.3 ผลการประเมินการใช้แบบคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ก่อนและหลังการดำเนินงาน

พื้นที่ดำเนินการ	ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ก่อนดำเนินการ				ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง หลังดำเนินการ			
	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม
	1	2	3	4	1	2	3	4
1. เทศบาลตำบลแกดำ	49	20	6	4	47	21	4	1
2. เทศบาลตำบลมิตรภาพ	10	4	0	0	8	3	1	0
รพ.สต.ป่าช่าง/ตาหลุง	26	0	1	0	12	0	1	0
3. ตำบลแกดำ	15	2	1	1	15	2	1	0

ตารางที่ 2 (ต่อ) ตารางเปรียบเทียบจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ก่อนและหลังการดำเนินงาน

พื้นที่ดำเนินการ	ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ก่อนดำเนินการ				ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง หลังดำเนินการ			
	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม
	1	2	3	4	1	2	3	4
4. ตำบลวังแสง	25	8	2	1	4	4	1	0
รพ.สต.หนองบัว/วังแสง	32	2	2	1	29	2	2	0
5. ตำบลหนองกุง	22	3	2	1	7	3	0	0
6. ตำบลโนนภิบาล	26	6	3	1	15	6	3	0
7. ตำบลหนองแสน	33	5	2	3	14	5	1	0
<b>รวม</b>	<b>238</b>	<b>50</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>151</b>	<b>46</b>	<b>14</b>	<b>1</b>

4. การสะท้อนกลับ (Reflection) เมื่อสิ้นสุดโครงการ ประชุมถอดบทเรียน การดำเนินงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การปฏิบัติงาน พบว่า ได้เรื่องเล่าเร้าพลังในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่เกิดจากการทำงานของ Care Giver ทั้งหมด 8 เรื่อง ซึ่งสื่อถึงความภาคภูมิใจและความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี และจากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกท่านมีความรู้ความเข้าใจและยอมรับในรูปแบบที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้น การมีรูปแบบที่ชัดเจนทำให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแควดำ จังหวัดมหาสารคาม เป็นอำเภอแรกที่ดำเนินการตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว<sup>9</sup> ครบร้อยละ 100 และผ่านเกณฑ์คุณภาพการประเมินตำบลต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร้อยละ 100 ในปี 2559

สรุป รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแควดำ จากวิจัย ประกอบด้วย 1) มีคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ ระดับตำบล 2) มีผู้ประสานงาน/ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงระดับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ

3) มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล แก่ดำถึงชุมชน 4) มีผู้รับผิดชอบงานแต่ละพื้นที่ (พยาบาลวิชาชีพผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระดับตำบลและเป็นพี่เลี้ยงให้กับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง 5) มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย 6) มีคู่มือ Care giver ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแควดำ 7) อบรมฟื้นฟูเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง 1 ครั้งต่อปี 8) มีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน/สรุปผลงาน 1 ครั้งต่อปี

### อภิปรายผล

สถานการณ์ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เครือข่ายสุขภาพอำเภอแควดำ มีทั้งหมด 319 คน เป็นผู้สูงอายุหญิง 232 คน เป็นชาย 87 คน อาศัยอยู่กับครอบครัว 259 คน อยู่กับสามีภรรยา 11 คู่ อยู่คนเดียว 9 คน และเป็น กลุ่มที่ 1 (กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง) ซึ่งเสี่ยงต่อการหกล้มมากถึง ร้อยละ 67.71 จะต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในเขตอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ปิยะดา ด้วงพิบูลย์ ที่พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่มีจำนวน

มากที่สุดคือกลุ่มที่เดินลำบากและเสี่ยงต่อการหกล้ม<sup>10</sup> ซึ่งเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกดำ ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2556 แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนเนื่องจากต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการพัฒนาจนกระทั่งปีงบประมาณ 2558 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น มีนโยบายสนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุผู้วิจัยจึงเขียนโครงการขอรับงบประมาณสนับสนุนมาดำเนินการ สอดคล้องกับการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>12</sup> ที่กล่าวไว้ในขณะนี้ เป็นระยะที่หลายพื้นที่ มีการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือกันในชุมชนโดยความร่วมมือของทีมสาธารณสุข ท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการบริการแก่ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนขึ้น เนื่องจากมีการขับเคลื่อนผลักดันเชิงนโยบายของรัฐบาลในปี 2558 และเริ่มมีงบประมาณสนับสนุนให้ในปีงบประมาณ 2559 เป็นปีแรก และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงในแต่ละที่อาจคล้ายกันแต่ไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับปัจจัยในแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษา การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย<sup>3</sup> เครือข่ายบริการสุขภาพแกดำการวิจัยในครั้งนี้ เปิดโอกาสให้ผู้มีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทุกพื้นที่ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคและสถานการณ์ผู้สูงอายุทั้งภาพรวมระดับอำเภอและรายตำบลของตนเองซึ่งบางพื้นที่ยังไม่ได้ดำเนินการตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแต่เมื่อมีอาสาสมัครเข้ามารับการอบรมเป็นผู้ดูแลและได้มามีส่วนร่วมในการพัฒนาจึงเกิด ความรู้สึกเป็นทีมเดียวกันและได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเป็นภาพของเครือข่ายอำเภอแกดำประกอบด้วย 1) ต้องมีนโยบายระดับอำเภอ

ผู้บริหารเห็นความสำคัญโดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ ระดับตำบล 2) มีผู้ประสานงานงาน/ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงระดับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ(ซึ่งเป็นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุทำให้มีโอกาสเป็นผู้ประสานเชื่อมโยงกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนางานผู้สูงอายุ 3) มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแกดำถึงชุมชน 4) มีผู้รับผิดชอบงานแต่ละพื้นที่ (ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระดับตำบล) ที่รู้ข้อมูลผู้สูงอายุและสามารถเป็นพี่เลี้ยงให้กับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้ 5) มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย 6) มีคู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกดำ 7) มีความต้องการอบรมฟื้นฟูเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง 1 ครั้งต่อปี 8) มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน/สรุปผลงาน 1 ครั้งต่อปี

แนวทางการพัฒนาความรู้และทักษะอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง จะต้องเน้นให้เกิดความรู้และทักษะที่จำเป็นที่นำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนตามบริบทที่มีอยู่จริง สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับ ดัชนีวัดตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564)<sup>13</sup> ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงนโยบายสำคัญของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง สำนักอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขปี 2558 และที่สำคัญปี พ.ศ. 2559 อำเภอแกดำทุกตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 100

ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลครอบคลุมทั้ง  
อำเภอ

### ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง  
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกดำ ที่พัฒนาขึ้น  
ควรได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้อง  
กับบริบทในการให้บริการและพัฒนาให้สอดคล้อง  
กับความรู้และ วิทยาการที่เกิดขึ้นใหม่

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ  
การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรมการ  
แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.  
สรุปรายงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
มหาสารคามประจำปี 2557. (เอกสารอัด  
สำเนา). 2557.
3. โรงพยาบาลแกดำ. สถิติผู้มารับบริการ  
โรงพยาบาลแกดำประจำปี 2555-2556.  
(เอกสารอัดสำเนา); 2557.
4. สมพงษ์ จันทรโอวาท, นวรัตน์ บุญนาน,  
สุภาพร สุโพธิ์. การเสริมสร้างศักยภาพ  
เครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ  
ระยะยาว อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม.  
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2558; 12:  
9-134.
5. ฉัตรวีรณ องค์กรสิงห์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อ  
พัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพของ  
ชุมชน ตำบลโคกกระชาย อำเภอครบุรี จังหวัด  
นครราชสีมา. นครราชสีมา: สถาบันวิจัยระบบ  
สาธารณสุข; 2549.
6. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวง  
สาธารณสุข. คู่มือแนวทางกาฝึกอบรมผู้ดูแล  
ผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง. กรมอนามัย  
กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
7. กรมอนามัย. แบบประเมินความสามารถใน  
การประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล  
เอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living:  
ADL). กรมอนามัย; 2557.
8. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์ และคณะ. แบบวัด  
คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก  
ชุดย่อฉบับภาษาไทย(World Health  
Organization Quality of Life Brief-Thai,  
WHOQOL-BREF-THAI). กรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
9. ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย กระทรวง  
สาธารณสุข. องค์ประกอบการทำงานตำบล  
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาว. ขอนแก่น:  
ศูนย์อนามัยที่ 6; 2557.
10. ปิยะดา ด้วงพิบูลย์. การประเมินภาวะพึ่งพา  
ของผู้สูงอายุในเขตอำเภอวัดเพลง จังหวัด  
ราชบุรี. สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ; 2552.
11. ชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช  
เสนานิกรณ์ และวาริ ศรีสุรพล. การดูแล  
ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ภาค  
ตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. วารสารสันติ  
ศึกษาปริทรรศน์. มจร ปีที่ 5 ฉบับพิเศษ.;  
2558.
12. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์; ไพบูลย์ สุริยะวงศ์  
ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร  
บวรศม สิริพันธ์. การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบ  
การดูแลระยะยาว (Long-term care)  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คลังข้อมูลและ  
ความรู้ระบบสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบ  
สาธารณสุข (สวรส.); 2559.
13. ดัชนีวัดตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.  
2545 - 2564). ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552.  
กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2552.

## Original Article

## นิพนธ์ต้นฉบับ

แรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้านตำบลเสื่อเต่า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคามMotivation Affecting Participation in Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control  
of Village Health Volunteers of Seutao Sub-District, Chiangyuen District,  
Mahasarakham Province.

สมหมาย คำพิชิต\*

Sommhay Kompichit\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเสื่อเต่า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม ทำการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 131 คน ซึ่งได้ผ่านการการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95 เก็บรวบรวมข้อมูล (1 กุมภาพันธ์ 2562 ถึง 15 มีนาคม 2562) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการหาค่าจำนวน ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สำหรับใช้อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับแรงจูงใจ ระดับการมีส่วนร่วม และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 95 คน ร้อยละ 72.52 ส่วนอายุมีค่าเฉลี่ย 47.43 ปี ส่วนมากอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 50 คน ร้อยละ 38.17 อายุน้อยที่สุด 21 ปี อายุมากที่สุด 69 ปี สถานภาพสมรส จำนวน 114 คน ร้อยละ 87.02 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 72 คน ร้อยละ 54.96 มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท/เดือน จำนวน 72 คน ร้อยละ 54.96 ค่าเฉลี่ยของรายได้เท่ากับ 5,973.28 บาท (S.D.=3,316.52) ส่วนระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.34 ปี มากที่สุด 40 ปี น้อยที่สุด 1 ปี ส่วนระดับแรงจูงใจ ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}$  = 3.77, S.D. = 0.44) ระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$  = 3.66, S.D. = 0.53) ภาพรวมแรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม อยู่ในระดับสูงทางบวก ( $r_s$  = 0.74, 95%CI = 0.654-0.810,  $p < 0.001$ ) สามารถทำนายการมีส่วนร่วมได้ ร้อยละ 72.17 ( $adjR^2$  = 0.7217)

\* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม

\* Chuenchom District Public Health Office, Mahasarakham



## ABSTRACT

This research was a cross-sectionnal Analytic study with its aim to investigate into motivation that affects participation in dengue hemorrhagic fever prevention and control of village health volunteers of Seutao Sub-district, Chianyuen District, Maharakham Province.

The study was carried out with a group of 131 village house volunteers who passed a test for content validity approved by 3 experts and a content validity of questionnaire was also found out by using the Cronbach's Alfa Coefficient of 0.95. Data was collected from 1 February 2019 to 15 march 2019 and was analized by using program computer. The statistics used for data analysis were descriptive statistics such as Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation, Median, Minimum and Maximum. The statistics was for describing the personal characteristics of volunteers, and their level of motivation and participation. In addition their inferential statistics were also using a Spearman rank correlation coefficient and a stepwise multiple regression analysis. The level of statistical significance was set at 0.05.

The results showed that the majority of group of female for 95(72.52%).The aged mean value 47.43 years old. Most are aged between 41-50 years old for 50(38.17%) minimum age 21,most of age 69 years old, Married status for 114 (87.02%). The level of education secondary school for 72 (54.96%). Income not exceeding 5,000 baht per month for 72 (54.96%) mean of income 5,973.28 baht (S.D.=3,316.52 baht). The duration of the volunteer village health mean value 11.34 years here are same of the maximum 40 years the minimum 1 year. The overall level of motivation of the sample was at a hight level ( $\bar{x} = 3.77$ , S.D. =0.44) while a level of participation of the moderate level ( $\bar{x} = 3.66$ , S.D. =0.53). The overall level of motivation that affects participation and dengue hemorrhagic fever prevention and control of the village health volunteers of Seutao Sub-district, Chianyuen District, Maharakham Province was positive hight level ( $r=0.74$ , 95%CI=0.654-0.810,  $p<0.001$ ).  $adjR^2=0.7217$

## บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever : DHF) เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศในเขตร้อนชื้น โดยอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกเมื่อ พ.ศ.2513 มีการระบาดของไข้เลือดออกถึง 9 ประเทศ และมีการระบาดเพิ่มมากขึ้น ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันไข้เลือดออกกลายเป็นโรคประจำท้องถิ่นของประเทศมากกว่า 100 ประเทศในแถบแอฟริกา อเมริกา เอเชียตะวันออกเฉียงใต้โดยมีความรุนแรงมากในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประชากร 2,500 ล้านคน ในประเทศที่มีการระบาดจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้เลือดออกมีการติดเชื้อปีละ 50 ล้านคน และต้องนอนโรงพยาบาลมากกว่า 500,000 คนต่อปี อัตราการเสียชีวิตประมาณ ร้อยละ 2.5 สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย 5 ปีย้อนหลัง ระหว่าง พ.ศ. 2557-2561 พบผู้ป่วย 4,082 ราย, 144,952 ราย, 63,310 ราย, 53,190 ราย และ 85,849 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 41 ราย 141 ราย, 61 ราย และ 63 ราย ตามลำดับ<sup>1</sup> สถานการณ์โรคไข้เลือดออกเขตสุขภาพที่ 7 ที่ประกอบไปด้วยจังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ มีสถิติการระบาดของโรคไข้เลือดออก ในปี พ.ศ. 2558 - 2561 จำนวน 6,751 ราย, 3,325 ราย, และ 4,081 รายตามลำดับ<sup>2</sup> จังหวัดมหาสารคาม เป็นจังหวัดที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องทุกปี สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2558 - 2560 มีจำนวนผู้ป่วย 1,122 ราย, 615 รายและ 453 ราย สำหรับปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วย 669 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 69.45 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยตาย 1 ราย สำหรับสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2558-2561 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 24 ราย, 21 ราย และ 37 รายตามลำดับ<sup>3</sup>

คณะทำงานและผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ได้ใช้มาตรการที่หลากหลายรูปแบบ เพื่อสนองนโยบายลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก โดยเริ่มจากการดำเนินงานในการกำจัดจำนวนลูกน้ำยุงลายโดยให้ดัชนีครัวเรือน (ค่า HI) ไม่ให้เกินร้อยละ 10 และอัตราไข้เลือดออกลดลง ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี<sup>4</sup> โดยใช้มาตรการ ได้แก่ การทำพันธะสัญญาร่วมกับนายอำเภอเชียงยืน (MOU) และให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จัดทำแผนรณรงค์ในระดับตำบลและรายงานผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การอบรมและให้ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การประเมินไข้วาระหว่างตำบล เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาของโยมา ประดิษฐ์ พบว่าการอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องการระบาดของโรคไข้เลือดออก ทำให้ประชาชนปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>5</sup> การรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายทุกวันศุกร์ การใช้แบบสำรวจค่าความชุกของลูกน้ำยุงลาย (ค่าBI)<sup>6</sup> แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เป็นพลังส่วนหนึ่งที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ซึ่งตามทฤษฎีการจูงใจของ เฮอร์ซเบิร์ก (Herzberg F. et al.,1990) ได้สรุปถึงความต้องการของคนในองค์การ หรือการจูงใจจากการทำงานว่า ความพอใจในงานที่ทำ และความไม่พอใจในงานที่ทำ ไม่ได้มาจากปัจจัยกลุ่มเดียวกัน แต่มีสาเหตุมาจากปัจจัย 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factor) ปัจจัยการจูงใจ (Motivation Factor) เป็นสิ่งที่สร้างความพึงพอใจในงานที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้บุคคลรักและชอบงานที่ปฏิบัติอยู่ และทำให้

บุคคลในองค์กรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 1) ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน 2) การได้รับการยอมรับนับถือ 3) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ 4) ความรับผิดชอบ และปัจจัยค้ำจุน หรือปัจจัยอนามัย (Hygiene factor) เป็นปัจจัยภายนอกที่ชี้ถึงความไม่พึงพอใจในการทำงาน และเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลยังปฏิบัติงานอยู่ได้ตลอดเวลา ประกอบด้วย 1) นโยบาย 2) สภาพการปฏิบัติงาน 3) การบังคับบัญชา 4) ความสัมพันธ์ระหว่าง 5) ค่าตอบแทน 6) ชีวิตความเป็นส่วนตัว การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, N.T., 1980) ที่ว่าการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้เสีย ได้มีโอกาสแสดงทัศนะแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือกและการตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงควรเข้าร่วมกระบวนการนี้ตั้งแต่ต้น จนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจ การรับรู้ การเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนร่วมกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย ซึ่งจากการศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผลการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมจะอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อายุ อาชีพ การรับรู้ การศึกษา<sup>7</sup> ดังนั้นขั้นตอนของการมีส่วนร่วมมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลซึ่งขั้นของการมีส่วนร่วมดังกล่าวนี้จะสร้างจิตสำนึกให้เกิดความตระหนักแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งจากรายงานการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกยังพบว่า ประชาชน

ส่วนใหญ่ยังขาดกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการกำจัดลูกน้ำยุงลายที่ต่อเนื่อง<sup>8</sup>

สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกของตำบลเสื่อเต่า อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า โรคไข้เลือดออก ยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นงานที่ควรได้รับการแก้ไขปัญหาโดยบทบาทหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการที่จะแก้ไขปัญหาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับหมู่บ้าน และตำบลในการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยศึกษาแรงจูงใจ ปัจจัยการจูงใจ ความสำเร็จในการปฏิบัติงานการได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ ปัจจัยค้ำจุนนโยบายสภาพการปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ค่าตอบแทนชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว และศึกษาการมีส่วนร่วม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นประโยชน์ต่อบุคคล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปวางแผน ส่งเสริม สนับสนุน เพื่อแก้ไขปัญหในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลเสื่อเต่า อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อศึกษาผลของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและ

ควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลเสื่อเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

### สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการมี

ส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเสื่อเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

2. แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเสื่อเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### ตัวแปรต้น

**คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- รายได้
- ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน
- ระยะเวลาในการเป็นปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

#### ปัจจัยการจูงใจ

- ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน
- การได้รับการยอมรับนับถือ
- ลักษณะงานที่ปฏิบัติ
- ความรับผิดชอบ

#### ปัจจัยค้ำจุน

- นโยบาย
- สภาพการปฏิบัติงาน
- ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
- ค่าตอบแทน
- ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว

#### ตัวแปรตาม

#### การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

### วิธีการดำเนินงานวิจัย

1. รูปแบบการวิจัยการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study)

2. ประชากรคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเสื่อเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ประชากร จำนวน 174 คน

และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อ่านออกเขียนได้และยินดียินดีร่วมตอบแบบสอบถามที่อาศัยอยู่ในตำบลเสื่อเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากร<sup>9</sup>

$$n = \frac{N Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเสื่อเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 174 คน

$Z_{\alpha/2}$  = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ( $Z_{\alpha/2}$  หรือ  $Z_{0.025}=1.96$ )

e = ค่าความคลาดเคลื่อนกำหนดไว้ ที่ยอมให้เกิดขึ้นซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ยที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากค่าเฉลี่ยของประชากร เท่ากับ 0.05

$\sigma$  = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้วิจัยใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการได้จากการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนาทอง<sup>10</sup> ซึ่งมีค่า 0.54

แทนค่า

$$n = \frac{174 \times (1.96)^2 \times (0.54)^2}{(0.05)^2 \times (174-1) + (1.96)^2 \times (0.54)^2}$$

n = 125.55 จำนวน 126 คน

ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 126 คน และผู้วิจัยได้คำนวณเพื่อการตอบกลับไม่ครบถ้วนร้อยละ 10 รวมส่งแบบสอบถามทั้งหมด 139 ชุด การสุ่มตัวอย่างจากการหาช่วงของการเลือกตัวอย่าง  $I = N/n = 174/131$  ได้ 1.32 โดยถ้าได้ค่ามากกว่า 1.5 ใช้วิธีสุ่มอย่างเป็นระบบ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายและได้รับการตอบกลับแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 131 ชุด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการควบคุมคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์

มีทั้งหมด 3 ส่วน ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเสื่อเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเสื่อเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม โดยแบบสอบถามได้หาความตรงของเนื้อหาโดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ครบถ้วน ลักษณะแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบ

ให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5,4,3,2,1) หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยได้ค่าความเชื่อมั่น 0.95 (Cronbach's Alpha Coefficient)

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สำหรับใช้อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับแรงจูงใจ ระดับการมีส่วนร่วม สถิติเชิงอนุมาน ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอ (Stepwise multiple regression analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

#### ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 95 คน ร้อยละ 72.52 ส่วนอายุมีค่าเฉลี่ย 47.43 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 50 คน ร้อยละ 38.17 อายุน้อยที่สุด 21 ปี อายุมากที่สุด 69 ปี สถานภาพสมรส จำนวน 114 คน ร้อยละ 87.02 ระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า จำนวน 72 คน ร้อยละ 54.96 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท / เดือน จำนวน 72 คน ร้อยละ 54.96 ค่าเฉลี่ยของรายได้เท่ากับ 5,973.28 บาท (S.D.=3,316.52) ส่วนระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.34 ปี น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 40 ปี

2. ระดับแรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเสื่อเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ภาพรวมพบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=3.77$ , S.D.=0.44) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ระดับแรงจูงใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดยแรงจูงใจด้านความรับผิดชอบมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x}=4.13$ , S.D.=0.56) รองลงมา คือ ด้านชีวิตความเป็น ส่วน ตัว ( $\bar{x}=4.07$ , S.D.=0.53) ด้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( $\bar{x}=3.92$ , S.D.=0.54) ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ( $\bar{x}=3.86$ , S.D.=0.54) ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ( $\bar{x}=3.81$ , S.D.=0.55) ส่วนด้านที่น้อยที่สุด ได้แก่ ด้านค่าตอบแทน ( $\bar{x}=3.18$ , S.D.=0.70)

3. ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเสื่อเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ภาพรวมพบว่า ภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.66$ , S.D.=0.53) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ในระดับมากเพียงด้านเดียว ( $\bar{x}=3.74$ , S.D.=0.65) ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับดังนี้ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ( $\bar{x}=3.66$ , S.D.=0.64) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ( $\bar{x}=3.65$ , S.D.=0.67) และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ( $\bar{x}=3.65$ , S.D.=0.63)

4. การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเสื่อเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลทุกด้านมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้ เพศหญิง ( $r_s=-0.02$ ,  $p=0.80$ ), อายุ ( $r_s=0.05$ ,  $p=0.52$ ), สถานภาพสมรส(คู่) ( $r_s=0.12$ ,  $p=0.14$ ) ระดับการศึกษา (มัธยมศึกษา) ( $r_s=0.03$ ,  $p=0.68$ ), รายได้ ( $r_s=0.04$ ,  $p=0.57$ ) และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ( $r_s=0.04$ ,  $p=0.60$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1



**ตารางที่ 1** สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r_s$ )	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เพศ(หญิง)	-0.02	0.80	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	0.05	0.52	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพ(คู่)	0.12	0.14	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา (มัธยมศึกษา)	0.03	0.68	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้	0.04	0.57	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาการเป็น อสม.	0.04	0.60	ไม่มีความสัมพันธ์

5. การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s=0.74$ , 95%CI=0.654-0.810,  $p < 0.001$ ) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์สูงจำนวน 2 ด้าน ตามลำดับ คือ ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ( $r_s=0.74$ , 95%CI=0.66 2-0.81 5,  $p < 0.001$ ) และด้านนโยบาย ( $r_s=0.68$ , 95%CI = 0.5 8 2-0.7 6 6,  $p < 0.001$ ) สำหรับด้านอื่นๆ

ความสัมพันธ์ในระดับปานกลางตามลำดับดังนี้ ด้านชีวิตความเป็นส่วนตัว ( $r_s=0.61$ , 95%CI= 0.491-0.708,  $p < 0.001$ ) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( $r_s=0.60$ , 95%CI=0.487-0.706,  $p < 0.001$ ) ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ( $r_s=0.59$ , 95%CI=.473-0.696,  $p < 0.001$ ) ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ( $r_s=0.56$ , 95%CI=0.437-0.672,  $p < 0.001$ ) ด้านความรับผิดชอบ ( $r_s=0.52$ , 95%CI=0.385-0.636,  $p < 0.001$ ) ด้านค่าตอบแทน ( $r_s=0.49$ , 95%CI=0.353-0.614,  $p < 0.001$ ) ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ( $r_s=0.43$ , 95%CI=0.289-0.567,  $p < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค  
ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัด  
มหาสารคาม

แรงจูงใจ	การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม			
	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ ( $r_s$ )	95% CI	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
<b>ปัจจัยจูงใจ</b>				
ความสำเร็จในการ ปฏิบัติงาน	0.59	0.473-0.696	< 0.001	ปานกลาง
การได้รับการยอมรับนับถือ	0.43	0.289-0.567	< 0.001	ปานกลาง
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	0.56	0.437-0.672	< 0.001	ปานกลาง
ความรับผิดชอบ	0.52	0.385-0.636	< 0.001	ปานกลาง
<b>ปัจจัยค้ำจุน</b>				
นโยบาย	0.68	0.582-0.766	< 0.001	สูง
สภาพการปฏิบัติงาน	0.74	0.662-0.815	< 0.001	สูง
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.60	0.487-0.706	< 0.001	ปานกลาง
ค่าตอบแทน	0.49	0.353-0.614	< 0.001	ปานกลาง
ชีวิตความเป็นส่วนตัว	0.61	0.491-0.708	< 0.001	ปานกลาง
<b>ภาพรวม</b>	<b>0.74</b>	<b>0.654-0.810</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>สูง</b>

6. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจ  
ที่มีผลและมีอำนาจทำนายการมีส่วนร่วมใน  
การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล  
เสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า  
เมื่อสภาพการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้  
การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค  
ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัด  
มหาสารคามเพิ่มขึ้น 0.40 หน่วย (เมื่อควบคุม  
แรงจูงใจด้านด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล  
ด้านนโยบาย ด้านการได้รับการยอมรับนับถือให้  
คงที่) อยู่ในช่วงระหว่าง 0.30-0.51 อย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ (mean\_diff =0.40, 95%CI =0.30-0.51,

p<0.001) เมื่อคะแนนแรงจูงใจด้านนโยบายเพิ่มขึ้น  
1 หน่วย ทำให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันและ  
ควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน  
จังหวัดมหาสารคามเพิ่มขึ้น 0.21 หน่วย  
(เมื่อควบคุมแรงจูงใจด้านด้านสภาพการปฏิบัติงาน  
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการได้รับ  
การยอมรับนับถือให้คงที่) อยู่ในช่วงระหว่าง 0.08-  
0.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean\_diff =0.21,  
95%CI=0.08-0.35, p=0.001) เมื่อคะแนนแรงจูงใจ  
ด้านด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้น  
1 หน่วย ทำให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันและ  
ควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน

จังหวัดมหาสารคามเพิ่มขึ้น 0.16 หน่วย (เมื่อควบคุมแรงจูงใจด้านด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านนโยบาย ด้านการได้รับการยอมรับนับถือให้คงที่) อยู่ในช่วงระหว่าง 0.03-0.29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean\_diff =0.16, 95%CI = 0.03-0.29, p=0.012) และเมื่อคะแนนแรงจูงใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค

ใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคามเพิ่มขึ้น 0.13 หน่วย (เมื่อควบคุมแรงจูงใจด้านด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านนโยบายให้คงที่) อยู่ในช่วงระหว่าง 0.03-0.29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean\_diff=0.13, 95%CI = 0.03-0.29, p=0.014) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

ตัวแปร	Mean ±S.D.	Mean difference	95% CI	p-value
สภาพการปฏิบัติงาน	3.50±0.64	0.40	0.30-0.51	< 0.001
นโยบาย	3.76±0.54	0.21	0.08-0.35	0.001
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.96±0.53	0.16	0.03-0.29	0.012
การได้รับการยอมรับนับถือ	4.12±0.56	0.13	0.03-0.29	0.014
R-squared = 0.7303		adjR <sup>2</sup> = 0.7217		

**อภิปรายผลการวิจัย**

ภาพรวมแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ( $\bar{x}$  =3.77,S.D.=0.44) ( $r_s$ =0.74, 95%CI =0.654-0.810, p<0.001) สอดคล้องกับสุวัฒน์ วงศ์ปฐิมาพร ศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามโครงการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนเชิงรุกจังหวัดชัยภูมิ<sup>11</sup> พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามโครงการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนเชิงรุกจังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลการศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามโครงการดังกล่าว คือ ปัจจัยค้ำจุน ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านชีวิต

ความเป็นอยู่ส่วนตัว ปัจจัยจูงใจ ด้านการยอมรับนับถือและด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ รัศมี ตรีแสน และคณะ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอคือวัง จังหวัดยโสธร<sup>12</sup> พบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงเมื่อแยกรายด้านพบว่าด้านการบริการสุขภาพด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการ และการบริหารงบประมาณเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขมีการปฏิบัติงานในระดับสูง ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน คือ งบประมาณ ค่าตอบแทนการยกย่องผลงานต่อสาธารณชน และการศึกษาของ บุญเลิศ โพธิ์ชัย ได้ศึกษาวิจัยถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น<sup>13</sup>

พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ปฏิบัติงานตามบทบาทในงานสุขภาพภาคประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของวงศันริศ คงรอด ได้ศึกษาระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น<sup>14</sup> พบว่า แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาพรวมของแรงจูงใจอยู่ในระดับต่ำทางบวก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า แรงจูงใจด้านการได้รับความไว้วางใจและมีอำนาจในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนงาน และความอิสระในการทำงานมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวก ด้านค่าตอบแทนพบว่า มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวก ความท้าทายของงานที่ปฏิบัติมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางลบ ส่วนการได้รับการยกย่อง สถานภาพการทำงาน และโอกาสในการเจริญเติบโต รวมทั้งด้านการเป็นส่วนตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน

การมีส่วนร่วมภาพรวมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสือเผ่น อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง  $\bar{x} = 3.66, S.D. = 0.53$  ส่วนรายด้านพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน  $\bar{x} = 3.74, S.D. = 0.65$  ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์/การประเมินผล และการตัดสินใจ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิเศษฐ์ ปรีกโรสง ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา<sup>15</sup> พบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง และผลการศึกษาทางด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านการรับผลประโยชน์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ การตัดสินใจวางแผน

ด้านการประเมินผลและด้านการดำเนินงานตามลำดับ กฤษ ตะภา ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น<sup>16</sup> พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีส่วนร่วมในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการประเมินผลตามลำดับ ส่วนการมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการวางแผนงาน และจากการศึกษาของ รัชณี ถิตย์ประเสริฐ พบว่าการดำเนินการพัฒนาชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากการเปรียบเทียบการจัดกิจกรรม 6 กิจกรรมก่อนและหลังการดำเนินงาน ได้แก่ 1) กิจกรรมการตั้งคณะกรรมการเพื่อกำหนดแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 2) กิจกรรมการให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์เรื่องโรคไข้เลือดออก 3) กิจกรรมการจัดหาทรายเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลาย 4) กิจกรรมรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย 5) กิจกรรมสำรวจลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ และ 6) กิจกรรมกวาดประกวาดบ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย พบว่า ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลบ่อแก้ว อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์<sup>17</sup> และการศึกษาของ ศุภเชษฐ์ ชาญประเสริฐ ซึ่งทำการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น<sup>18</sup> พบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง

คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) หรือไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการ

ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้ เพศที่นำมาหาความสัมพันธ์ คือ เพศหญิง อายุ สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษามัธยมศึกษา รายได้และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ด้านแรงจูงใจ ภาพรวมแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ด้านสภาพการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์สูงสุด รองลงมา คือ ด้านนโยบาย ส่วนด้านที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางตามลำดับ ได้แก่ ด้านชีวิตความเป็นส่วนตัว ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ด้านความรับผิดชอบ และด้านค่าตอบแทน สำหรับด้านที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือแต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อสภาพการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ทำให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคามเพิ่มขึ้น (เมื่อควบคุมแรงจูงใจด้านด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านนโยบาย ด้านการได้รับการยอมรับนับถือให้คงที่) เมื่อคะแนนแรงจูงใจด้านนโยบายเพิ่มขึ้นทำให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคามเพิ่มขึ้น (เมื่อควบคุมแรงจูงใจด้านด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการได้รับการยอมรับนับถือให้คงที่) เมื่อคะแนนแรงจูงใจด้านด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้น ทำให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคามเพิ่มขึ้นด้วย (เมื่อควบคุมแรงจูงใจด้านด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านนโยบาย ด้านการได้รับการยอมรับนับถือให้

คงที่) และเมื่อคะแนนแรงจูงใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือเพิ่มขึ้นทำให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสื่อเต่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคามเพิ่มขึ้นด้วย (เมื่อควบคุมแรงจูงใจด้านด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านนโยบาย ให้คงที่)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อเรียงลำดับของแรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการวิเคราะห์เชิงพหุหลายตัวแปรร่วมกัน พบว่า ด้านที่มีผลตามลำดับคือด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านนโยบาย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการได้รับการยอมรับนับถือ

#### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความเข้าใจ ความชำนาญ และความสามารถเพียงพอในการดำเนินงานการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อให้มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพ

2) การจัดสรรงบประมาณให้หน่วยงาน ควรได้รับเหมาะสมเพียงพอต่อการดำเนินงานการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการนำรูปแบบการการศึกษาครั้งนี้ไปศึกษาในตำบลอื่นๆ เพื่อให้ทราบถึงระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อื่นๆ ว่าเหมือนหรือแตกต่างกันหรือไม่

2) ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่น่าจะมีผลหรือมีความสัมพันธ์ต่อการการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อนำมาใช้ในการลำดับความสำคัญในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3) ควรมีการศึกษาในลักษณะวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ทราบถึงปรากฏการณ์ที่แท้จริงของสภาพที่เป็นจริงที่เป็นอยู่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านว่าจะสอดคล้องหรือขัดแย้งกับการวิจัยเชิงปริมาณอย่างไร

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีจากความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากตำบลเสื่อเต่า ทั้ง 16 หมู่บ้าน ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสื่อเต่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสูง พร้อมด้วยคณะเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562. [สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2562] แหล่งข้อมูล : <https://wesr.boe.moph.go.th>
- สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. รายงานการพยากรณ์โรคไข้เลือดออกปี 2562. กระทรวงสาธารณสุข; 2562. [สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2562] แหล่งข้อมูล <https://ddc.moph.go.th>
- โรงพยาบาลเชียงใหม่. รายงานการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก 2561. จังหวัดมหาสารคาม (เอกสารอัดสำเนา). 2562. 1:6.
- สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. คู่มือการประเมินผลตามตัวชี้วัด งานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับจังหวัด 2551. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
- โยมา ประดิษฐ์. ผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก บ้านหนองบัว ตำบลนาดี อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขียงยืน. รายงานการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก 2562. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. (เอกสารอัดสำเนา). 2562. 1:4.
- มนัญชัย รูปดำ. การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดขอนแก่น (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขียงยืน. คู่มือการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขียงยืน 2562. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม; 2562. 1:10.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวิตดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: คลังนาธรรมชาติ; 2551.
- จิราภรณ์ สีดาพล. แรงจูงใจที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนาทอง อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
- สุวิวัฒนะ วงศ์ปฏิมาพร. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข



- ประจำหมู่บ้านตามโครงการส่งเสริมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุกจังหวัดชัยภูมิ (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
12. รัศมี ตรีแสน และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
  13. บุญเลิศ โพธิ์ชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
  14. วงศ์นริส คงรอด. แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
  15. พิเศษฐ์ ปรีกัไฮสง. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
  16. กฤษ ตะภา. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
  17. รัชณี ถิตย์ประเสริฐ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลบ่อแก้ว อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
  18. คเชนทร์ ชาญประเสริฐ. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.

ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกต่อภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรคและผลการรักษา  
ในผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก โรงพยาบาลบึงกาฬ

Effect of care guideline for dengue hemorrhagic fever on complications, severity,  
and treatment outcomes of children with dengue fever  
in Buengkan Hospital.

สุวิมล บึงกาญจนา\*  
Suwimol Bungkanjana\*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค และผลของการรักษา ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก กลุ่มตัวอย่างเลือกเฉพาะเจาะจงเป็น ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Dengue fever, Dengue hemorrhagic fever ที่เข้ารับการ รักษาในหอผู้ป่วยเด็ก ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – กรกฎาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน 2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก 3) แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย ดังนี้

1. หลังใช้แนวทางการดูแล ผู้ป่วยไข้เลือดออกมีจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงกว่าก่อนใช้ แนวทางการดูแล โดยพบว่า จำนวนการเกิดภาวะน้ำเกินและปอดบวม มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มก่อน และหลังใช้แนวทางการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )
2. หลังใช้แนวทางการดูแล ผู้ป่วยไข้เลือดออกมีความรุนแรงของโรค ได้แก่ จำนวนการเกิดภาวะ shock และ severe shock ลดลงกว่าก่อนการใช้แนวทางการดูแล และพบว่า มีความแตกต่างกันของ จำนวนการเกิดภาวะ shock และ severe shock ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแล อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )
3. ผลของการรักษาหลังการใช้แนวทางการดูแล พบว่า มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกว่าก่อนใช้แนวทาง แต่ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: แนวทางการดูแล, ภาวะแทรกซ้อน, ความรุนแรง, ไข้เลือดออกในเด็ก

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

### Abstract

This study aimed to compare the complications, severity, and treatment outcomes before and after applying a guideline for patient care of dengue hemorrhagic fever in children. Sixty samples were purposively selected from groups of children aged from 1 to 15 years, who were diagnosed with dengue fever or dengue hemorrhagic fever, and were admitted at the pediatric ward between February and July 2019. The research instruments included: 1) a medical record audit form, 2) the guideline for patient care of dengue hemorrhagic fever in children, and 3) a treatment outcome record form. The data were analysed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Chi-square test.

The results of the study were as follows:

1. After using the patient care guideline, the complications were lower than before. Among these complications, hypervolemia and pneumonia were significantly different ( $p < 0.05$ ).
2. After using the patient care guideline, the severity of the disease, including shock and severe shock was lower than before and significantly different ( $p < 0.05$ ).
3. After using the patient care guideline, the improved treatment outcomes was higher than before but not significantly different.

**Keywords:** Patient care guideline, Complications, Severity, Dengue fever in children

## บทนำ

ไข้เลือดออกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเด็ก พบมากที่สุดในเด็กอายุ 5-15 ปี โดยพบสถิติโรคไข้เลือดออกของประเทศไทย ประจำปี 2562 มีรุนแรงกว่าปี 2561 ในช่วงเวลาเดียวกันเกือบสองเท่า ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 2 กรกฎาคม 2562 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทั้งสิ้น 40,402 ราย อัตราผู้ป่วย 61.16 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 58 ราย อัตราป่วยตาย 0.14 %<sup>1</sup> ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทั้งสิ้น 2,859 ราย อัตราป่วย 53.04 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 8 ราย อัตราป่วยตาย 0.28%<sup>2</sup> ในจังหวัดบึงกาฬ พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทั้งสิ้น 428 ราย อัตราป่วย 106.49 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 4 ราย อัตราป่วยตาย 0.93 % ซึ่งพบว่า มีอัตราป่วยและอัตราตายเป็นอันดับที่ 1 ของเขตบริการสุขภาพที่ 8 และสูงกว่าสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย<sup>3</sup>

ไข้เลือดออกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเด็ก พบมากที่สุดในเด็กอายุ 5-15 ปี ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีไข้สูง ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อทั่วลำตัว บางรายอาจมีคลื่นไส้ อาเจียน อาจมีผื่นแดงหรือจ้ำเลือดใต้ผิวหนัง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อาจมีเลือดออกตามเนื้อเยื่อหรืออวัยวะภายในนำไปสู่ภาวะช็อกจากภาวะเลือดออกมากเนื่องจากเกิดการรั่วของ พลาสมา ทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนลดลง เกิดภาวะช็อกทำให้ถึงเสียชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง โรคไข้เลือดมี 3 ระยะ คือระยะไข้ ระยะวิกฤติหรือระยะเลือดออก/ช็อก และระยะพักฟื้น<sup>4</sup> ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจึงต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ มีทักษะในการประเมิน สังเกต ผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม

มีความรู้พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง การรักษาและการพยาบาลตามระยะของโรค การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อสามารถเตรียมความพร้อมในการดูแลรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม ดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยกลับสู่ภาวะปกติและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวได้<sup>5</sup>

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกเด็กในโรงพยาบาลบึงกาฬ ในปี 2562 ช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน พบผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็กทั้งหมด 59 ราย มีภาวะช็อกก่อนมาถึงโรงพยาบาล 7 ราย คิดเป็น 13.56% มีภาวะช็อกหลังรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล 3 ราย คิดเป็น 5.77% มีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย คิดเป็น 1.69 % จากการทบทวน พบว่า หน่วยงานให้การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกตามแนวทางของกลุ่มงานกุมารเวชกรรมที่จัดทำขึ้นปี 2558 แต่ยังคงพบปัญหาว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยยังไม่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลและสถานการณ์ของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป ขาดระบบการเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่เข้าใจการดำเนินของโรค บุคลากรขาดความรู้และความตระหนักในการปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลโดยยึดแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกแดงก็ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรชามหาราชินี ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ มาเป็นกรอบแนวคิด โดยมุ่งเน้น การดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยใน จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน และผู้วิจัยได้ทดสอบประสิทธิผลของการใช้แนวทางการดูแลนี้ โดยวัดผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะน้ำเกิน

ภาวะปอดบวม ภาวะ Renal fail ภาวะ Transaminitis (ALT, AST ผิดปกติ) และภาวะ bleed ด้านความรุนแรงของโรควัดผลด้วยการเกิด ภาวะ shock และภาวะ sever shock และวัดผลผลการรักษาของผู้ป่วยว่า ดีขึ้น (Improve) และ ไม่ดีขึ้น (Non Improve)

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative study) เป็นการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค และผลของการรักษา ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-กรกฎาคม พ.ศ.2562 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้

1. ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Dengue fever, Dengue hemorrhagic fever

2. ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยแรกเริ่มเป็น Dengue shock syndrome

2. ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยแรกเริ่มเป็น Dengue fever, Dengue hemorrhagic fever ส่งมารับการรักษาต่อจากโรงพยาบาลอื่น

### เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก โรงพยาบาลบึงกาฬ สำหรับพยาบาลวิชาชีพใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยในเด็กโต โดยพัฒนาขึ้นตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกีฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชาฯ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชาฯ กรมการแพทย์

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI จำนวนวันนอนและการวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม

2.2 แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ของดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก มีทั้งหมด 9 ข้อ โดยสอบถามในเรื่อง ภาวะแทรกซ้อน ภาวะน้ำเกิน ภาวะปอดบวม ภาวะ Renal fail ภาวะ Transaminitis (ALT, AST ผิดปกติ) ภาวะ bleed ภาวะ shock และภาวะ sever shock ลักษณะคำตอบเป็นเลือกตอบ 2 ระดับ คือ เกิด และไม่เกิด ส่วนผลของการรักษาลักษณะคำตอบเป็นเลือกตอบ 2 ระดับ คือ Improve และ Not improve ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางหลักสูตรการดูแลทารกและเด็กวิกฤติ

### การดำเนินการทดลอง

1. ประชุมคณะกรรมการที่มำด้านกุมารเวชกรรมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก โดยการวิเคราะห์ช่องว่าง ทบทวนเวชระเบียนซักถามผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทั้งแผนกผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน และงานระบาดวิทยา

เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก

2. ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบึงกาฬ

3. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ กุมารแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางหลักสูตรการดูแลทารกและเด็กวิกฤติ

4. ประชุมชี้แจงทีมที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย มี 3 องค์ประกอบคือแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและการสื่อสารประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ

5. ดำเนินการเก็บข้อมูลตามเครื่องมือการเก็บข้อมูล

6. ประเมินผลเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค และผลของการรักษา ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก

#### เก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มก่อนใช้แนวทางการดูแลเก็บข้อมูลย้อนหลังจากการทบทวนเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ - เดือน เมษายน 2562 จำนวน 30 ราย

2. กลุ่มหลังใช้แนวทางการดูแลเก็บข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับเข้าการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในจนกระทั่งจำหน่าย

ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม - เดือนกรกฎาคม 2562 จำนวน 30 ราย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI จำนวนวันนอน และการวินิจฉัยโรคแรกรับนำมาจัดกลุ่มข้อมูลแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. Chi-square test ในการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรง และผลการรักษา ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก

#### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบึงกาฬเลขที่ BKHEC2019-15วันที่ 2 พฤษภาคม 2562 กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์การวิจัยและสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมโครงการผู้เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการและแม้หากผู้เข้าร่วมโครงการเปลี่ยนใจถอนตัวออกจากโครงการภายหลังก็สามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมโครงการจะนำเสนอเพียงภาพรวมและไม่มีทางจะเชื่อมโยงไปถึงผู้เข้าร่วมโครงการได้ผู้วิจัยได้ยึดหลักเกณฑ์ทางจริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในมนุษย์ตามหลักความเคารพในบุคคลหลักผลประโยชน์และหลักยุติธรรมผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตรหลักจริยธรรมสำหรับผู้วิจัยในมนุษย์วันที่ 26 มีนาคม 2562



**ผลการศึกษา**

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวทางการดูแลและกลุ่มหลังใช้แนวทางการดูแล จำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มหลังใช้แนวทางฯ (n=30)		กลุ่มก่อนใช้แนวทางฯ (n=30)		$\chi^2$
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>อายุ</b>					.15
1-12 ปี	29	96.7	24	80	
13-15 ปี	1	3.3	6	20	
	$\bar{X}=9.60$ , S.D=4.11 min=1, max=14		$\bar{X}=8.90$ , S.D=3.72 min=1, max=14		
<b>เพศ</b>					.07
ชาย	12	40	19	63.3	
หญิง	18	60	11	36.7	
<b>จำนวนวันนอน</b>					.31
1-6 วัน	14	43.8	18	50.2	
มากกว่า 7 วัน	16	57.1	12	42.9	
	$\bar{X}= 3.60$ , S.D=1.56 min=1, max=6		$\bar{X}=3.60$ , S.D=1.56 min=1, max=8		
<b>BMI</b>					
ผิปกติ	14	46.7	18	60	
ปกติ	16	53.3	12	40	
	$\bar{X}= 3.60$ , S.D=1.56 min=1, max=14		$\bar{X}=18.11$ , S.D=3.75 min=12.80, max=28.57		
<b>การวินิจฉัยแรกรับ</b>					.29
DF	9	30	12	40	
DHF	20	66.7	16	53.3	
อื่นๆ	1	3.3	3	6.7	

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 1-12 ปี ร้อยละ 80 โดยมีอายุต่ำสุด 1 ปี และอายุสูงสุด 14 ปี เฉลี่ย 8.9 ปี (S.D=3.72) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.3 จำนวนวันนอนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1-6 วัน ร้อยละ 50.2 มี ค่า BMI ผิปกติ คือ ร้อยละ 60 การวินิจฉัยแรกรับส่วนใหญ่เป็น DHF ร้อยละ 53.3

กลุ่มทดลองใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 1-12 ปี ร้อยละ 96.7 โดยมีอายุต่ำสุด 1 ปี และอายุสูงสุด 14 ปี เฉลี่ย 9.6 ปี (S.D = 4.11) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 จำนวนวันนอนเฉลี่ยมากกว่า 7 วัน ร้อยละ 57.1 มี ค่า BMI ปกติ คือ ร้อยละ 53.3 การวินิจฉัยแรกรับส่วนใหญ่เป็น DHF ร้อยละ 66.7

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรคก่อนและหลังการใช้แนวทาง

	กลุ่มหลังใช้แนวทางฯ (n=30)		กลุ่มก่อนใช้แนวทางฯ (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อน				
เกิด	9	30	21	70
ไม่เกิด	21	70	9	30
	$(\chi^2 = 9.600, df = 1, p = .002)$			
ภาวะน้ำเกิน				
เกิด	1	3.3	9	30
ไม่เกิด	29	96.7	21	70
	$(\chi^2 = 7.680, df = 1, p = .006)$			
ภาวะปอดบวม				
เกิด	0	0	14	46.7
ไม่เกิด	30	100	16	53.3
	$(\chi^2 = 18.261, df = 1, p < .001)$			
ภาวะRenal fail				
เกิด	1	3.3	2	6.7
ไม่เกิด	29	96.7	28	93.3
	$(\chi^2 = .000, df = 1, p = 1.000)$			
Transaminitis (ALT, AST ผิดปกติ)				
เกิด	14	46.7	15	50
ไม่เกิด	16	53.3	15	50
	$(\chi^2 = .067, df = 1, p = .796)$			
ภาวะ Bleed				
เกิด	2	6.7	7	23.3
ไม่เกิด	28	93.3	23	76.7
	$(\chi^2 = 3.606, df = 1, p = .052)$			
ภาวะ Shock				
เกิด	3	10	13	43.3
ไม่เกิด	27	90	17	56.7
	$(\chi^2 = 5.822, df = 1, p = .011)$			
ภาวะSevereShock				
เกิด	0	0	7	23.3
ไม่เกิด	30	100	23	76.7
	$(\chi^2 = 5.822, df = 1, p = .011)$			

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังใช้แนวทางการดูแล ผู้ป่วยไข้เลือดออกมีจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงกว่าก่อนการใช้แนวทางการดูแล โดยพบว่า จำนวนการเกิดภาวะน้ำเกินและปอดบวม มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนจำนวนการเกิดภาวะ Renal failure Transaminitis และภาวะ Bleed เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน

สำหรับความรุนแรงของโรค พบว่า หลังใช้แนวทางการดูแล ความรุนแรงของโรค ได้แก่ จำนวนการเกิดภาวะ shock และ severe shock ลดลงกว่าก่อนการใช้แนวทางการดูแล และพบว่า มีความแตกต่างกันของจำนวนการเกิดภาวะ shock และ severe shock ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบผลการรักษาของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวทางและหลังใช้แนวทาง

Outcome	กลุ่มหลังใช้แนวทางฯ (n=30)		กลุ่มก่อนใช้แนวทางฯ (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Improve	29	96.7	23	76.7
Not Improve	1	3.3	7	23.3

$(\chi^2 = 3.606, df = 1, P = .052)$

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มหลังใช้แนวทางฯ มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกว่าก่อนใช้แนวทาง โดยมีผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น ร้อยละ 96.7 ส่วนกลุ่มก่อนใช้แนวทางฯ มีผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น ร้อยละ 76.7 และเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน

**อภิปรายผล**

ในการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนความรุนแรงของโรคและผลของการรักษา ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก โรงพยาบาลบึงกาฬ และสมมติฐาน การวิจัยครั้งนี้ คือ ภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรง หลังการใช้แนวทางลดลง และผลของการรักษาหลังการใช้แนวทางดีขึ้น โดยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1 การเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังใช้แนวทางลดลง ผลการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนกลุ่มทดลองลดลงหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก ซึ่งภาวะที่ลดลงและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  ได้แก่ ภาวะน้ำเกินและปอดบวม ผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตจากโรคได้สูง บุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นต้องมีความรู้ที่ถูกต้อง การประเมิน การเฝ้าระวัง สังเกตอาการ การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด รวมถึงการให้ญาติและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน<sup>6</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา ต้นตาปกุลและสุษาดา วิภวานนท์<sup>7</sup> ที่พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับ

พยาบาลใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก โรคไข้เลือดออก ให้เกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งวิภาษ์พร เอี้ยวกิตติยากร และคณะ<sup>8</sup> ที่พบว่าแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่จัดทำโดยคำนึงถึงบริบทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยใน จะช่วยให้การดูแลต่อเนื่องและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

สมมุติฐานที่ 2 ความรุนแรงของโรคหลังใช้แนวทางลดลง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองความรุนแรงของโรคลดลงหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก การเกิดภาวะ shock และ severe shock มีค่าเฉลี่ยลดลงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  ภาวะ shock จะเป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสมา โดยระยะรั่วจะประมาณ 24-48 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ shock ส่วนใหญ่ จะมีภาวะรูสต์ตี พูดรู้เรื่อง ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและถูกต้อง ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงจับชีพจรและวัดความดันไม่ได้เกิด Prolong shock ภาวะรูสต์เปลี่ยนไปและอาจเสียชีวิตได้<sup>2</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา ตันตปากุลและสุชาตา วิภวกันต์<sup>7</sup> ที่พบว่าหลังการใช้แนวทาง การเกิด Prolong shock ผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็กลดลง การเกิดไตวายผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะช็อกลดลง การเกิดภาวะเลือดออก Disseminated intravascular clot (DIC) ลดลง

สมมุติฐานที่ 3 ผลของการรักษาหลังใช้แนวทางดีขึ้น ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมี Outcome ที่ดีขึ้นกว่าก่อนใช้แนวทาง แต่เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกัน คือ ร้อยละ 96.7 และร้อยละ 76.7 การนำแนวทางมาใช้ในการคัดกรอง ประเมินอาการและเฝ้าระวังภาวะช็อก ทำให้ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตและการส่งต่อ

โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาวตรี อภัยราช และเพ็ญกมล กุลสุ<sup>9</sup> ที่พบว่าการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งช่วยลดการเสียชีวิตได้

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประชุมเชิงปฏิบัติการให้แพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนทุกโรงพยาบาลในจังหวัดได้ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็กนี้ เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลและเกิดผลดีต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกต่อไป
2. ควรมีการประเมินผลการปฏิบัติของพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาในการดูแลต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ แพทย์หญิงนาตยา มิลล์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ ที่ให้ความสำคัญในการพัฒนาบุคลากรและให้การสนับสนุนให้มีการทำวิจัย ขอขอบคุณ แพทย์หญิงสุภัทรวดี ภูมิพันธ์ กุมารแพทย์ โรงพยาบาลบึงกาฬ คุณสุนันท์ นกทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และคุณวัลลภา ช่างเจรจา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงกาฬ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ตึกเด็กโต ที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยไข้เลือดออกที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคในระบเฝ้าระวัง 506 DHF (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อวันที่ 2

- กร ก ฎ า ค ม 2562). เข้าถึงได้จาก :  
<https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161a8cdf4ad2299f6d23/files/Dangue/Situation/2562/DHF%2021.pdf>.
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 DHF (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2562). เข้าถึงได้จาก :  
[http://odpc8.ddc.moph.go.th/upload\\_epi\\_article/sXRt46vJZaESDIVQNmUA.pdf](http://odpc8.ddc.moph.go.th/upload_epi_article/sXRt46vJZaESDIVQNmUA.pdf)
  3. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบึงกาฬ. สถานการณ์รายงานโรคระบาดประจำปี 2562. บึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2562.
  4. ศิริเพ็ญ กัลป์ยานรุจ, มุกดา หวังวีรวงศ์, วารุณี วัชรเสวี, บรรณาธิการ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาไข้เลือดออกแดงที่ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
  5. วนิดา แสนพุก. การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก: กรณีศึกษา วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2556; 3(1): 107-115.
  6. วารุณี นาดิ. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกระยะช็อก (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2562). เข้าถึงได้จาก:  
[http://203.157.71.141/download/file\\_pdf/Dengue.pdf](http://203.157.71.141/download/file_pdf/Dengue.pdf)
  7. วนิดา ตันตาปกุล, สุชาตา วิภวากานต์. การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ในโรงพยาบาลกระบี่. วารสารกระบี่เวชสาร 2562; Vol.2 (1): 29-40.
  8. รุ่งวิภาษ์พร เอี้ยวกิตติยากร, ภาวิตา วิภวากานต์, อรกมล จิรกิจประภา, ศรีสุดาเกษศรี, รณวีร์ ยอดวาริ, ผกาทิพย์ ทองพลา. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2561; Vol.32 (2): 1105-1114.
  9. สาวิตรี อภัยราช, เพ็ญกมล กุลสุ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โรงพยาบาลกำแพงเพชร. ลำปางเวชสาร 2557; Vol 35 (1): 1-10.

## การเตรียมและส่งต้นฉบับ

### เพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

นายสงค์ เชื้อลิ้นฟ้า นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  
ภารกิจจัดทำวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

\*\*\*\*\*

#### 1. ประเภทบทความ

**1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)** เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่อง ดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้ประพันธ์ บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ กิตติกรรม ประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้า พิมพ์

**1.2 บทปฏิบัติ (review article)** เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้ เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือ ต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วยก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์ กระดาษ เอ 4

**1.3 บทความพิเศษ (special article)** เป็นบทความประเภทกึ่งปฏิบัติกับ บทความพื้นวิชาที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุ เข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือเป็น บทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับ เหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของ มวลชนเป็นพิเศษ

**1.4 บทความฟื้นวิชา (refresher course)** เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะ เรื่อง ที่นำมาหรือฟื้นฟูเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ ทำนองเดียวกับนำเสนอในการประชุมฟื้นวิชา

หรือการฝึกอบรมแพทย์ (training course) เป็นคร่าวๆ ไป

**1.5 รายงานเบื้องต้น (preliminary report)** หรือ รายงานสั้น เชปะ (short communication) เป็นการนำเสนอรายงาน ผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ต้อง ศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษา เสร็จแล้ว กำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์

**1.6 รายงานผู้ป่วย (case report)** เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็น โรคร หรือกลุ่มอาการโรคใหม่ ที่ไม่เคยรายงาน มาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐาน ชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งถึงบันทึกเวช กรรม (clinical note) ซึ่งเป็นบทความ รายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (clinical feature) และ/หรือการดำเนินโรค (clinical course) ที่ไม่ตรงแบบที่พบไม่บ่อยโครงสร้าง บทรายงานผู้ป่วยประกอบด้วย บทนำ พรรณนาผู้ป่วย (case description) วิเคราะห์ หรือข้อสังเกต และเอกสารอ้างอิง

**1.7 ปกิณกะ (miscellany)** เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่าย หรือไม่ เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เช่น บันทึกเวชกรรม เวชกรรมทันยุค บทปริทัศน์ รายงานผลศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือรายงาน เบื้องต้นก็ได้

**1.8 จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor)** หรือจดหมาย โต้ตอบ(correspondence) เป็นเวทีใช้ติดต่อ



ตอบโต้ระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารในกรณีผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงานและบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้ง

## 2. การเตรียมต้นฉบับ

### 2.1 ปกชื่อเรื่อง (title page)

ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นชื่อเรื่องรอง (subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ต้องใส่วลีที่น่าเบื่อ เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...”

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

2.1.3 หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ทำงาน

2.1.4 ชื่อและที่อยู่ของผู้นิพนธ์ ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความที่ตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

2.2 บทคัดย่อ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยชน์ มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเป็นประโยคอดีต (เฉพาะภาษาอังกฤษ) ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์เป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ

2.3 คำสำคัญ หรือคำหลัก (key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (subject index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

2.4 บทนำ (introduction) เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ไขปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วไว้ในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษาและสรุป

2.5 วิธีการศึกษา (Methodology) เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ วัสดุและวิธีการศึกษา

2.5.1 หัวข้อวัสดุให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้องบอกถึงอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้อง การศึกษา และการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการศึกษา

2.5.2 หัวข้อวิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol) เช่น randomized double

blind, descriptive หรือ quasiexperiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุในเอกสารอ้างอิงเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ ให้ระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์ และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจน และกระชับ เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือนิ่ววิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

**2.6 ผลการศึกษา (results)** แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมากตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

**2.7 วิจารณ์ (discussion)** เริ่มต้นด้วยวิจารณ์ผลการศึกษาดตรงกับวัตถุประสงค์สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติบางวารสารแยกข้อยุติเป็นหัวข้อต่างหาก

**2.8 ข้อยุติ (conclusion)** ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

**2.9 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ**  
สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง

ใส่ตารางที่ 1

ใส่ภาพที่ 1

**2.10 กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)** มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิค บางอย่าง ผู้สนับสนุนทางการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมากๆ ทำให้บทความดูยื ความภูมิใจเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

**2.11 เอกสารอ้างอิง (references)**  
ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

### 3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใช้ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการ อ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้จริงๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องอ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือ ใน เว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

### 3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีที่พุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อนตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก และตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

#### 3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1.วิทยา สวัสดิวุฒิมงคล, พัชร เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกิตพิงค์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food

ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55: 697-701.

#### 3.1.2 องค์กรเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจ เนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24: 190-204.

#### 3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283:628.

#### 3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ต้นไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พิลาพัทธ์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก): 153-61.

#### วิธีการเขียนฉบับแทรก

1. Environ Health Perspect 1994; 102 Suppl 1: 275-82.

2. Semin Oncol 1996: 23 (1 Suppl 2): 89-97.

3. Ann Clin Biochem 1995; 32 (pt 3): 303-6.

4. N Z Med J 1994; 107 (986 pt 1): 377-8.

5. Clin Orthop 1995; (320): 110-4.

6. Curr Opin Gen Surg 1993: 325-33.

#### 3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ

สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์.  
แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน  
(บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539;  
48:616-20.

2.Enzenseberger W, Fischer  
PA. Metronome in Parkinsons disease  
(letter). Lancet 1996; 347: 1337.

### 3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

#### 3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์ เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่  
พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่โดยผู้นิพนธ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์กร  
และการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่  
7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช;  
2535.

2.Ringsven MK, Bond D.  
Gerontology and leadership skills for  
nurses. 2<sup>nd</sup> ed. Albany (NY): Delmar  
Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง  
วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วย  
ติดเชื้อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:  
มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman IJ, Redfern SJ,  
editors. Mental health care for elderly  
people. New York: Churchill  
Livingstone; 1996.

#### 3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่องใน.  
ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อ  
หนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์:

สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้า  
สุดท้าย).

1. เกียงศักดิ์ จีระแพทย์ การให้  
สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย  
สุวัทธิ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชวลิต  
ธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมาร  
เวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:  
เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

2.Phillpps SJ. Whisnant JP.  
Hypertension and stoke. In: Laragh JH,  
Brenner BM, editors. Hypertension:  
patho- physiology, diagnosis, and  
management. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Raven  
Press; 1995. P. 465-78.

### 3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อ บรรณาธิการ,  
บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน  
เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่  
พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, งามจิตต์  
จันทร์สาธิต, บรรณาธิการ. นโยบาย  
สาธารณสุขเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการ  
ประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข  
ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่  
แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541;  
ณ โรงแรมไบเบีทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร:  
ดีไซร์; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H,  
editors. Recent advances in clinical  
neurophysio- logy. Proceedings of the  
10<sup>th</sup> Internationnal congerss of EMG  
and clinical Neuro- physiology; 1995  
Oct 15-19; Kyoto,Japan. Amsterdam:  
Elsevier; 1996.

3. Bengtsson S, Solheim BG, Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7<sup>th</sup> World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. P. 1561-5.

### 3.4 รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ใช้น

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. การพัฒนาไกลการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข-สุขไทย/องค์การอนามัยโลก; 2540.

2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No. : HHSIGOEI69200860.

### 3.5 วิทยานิพนธ์

ลำดับชื่อ. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา, คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

1. ชยชัย ซาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษา

เฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.

2. Kaplan SJ. Post-hospital hone health care: the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

### 3.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

#### 3.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วันเดือนปีที่พิมพ์; ส่วนที่: เลขที่หน้า (เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรกต. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทย-รัฐวันที่ 30 สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5).

2. Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col.5).

#### 3.6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).

2. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

#### 3.6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545.

2. Stedman's medical dictionary. 26<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 199-20.

### 3.7 วิดีทัศน์

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง (วีดิทัศน์). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต.

1.HIV+/AIDS: the facts and future (videocassette). St. Louis (MO): Mosby-year Book; 1995.

### 3.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

- ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล]; ปีที่ (เล่มที่ถ้ามี): [จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ]. แหล่ง-ข้อมูล: URL address under-lined

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1999 Dec 25]; 1(1): [24 Screens]. Available form: URL: <http://www.cdc.gov/nci-doc/EID/eid.htm>

2. Garfinkel PE, Lin E, Goering p. Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Br J Psych [serial online] 1996 [cited 1999 Aug 17]; 168(4) : 500-6. Available form: URL: <http://biomed.Niss.ac.uk>

- กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

1. National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available form: URL: <http://rarediseases.org/>

2. Royal College of General Practitioners. The primary health care team. [online]. 1998 [cited 1999 Aug 22]; [10 screen]. Available form: URL: <http://rcgp.crg.uk/informat/publicat/rcf0021.ht>,

3. Zand J. The natural pharmacy: herbal medicine for depression [online]. [1999?] [cited 2001 Aug 23]; [15 screens]. Available form: URL: <http://www.health.net/asp/templates/Article.asp?Page Type=Article & Id= 920>

### - Web based/online Databases

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [online]. โรงพิมพ์ถ้ามี. แหล่งข้อมูล: ชื่อเรื่องและฐานข้อมูลถ้ามี. [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล].

Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In: Family Medicine. 5<sup>th</sup> ed. [online], 1998. Available form: Stat! Ref. Jackson (WY): Teton Data System; 2001. [cited 2001 Aug 31].

### - CD-ROM

Clinical pharmacology 2000 [CD-ROM]. Version 2.10. [cited 2001 Aug 7]; Gainesville(FL): Gold standard Multimedia; 2001.

### - Book on CD-ROM

- The Oxford English dictionary [book on CD-ROM]. 2<sup>nd</sup> ed. New York (NY): oxford university Press; 1992.



- Paracetamol. Martindale's: the extra pharmacopoeia. In: International Healthcare Series [CD-ROM]. [cited 1998 Sep 3]; Englewood (co): Micromedex; 1998.

#### - Journal on CD-ROM

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร(ชื่อย่อ) [Serial on CD-ROM] ปี; เล่มที่ : หน้า.

Gershon ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [Serial on CD-ROM]. 1995; 52: 900901.

#### - Other Software

Format: Title (1 space)medium in square brackets [eg. Computer program, Computer file.] Version. Place of production: Producer; Year.

- Epi Info [computer program]. Version 6. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

### 4. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ตาราง ภาพและแผนภูมิ ที่จัดและนำเสนอได้ครบถ้วน จะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความและทำให้เข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทความย่อ พิจารณาตารางและรูปภาพก่อนตัดสินใจว่าจะอ่านบทความต่อไปได้หรือไม่

#### 4.1 ตาราง

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลขและเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหาบทความ ตารางละหนึ่งกระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

- หัวคอลัมน์ เป็นตัวหนาอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ใต้ตาราง

- แถว (rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์หัวแถว (row headings) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับ \*†‡§¶

- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควรเข้าใจได้สมบูรณ์ โดยแทบไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อตารางควรสั้นได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา, การดำเนินโรค) จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบนลงล่าง

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อ 1 ตาราง ถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวนอ่าน จัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลามากและสิ้นเปลือง ถ้าผู้พิมพ์มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก อาจจะมีตารางข้อมูลอื่นๆ แยกไว้ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

- ต้องขออนุญาต และแสดงความขอบคุณ กรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

## 4.2 ภาพและแผนภูมิ

ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้ชัดเจน เน้นจุดสำคัญ และมีประสิทธิภาพและแนวทางดังนี้

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีไม่ควรใช้เพราะสิ้นเปลือง และภาพสีจะตีพิมพ์ไม่ชัดเจน

- ขนาดโดยทั่วไปใช้ 5 x 7 นิ้ว ไม่ควรใหญ่เกิน 8 x 10 นิ้ว ไม่ตัดขอบไม่ติดกระดาษรอง ไม่เขียนรายละเอียดหลังรูปภาพ ไม่มีวงรูปภาพ ควรทำเครื่องหมายเล็กๆ ไว้ที่ขอบรูปภาพ และเขียนคำอธิบายไว้ต่างหาก บรรณาธิการจะเป็นผู้เจ้าของเรื่อง ชื่อเรื่องไว้หลังรูปภาพทันทีที่ได้รับต้นฉบับเพื่อป้องกันการสับสน ที่ไม่แนะนำให้เจ้าของเรื่องเขียนหลังภาพ เพราะอาจจะเขียนหนักมือเกินไป ทำให้รอยเขียนปรากฏด้านหน้าภาพ และคุณภาพของรูปภาพเสียไป

## 5. การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ต้องเป็นฉบับจริงพร้อมด้วยต้นฉบับสำเนา 2 ชุด (พร้อมแผ่นดิสก์หรือCD) ต้นฉบับส่งไปไม่ควรเย็บติดกัน ควรใช้คลิปหนีบกระดาษไว้ ไม่ควรม้วนหรือพับต้นฉบับ ควรส่งในซองหนาและใหญ่พอเหมาะกับแผ่นกระดาษต้นฉบับ การส่งต้นฉบับควรส่งจดหมายแนบไปด้วย แจ้งรายละเอียดบางประการ อาทิ สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้นิพนธ์ ที่กองบรรณาธิการจะติดต่อได้ จำนวนสำเนาต้นฉบับที่ส่งไป ความต้องการการพิสูจน์อักษรของผู้นิพนธ์ และอื่นๆ เมื่อผู้เขียนย้ายที่อยู่หรือเดินทางไปจากสถานที่อยู่เดิมเป็นเวลานาน ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

## 6. การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป ผู้อ่านบททวน (reviewer) จะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียนปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้มีการประสานงานเพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านวิชาการและอื่นๆ ประมาณสองครั้ง

## 7. การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจทางพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์

## 8. ข้อมูลการติดต่อสื่อสาร

8.1 วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ถนนเลี่ยงเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด ตำบลวงนาง อำเภอมะหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

E-mail:

Journal.mk2560@gmail.com

8.2 ผู้ประสานงาน:

นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า

เบอร์โทรศัพท์ 083-4170860

E-mail: Sangudchua@yahoo.com

นางสาวณัฐรุจา ไชยคำภา

เบอร์โทรศัพท์ 087-2231536

E-mail: chai.natruja@gmail.com



**ใบสมัครสมาชิก**  
**วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม**

1. ประเภท บุคคล (นาย/นาง/นางสาว) .....นามสกุล.....เลขที่สมาชิก.....  
2. ประเภท หน่วยงาน.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office) เป็นวารสารเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัย ออกปี ละ 2 ฉบับ ฉบับ 1. มีนาคม, ฉบับ 2.

อัตราค่าสมาชิก  1 ปี (2 ฉบับ) จำนวนเงิน 600 บาท

ข้าพเจ้าได้ส่งเงินค่าสมาชิกจำนวน.....บาท (.....) มาชำระพร้อมนี้แล้วโดย

เงินสด (เฉพาะที่ชำระเงินด้วยตนเองที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม)

ธนาคาร สังกัดการกิจทำวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

โอนเข้าบัญชี..... เลขที่บัญชี .....พร้อมส่งสำเนา

หลักฐานการโอนเงินพร้อมใบสมัครสมาชิกมาที่ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม E-mail : [Journal.mk2560@gmail.com](mailto:Journal.mk2560@gmail.com) /

[Journal.mk2560@yahoo.com](mailto:Journal.mk2560@yahoo.com)

ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามจัดส่งวารสารให้ข้าพเจ้าตามที่อยู่ดังนี้ กรุณาเขียนตัว  
บรรจง

ชื่อ .....	นามสกุล .....	
บ้านเลขที่ .....	หมู่.....ถนน .....	ตำบล .....
อำเภอ .....	จังหวัด .....	รหัสไปรษณีย์ .....
โทรศัพท์.....	โทรศัพท์มือถือ.....	
e-mail.....		

กรุณาส่งใบสมัครสมาชิกวารสารได้โดยตรงหรือส่งทางไปรษณีย์ที่ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม E-mail : [Journal.mk2560@gmail.com](mailto:Journal.mk2560@gmail.com) /

[Journal.mk2560@yahoo.com](mailto:Journal.mk2560@yahoo.com) โทรศัพท์ : 0 4377 792 ต่อ 313



พิมพ์ที่ : ตึกสภากาชาดพิมพ์ 205/4 ถนนศรีสวัสดิ์ดำเนิน ตำบลตลาด  
อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จุฬไปรษณีย์ 44000  
มือถือ : 081-5465776, 088-5608139 E-mail : Manoch-sri2220@hotmail.com