



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong



ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

Vol.2 No.2 May-August 2018

ISSN : 2673-0723

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ISSN: 2673-0723 ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2561)

เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานการวิจัย (Research article) บทความทางวิชาการ (Academic article) และบทความปริทัศน์ (Review article) สาขาการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดการออกวารสาร

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา ดร.ปัทมา พ่องศิริ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

บรรณาธิการ ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์อภิสต์ เจริญบุญกุล

อาจารย์ชนูกร แก้วมณี

อาจารย์แสงเดือน กิ่งแก้ว

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์พล

รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธรินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.เนาวนิตย์ สงคราม

คณะพยาบาลศาสตร์ ม.สุโขทัยธรรมาธิราช

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณดี สุทธิธารน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ กิตติกรณากรณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา นัวกี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริยา อ่อนสอาด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร ใจการุณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ ดำรงกคการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินดารัตน์ เขียวอาจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา พุกพันธ์

ดร.นพ.สุธีร์ รัตนมงคลกุล

ดร.สุเมียร โทกทิพย์

ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์

ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ดร.นิสากร วัฒนชัย

ดร.ศุภวดี แก้วเพี้ย

ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง

ดร.พิทยา ศรีเมือง

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

ดร.ชลียา วานะสุน

ดร.อนุชตรา วรรณเสวก

ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา

คณะศึกษาศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะเกษตรศาสตร์

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยนครพนม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดขอนแก่น

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

โรงพยาบาลมหาริย์อุบลราชธานี

โรงพยาบาลมหาริย์อุบลราชธานี

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.เอนอร	แสงศิริ
ดร.สุภากรณ์	ศรีธัญรัตน์
ดร.นงลักษณ์	อนันตริยอาจ
ดร.รุ่งรังษี	วิบูลชัย
ดร.เพชรมนี	วิริยะสีบพงศ์
ดร.นภชา	สิงห์วีรธรรม
ดร.สมรภาพ	บรรหารักษ์
ดร.ปรางทิพย์	ทาสนา: เอลเทอร์

อาจารย์ศุภรัตน์	วัฒนกุล
ดร.สุรศักดิ์	สุนทร

ดร.ชลนภา	ไชยสมบัติ
ดร.วิไลวรรณ	ประทีก

อาจารย์จัญญศรี	มีหนองทว่า
----------------	------------

ดร.กุลธิดา	กุลประทีปปัญญา
------------	----------------

ดร.สุภารัตน์	พิสัยพันธุ์
--------------	-------------

ดร.บุสรา	ประเสริฐศรี
----------	-------------

ดร.พัชรี	ใจการุณ
----------	---------

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุบลราชธานี
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เชียงใหม่
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์





ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นระดับบุคคล ชุมชน ภูมิภาค และประเทศ ต่างก็มีผลกระทบต่อสุขภาวะของบุคคลทั้งสิ้น ทำให้นักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพและทางการศึกษา รวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่างให้ความสนใจในการศึกษา สืบค้น และหาวิธีการเพื่อช่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูภาวะสุขภาพของประชาชนให้มีคุณภาพมากขึ้น

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ เป็นวารสารที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความก้าวหน้าทางวิชาการด้านสุขภาพ เพื่อเผยแพร่ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการทางสุขภาพของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพและทางการศึกษา รวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยกองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความวิจัยที่น่าสนใจในด้านต่างๆ รวม 6 เรื่อง สำหรับเสนอในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2561) ดังนี้ 1) การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน 2) ผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาปาง ตำบลห้วย อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอำนาจเจริญ 3) ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น 4) ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หน่วยไตเทียมสรรพสิทธิ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ 5) การพัฒนาความรู้ ในการประเมินและทักษะการจัดการความปลอดภัยในการฝึกภาคปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และ 6) คุณภาพสังคมกับการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ ของเขตสุขภาพที่ 9

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ ได้นำเสนอไปนั้น จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเปิดมุมมองแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่านผู้สนใจ รวมทั้งช่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยต่อไปในอนาคต

กองบรรณาธิการ



ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๖๑)

สารบัญ

- การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน.....1
Nursing care for Elderly to Prevent of Dementia within Community
วิษณุ จันทร์สวด
Witsanu Chansod
- ผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง
ตำบลห้วย อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดอำนาจเจริญ.....14
The Effects of Promoting the Health of the Elderly with Five
Dimensions of Happiness Na Phang Elderly School, Huai Subdistrict,
Patumratwongsa District Amnat Charoen Province
ทนงศักดิ์ มุลจินดา, ทัดกนก พละไชย
Thanongsak Munchanda, Tattapon Palachai
- ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น.....30
Health literacy in the first stage of Chronic Kidney
ลักขณา ชอบเสียง, จุฑามาศ โสพัฒน์, ชญานิศ ทองมล,
ชลดา สมคะเนย์, ภาวัญญิ ลากทวิ, ณัษชริญา ชินทอง,
ณัฐกานต์ วงศ์ปิ่นดี, ณัฐธิดา ทุมมี, ทศนีย์ แพงมาก
Lakhana Chopsiang, Jutamas Sopat, Chayanit Thongmol,
Chonlada Somkaney, Dathinee Lapthawee, Natchariya Chinthong,
Nattakarn Wongpunti, Natthida Tumme, Tudsanee Pangmak



ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๖๑)

สารบัญ

- ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
หน่วยไตเทียมสรรพสิทธิ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....47
Cardiac Arrest in Hemodialysis at Dialysis Unit,
Sunpasitthiprasong Hospital
วรากรณ์ อุตทอง, นวลน้อย โหตระไวศยะ,
กันติชา ธนุทอง, สุชาดา ฤทธิน้ำคำ
Varaporn Utthong, Nualnoi hotrawaisaya,
Kanticha Thanutong, Suchada Ritnamkam
- การพัฒนาความรู้ ในการประเมินและทักษะการจัดการความปวด
ในการฝึกภาคปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ
สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2.....62
Improving Knowledge, Assessment, and Skill Related to Pain
Management in Clinical Practice of Health Promotion Practicum for
the 2nd year Nursing Student
วารุณี นาดูน, สกลสุภา อภิวัชบุญโชค
Warunee Nadoon, Sakonsupa Apichutboonchock
- คุณทางสังคมกับการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ
ของเขตสุขภาพที่ 9.....80
Social Capital and Public Policy Development, Elderly care Issues
in Health Service Provider zone 9
วรนาก พรหมสวส Woranart Promsuan

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

วิษณุ จันทร์สถ พย.ม.*

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่ถดถอยบกพร่องของสมอง ผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกข์ทรมาน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอความรู้และการดูแลภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลในชุมชน เนื่องจากพยาบาลในชุมชนมีความเกี่ยวข้องกับชุมชน ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ดังนั้นความรู้และวิธีการดูแลที่ถูกต้อง จึงเป็นประเด็นที่สำคัญสำหรับพยาบาลในชุมชนที่จะให้การดูแลทั้งระยะก่อนการวินิจฉัยโรค ระยะรับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม และระยะท้ายของชีวิต เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหรือการสูญเสียชีวิตในอนาคต

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะสมองเสื่อม, พยาบาลชุมชน

* อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Nursing care for Elderly to Prevent of Dementia within Community

Witsanu Chansod M.N.S^{*}

Abstract

Dementia among elderly is a regressive of brain. It impacts on elderly and caregivers due to long term suffering. This article aims to provide knowledge and cares' strategies for the community nurses to prevent elderly's dementia within Thai community. Regards to registered nurses who work in community are broadly related to community, elderly, and caregivers. Knowledge and nursing strategies therefore are needed for entire care of the elderly in pre- diagnosis, diagnosis, and the end of their life with dementia. These facilitate to reduce complication and extend their quality lives in the future

Keywords: elderly, dementia, community nurses

^{*} Nursing instructor, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong

Corresponding Email: nu_chansod@hotmail.com

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมอง ถดถอยบกพร่องในด้านปรีชาปัญญา (Cognition) อันได้แก่ความจำการตัดสินใจ การวางแผน Visuospatial function การใช้ภาษาสมาธิหรือความใส่ใจความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคມรอบตัวโดยมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคม ทั้งนี้การวินิจฉัย Dementia ต้องแยกออกจากภาวะเพ้อ (Delirium) โรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวชเรื้อรังหรือวิตกกังวลรุนแรงขณะวินิจฉัย¹ ในประชากรสูงอายุ แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของภาวะสมองเสื่อมมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ความชุกจะเพิ่มเป็น 2 เท่า ในทุกๆ อายุที่เพิ่มขึ้น 5 ปี²⁻³ จากการศึกษาของ Miller⁴ อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่ออายุมากขึ้น โดยกลุ่มอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ ร้อย 7.10 กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 14.70 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นร้อยละ 32.50 สำหรับประเทศไทย กลุ่มอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.8 กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 7.7 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.6⁵ นี้แสดงว่า อายุที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมด้วย

เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะถดถอยของสมอง ซึ่งจะพบมีการบกพร่องทั้งด้านเชาว์ปัญญา (Cognition) ด้านอารมณ์และ/หรือพฤติกรรม และด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงมีผลกระทบที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล และสังคม สำหรับผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะพบได้ว่ามีผลกระทบต่อระบบความจำและการใช้ความคิดด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ภาษาการคำนวณ ความคิดริเริ่ม ความเข้าใจและส่งผลกระทบต่อการทำงานรวมถึงการดำรงชีวิตประจำวัน¹ ซึ่งการถดถอยนี้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ แล้วทำให้เกิดอารมณ์โรคซึมเศร้า⁶ บางรายอาจมีภาพหลอน⁷ ในด้านผลกระทบต่อผู้ดูแล จะพบว่า ผู้ดูแลต้องให้การดูแลทั้งด้านระดับเชาว์ปัญญา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะอารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่งผลกระทบด้านเวลาของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นลูกหลานของผู้สูงอายุ และด้วยวัฒนธรรมของสังคมที่ลูกหลานต้องตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ผู้มีพระคุณ ผู้ดูแลที่เป็นลูกหลานจึงต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องและยาวนาน อาจทำให้มีการสะสมความเครียดในผู้ดูแลได้⁸ ทั้งนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะต้องเผชิญกับความสูญเสียสถานภาพ

ทางสังคม บทบาทหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเนื่องจากไม่สามารถคิดวางแผนและจัดระบบคิดและระบบการทำงาน⁹

ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พยาบาลในชุมชนจึงมีบทบาทที่สำคัญในฐานะบุคคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดกับชุมชน ครอบครัวและผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและต้องแสดงบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดโอกาสการเกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล

สาเหตุและปัจจัยของการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปสาเหตุและปัจจัยได้ดังนี้

1) จากเนื้อสมองโดยตรง ซึ่งอาจมีภาวะสมองเสื่อมเกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทในสมอง (Neurodegenerative) เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน เป็นต้น หรือสมองได้รับผลกระทบจากการได้รับยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยารักษาโรคจิต ยาด้านความเครียดกลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic) หรือ ยาคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น¹⁰

2) จากบุคคล โดยภาวะสมองเสื่อมจะพบในอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ⁴⁻⁵ บางครั้งผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสุขภาพเช่น ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตต่ำมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น¹¹ หรือภาวะเบาหวานในผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมถึง 2 เท่า^{7,12} เป็นต้น

3) พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหน่วยความจำลดลง ทำให้มีความเสี่ยงจะเกิดโรคสมองเสื่อมมากขึ้น¹³⁻¹⁴ หรือการสูบบุหรี่เพิ่มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 2 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม 2.28 เท่า^{7,12} หรือภาวะอ้วน ด้วยดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

จากสาเหตุและปัจจัยการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่ามีหลากหลายปัจจัยที่มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งพยาบาลในชุมชนต้องสามารถประเมิน ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลตามบทบาทหน้าที่ เพื่อป้องกันและลดโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และมีคุณภาพชีวิตต่อไป

ลักษณะและการประเมินภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ที่ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของความสามารถด้านการรู้คิดอย่างต่อเนื่อง จาก

ระดับปกติที่เคยเป็นอยู่และค่อนข้างมากเกินกว่าที่พบในคนสูงอายุปกติ¹⁵
ซึ่งอาการภาวะสมองเสื่อมแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ¹⁶

1) ระยะที่ 1 ภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย (1-3 ปี) ผู้ป่วยจะมีความจำบกพร่องซึ่งสามารถเห็นได้ชัดในความจำระยะสั้นที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นาน โดยเฉพาะสิ่งที่พูดไปแล้วทำให้ผู้ป่วยต้องถามซ้ำ ญาติหรือผู้ดูแลสามารถสังเกตได้ถึงความปกติที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่าเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ ผู้ป่วยจะเริ่มมีปัญหาในการใช้ภาษาตั้งแต่ช่วงแรกของโรค มักใช้คำไม่ถูกต้อง อาจจะใช้วิธีอธิบายแทนที่จะเรียกชื่อออกไปเช่นเรียกทีวี ว่าตู้ฉายหนัง ผู้ป่วยจะสับสนทิศทางซ้ายขวา ในช่วงนี้ผู้ป่วยจะยังสามารถดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ ได้ตามปกติ แต่กิจกรรมที่สลับซับซ้อน (Instrumental activities of daily living- IADL) เริ่มมีความผิดปกติ ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความผิดปกติของตน อาจทำให้แยกตัวออกจากผู้อื่นได้

2) ระยะที่ 2 ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง (2-10 ปี) ในช่วงนี้ความจำจะลดลง ความจำในเรื่องอดีตที่ผ่านมาจะค่อยเสียลงไป การพูดจะมีความลำบากขึ้น พูดซ้ำๆในเรื่องเดิม การดูแลตนเองจะบกพร่องโดยเฉพาะสุขลักษณะส่วนบุคคล เช่น ลืมทำการแปรงฟันก่อนนอนอย่างอื่นแล้วจะค่อยไปถึงการตัดเล็บ สระผม และเสื้อผ้า การทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (IADL) จะมีปัญหามากขึ้น ผู้ป่วยอาจจะเห็นภาพหลอนหรือหูแว่วได้

3) ระยะที่ 3 ภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง (3-12 ปี) เป็นระยะสุดท้ายของโรค ความจำจะเลวลงมาก จำคนใกล้ตัวไม่ได้ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลืนอาหารโดยที่ไม่ได้เคี้ยวอาหาร ผู้ป่วยจะนอนติดเตียง แขนขาเกร็งต้องให้การดูแลสุขภาพทุกอย่าง พูดซ้ำๆ ตามที่ได้ยินคนอื่นพูด ในที่สุดจะพูดไม่ได้ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากปอดบวมเนื่องจากการสำลักอาหารและน้ำหรือเป็นแผลกดทับ ระยะเวลาในการดำเนินโรคจะประมาณ 2-20 ปี โดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 8-10 ปี

สำหรับอาการของภาวะสมองเสื่อมที่ผู้สูงอายุ¹ จะแสดงออกขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น เช่น ความผิดปกติของการสื่อสารชนิดการพูด (Aphasia) การสูญเสียความถนัดในการทำกิจกรรม (Apraxia) และความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึกชนิด Agnosia และนอกจากนี้ยังพบว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหลายแห่ง (Multi-infarct dementia- MID) จะมีอาการเดินลำบาก (Gait disturbance) และอาการควบคุมปัสสาวะลำบาก นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของอารมณ์และพฤติกรรม อาการแสดงทางระบบควบคุมการตั้งตัว

ของกล้ามเนื้อชนิด Extrapyrimal system เช่น Rigidity และอาการสีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (Facial masking) ที่เกิดขึ้นร่วมด้วย สำหรับการบกพร่องของการรู้คิด (Cognitive impairment) เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อการทำงานของสมองขั้นสูงในภาพรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการคิดหรือกิจกรรมทางเขาวัว และด้านปัญญา ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลง ภาวะนี้ไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิดแต่เกิดขึ้นภายหลังจากพยาธิสภาพในสมองของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

การประเมินภาวะสมองเสื่อมที่ผู้สูงอายุ¹⁷ จะประกอบด้วยการซักประวัติตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

1. การซักประวัติและการตรวจร่างกายทั่วไป การซักประวัติถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ ด้วยการพูดคุยกับผู้สูงอายุ และผู้ดูแล เป็นการเก็บข้อมูล รวบรวมความผิดปกติเกี่ยวกับความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การใช้ภาษา พฤติกรรม อารมณ์ รวมทั้งการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 แนวทางในการซักประวัติ¹⁷

หัวข้อประวัติที่ต้องซักถาม	ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยโรค
1. การรับรู้ว่ามีอาการหรือการรู้คิดผิดปกติ (Memory and / or cognitive impairment)	-ส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าความจำไม่ดีหรือจำได้ไม่ตรงกับ Depressive symptoms
2. อาการวุ่นวายสับสน (Mental confusion)	-ถ้ามีอาการ fluctuation เป็นกลุ่มภาวะสมองเสื่อม เช่น encephalopathy หรืออาจเกิดร่วมกับบุคคลที่มีสมองเสื่อมอยู่เดิม
3. ลักษณะอาการเมื่อเริ่มเป็น (Onset)	-ถ้าเป็นทันทีหรือเร็วให้นึกถึง subdural hematoma, CNS, Infection, Hydrocephalus
4. ลักษณะการดำเนินโรค (Course)	-การดำเนินโรคเร็ว (วันหรือสัปดาห์) ให้นึกถึง potential reversible dementia -ถ้าการดำเนินโรคช้า ค่อยเป็นค่อยไป (เดือนหรือปี) นึกถึง Neurodegenerative disease

หัวข้อประวัติที่ต้องซักถาม	ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยโรค
5.ระยะเวลาที่ผิดปกติ (Duration)	-กลุ่ม Potentially reversible dementia ระยะเวลาที่เป็นโรคมักจะไม่เกิน 6 เดือน -กลุ่ม Neurodegeneration disease ส่วนมากระยะเวลาที่เป็นมักนานกว่า 6 เดือน
6. ความผิดปกติของ ADL 6.1 หน้าที่และงานประจำ (Instrumental)	การใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่เคยใช้ได้ในการประกอบอาชีพหรือปฏิบัติการกิจไม่ถูกต้อง ซึ่งจะผิดปกติตั้งแต่ระยะแรกของโรค เช่น การจับจ่ายซื้อของ, การทำอาหาร
6.2 กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic)	การล้างหน้า การอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การขับถ่ายจะเสีย ในระยะท้ายๆ ของโรค
7. ประวัติการใช้ยา (Drugs) และสาร (Substances) อื่นๆ	ยาหรือสารบางชนิดทำให้มีอาการ Dementia ได้ ซึ่งเป็น Potentially reversible type เช่น Tranquilizers, Hypnotics, Sedatives, Anticholinergic, Antihistamine รวมทั้ง Toxic substance เช่น Alcohol เป็นต้น
8. ประวัติในครอบครัว	ผู้สูงอายุมักเริ่มมีอาการสมองเสื่อมที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี (Early onset Alzheimer's disease)

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเลือด เช่น CBC, Electrolyte, freeT4, TSH, Serum VDRL, Serum vitamin B12, folate เป็นต้น หรือตรวจพิเศษ เช่น LP and CSF examination และ CT scan เป็นต้น จะทำให้ทราบถึงภาวะขาดวิตามิน การติดเชื้อ และปัญหาอื่นที่ทำให้เกิดอาการสับสนหรือการรับรู้ผิดปกติในผู้สูงอายุ อาจต้องตรวจหาแอลกอฮอล์ หรือสารอื่นที่มีผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อม

3. การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม สิรินทร ฉันทศิริกาญจน¹⁰ ได้เสนอแนะลักษณะของภาวะสมองเสื่อมไว้ 3 ลักษณะ คือ 1) การสูญเสีย Cognitive function (สมรรถภาพสมอง) ซึ่งไม่เป็นมาแต่กำเนิด 2) มีการสูญเสียสมรรถภาพของสมองหลายด้าน และ 3) ผู้ป่วยจะต้องรู้ตัวดี (No impair of arousal) นอกจากนี้ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์¹⁷ ได้แนะนำให้ใช้แบบประเมินเบื้องต้น เช่น แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) แบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับการคิด/สติปัญญา (Cognitive impairment) หรือ แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ (Activity of Daily Living Index, ADL Index) ซึ่งเป็นแบบสอบถามสำหรับญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง

แนวทางการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม¹

1. การรักษาภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological management) มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุคงสมรรถภาพสมองไว้ให้นานที่สุด ผ่านการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันด้วยเทคนิคแบบต่างๆ เช่น การฟื้นฟูความจำในอดีต การให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่สนใจและมีความสุข นอกจากนี้ยังรวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ การจัดการความปลอดภัย ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน เน้นการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอให้เหมาะสมกับระยะเวลาและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และบุคคลากรสุขภาพควรจัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเช่นเดียวกับผู้สูงอายุทั่วไป และยังต้องมีการภูมิคุ้มกันต่างๆ อย่างเหมาะสม การให้ข้อมูลที่จำเป็นและสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล

2. การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological management) ยาที่ใช้ในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายขาดได้หรือทำให้สมอง กลับมาทำงานเป็นปกติได้ ยาที่ใช้อยู่เป็นเพียงเพื่อชะลอความเสื่อมของสมอง และช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันได้นานที่สุด ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องมี ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการใช้ยา ยากลุ่มเหล่านี้ไม่สามารถนำมาใช้เพื่อการป้องกันได้ ผู้ใช้ต้อง คำนึงถึงผลข้างเคียงของยา

การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เป็นบทบาทหนึ่งที่ทำนายพยาบาลในชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ผู้สูงอายุอาจแสดงภาวะสมองเสื่อม ไม่ว่าจะเป็น อารมณ์หงุดหงิด ซักถามเรื่องซ้ำ การหลงลืม หรือการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พยาบาลในชุมชนควรให้การพยาบาลโดยการประยุกต์ตามระยะของภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

1. การพยาบาลก่อนการวินิจฉัยโรค พยาบาลในชุมชนสามารถที่จะให้การประเมินและคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อช่วยป้องกันโรค และลดจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายใหม่¹⁹ พยาบาลในชุมชนควรมีการซักประวัติผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับความคิดความจำ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ หรือ สูบบุหรี่ เป็นต้น พร้อมการสังเกตอาการบกร่องด้านการรู้คิดสติปัญญา ความจำ การใช้ภาษา การวางแผนและการตัดสินใจ โดยการใช้เครื่องมือในการประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อม เช่น MSET และ ADL Index เป็นต้น

นอกจากการการประเมินและคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของพยาบาลในชุมชนแล้ว พยาบาลในชุมชนยังสามารถส่งเสริมความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ รวมทั้งการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากนวัตกรรม ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การทำกิจกรรมภายในบ้านร่วมกัน การใช้เกมฝึกสมอง หรือใช้แอปพลิเคชัน เพื่อป้องกันสมองเสื่อม²⁰⁻²¹

2. การพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้พยาบาลในชุมชนสามารถดูแลและให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่ให้อาการรุนแรงเพิ่มขึ้น ด้วยการให้ข้อมูล และคำแนะนำสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัย อาการ และการดูแลรักษา รวมทั้งการทำกิจกรรมเพื่อเพิ่มหรือกระตุ้นความคิดและความจำ²²⁻²³ และการจัดสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อความปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่อผู้สูงอายุ จัดสิ่งแวดล้อมความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ²⁴ รวมทั้งส่งเสริมให้กำลังใจสำหรับผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลอาจขาดความรู้ในการดูแล รู้สึกผิด และส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม²⁵ ทำให้เกิดความเครียดในระหว่างการดูแลได้ พยาบาลในชุมชนสามารถส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า เพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้²⁶

3. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะท้ายของชีวิต ระยะนี้ผู้สูงอายุจะมีความจำน้อยมาก จำคนใกล้ตัวไม่ได้ และไม่สามารถดูแลตนเองได้ รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น อาการปวด แผลกดทับ หรือ ติดเชื้อเป็นต้น พยาบาลในชุมชนควรแสดงบทบาทการดูแลแบบประคับประคอง¹⁹ เช่น การประเมินปวด การดูแลให้รับยาบรรเทาปวดหรือการลดการติดเชื้อ การทำความสะอาด การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น นอกจากนี้การสนับสนุนกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและลดภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะท้ายของชีวิตได้ เช่น การผลิตเตียงสำหรับผู้ป่วยที่นอนนานเพื่อลดแผลกดทับ²⁷⁻²⁸ และการแสดงบทบาทของพยาบาลในชุมชนเกี่ยวกับการประสานกับทีมสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย เช่น การตรวจเยี่ยมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านของทีมสุขภาพ การประสานงานระหว่างผู้ดูแล ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา รวมทั้งการประกันชีวิต เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลต้องมีบทบาทสำคัญทางความรู้สึกและจิตวิญญาณ ด้วยการรับฟังเรื่องราวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะท้ายของชีวิต และผู้ดูแล ด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้ระบายความคิดความรู้สึก ช่วยสะท้อนความคิดของผู้สูงอายุและผู้ดูแลมากขึ้น ค้นหาแหล่งของความหวังและกำลังใจหรือแหล่งสนับสนุนมิติจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมความคิดและความรู้สึกในมิติจิตวิญญาณของผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างมีคุณค่ายิ่งขึ้น

สรุป

ผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สังคมปัจจุบันกำลังเผชิญ ซึ่งมีผลกระทบทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล พยาบาลในชุมชนจึงบุคคลหนึ่งที่บทบาทสำคัญในดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ด้วยการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ลักษณะ และการดูแลรักษาผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะมีหรือเป็นภาวะสมองเสื่อมแล้ว เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะก่อนการวินิจฉัยโรค เป็นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระยะรับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม เพื่อลดการเพิ่มภาวะสมองเสื่อม และระยะท้ายของชีวิตเพื่อประคับประคองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีคุณภาพชีวิตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2557.
2. Korolev I O. Alzheimer's disease: a clinical and basic science review. Med Student Res J 2014;4:24-33.
3. Alzheimer's Disease International. Policy brief for G8 heads of government. The global impact of dementia 2013-2050. London: Alzheimer's disease International; 2013.
4. Miller C A. Nursing for wellness in older adults. 5th ed. New York: Lippincott; 2009.
5. วิชัย เอกพลากร. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
6. ปวีณา นพโสธร และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วารสารพยาบาลตำรวจ 2558;7:84-94.
7. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
8. พาวุฒิ เมฆ, สุรินทร์ แซ่ตั้ง. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556;58:101-10.
9. สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย, สมฤดี เนียมหอม. การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
10. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, บรรณาธิการ. สมองเสื่อม. เอกสารประกอบการประชุม; 2-6 พฤศจิกายน 2558; กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.; 2558.
11. Richard E, Ligthart S A, Moll van Charante E P, vanGool W A. Vascular risk factors and dementia-towards prevention strategies. Neth J Med 2010;68:284-90.

12. Srisuwan P. Primary prevention of dementia: Focus on modifiable risk factors. *J Med Assoc Thai* 2013;96:251-8.
13. Ganguli M, Snitz BE, Lee C W, Vanderbilt J, Saxton J A, Chang CC. Age and education effects and norms on a cognitive test battery from a population-based cohort: The Monongahela-Youghiogheny Healthy Aging Team. *Aging Ment Health* 2010;14:100-7.
14. Poltavski DV, Marino JM, Guido JM, Kulland A, Petros TV. Effects of acute alcohol intoxication on verbal memory in young men as a function of time of day. *Physiol Behav* 2011;102:91-5.
15. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2010;6:158-94.
16. อุดม ภู่วโรดม. “ภาวะสมองเสื่อม” พบในผู้สูงอายุมากที่สุด [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 3 พ.ค. 2561] เข้าถึงได้จาก:
<https://www.hfocus.org/content/2015/04/9712>
17. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส จำกัด; 2557.
18. กัมมันต์ พันธุ์จินดาและศรีจิตรา บุณนาค. สมองเสื่อม: โรคหรือวัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ; 2543.
19. Muangpaisan W. Dementia: prevention, assessment and care. 1sted. Bangkok: Department of Preventive and Social Medicine Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2013.
20. Huné -Boyle ICV, Iliffe S, Cerga-Pashoja A, Lowery D, Warner J. The effect of exercise on behavioral and psychological symptoms of dementia: towards a research agenda. *Int Psychogeriatr* 2012; 24:1046-57.
21. อนุช ภิบาล, วิจารณ์ จันทร์แสงรัตน์, ประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์. การพัฒนานวัตกรรมแอนิเมชันเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโดยใช้หลักมิติจิตวิญญาณ ตามวิถีมุสลิมสุด [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2561] เข้าถึงได้จาก: http://rms.pnu.ac.th/rdbms/fulltext/101117_111021f.pdf

- 22.พัชรภณัท ไชยสังข์, สังข์ นุชจรีรัตน์ ชูทองรัตน์, ปัญจนรณ์ ยะเกษม. ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2561] เข้าถึงได้จาก: www.stic.ac.th/inter/main/th/about/prevision_factors_of_dementia_in_elderly.pdf.
- 23.พัชญ์พิไล ไชยวงศ์, เพื่อนใจ รัตตากร, พริยา มั่นเขตวิทย์. ผลของโปรแกรมฝึกความคิดความเข้าใจต่อความสามารถด้านความคิดความเข้าใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ 2558;48:182-91.
- 24.สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. คู่มือโครงการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบุรณ์. นนทบุรี: สำนักอนามัย สิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
- 25.Hong G-R S, Kim H. Family caregiver burden by relationship to care recipient with dementia in Korea. Geriatr Nurs 2008;29:267-74.
- 26.กานดา วรคุณพิเศษ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์. ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า เพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารเกื้อการุณย์ 2558;22: 82-97.
- 27.ภูติศ สะวิคามิน. ที่นอนลมที่ผลิตจากถุงน้ำยาล้างไตเพื่อป้องกันแผลกดทับ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559;2:456-63.
- 28.ปัญญภัทร ภัทรกัณทากุล. ผลของการใช้นวัตกรรมที่นอนยางรถเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2555;22:48-60.

ผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ
โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย อำเภอบทมราชวงศา
จังหวัดอำนาจเจริญ

ทงศกดี มุลจันดา พย.ม.^{1*}

ทัตถณ พละไชย พย.ม.²

บทคัดย่อ

สถานการณ์และสัดส่วนของผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่สามารถดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ ดังนั้นการดูแลส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้รับการดูแลที่เหมาะสม ไม่เกิดภาวะพึ่งพาในอนาคตต่อไป การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย อำเภอบทมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างเดือนธันวาคม 2559 ถึง เดือนเมษายน 2560 เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 95 คน ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วย สุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง 3 วิชา ได้แก่ วิชาการดูแลสุขภาพและนันทนาการ (สุขสบาย, สุขสนุก) วิชาภาษาและวัฒนธรรม (สุขสง่า, สุขสว่าง) วิชาพระพุทธศาสนา (สุขสงบ) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเบื้องต้น คือ ร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความสุขในภาพรวมคะแนนอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 48.42 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 35.79 พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพลดลงจากระดับความเสี่ยงปานกลาง เป็นระดับความเสี่ยงต่ำมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 41.05 ผู้สูงอายุทั้งหมดมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นกลุ่มติดสังคม พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ร้อยละ 100 และประเมินสุขภาพช่องปากและฟันภายหลังได้เข้าร่วมกิจกรรมและรับบริการทางทันตกรรม พบว่า ดีขึ้น ร้อยละ 71.58

¹พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ รพ.สต. นาผาง อ.บทมราชวงศา จ.อำนาจเจริญ

²พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

*Corresponding Email: amhaithai@gmail.com

ผู้สูงอายุทั้งหมดไม่มีภาวะซีมเศร้า (ร้อยละ 100) และผู้ที่มีปัญหาสมองเสื่อมมีจำนวนลดลง (ร้อยละ 1.05) และพบว่าการคัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มไม่มีความเสี่ยงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (ร้อยละ 78.97) และกลุ่มที่มีความเสี่ยงให้คำแนะนำการรักษามีจำนวนลดลง (ร้อยละ 21.05) ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้มีการปฏิบัติกิจกรรมในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นและให้มีการประเมินผล ติดตามการจัดกิจกรรมเป็นระยะในทุก 1 เดือน เพื่อประเมินในสิ่งหรือผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, สุข 5 มิติ

The Effects of Promoting the Health of the Elderly with Five Dimensions of Happiness Na Phang Elderly School, Huai Subdistrict, Patumratwongsa District Amnat Charoen Province

Thanongsak Munchanda M.N.S.^{1*}

Tattapon Palachai M.N.S.²

Abstract

The situation and proportion of the elderly has increased. Most of the elderly are social groups. Health promotion is important. For the elderly, social groups to receive proper care, no future dependency. This is a descriptive research to study the effects of health promotion of the elderly with a 5-dimensional happiness at Nampang Elderly School, Huai Subdistrict, Pathum Ratchawongsa District, Amnat Charoen Province. Selected sample groups were specifically elderly 95 people performed health promotion activities for the elderly with happiness in five dimensions, studying between December 2016 and April 2017. The elderly school Nampang had three subjects including namely health and recreation care (Suk Sabai, Suk Sanook), language and culture subjects (Sukasala, Suk Sawang), Buddhism subjects (Suk sa-ngob). Analyze data were percentage.

After joining the elderly school activities, the results showed most were happy in the overall. The level of the happiness scores were very good 48.42 % and good 35.79 %. Their health risk behavior decreased from moderate to low risk levels 41.05 %. All of the elderly had the ability to do daily activities, be in social integration, being self-reliant, and help others 100 %. Moreover, they had good dental health

¹ Register Nurse, Na Phang Health Promotion Hospital, Patumratwongsa district, Amnat Charoen province

² Register Nurse, Community nurse department, Boromarajonani College of nursing Sunpasitthiprasong

*Corresponding Email: amhaithai@gmail.com

71.58 % after assessing oral and teeth, no depression, 100 %, demented decrease (1.05%). The fall screening in the elderly group had no increased risk 78.97 % and decreased for treatment in the risk group 21.05%. The study suggested that a longer period for the activities and follow-up for evaluation in each month will be recommended for the better outcome.

Keyword: promoting the health, elderly, 5 dimensions of happiness

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี 2559 มีจำนวนผู้สูงอายุ ราว 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 และสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21 และ 24 ของประชากรราวในอีกสิบและสิบสี่ปีข้างหน้าตามลำดับ และสังคมไทยจะก้าวสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ตามนิยามของสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2564 และในปี พ.ศ. 2575 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุสุดยอด”¹ สัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน อายุคาดเฉลี่ยของผู้หญิงไทยอยู่ที่ 78.6 ปี ในขณะที่ชายไทยอายุเฉลี่ย 71.8 ปี² และจากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 6,394,022 คน ในปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 79 คือ ผู้สูงอายุติดสังคมหรือกลุ่มวัยช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจกรรมต่างๆ ได้และอีกร้อยละ 21 คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือเรียกว่ากลุ่มติดบ้านติดเตียง และต้องการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม รัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายคือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร เพื่อสังคมไทยสังคมผู้สูงวัยเข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้ ผู้สูงอายุมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เป็นหลักชัยของสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะสูงอายุอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี เชื่อมโยงทุกมิติของการพัฒนาแบบบูรณาการทั้ง บุคคล สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และการเมือง เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้พร้อมเผชิญการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน³

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาผาง ตำบลห้วย อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอำนาจเจริญ ปี 2560 มีประชากรผู้สูงอายุ 655 คน ร้อยละ 12.27 จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) แยกกลุ่มผู้สูงอายุเป็นติดสังคม ร้อยละ 98.17 ติดบ้าน ร้อยละ 1.83 และไม่มีผู้ช่วยติดเตียง จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุมีแผนงานพัฒนาระบบ

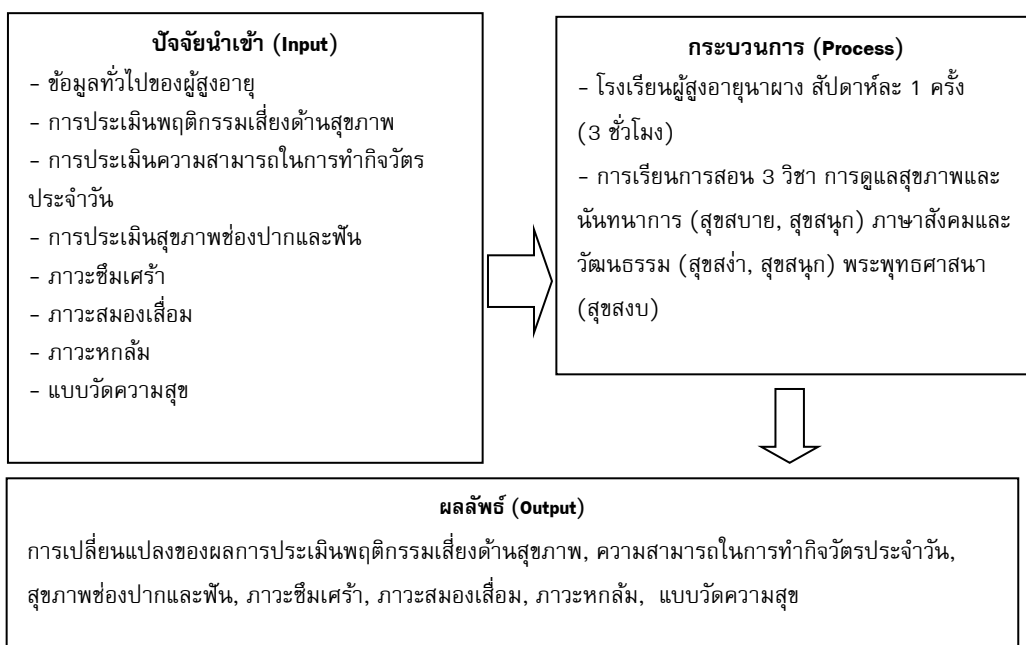
การดูแลระยะยาวตามองค์ประกอบในการประเมิน/คัดกรองสุขภาพการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุบรม Care manager และ Care giver ซึ่งให้การดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านติดเตียง ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ยังไม่ได้มีรูปแบบการดูแล หรือส่งเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ⁴ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งเกี่ยวข้องกับตัวบุคคลและคณะบุคคลซึ่งเป็นกลุ่มทางสังคมเน้นการปัญหาในบริบทที่มีลักษณะเพื่อกำหนดทิศทางปฏิบัติ ประเมินผล เป้าหมาย การพัฒนากลไกการบริหารจัดการตามแนวทางของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ผู้สูงอายุและผู้ต้องการพึ่งพาได้รับการดูแลทั้งในชุมชนและที่บ้านเป็นงานสำคัญลำดับแรกที่จะต้องอาศัยความรู้ทั้งสาม คือ 1) การสร้างองค์ความรู้ทางวิชาการที่ถูกต้อง 2) การเคลื่อนไหวทางสังคมจะต้องอาศัยความรู้เป็นพื้นฐานต้องดึงประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและ 3) การดึงฝ่ายการเมืองหรืออำนาจรัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการผลักดันสะท้อนถึงปรัชญาของกฎหมายที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสังคมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ที่ต้องมีความร่วมมือกันพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term care : LTC) ผ่านกระบวนการขั้นตอนการสร้างแผนทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 4 ขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้ 1) การสร้างทีมแกนนำ เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชนเริ่มตั้งแต่การค้นหาแกนนำการเปิดโอกาสการเข้าร่วมแบบจิตอาสา 2) กระบวนการค้นหาปัญหาและความต้องการ 3) การออกแบบกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีประชาคมการประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดเป้าหมาย วางแผน ดำเนินงาน 4) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่⁵ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมไม่เกิดภาวะพึ่งพาในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุ นาผาง ตำบลห้วย อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับการสร้างสุข 5 มิติ⁶ คือ สุขสบาย สุขสนุก สุขสว่าง สุขสง่า และสุขสงบ ในการการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน 3 วิชา ได้แก่ วิชาการดูแลสุขภาพ วิชาการและนันทนาการ วิชาการภาษาสังคมและวัฒนธรรม และวิชาพระพุทธศาสนา ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วยอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างธันวาคม 2559 – พฤษภาคม 2560

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง

โรงเรียนผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุบ้านนาผาง ที่มีการรวมกลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรม ณ โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านนาผาง

สุข 5 มิติ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสุขเชิงจิตวิทยาในผู้สูงอายุ 5 มิติ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสุขภาพ ให้อำนาจแก่ผู้สูงอายุ โดยเน้นการสร้างคุณค่า การสร้างความตระหนักถึงศักยภาพของผู้สูงอายุโดยตัวผู้สูงอายุ

ผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ หมายถึง ผลการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมกิจกรรม 3 เดือน ด้วย แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพ, แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL), แบบประเมินสุขภาพช่องปากและฟัน, แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า, แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม, แบบประเมินภาวะหกล้ม และแบบวัดความสุข

ขั้นตอนการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ

1) ศึกษาความรู้ต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม รวมทั้งงานวิจัยที่ปรับเปลี่ยนเพื่อนำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม

2) สืบหาข้อมูลพื้นฐานและการเก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมกับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ ได้แก่ สิ่งแวดล้อม โครงสร้างชุมชน พฤติกรรมสุขภาพ ทูทางสังคม

3) จัดประชุมเครือข่ายผู้มีส่วนร่วมในบ้านนาผางวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานผู้สูงอายุของบ้านนาผาง

4) จัดประชุมตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทราบสถานการณ์ผู้สูงอายุ ในภาพรวมและเพื่อทราบความต้องการของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านนาผาง

2. ขั้นการดำเนินงาน

1) วิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นจริงทำความเข้าใจปัญหา กลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นทางการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และแนวทางการดำเนินการวิจัย ทบทวนความเป็นมาเชื่อมโยงสถานการณ์ที่เป็นจริงกับสภาพปัญหาในปัจจุบัน ปัญหาการดำเนินงานผู้สูงอายุ ผลกระทบต่อผู้สูงอายุในชุมชน การส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ ในโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านนาผาง

2) การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านนาผาง ด้วยสุข 5 มิติ การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ค้นหาสาเหตุ กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาการดำเนินโรงเรียนผู้สูงอายุ กำหนดรายละเอียดกิจกรรมโครงการเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ระดมความคิดในการค้นหา แนวทาง กิจกรรม

ตารางที่ 1 กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง โรงเรียนสร้างสุข 5 มิติ

กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ	กิจกรรมที่มีการดำเนินงาน
สุขสบาย	- การบริหารร่างกาย - การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ - การดำเนินกิจวัตรประจำวัน
สุขสนุก	- กิจกรรมร่ำวง - หัวเราะบำบัด - เต้นบาสโลบ
สุขสง่า	- กิจกรรมการพัฒนาโรงเรียนเชิงโครงสร้าง - การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน - การดูแลลูกหลาน
สุขสว่าง	- กิจกรรมการร้องเพลงเพื่อฝึกความจำ - นับ 1 ถึง 10 - ทำมือทำ จีบ แอล - การประเมินภาวะซึมเศร้า - การประเมินภาวะสมองเสื่อม
สุขสงบ	- การเรียน การสอนธรรมะ - การทำสมาธิ - การเข้าร่วมกิจกรรมวันสำคัญทางพุทธศาสนา

3) ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง นำรูปแบบการดำเนินงานผู้สูงอายุไปใช้กับโรงเรียนผู้สูงอายุอื่นๆ

3. ขั้นตอนประเมินผล

ประเมินผลการดำเนินงานผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม

- จัดประชุมกลุ่ม สันทนา กลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชนที่วางไว้ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการตามแผน

- ถอดบทเรียน ประเมินผลการดำเนินงาน ร่วมกันกำหนด
ปรับแผนการดำเนินงาน นำไปทดลองปฏิบัติอีกครั้ง ระดมความคิด ร่วมกันปรับปรุง
ปรับแผนการดำเนินงานผู้สูงอายุตามปัญหาอุปสรรคที่พบ

- ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุด้วย แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อ
สุขภาพ, แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL), แบบประเมิน
สุขภาพช่องปากและฟัน, แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า, แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม,
แบบประเมินภาวะหกล้ม และแบบวัดความสุข⁷ หลังการดำเนินกิจกรรม 3 เดือน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง
จำนวน 95 คน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยได้มีการอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และ
ประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบ โดยผู้เข้าร่วมวิจัย
สามารถเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอด โดยไม่มีผลกระทบทั้งต่อผู้ร่วมวิจัย
ข้อมูลทุกประการของผู้ร่วมวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และจะเสนอผลการวิจัย
เป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติการ

1. แบบสัมภาษณ์และประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ
การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์ที่เข้าร่วมดำเนินงานผู้สูงอายุ
ประสบการณ์การฝึกอบรมเกี่ยวผู้สูงอายุและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ และเติมลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย
สุข 5 มิติ ของโรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมิน
ด้วยการสัมภาษณ์และวัดประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ แบบคัดกรองความเสี่ยง
ต่อสุขภาพ, แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL),
แบบประเมินสุขภาพช่องปากและฟัน, แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า, แบบประเมิน

ภาวะสมองเสื่อม, แบบประเมินภาวะหกล้ม และแบบวัดความสุข ซึ่งดัดแปลงจาก สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ⁷ มีเกณฑ์การให้ดังนี้

1) แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพ ประกอบด้วย 9 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, ประวัติส่วนบุคคล, ประวัติครอบครัว, พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ, การออกกำลังกาย, การบริโภคอาหาร, การรับประทานยา, สารเสพติด และการตรวจร่างกาย

2) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ

3) การประเมินสุขภาพช่องปากและฟัน ประกอบด้วย การตรวจร่างกายจำนวน 1 ข้อ

4) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 2 ข้อ

5) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยคำถามจำนวน 3 ข้อ

6) แบบประเมินภาวะหกล้ม ประกอบด้วย การประเมิน จำนวน 1 ข้อ

7) แบบประเมินความสุข ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 15 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมวิจัยเชิงปฏิบัติการ

หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้แก่ การเรียนแบบมีส่วนร่วม กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ 5 มิติ ด้วย 3 วิชา ได้แก่ วิชาการดูแลสุขภาพและนันทนาการ (สุขสบาย, สุขสนุก) วิชาภาษาและวัฒนธรรม (สุขสง่า, สุขสว่าง) วิชาพระพุทธศาสนา (สุขสงบ) ที่เกิดจากกระบวนการกลุ่มในการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้การสอน และแนวคำถาม แนวทางสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยสร้างแนวคำถาม แนวทางสัมภาษณ์ การบันทึกการสนทนากลุ่ม การคัดกรองประเมินภาวะสุขภาพ มีขั้นตอนดังนี้

1. การประเมิน แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพ, แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL), แบบประเมินสุขภาพช่องปากและ

พัน, แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า, แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม, แบบประเมินภาวะ
หกล้ม และแบบวัดความสุข ซึ่งดัดแปลงจากสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ⁷

2. การสร้างเครื่องมือและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัย

2.1 ศึกษาเอกสารการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางการ
ดำเนินงานผู้สูงอายุ สุข 5 มิติ⁸ การประชุมแบบมีส่วนร่วม วางแผนการจัดดำเนิน
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยสุข 5 มิติ

2.2 ดัดแปลงเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูล ตาม
กรอบแนวคิดในการวิจัย

3. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) เครื่องมือแนวคำถาม แนวทาง
สัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ประสบการณ์ ในการวิจัย
เชิงปฏิบัติการตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content
Validity) ผลการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างแบบสัมภาษณ์ ความ
สอดคล้องตามเนื้อหา เท่ากับ 0.98 และความสอดคล้องตามโครงสร้าง เท่ากับ 0.97

3.3 ความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่
ใกล้เคียงคือ พื้นที่โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านตาตใหญ่ จำนวน 45 คน วิเคราะห์
หาความเที่ยง (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค
(Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 60 - 65 ปี
(ร้อยละ 42.10) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.36) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่
สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 98.94) สถานภาพการสมรสส่วนใหญ่
สถานภาพคู่ (ร้อยละ 72.63) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 97.89)
รายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพ (ร้อยละ 97.89) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเข้าร่วมชมรม
ในหมู่บ้านหรือเป็นคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ และทั้งหมดมีจำนวนสมาชิกใน
หมู่บ้านตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป

2. ผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย อำเภอบุพผราวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม โรงเรียนผู้สูงอายุ นาผาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพระดับความเสี่ยงปานกลาง (ร้อยละ 47.37) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม มากที่สุด (ร้อยละ 98.94) สุขภาพช่องปากและฟันมีฟันใช้งานได้น้อย 20 ซี่ โดยมีฟันหลัก 4 คู่พบมากที่สุด (ร้อยละ 61.05) มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 12.63) มีปัญหาสมองเสื่อม (ร้อยละ 3.16) มีความเสี่ยงในการหกล้ม (ร้อยละ 68.42) และมีความสุขอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 65.26) แล้วได้มีการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนสร้างสุข 5 มิติ ด้วย 3 วิชา ได้แก่ วิชาการดูแลสุขภาพและนันทนาการ (สุขสบาย, สุขสนุก) วิชาภาษาและวัฒนธรรม (สุขสง่า, สุขสว่าง) วิชาพระพุทธศาสนา (สุขสงบ) โดยการประเมินภาวะสุขภาพ ดังนี้ **สุขสบาย** ใช้ 1) แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพ 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน **สุขสนุก** ใช้ 3) แบบวัดคุณภาพชีวิต 4) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของครอบครัว/ชุมชน การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมนันทนาการ **สุขสง่า** ใช้ 5) แบบประเมินความมีคุณค่าในตนเอง 6) แบบบันทึกเรื่องกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง **สุขสว่าง** ใช้ 7) แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม **สุขสงบ** ใช้ 8) แบบวัดความสุข พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพลดลงจากระดับความเสี่ยงปานกลางเป็นระดับความเสี่ยงต่ำมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 41.05) มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 100) สุขภาพช่องปากและฟันภายหลังได้เข้าร่วมกิจกรรม และแก้ไขพบว่าดีขึ้น มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานได้น้อย 20 ซี่ โดยมีฟันหลัก 4 คู่ ฟันสบกันมากขึ้น (ร้อยละ 71.58) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 100) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมมีจำนวนลดลง (ร้อยละ 1.05) ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มไม่มีความเสี่ยงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (ร้อยละ 78.97) และมีระดับความสุขในภาพรวมหลังการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 48.42) รองลงมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 35.79)

การอภิปรายผล

จากการศึกษา การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุ นาผาง ตำบลห้วย อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยการใช้กระบวนการเรียนรู้ 3 วิชา ได้แก่ วิชาการดูแลสุขภาพและนันทนาการ (สุขสบาย, สุขสนุก) วิชาภาษาและวัฒนธรรม (สุขสง่า, สุขสว่าง) วิชาพระพุทธศาสนา (สุขสงบ) ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพลดลงจากระดับความเสี่ยงปานกลางเป็นระดับความเสี่ยงต่ำมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 41.05) ผู้สูงอายุทั้งหมดมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นกลุ่มติดสังคมพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (ร้อยละ 100) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 100) ผู้ที่มีปัญหาสมองเสื่อมมีจำนวนลดลง (ร้อยละ 1.05) และผลการคัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มไม่มีความเสี่ยงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (ร้อยละ 78.98) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ นามกระจำง และคณะ⁸ พบว่า ผู้สูงอายุหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติ มีระดับสมรรถภาพร่างกาย ค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้น ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุข เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และผลการประเมินความสุขของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่พบว่ามีความอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 48.42) และระดับดี (ร้อยละ 35.79) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชฎาภา สมศรี⁹ พบว่า ระดับความสุขของผู้สูงอายุ ก่อนการร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ มีระดับคะแนนความสุขโดยรวมเท่ากับคนทั่วไป (Mean = 49.90) และระดับความสุขหลังเข้าร่วมกิจกรรมโดยรวมสูงกว่าคนทั่วไป (Mean = 56.66) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ กันต์สุตา จันทรแจ่ม¹⁰ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวคิด ความสุข 5 มิติ ของกลุ่มสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุ มีความผาสุกมากขึ้นหลังผ่านการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความผาสุกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการ

ในการปฏิบัติกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการพัฒนากระบวนการที่ยั่งยืนต่อให้ควรมีการปฏิบัติกิจกรรมในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นและให้มีการประเมินผล ติดตามการจัดกิจกรรมเป็นระยะในทุก 1 เดือน เพื่อประเมินในสิ่งหรือผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนมากขึ้น

ด้านการนำไปใช้

ผู้วิจัยเห็นควรให้มีการส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมให้เกิดความยั่งยืน ต่อเนื่อง และมีการนำรูปแบบในการจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุในทุกพื้นที่

ด้านศึกษา

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบวิธีการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ควรมีการศึกษาในรูปแบบอื่นๆในการจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาผาง โรงเรียนผู้สูงอายุผางและผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้และเอื้ออำนวยให้เสร็จสิ้นได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. นครปฐม: บริษัท พรินเทอร์ จำกัด; 2560.
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ.2555-2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdb.go.th/download/article/article_20160323112431.pdf

4. กรมสุขภาพจิต. คู่มือ โปรแกรม 16 สัปดาห์เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
5. เพ็ญจันทร์ ลิทธิปริษา และคณะ. กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบ. วารสารการพยาบาลทหารบก 2555;13:8-17.
6. อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และคณะ. คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ป๊ายอนด์ พับลิชชิ่ง; 2558
7. กรมอนามัย. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2557.
8. สุภารัตน์ นามกระจ่าง, ลักษณะ สรรัตน์ และ อนุญา เดชะคำภู. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในผู้สูงอายุ ตำบลกระหวัด อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ 2560. 10 มี.ค. 2560; ขอนแก่น. 2560.
9. ชัชฎาภ สมนศรี และคณะ. ผลของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติต่อความสุขของผู้สูงอายุโรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2560;3: 3-14.
10. กันต์สุดา จันทรแจ่ม. ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวคิด ความสุข 5 มิติ ของกรมสุขภาพจิตเพื่อส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธ.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://www.edujournal.ru.ac.th/AbstractPdf/2560-7-1_1515558348_is-phy-0002-10012561.pdf

ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น

ลักขณา ขอบเสียง พย.ม.^{1*}, จุฑามาศ โสพัฒน์ น.ศ.²,

ชญาณิศ ทองมล น.ศ.², ชลดา สมคะเนย์ น.ศ.²,

ภาณุณี ลาภทวี น.ศ.², ณัชชริญา ชินทอง น.ศ.²,

ณัฐกานต์ วงศ์บัณฑิต น.ศ.², ณัฐธิดา ทুমมี น.ศ.², ทศนีย์ แพงมาก น.ศ.²

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นหากมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลต่อการดำเนินของโรคให้ช้าลง ชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตได้ยาวนานที่สุด ความฉลาดทางสุขภาพมีผลต่อการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 53 คน เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .85 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.60 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.10 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.30 เมื่อพิจารณาความฉลาดทางสุขภาพแต่ละรายด้านจะพบว่าอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ด้านทักษะความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตระยะเริ่มต้น ร้อยละ 92.45 ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ร้อยละ 77.46 ด้านทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 75.27 ด้านทักษะการสื่อสาร ร้อยละ 45.28 ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 60.38 และด้านทักษะการจัดการ ร้อยละ 66.04 จากการศึกษาทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ที่ระดับสูง มีเพียงด้านทักษะการสื่อสารไม่ถึงร้อยละ 50 การวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐาน

¹อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

²นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3

เพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้เหมาะสมและออกแบบแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความต้องการและชะลอความเสี่ยงของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นต่อไป

คำสำคัญ: ความฉลาดทางสุขภาพ, โรคไตเรื้อรัง

Health literacy in the first stage of Chronic Kidney

**Lakhana Chopsiang M.N.S.^{1*}, Jutamas Sopat N.S.²,
Chayanit, Thongmol N.S.², Chonlada somkaney N.S.²,
Dathinee Lapthawee N.S.², Natchariya Chinthong N.S.²,
Nattakarn Wongpunti N.S.², Natthida Tumme N.S.², Tudsanee Pangmak N.S.²**

Abstract

The patients with the first stage of Chronic Kidney Disease (CKD) that take the appropriate care will delay the effects of the disease. The health literacy will lead them to the ways in adjusting their behaviors and delay the development of kidney degeneration. The main purpose of this study was to investigate the health literacy of the patients with the first stage of CKD. The samples included 53 patients with the first stage of CKD who visited the Health Promoting Hospital in Pathum sub-district, Mueang district, Ubon Ratchathani province. The data were collected through the health literacy questionnaires. The coefficient of reliability is 0.85 and for the statistics used in the data analysis, they were frequency, percentage, and standard deviation.

The study has revealed that, the overall levels of health literacy included three stages as follows: high 56.60% , medium 32.10% , and low 11.30% . Considering the high level of health literacy in each dimension, the knowledge and understanding about the disease's initial phase was 92.45 % . Also, the medium literacy reflected 77.46% , 75.27% of the decision, 45.28% of communication, 60.38% of access, and 66.04% of management. The study showed that although the samples had a high level of health literacy, the communication of health literacy was only 50 percentages at high level. The study resulted in basic information to develop the appropriate programs of

¹Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

²Junior nursing students, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

*Corresponding email: chlakhana@hotmail.com

health literacy and to be as a pathway for the patients with the first stage of CKD, relating to their needs and reducing the development of their kidney deterioration in the first stage of CKD.

Key words: health literacy, chronic kidney disease

บทนำ

สถานการณ์ของโรคไตในปัจจุบันเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลก ใน 10 ปีที่ผ่านมาคนไทยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 แสนคน ผู้ป่วยเพิ่มปีละกว่า 7,800 ราย หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จะเกิดโรคแทรกซ้อนถึงเสียชีวิต มีผู้ป่วยที่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รอการผ่าตัดเปลี่ยนไตใหม่ประมาณ 40,000 ราย ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีเพียงปีละ 400 รายเท่านั้น มีผู้เสียชีวิตจากไตวาย 13,536 คน ประมาณ 1 ใน 3 ตายก่อนวัยอันควร อายุน้อยกว่า 60 ปี¹

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการทำลายเนื้อไตหรือมีลักษณะแสดงความผิดปกติทางพยาธิสภาพของไต มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ติดต่อกันเกิน 3 เดือน ซึ่งความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังสามารถแบ่งได้ 5 ระยะ อ้างอิงตามเกณฑ์ของ Kidney disease improving global outcomes (KDIGO) ปี พ.ศ.2555 ใช้ค่าอัตราการกรองไตในการแบ่งระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 มีอัตราการกรองของไต > 90 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ระยะที่ 2 มีอัตราการกรองของไต 60 - 89 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ระยะที่ 3 a มีอัตราการกรองของไต 45 - 59 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ระยะที่ 3 b มีอัตราการกรองของไต 30 - 44 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ระยะที่ 4 มีอัตราการกรองของไต 14 - 29 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตรและระยะที่ 5 มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร² โรคไตเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการดำเนินของโรคไปสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease, ESRD) เมื่อเข้าสู่ภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage kidney disease) ร่างกายจะไม่สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้ ตลอดจนมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่และกรดต่างในร่างกาย ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่น การล้างไตทางช่องท้อง ปลูกถ่ายไตหรือการฟอกเลือดเพื่อยืดชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย³ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าไตเริ่มทำหน้าที่น้อยลง เริ่มขจัดของเสียลดลง หากรู้จักทะนุถนอมไตไว้ โดยวิธีการต่างๆ เช่น การควบคุมอาหารจำพวก หวาน มัน เค็ม การออกกำลังกายที่เหมาะสมเป็นประจำและสม่ำเสมอ มีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา จะช่วยชะลอความเสื่อมของไต

ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถ และกระบวนการคิด ที่เกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพ แล้วสามารถนำข้อมูลที่ได้ มาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล จากการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการปฐมภูมิจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 25 คน ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาดี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ดี มาพบแพทย์ตามนัด⁴ และจากการศึกษาของ Devraj R.และคณะ⁵ เมื่อ ค.ศ. 2015 เกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพและโรคไต สู่แนวทางใหม่ในการทำวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคไต มีประสบการณ์ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1 และ 2 มีความตระหนักถึงภาวะโรคไตของตนเองเพียง 40% และในผู้ป่วยระยะที่ 3 และ 4 มีความตระหนักเพียง 23% ซึ่งการค้นพบนี้ถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมากเนื่องจากความตระหนักในระดับต่ำ เมื่อสามารถแก้ไขและปรับปรุงให้มีความตระหนักที่ดีมากขึ้น อาจเป็นหนึ่งในปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้าสู่ระยะที่ 5 ได้ช้าลง จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยที่เหมาะสมจะทำให้ประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยปรับผลลัพธ์ทางคลินิก ช่วยลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

โรคไตเรื้อรังมีการดำเนินโรคไปตั้งแต่ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 5 ซึ่งส่งผลให้ไตเกิดภาวะไตล้มเหลวในระยะที่ 5 ศักยภาพของความฉลาดทางสุขภาพและการรักษามีผลกระทบอย่างมาก โดยระยะเริ่มแรกจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของไตในระยะที่เพิ่มขึ้นต่อไป การวินิจฉัยผู้ป่วยไตในระยะเริ่มต้น จะช่วยในการชะลอความเสื่อมของไต และคงไว้ซึ่งชีวิตที่มีคุณภาพที่ดีของผู้ป่วยจะทำให้ระยะที่ดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ระยะที่ 4 และระยะสุดท้ายช้าลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้น เนื่องจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตในระยะเริ่มต้นจะรักษาโดยการควบคุมอาหาร ลดพฤติกรรมเสี่ยง และการรับประทานยา หากในระยะนี้สามารถดูแลและควบคุมพฤติกรรมได้จะสามารถส่งผลต่อการดำเนินโรคที่ช้าลงช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดตามทฤษฎีของดอน นัทบีม (Nutbeam)⁶ และกองสุขศึกษากระทรวงสาธารณสุข⁷ ได้คุณลักษณะพื้นฐานที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญ 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านทักษะความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค (Cognitive)
2. ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access)
3. ด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill)
4. ด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)
5. ด้านทักษะการจัดการตนเอง (Self-management)
6. ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive) เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น (ระยะที่ 1 และระยะที่ 2) ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 60 คน ระหว่างเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2560

2. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น (ระยะที่ 1 และระยะที่ 2) ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 53 คน คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (Yamane)⁸

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับการจากการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ร่วมวิจัย

นอกจากนี้ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และจะเผยแพร่ผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) สำหรับแบ่งเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) ซึ่งประกอบไปด้วยเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนตัวต่อเดือนสิทธิการรักษา ระยะเวลาของการเป็นโรค โรคร่วม และแหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสาร

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Nutbeam⁶ ซึ่งแบ่งเป็น 6 ด้านดังนี้ 1) ด้านทักษะความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นเป็นข้อคำถามถูกผิด จำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 8 คะแนน 2) ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) ด้านทักษะการสื่อสาร 4) ด้านทักษะการตัดสินใจ 5) ด้านทักษะการจัดการตนเอง 6) ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ด้านที่ 2 - 6 มีคะแนน 5 ระดับ ด้านละ 5 ข้อ มีการแปลงคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ การแปลผลแบ่งตามระดับช่วงชั้นคะแนนสูงสุดและต่ำสุด 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง ต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้เท่ากับ 0.80 และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองแห่ จำนวน 30 คน แล้วนำผลมาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2560 หลังได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นเข้าพบ

กลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวและชี้แจงการวิจัย ภายหลังได้รับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงเริ่มดำเนินการวิจัยโดยทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 64.20 มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.20 (Mean = 5.32, SD = 0.73) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79.20 มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.80 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 49.10 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 77.40 ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 77.40 ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น ร้อยละ 92.50 มีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 33.96 โรคประจำตัว 2 โรค ร้อยละ 22.64 โรคประจำตัว 3 โรค ร้อยละ 13.20 และมีโรคประจำตัว 4 โรค ร้อยละ 30.18 และได้รับข่าวสารทางสุขภาพจากรพ.สต.ปทุม มากที่สุด ร้อยละ 60.40

2. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 56.60 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.10 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.30 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพสูงสุด 3 ลำดับคือ ด้านทักษะความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.45 (Mean = 7.28, S.D. = 0.99) รองลงมาคือด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ คิดเป็นร้อยละ 77.36 (Mean = 21.08, S.D. = 3.65) ด้านทักษะการตัดสินใจ คิดเป็นร้อยละ 75.47 (Mean = 20.25, S.D. = 2.92) และกลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพน้อยที่สุด 2 ลำดับคือ ด้านทักษะการจัดการตนเอง คิดเป็นร้อยละ 66.04 (Mean = 19.85, S.D. = 3.97) ด้านทักษะการสื่อสารคิดเป็นร้อยละ 60.38 (Mean = 17.43, S.D. = 4.40) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความฉลาดทางสุขภาพ จำแนกตามความฉลาดทางสุขภาพ
โดยรวมและรายด้าน (n = 53)

ความฉลาดทางสุขภาพ	คะแนน	Mean	S.D.	การแปลผล					
				ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
				ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
ด้านทักษะความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น	0 - 8	7.28	0.99	-	-	4	7.5	49	92.45
ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	5 - 25	18.45	5.11	7	13.20	14	26.42	32	60.38
ด้านทักษะการสื่อสาร	5 - 25	17.43	4.40	7	13.20	22	41.50	24	45.28
ด้านทักษะการตัดสินใจ	5 - 25	20.25	2.92	1	1.89	12	22.64	40	75.47
ด้านทักษะการจัดการตนเอง	5 - 25	19.85	3.97	2	3.77	16	30.19	35	66.04
ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	5 - 25	21.08	3.65	-	-	12	22.64	41	77.36
โดยรวม	0 - 133	104.34	14.90	6	11.30	17	32.10	30	56.60

ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นรายด้าน ดังนี้

1. ด้านทักษะความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้น

ด้านทักษะความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนใหญ่มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 92.45 (Mean = 7.28, S.D. = 0.99) โดยเมื่อพิจารณาข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพมากที่สุด คือ มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะทำให้ระดับความเสื่อมของไตลดลง (Mean = 0.98, S.D. = 6.94) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพน้อยที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น คือ ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตผิดปกติเล็กน้อย

มีค่ามากกว่า 60 มิลลิเมตรต่อหน้าที่ต่อพื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร (Mean = 0.58, S.D. = 4.17)

2. ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพในด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 60.38 (Mean = 18.45, S.D. = 5.11) ซึ่งพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ ข้อการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพโดยการติดต่อขอข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน ร้อยละ 77.74 (Mean = 19.45, S.D. = 6.40) รองลงมาเป็นข้อความฉลาดสุขภาพในการค้นหาข้อมูลของแหล่งบริการสุขภาพที่จะไปรับบริการ ร้อยละ 76.60 (Mean = 19.15, S.D. = 6.00) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความฉลาดในการค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลสุขภาพที่หลากหลาย ร้อยละ 71.70 (Mean = 17.90, S.D. = 6.95)

3. ด้านทักษะการสื่อสาร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 69.74 อยู่ในระดับสูง (Mean = 17.43, S.D. = 4.40) ซึ่งพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ การกล้าถามข้อสงสัยจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 81.51 (Mean = 20.40, S.D. = 6.55) รองลงมาเป็นความฉลาดสุขภาพในการอ่านเอกสารและคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพแล้วพบว่าไม่เข้าใจ ร้อยละ 73.21 (Mean = 18.3, S.D. = 6.50) และมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพในการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อช่วยให้สามารถอ่านข้อมูลจากสื่อสุขภาพ น้อยที่สุด ร้อยละ 60.75 (Mean = 15.20, S.D. = 6.95)

4. ด้านทักษะการตัดสินใจ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจ เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 83.55 อยู่ในระดับสูง (Mean = 20.25, S.D. = 2.92) ซึ่งพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ ในเรื่องที่จะดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดีแม้ว่าจะมีอาการปกติแล้วมากที่สุด ในระดับสูง ร้อยละ 91.70 (Mean = 22.90, S.D. = 4.50) รองลงมาเป็นความฉลาดสุขภาพในการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 88.30 (Mean = 22.10, S.D. = 5.30) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความฉลาดทางสุขภาพในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ร้อยละ 55.85 (Mean = 13.95, S.D. = 8.35)

5. ด้านทักษะการจัดการตนเอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านทักษะการจัดการตนเอง คิดเป็นร้อยละ 79.39 อยู่ในระดับสูง (Mean = 19.85, S.D. = 3.97) ซึ่งพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ ความฉลาดทางสุขภาพในการปรับปรุงตนเองให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องมากที่สุดในระดับสูง ร้อยละ 84.53 (Mean = 21.15, S.D. = 4.65) รองลงมาเป็นความฉลาดสุขภาพในการสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารก่อนรับประทาน ร้อยละ 81.51 (Mean = 20.40, S.D. = 5.00) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ความฉลาดในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.96 (Mean = 18.50, S.D. = 5.45)

6. ด้านทักษะรู้เท่าทันสื่อ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ คิดเป็นร้อยละ 84.30 อยู่ในระดับสูง (Mean = 21.08, S.D. = 3.65) ซึ่งพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ การใช้วิจารณญาณและเหตุผลในการเลือกรับข้อมูลทางสุขภาพก่อนตัดสินใจ มากที่สุด ร้อยละ 91.70 (Mean = 22.90, S.D. = 3.75) รองลงมาเป็นความฉลาดสุขภาพในการค้นหาข้อมูลของสื่อโฆษณา ก่อนตัดสินใจ ร้อยละ 90.19 (Mean = 22.55, S.D. = 4.55) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความฉลาดในการค้นหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ร้อยละ 74.72 (Mean = 18.70, S.D. = 6.15)

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 56.60 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.10 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.30 ตามลำดับ อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูง อาจมีสาเหตุมาจากการมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีอสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการเข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึงและกลุ่มตัวอย่างยังอาจมีวิธีการดูแลตัวเองที่ดีอยู่แล้วจากโรคประจำตัวเดิมเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น⁹ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังมีครอบครัว คู่สมรส บุตร ญาติ หรือผู้ดูแลที่คอยให้คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพ จึงอาจเป็นเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาด

ทางสุขภาพในระดับสูงได้¹⁰ ส่วนด้านทักษะการสื่อสารที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำนั้น ก็อาจมีสาเหตุมาจากการที่ใช้คำศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ในการให้ความรู้กับกลุ่มตัวอย่างทำให้ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในความหมายของโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยียังมีน้อย ในการที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจึงยังมีไม่หลากหลายช่องทางมากนัก จากที่กล่าวมานี้ อาจเป็นเหตุให้กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำได้¹¹ ดังนั้นในฐานะที่เป็นบุคคลกรทางสุขภาพจึงควรมีการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพให้กับกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มผู้ป่วย เช่น เมื่อผู้ป่วยมารับบริการทางสุขภาพต้องพาผู้ดูแล ผู้ใกล้ชิดที่ทำหน้าที่ดูแล หรือ Care giver มาพร้อมด้วยเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ หรือจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง เพื่อเป็นการเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น

ด้านทักษะความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 7.28, S.D. = 0.99) ข้อที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากที่สุด การมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะทำให้ระดับความเสื่อมของไตลดลง อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้จากโรคเดิมที่เป็นมาก่อน และข้อที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น คือ ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตผิดปกติเล็กน้อย มีค่ามากกว่า 60 มิลลิเมตรต่อนาทีต่อพื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ซึ่งอาจเกิดจากการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ในการอธิบายความหมายของโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เข้าใจความหมายได้⁴ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมและให้ความรู้ในเรื่องความหมายและค่าปกติของอัตราการกรองของไตเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้และสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติใช้ได้เหมาะสม

ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 18.45, S.D. = 5.11) ซึ่งพบว่าข้อที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ การค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพโดยการติดต่อขอข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน รองลงมาเป็นการค้นหาข้อมูลของแหล่งบริการสุขภาพที่จะไปรับบริการ อาจเป็นเพราะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากแหล่งบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เป็นส่วนใหญ่ การเข้าถึงการบริการสุขภาพมีช่องทางในการให้ข้อมูลทางสุขภาพ

ที่หลากหลายมากขึ้น และเป็นไปในลักษณะของผู้รับผลการกระทำ และมีการกำหนดรูปแบบหรือวิธีการเข้าถึงด้วยตนเอง จึงส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจในส่วนนี้มาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัญญา แซ่โก¹² ได้ศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดตาร้อยละ 69.5 มีความแตกต่างอยู่ในระดับเพียงพอ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ความฉลาดในการค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลสุขภาพที่หลากหลายร้อยละ 71.70 (Mean = 17.90, S.D. = 6.95) จะเห็นได้ว่าในพื้นที่ที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ อยู่ใกล้กับแหล่งบริการสาธารณสุข สามารถเข้าถึงง่ายมากกว่าการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากหลากหลายแหล่ง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ทำให้การค้นคว้าหาข้อมูลทางสุขภาพจากช่องทางอื่น เช่น อินเทอร์เน็ต เครือข่ายสังคมออนไลน์ เป็นไปได้ยาก ดังนั้นจึงควรแนะนำให้คู่มือรสน บุคคลใกล้ชิดและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการช่วยค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากหลากหลายช่องทาง

ด้านทักษะการสื่อสารโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 17.43, S.D. = 4.40) ซึ่งพบว่าข้อที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากที่สุด คือ การกล้าถามข้อสงสัยจากเจ้าหน้าที่ และความฉลาดทางสุขภาพในการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อช่วยให้สามารถอ่านข้อมูลจากสื่อสุขภาพมีน้อยที่สุด อาจเป็นเพราะชุมชนที่ผู้ตอบแบบสอบถามอาศัยอยู่นั้นเป็นชุมชนเมือง มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลน้อย¹³ ส่งผลให้การเข้าหาบุคคลอื่นเพื่อขอความช่วยเหลือนั้นเป็นไปได้ค่อนข้างยาก ดังนั้นจึงแนะนำให้มีการจัดรวมกลุ่ม เพื่อพูดคุยและแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ร่วมกัน

ด้านทักษะการตัดสินใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 20.25, S.D. = 2.92) ความฉลาดทางสุขภาพมากที่สุด คือ เรื่องที่จะดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดีแม้ว่าจะมีอาการปกติแล้ว รองลงมาเป็นความฉลาดทางสุขภาพในการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ความฉลาดทางสุขภาพน้อยที่สุดในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม อาจเป็นเพราะความเคยชินในการปฏิบัติตัวก่อนที่จะเจ็บป่วย ความเกรงใจบุคคลในครอบครัว ร่วมกับไม่สามารถปรับตัวตามคำแนะนำทางสุขภาพ จึงมีผลต่อการตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติเพื่อให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ¹⁴

ด้านทักษะการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 19.85, S.D. = 3.97) มากที่สุด 2 อันดับแรก คือ ความฉลาดทางสุขภาพในการปรับปรุงตนเองให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องและการสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารก่อนรับประทาน ส่วนด้านที่น้อยที่สุดคือการประเมิน

การดูแลหรือปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต อาจเป็นเพราะผู้ตอบแบบสอบถามยังไม่เข้าใจแนวปฏิบัติในการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต⁴ ดังนั้นจึงควรให้คำแนะนำในเรื่องแนวปฏิบัติเบื้องต้นในการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 21.08, S.D. = 3.65) มากที่สุด 2 อันดับแรก คือ การใช้วิจารณญาณและเหตุผลในการเลือกรับข้อมูลทางสุขภาพก่อนตัดสินใจและการค้นหาข้อมูลของสื่อโฆษณาก่อนตัดสินใจ ความฉลาดในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง หรือการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายน้อยที่สุด อภิปรายได้ว่าอาจมีสาเหตุมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จึงทำให้มีประสบการณ์และทักษะความสามารถในการคิดวิเคราะห์ มีวิจารณญาณก่อนตัดสินใจในการเชื่อข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพต่างๆ นั้นมีมากและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีคู่สมรส บุคคลใกล้ชิด ญาติพี่น้อง หรือผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่ที่มีระดับการศึกษาที่มากกว่าระดับประถมศึกษา เป็นผู้พูดคุยกับผู้ป่วยให้คำปรึกษา ช่วยตัดสินใจ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น การดูแลในเรื่องอาหาร การรับประทานยา การพาไปรับการรักษา และการให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจึงอาจเป็นแหล่งสนับสนุนการมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูงของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้วและนุสรา ประเสริฐศรี⁹ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ สถานภาพสมรส โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ จากที่กล่าวมาข้างต้นอาจส่งผลให้มีความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นในระดับสูงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ควรให้ผู้ดูแลของผู้ป่วย เช่น สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและคู่สมรส มีส่วนร่วมในการรับฟังและรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อเป็นการสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือพฤติกรรมเชิงบวกของผู้ป่วยและเพิ่มทักษะการสื่อสารให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.2 ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ควรจะศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างหรือมีการประเมินความรู้ความเข้าใจในเรื่องความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคประจำตัว

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นหรือศึกษาความสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อความฉลาดทางสุขภาพการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค ระยะที่เป็นโรคเป็นต้น

2.2 ควรศึกษาโปรแกรมที่ส่งเสริมทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้น เพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารให้เพิ่มขึ้น

2.3 ศึกษาในกลุ่มประชากรที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ไทยรัฐ ออนไลน์. เผยสถานการณ์โรคไตในไทย คาดป่วยไตเรื้อรังแล้ว 8 ล้านคน[อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 29 ก.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thairath.co.th/content/408650>
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: ทาเคดา; 2558.
3. สมพร ชินโนรส, ชุตติมา ดีปัญญา. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด. วารสารเกื้อการุณย์ 2556;20:5-14.
4. ธเนศวุฒิ สายแสง, วีระศักดิ์ จิตไธสง, กนกรัศมี สุทธิประภา, สุวรรณ ภัทรเบญจพล. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: ศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี; 2557.

5. Devraj R, Gordon E J. Health literacy and kidney disease: toward a new line of research. *Am J Kidney Dis* 2009;53:884-9.
6. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67:2072-8.
7. กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: นิเวศมตาการพิมพ์; 2554.
8. Yamane T. *Statistics: An introductory analysis*. New York: Harper and Row Publication; 1973.
9. แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรา ประเสริฐศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2559;25:43-54.
10. Lee S Y, Arozullah A M, Cho Y I. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med* 2004;58:1309-21.
11. Kobayashi L C, Smith S G, O'Connor R, Curtis L M, Park D, Von Wagner C, et al. The role of cognitive function in the relationship between age and health literacy: a cross-sectional analysis of older adults in Chicago. *BMJ Open* 2015;5:e007222.
12. ภัฏญา แซ่โก. ความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
13. Reisi M, Javadzade S H, Heydarabadi A B, Mostafavi F, Tavassoli E, Sharifirad G. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *Int J Health Promot Educ* 2014;3:119.
14. อรุณี หล้าเขียว, ทวีวรรณ ซาลีเครือ. ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา; 2558.

ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม หน่วยไตเทียมสรรพสิทธิ์

โรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์

วราภรณ์ อุตทอง^{1*}, นवलน้อย โหตระไวศยะ¹,
กันติชา ธนทอง¹, สุชาดา ฤทธิน้ำคำ¹

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและอันตราย ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตได้ แต่ยังทราบอุบัติการณ์และสาเหตุเล็กน้อย การศึกษาจึงมีความจำเป็น การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อทราบอุบัติการณ์และสาเหตุ ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นการวิจัย เชิงพรรณนา โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หน่วยไตเทียมสรรพสิทธิ์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2558- 30 กันยายน พ.ศ.2560 เครื่องมือที่ใช้พัฒนาตามกรอบแนวคิดการทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ แบ่ง 2 ส่วน 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น 28 ราย เพศหญิง 17 ราย เพศชาย 11 ราย อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 70 -90 ปี ขึ้นไป โรค AKI ร้อยละ 53.57 มากกว่า โรค ESRD ร้อยละ 46.42 โรคร่วมที่พบภาวะหัวใจหยุดเต้นมากที่สุด คือ หัวใจและหลอดเลือด รองลงมา คือ Septic Shock ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระดับความรู้สึกตัว พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมมากกว่า ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี อาการนำมาก่อนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น คือภาวะหัวใจเต้นผิดปกติและความดันโลหิตต่ำ ตรวจ EKG พบ Pulseless electrical activity มากที่สุด รองลงมาคือ Asystole และ Ventricular tachycardia ส่วนใหญ่ พบในผู้ป่วยที่เริ่มฟอกเลือดครั้งแรกมากที่สุด จำนวน 12 ราย รองลงมาคือฟอกเลือดมากกว่า 3 ครั้ง ส่วนอัตราการดิ่งน้ำ พบว่า

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

* Corresponding author E-mail : emmyko.emmyko@gmail.com

พบในผู้ป่วยที่ดื่มน้ำ 500-1,000 ml/hr รองลงมา คือ ดื่มน้ำน้อยกว่า 500 ml/hr ช่วงเวลาที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น พบขณะฟอกเลือด มากที่สุด โดยพบมากใน 5 - 30 นาที 7 ราย ช่วง 40 - 60 นาที 6 ราย ผลการช่วยชีวิตกลับมามีสัญญาณชีพทุกราย สะท้อนถึงประสิทธิภาพของทีมในการช่วยชีวิตผู้ป่วย บทบาทพยาบาลพบว่า ยังมีบางส่วนที่ขาดการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนส่งนอกแผนกและก่อนฟอกเลือด ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการเก็บวิเคราะห์ข้อมูล หาแนวทางป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นลดน้อยลง

คำสำคัญ : ภาวะหัวใจหยุดเต้น, ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

Cardiac Arrest in Hemodialysis at Dialysis Unit, Sunpasitthiprasong Hospital

**Varaporn Utthong^{1*}, Nualnoi hotrawaisaya¹,
Kanticha Thanutong¹, Suchada Ritnamkam¹**

Abstract

Cardiac arrest is the most common complication of hemodialysis leading to death in patients with hemodialysis. Because no cause showed, reviewing the indication was concerned. The purposes of the study were to know incident and cause of dialysis unit-based cardiac arrest during hemodialysis. The descriptive study was applied by reviewing medication record about Dialysis unit-based cardiac arrest at hemodialysis, Sunpasit Unit, Sunpasitthiprasong Hospital between October 1, 2015 and September 30, 2017. Instrument following review literature of care from important event included two parts: 1) record form about general data and 2) record form about dialysis unit-based cardiac arrest. The instrument was accepted by three experts.

The results showed that there were 28 patients with dialysis unit-based cardiac arrest at the hemodialysis. Most patients were females, 70-90 years of age mean, and AKI disease more than ESRD disease. Most comorbidity was cardiovascular disease and septic shock respectively. They were treated with ventilator. Moreover, their conscious had more drowsiness. Early symptoms of the cardiac arrest were hypotension and arrhythmia. When investigating with EKG, it showed pulseless electrical activity, asystole, and ventricular tachycardia respectively. Time of hemodialysis to present the cardiac arrest was first time and more than three times of hemodialysis respectively. Most rate of water to remove (UF volume) in an hour for the dialysis run were 500-1,000 ml/hr and lower than 500 ml/hr respectively. The cardiac arrest was found during dialysis in 5-60 minuses. After cardiopulmonary resuscitation, all patients had vital sign. For role of registered nurses, there was lack of knowledge to assess the patients

before dialysis and before discharge. The review suggested that the information was basic data and analysis to find a guideline of nursing to prevent or decrease the cardiac arrest at the hemodialysis. The guideline may be alternative way to develop a guideline of nursing for risk patients that may be good outcome for patients and organization in the future.

Keywords: cardiac arrest, patient with hemodialysis, reviewing important event

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขระดับโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วย เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และมีการดำเนินของโรคไปสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย¹ มีผู้ป่วยจำนวนมากต้องทนทุกข์ทรมาน และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โรคนี้สามารถพบได้ในทุกเพศทุกวัย เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กล่าวคือความดันโลหิตสูงเป็นได้ ทั้งสาเหตุหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง โดยพบว่า ร้อยละ 50-75 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วไปมีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 mmHg² หรือในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ร้อยละ 85-95³ ในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบ และตรวจพบเมื่อโรคมีการดำเนินไปมากแล้ว เมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องหรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และประเทศจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก การรักษาด้วยวิธี Hemodialysis ซึ่งเป็นวิธีรักษาที่สะดวกและให้ผลดีพอสมควร แต่อย่างไรก็ตามการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดได้แก่ความดันโลหิตลดลง รวมทั้งการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งพยาบาลที่ดูแลจะต้องสามารถประเมินและให้การพยาบาลแก้ไขเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถช่วยเหลือ ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

หน่วยไตเทียมสรรพสิทธิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ให้การดูแลรักษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน และไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉิน และมีภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อนรุนแรง ซึ่งส่งต่อจาก โรงพยาบาลเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ต้องการรับบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้บริการทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการในกรณีฉุกเฉิน จากสถิติประจำปีของหน่วยไตเทียมตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 - 2560 มีผู้ป่วยในโรคไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งหมดจำนวน 3,352 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นมากที่สุดที่พบบ่อยคือ ความดันโลหิตลดลง แต่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและอันตราย คือ ภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด พบว่ามีทั้งหมด 28 ราย

ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจำเป็นต้องศึกษาหาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่แนวทางการป้องกันแก้ไข และการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราการเกิดและลักษณะของผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยศึกษาย้อนหลัง (retrospective design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งหมดที่เข้ารับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการ ทั้งกรณีเร่งด่วนและไม่เร่งด่วน ณ ศูนย์ไตสรพสิทธิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในช่วง 1 ตุลาคม พ.ศ.2558 - 30 กันยายน พ.ศ.2560

จริยธรรมวิจัย

ทำการศึกษาหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นการศึกษาย้อนหลังซึ่งการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการเฝ้าระวังและหาภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทำการศึกษาในช่วง 1 ตุลาคม พ.ศ.2558 - 30 กันยายน พ.ศ.2560 ในผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งหมดที่เข้ารับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการ ทั้งกรณีเร่งด่วนและไม่เร่งด่วน ณ ศูนย์ไตสรพสิทธิ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังของผู้ป่วย ใบบันทึกก่อน ขณะ และหลังได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis sheet) บันทึกข้อมูลโดยพยาบาลไตเทียม โดยเก็บข้อมูลจากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ได้แก่ เพศ อายุ ความเร่งด่วนของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม วิเคราะห์ข้อมูลโดยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากใบบันทึกผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และวิเคราะห์ผลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และอุบัติการณ์

ผลการศึกษา

ในช่วงระยะเวลาดังตั้ง 1 ตุลาคม พ.ศ.2558 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2560 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3,352 ราย มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นที่สัมพันธ์กับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 28 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 8.35 ต่อ 1,000 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 11 ราย และเพศหญิง 17 ราย อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 70 - 90 ปี มีจำนวนมากที่สุดคือ 14 ราย รองลงมาอายุมากกว่า 50 - 70 ปี จำนวน 11 ราย มากกว่า 50 ปี - 70 ปี จำนวน 1 ราย มากกว่า 12 ปี - 50 ปี จำนวน 1 ราย และอายุ 1 ปี - 12 ปี จำนวน 1 ราย มีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 20 ราย มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับการศึกษาประถมศึกษาจำนวน 15 ราย มีอาชีพอื่นๆ ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุดคือ จำนวน 11 ราย และใช้สิทธิการรักษาพยาบาล แบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 11 ราย (ตารางที่ 1)

โรคที่เป็นสาเหตุที่ต้องรับการฟอกเลือด พบว่า ไตวายเฉียบพลัน จำนวน 15 ราย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 13 ราย

การให้ยาความเสี่ยสูง (HAD) ก่อนการฟอกเลือดในผู้ป่วย จำนวน 5 ราย และไม่ได้ให้ยาก่อนการฟอกเลือดในผู้ป่วย จำนวน 23 ราย โรคร่วมที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น พบว่า หัวใจและหลอดเลือด มากที่สุด จำนวน 9 ราย

อาการที่ตรวจพบ พบว่า อุปกรณ์เฝ้าร่วงเตือน จำนวน 13 ราย รองลงมา คือ วัดความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 10 คน และคลำชีพจรไม่ได้ จำนวน 5 ราย

จังหวะการเต้นของหัวใจที่นำไปสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น พบว่า จังหวะการเต้นของหัวใจที่นำไปสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น จำนวน 9 ราย รองลงมา Septic Shock จำนวน 6 คน Sever metabolic acidosis จำนวน 5 ราย มะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 3 ราย เลือดออกในสมอง จำนวน 2 ราย เลือดออกในกระเพาะอาหาร จำนวน 2 ราย และ Azotemia จำนวน 1 ราย

การหายใจ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถหายใจเองได้ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ (ET-Tube c Ventilator) จำนวน 17 ราย รองลงมา หายใจเอง จำนวน 6 ราย ใช้ออกซิเจน Mask with bag จำนวน 3 คน และออกซิเจน Cannula จำนวน 2 ราย

เหตุการณ์ที่นำมาก่อนภาวะหัวใจหยุดเต้น พบว่า ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ จำนวน 12 ราย ความดันโลหิตตก จำนวน 12 ราย ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม จำนวน 2 ราย และระบบหายใจล้มเหลว จำนวน 2 ราย

ระดับความรู้สึกตัว พบว่า ซึม จำนวน 15 ราย รongลงมา รู้ตัวดี จำนวน 9 ราย ปลุกตื่นลืมตา จำนวน 3 ราย และสับสน จำนวน 1 ราย

จำนวนครั้งของการเริ่มฟอกเลือด พบว่า ผู้ป่วยเริ่มฟอกเลือดครั้งแรก จำนวน 12 ราย รongลงมา ผู้ป่วยฟอกเลือด > 3 ครั้ง จำนวน 10 ราย และ ผู้ป่วยฟอกเลือด ครั้งที่ 2-3 จำนวน 6 ราย

การประเมิน EWS ก่อนย้ายมาไอทีเทียม พบว่า ไม่ประเมิน จำนวน 20 ราย และประเมิน จำนวน 8 ราย

การประเมิน EWS แกร็บที่ไอทีเทียม พบว่า ประเมิน จำนวน 22 ราย ไม่ประเมิน จำนวน 6 ราย

ช่วงเวลาที่เกิดสภาวะหัวใจหยุดเต้น พบว่า ก่อนฟอกเลือดด้วยเครื่องไอทีเทียม จำนวน 3 ราย ขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไอทีเทียม จำนวน 22 ราย และ หลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไอทีเทียม จำนวน 3 ราย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

ข้อความ	จำนวนผู้ป่วย (28 ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	39.28
หญิง	17	60.72
อายุ		
1 ปี – 12 ปี	1	3.57
มากกว่า 12 ปี – 50 ปี	1	3.57
มากกว่า 50 ปี – 70 ปี	11	39.28
มากกว่า 70 ปี – 90 ปี	14	50.00
มากกว่า 90 ปี ขึ้นไป	1	3.57
สถานภาพ		
โสด	1	3.57
สมรส	20	71.42
หม้าย/หย่าร้าง	7	25.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	15	53.57
มัธยมศึกษา	2	7.14
อนุปริญญา	-	-
ปริญญาตรี	2	7.14
อื่นๆ	9	32.17
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	17.85
ค้าขาย	6	21.42
เกษตรกรรม	6	21.52
อื่นๆ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ)	11	39.28
สิทธิการรักษาพยาบาล		
เงินสด	-	-
เบิกต้นสังกัด	7	-

ข้อความ	จำนวนผู้ป่วย (28 ราย)	ร้อยละ
ประกันสังคม	10	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	11	
อื่นๆ		

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยที่
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวน (28)	ร้อยละ
โรคที่เป็นสาเหตุที่ต้องรับการฟอกเลือด		
ESRD	13	46.42
AKI	15	53.57
การให้ยา HAD ก่อนการฟอกเลือดในผู้ป่วย		
ให้ยา	5	17.85
ไม่ได้ให้ยา	23	82.14
โรคร่วมที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น		
หัวใจและหลอดเลือด	9	32.14
Azotemia	1	3.57
Septic Shock	6	21.42
Sever Metabolic acidosis	5	17.85
มะเร็งระยะลุกลาม	3	10.71
เลือดออกในสมอง	2	7.14
เลือดออกในกระเพาะอาหาร	2	7.14
อาการที่ตรวจพบ		
อุปกรณ์เฝ้าร่วงเตือน	13	46.42
คลำชีพจรไม่ได้	5	17.85
วัดความดันโลหิตไม่ได้	10	35.71
จังหวะการเต้นของหัวใจที่นำไปสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น		
Asystole	8	28.57
Ventricular tachycardia	7	25.00

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวน (28)	ร้อยละ
การหายใจ		
Ventricular fibrillation	3	10.71
Pulseless electrical activity	10	35.71
หายใจเอง	6	21.43
ออกซิเจน ชนิด Cannula	2	7.14
ออกซิเจน Mask with bag	3	10.71
ออกซิเจน ET-Tube	17	60.71
เหตุการณ์ที่นำมาก่อนภาวะหัวใจหยุดเต้น		
ความดันโลหิตตก	12	42.85
ความผิดปกติทางเมตาบอริซึม	2	7.14
ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ	12	42.85
ภาวะหัวใจขาดเลือด	-	-
ระบบหายใจล้มเหลว	2	7.14
ระดับความรู้สึกตัว		
ซึม	15	53.57
รู้ตัวดี	9	32.14
ปลุกตื่นลืมตา	3	10.71
สับสน	1	3.57
จำนวนครั้งของการเริ่มฟอกเลือด		
ผู้ป่วยเริ่มฟอกเลือดครั้งแรก	12	42.58
ผู้ป่วยฟอกเลือดครั้งที่ 2-3	6	21.42
ผู้ป่วยฟอกเลือด > 3 ครั้ง	10	35.71
การประเมิน EWS ก่อนย้ายมาไอทีเทียม		
ไม่ประเมิน	20	71.42
ประเมิน	8	28.57
การประเมิน EWS แกร็บที่ไอทีเทียม		
ไม่ประเมิน	6	21.42
ประเมิน	22	78.57
ช่วงเวลาที่เกิดสภาวะหัวใจหยุดเต้น		
ก่อนฟอกเลือดด้วยเครื่องไอทีเทียม	3	10.71
ขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไอทีเทียม	22	78.50

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวน (28)	ร้อยละ
-5 นาที	3	10.71
-20 นาที	2	7.14
-25 นาที	1	3.57
-30 นาที	1	3.57
-40 นาที	2	7.14
-45 นาที	2	7.14
-1 ชั่วโมง	2	7.14
-1.20 ชั่วโมง	1	3.57
-1.35 ชั่วโมง	1	3.57
-2 ชั่วโมง	2	7.14
-2.30 ชั่วโมง	1	3.57
-2.55 ชั่วโมง	2	7.14
-3 ชั่วโมง	1	3.57
-3.20 ชั่วโมง	1	3.57
หลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	3	10.71
ผลการรอดชีวิต	28	100

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการทบทวนการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนใหญ่พบในเพศหญิง อายุระหว่าง 70 – 90 ปี พบมากสุดในกลุ่มที่เป็นโรคไตวายเฉียบพลัน และขาดการประเมิน EWS ก่อนส่งมาหน่วยไตเทียม การฟอกเลือดในชั่วโมงแรกที่เป็นสาเหตุการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น และยังมีโรคร่วมที่เป็นสาเหตุการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นพบว่า หัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคร่วมที่พบถึง 9 ราย ในจำนวน 28 รายที่ศึกษาซึ่งสูงกว่าโรคร่วมอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติมา เศรษฐบุญสร้าง⁴ ที่ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า การหายใจโดย ออกซิเจน ET-Tube จะทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุด

เต้น โดยจะพบภาวะหัวใจหยุดเต้นผิดปกติและความดันโลหิตตกซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่นามาก่อนจะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของแอลฮิลาลิ และคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีภาวะความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 72.5 และยังพบว่าระดับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีอาการซึม จะเป็นผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการรู้ตัวดี และปลุกตื่นลืมตา

ภาวะความดันโลหิตต่ำเป็นผลแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดในช่วงฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบได้ประมาณร้อยละ 20 - 30 และพบได้มากขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ โดยกลไกการเกิดความดันโลหิตต่ำ เกิดจาก⁵

1. การลดลงของ plasma osmolality ซึ่งทำให้สารน้ำนอกเซลล์เคลื่อนผ่านเข้าไปในเซลล์
2. การดึงน้ำออกจากร่างกายอย่างรวดเร็วเพื่อให้ได้น้ำหนักแห้งตามที่ต้องการ
3. ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ Autonomic neuropathy โรคหัวใจ การรับประทานยาลดความดันโลหิต การใช้ยาฟอกเลือดที่มีความเข้มข้นโซเดียมต่ำ การหลั่ง adenosine ช่วงที่มีอวัยวะขาดเลือด และภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ

จังหวะการเต้นของหัวใจที่นำไปสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น พบว่า Pulseless electrical activity จำนวน 10 ราย และยังพบว่า การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตขณะฟอกเลือดประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตฉับพลันทั้งหมด⁶

จำนวนครั้งของการเริ่มฟอกเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นจะพบในผู้ป่วยที่เริ่มฟอกเลือดครั้งแรกมากกว่าผู้ป่วยที่ฟอกเลือดจำนวน 2 - 3 ครั้งขึ้นไป และช่วงเวลาที่เกิดสภาวะหัวใจหยุดเต้น พบทั้งก่อน ขณะ และหลังการฟอกเลือด โดยพบผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในขณะฟอกเลือดมากกว่าช่วงเวลาก่อน และหลังการฟอกเลือด โดยผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นขณะฟอกเลือดจะพบเป็นจำนวน 22 รายจากผู้ป่วย 28 รายที่ศึกษา ซึ่งช่วงเวลาที่หัวใจหยุดเต้นภายใน 5 นาทีแรกขณะทำการฟอกเลือด จำนวน 3 ราย และช่วงเวลาที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในขณะฟอกเลือดช้าที่สุดคือ ช่วงเวลา 3 ชั่วโมง 20 นาที จำนวน 1 ราย

กำหนดปริมาณน้ำซึ่งที่ต้องการดึงออกจากผู้ป่วย (Ultrafiltration, UF) ซึ่งจากการศึกษาของ พรหมดี อิมไชย⁷ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะน้ำในร่างกายอาจไม่สัมพันธ์กับความดันโลหิตและมักมีความเสี่ยงต่อการเกิด ความดันโลหิตตกมากกว่าที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด การดึงน้ำออก จากหลอดเลือดปริมาณมากอย่างรวดเร็วอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและ การฟื้นตัวของไตที่ช้ากว่าปกติ

การประเมิน EWS ก่อนย้ายมาหน่วยไตเทียม พบว่า พยาบาลไม่ได้ทำการ ประเมินก่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยไตเทียมถึง 20 ราย จากผู้ป่วย 28 ราย และโดย ส่วนใหญ่พยาบาลหน่วยไตเทียมที่รับผู้ป่วยจะทำการประเมินแรกรับ ซึ่ง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ติดตามประเมินผู้ป่วย เพื่อค้นหา ป้องกัน อาการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ ในการรักษาได้ทันทั่วถึง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมา⁸

สรุปผลการศึกษา

การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรคที่เป็นสาเหตุที่ต้องรับการฟอกเลือด การให้ยา HAD ก่อนการฟอกเลือดในผู้ป่วย โรคร่วมที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น อาการที่ตรวจพบ จังหวะการเต้น ของหัวใจที่นำไปสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น การหายใจ เหตุการณ์ที่นำมาก่อนภาวะหัวใจ หยุดเต้น ระดับความรู้สึกตัว จำนวนครั้งของการเริ่มฟอกเลือด อัตราการดื่มน้ำ บทบาทพยาบาลไตเทียมจึงต้องให้ความสำคัญและสร้างระบบการป้องกัน เฝ้าระวังใน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว รวมทั้งการประเมินอาการผู้ป่วยทั้งก่อนฟอกเลือด ขณะ ฟอกเลือด โดยเฉพาะในช่วงชั่วโมงแรกของการฟอกเลือด การสังเกตอาการสัญญาณ ชีพอย่างใกล้ชิดป้องกันการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นขณะฟอกเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมทั้งการส่งต่อข้อมูลและการสื่อสาร ข้อมูลย้อนกลับในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม รวมทั้ง การฝึกอบรมสมรรถนะพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก:
http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2_2/content/org/webpage_30/demo/data/2558/2558-05/no.5_01.pdf
2. Disease K. Clinical practice guidelines on hypertension and antihypertensive agents in chronic kidney disease. Am J Kidney Dis 2004;43(Suppl1):S1-290.
3. Rao MV, Qiu Y, Wang C, Bakris G. Hypertension and CKD: Kidney Early Evaluation Program (KEEP) and National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 1999-2004. Am J Kidney Dis 2008; 51(suppl2):S30-7.
4. กิตติมา เศรษฐ์บุญสร้าง. การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาศาสตร์สุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559;4:485-503.
5. นฤตยา วโรทัย. Manual of Dialysis. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2561.
6. วรวิษา สำราญเนตร. กลุ่มอาการขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.
7. ปรมัตถ์ ธิมาไชย. Manual of Dialysis. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2561.
8. ทวี ชาญชัยรุจิรา. Know how! know why!! in chronic hemodialysis prescription. ใน: ธนิต จิรนนท์ธวัช, สิริภา ช่างศิริกุลชัย, ธนินดา ตระการวานิช และวสันต์ สุเมธกุล, บรรณาธิการ. Practical Dialysis in the Year 2009. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2552. หน้า 33-64.

การพัฒนาความรู้ในการประเมินและทักษะการจัดการความปวด ในการฝึกภาคปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2

วารุณี นาดูน ส.ม.^{1*}

สกลสุภา อภิษฐ์บุญโชค พย.ม.²

บทคัดย่อ

การประเมินและทักษะการจัดการความปวด เป็นทักษะหนึ่งที่เป็นในการฝึกภาคปฏิบัติ RAT Model ที่ช่วยส่งเสริมความรู้ของผู้เรียนได้ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวด โดยใช้ RAT Model ในนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกภาคปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 149 คน ปีการศึกษา 2560 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) วิธีการประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ RAT Model ประกอบด้วย 1.1) Recognize ตระหนักรับรู้ความปวด 1.2) Assess ประเมินความปวด และ 1.3) Treat ให้การช่วยเหลือ 2) กรณีศึกษา และ 3) แบบสอบถามความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวด จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 1 แบบถูกผิด จำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ หาค่าความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.82 ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.89 ค่าความยากง่าย p เท่ากับ .53 และ r เท่ากับ .42. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 19 - 24 ปี อายุเฉลี่ย 20.32 ปี (SD = 1.53) ความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวดก่อนการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 13.10 (SD = 1.86) หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 20.97 (SD = 1.75)

¹อาจารย์พยาบาล กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สรรพสิทธิประสงค์

²อาจารย์พยาบาล กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

*Corresponding author email : misswaru@gmail.com

และก่อนการพัฒนาร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามได้คะแนนเกินครึ่ง ร้อยละ 82.87 หลังการพัฒนา ร้อยละ 100 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการจัดการความปวดหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ดังนั้นการสอนโดยใช้ RAT Model สามารถใช้เป็นวิธีการสอนที่พัฒนาความรู้ นักศึกษาในการประเมินและการจัดการความปวดได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาสามารถ วางแผนให้การพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีปัญหาการปวด ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: RAT model, ความรู้, การประเมินความปวด, การจัดการความปวด,
นักศึกษาพยาบาล

Improving Knowledge, Assessment, and Skill Related to Pain Management in Clinical Practice of Health Promotion Practicum for the 2nd year Nursing Student

Warunee Nadoon M.P.H.^{1*}

Sakonsupa Apichutboonchock M.S.N.²

Abstract

The purposes of the study to improving knowledge with RAT Model for pain assessment and management in clinical practice of health promotion practicum for nursing students. The research design of this study was quasi-experimental research (one group pretest-posttest design). The samples were 2nd years student nurses 149 samples of 2017 academic year. The research tools were: 1) RAT Model; 1.1) recognize, 1.2) assess and 1.3) treat, 2) case study and 3) the knowledge of pain assessment and management 25 questions; 15 true-false and 10 multiple choice. The content validity from 3 experts was 8.2. Values of reliability were included .89 for KR20, .53 for *p*, and .42 for *r*. Data analysis included descriptive statistic and pair t-test for mean comparison.

The results of this study showed that the samples were between the ages of 19 to 24 years (mean= 20.32, SD=1.53). Moreover, mean scores for knowledge of pain assessment and management were 13.10 (SD= 1.86) before treatment and 20.97 (SD=1.75) after treatment. Rates of passing mean score were 82.87 % before treatment and 100 % after treatment. Comparing mean scores for knowledge of pain assessment and management between before and

¹Nursing Instructor, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani Collage of Nursing, Sunpasitthiprasong

²Nursing Instructor, Department of Child Nursing, Boromarajonani Collage of Nursing, Sunpasitthiprasong

* Corresponding authors, email-address: misswaru@gmail.com

after treatment, it was significant at .01. Therefore, RAT Model can be used for method of pain assessment and management. It was guidelines on develop planning and nursing care for patient who has pain, to be effective on nursing.

Keywords: RAT Model, knowledge, pain assessment, pain management,
nursing student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

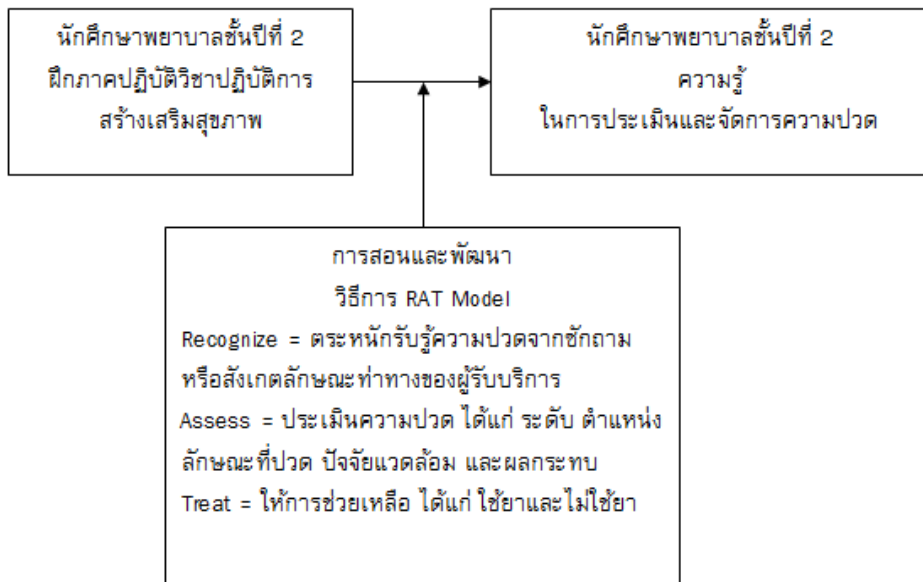
ความปวด (Pain) เป็นประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสียหายของเนื้อเยื่อ¹ โดยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ ทรมาน ไม่สามารถปฏิบัติชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่ และมีคุณภาพชีวิตลดลง² การประเมินความปวดเป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการพยาบาล นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความทุกข์ทรมานแล้ว ยังลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการใช้ทรัพยากรทั้งของโรงพยาบาลและของผู้ป่วยเอง³ และพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพทั้งร่างกายและจิตใจตลอดจนครอบครัว⁴

สถาบันการศึกษาทางการพยาบาล จำเป็นต้องสอนนักศึกษาให้สามารถประเมินและจัดการความปวดได้ แต่ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางในการช่วยให้นักศึกษาสามารถประเมินความปวดและจัดการกับความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ⁵ ศึกษาความรู้และทัศนคติในการจัดการความปวดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า นักศึกษามีความรู้ไม่เพียงพอและมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในการจัดการความปวด มีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริหารยาแก้ปวด ทั้งนี้สถาบันพระบรมราชชนก ได้นำวิธีการ RAT Model มาใช้ในการสอนการจัดการความปวดสำหรับอาจารย์พยาบาล แต่ยังไม่มีการสอนวิธีการดังกล่าวในนักศึกษา ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สอนวิชาปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ ดูแลนักศึกษาฝึกปฏิบัติในชุมชน และมีการปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วย ซึ่งพบผู้ป่วยที่มีความปวดจำนวนมาก แต่นักศึกษายังขาดทักษะการประเมินและจัดการกับความปวด และพบว่า RAT Model แนวคิดของมอร์ริส และคณะ¹ เป็นเครื่องมือหนึ่งที่สามารถประเมินและจัดการความปวดได้ ซึ่งประกอบไปด้วย R (Recognize) คือการตระหนักรับรู้ความปวด A (Assess) คือการประเมินความปวดและ T (Treat) คือการให้การช่วยเหลือ โดยทำให้ทราบว่าผู้ป่วยระดับใด และให้การจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลในการนำ RAT Model สำหรับให้นักศึกษาได้ฝึกประเมินจากกรณีศึกษา ก่อนทำการประเมิน ประเมินและจัดการความปวดกับผู้ป่วยจริง ซึ่งคาดหวังว่าเมื่อนักศึกษาสามารถประเมินและจัดการความปวดในกรณีศึกษาได้ จะส่งผลให้สามารถประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการสอนโดยใช้ RAT Model ต่อการเพิ่มความรู้ในการประเมิน และการจัดการความปวดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ฝึกภาคปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการ สร้างเสริมสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินและทักษะการจัดการ ความปวดในการฝึกภาคปฏิบัติเพิ่มขึ้นหลังจากใช้วิธีการสอน RAT Model

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง คือนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 จำนวน 150 คน ฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ภาคเรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2560 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ดำเนินการวิจัยเมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ (EC14/2561) ข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับ มีการเก็บข้อมูลไว้ที่ที่มวิจัย เมื่อโครงการเสร็จสิ้นมีการจัดการกับข้อมูลไว้ที่ที่มวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์เท่านั้น

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยวิจัย ได้แก่ 1) วิธีการประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ RAT Model ประกอบด้วย 1.1) Recognize ตระหนักรับรู้ความปวด 1.2) Assess ประเมินความปวด และ 1.3) Treat ให้การช่วยเหลือ 2) กรณีศึกษา และ 3) แบบสอบถามความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวด จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 1 แบบถูกผิด จำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวม 25 คะแนน คิดเกณฑ์ผ่านระดับดี ช่วงคะแนน ระหว่าง 13-16 คะแนน ผ่านระดับดีมาก ช่วงคะแนนระหว่าง 17-20 คะแนน และผ่านระดับดีเยี่ยม ช่วงคะแนนระหว่าง 21-25 คะแนน การหาคุณภาพเครื่องมือ โดยหาความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ได้ 0.82 ทดสอบความเชื่อมั่น⁶ ได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.89 ค่าความยากง่าย p เท่ากับ .53, r เท่ากับ .42.

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการพัฒนานักศึกษาครึ่งละ 7-8 คนต่อกลุ่ม จำนวน 17 กลุ่ม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แล้ววัดความรู้ในการประเมินและจัดการความปวด อธิบายวิธีการประเมินและจัดการความปวดตาม RAT Model ให้ฝึกทำกรณีศึกษาที่มีความปวด จากนั้นบูรณาการวิธีการ RAT Model ในการประเมินและจัดการความปวดกับผู้ป่วยในชุมชนที่มีความปวดขณะฝึกภาคปฏิบัติอย่างน้อย 3 ราย เมื่อสิ้นสุดการฝึกภาคปฏิบัติมีการวัดความรู้ในการประเมินและจัดการความปวดอีกครั้ง ป้องกันการสัมผัสข้อมูลระหว่างกลุ่มโดยการให้กลุ่มที่ผ่านการใช้ RAT Model อยู่ต่างพื้นที่กับกลุ่มที่ยังไม่ได้ใช้ RAT Model

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่านวนหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ในการประเมินและจัดการความปวด และเปรียบเทียบความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวดของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้ RAT model วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Pair T-test⁷

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 คน มีอายุระหว่าง 19-24 ปี อายุเฉลี่ย 20.32 ปี (SD 1.53)

2. ความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวดของนักศึกษา ก่อนการสอนและพัฒนา มีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 18 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 8 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 13.10 (SD=1.86) หลังการสอนและพัฒนา มีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 24 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 17 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 20.97 (SD=1.75) และหลังการพัฒนา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ของความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวด ก่อนและหลังการสอนและพัฒนา นักศึกษา

ความรู้	N	Min	Max	Mean	SD
ก่อนจัดการเรียนรู้	149	8	18	13.10	1.86
หลังจัดการเรียนรู้	149	17	24	20.97	1.75

3. ความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวดของนักศึกษา ก่อนการสอนและพัฒนา มีร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามได้คะแนน เกินครึ่ง ร้อยละ 61.27 หลังการสอนและพัฒนา มีร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามได้คะแนนเกินครึ่ง ร้อยละ 100 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงระดับและเกณฑ์ของคะแนนที่ผ่านและไม่ผ่าน ก่อนก่อนและหลังการสอนและพัฒนาการศึกษา

ระดับ	เกณฑ์ (คะแนน)	ก่อนสอนและพัฒนา		หลังสอนและพัฒนา	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ผ่าน	≤ 12	27	18.13	-	-
ผ่าน	≥ 13	122	82.87	149	100.00
ผ่านระดับดี	13-16	98	65.67	-	-
ผ่านระดับดีมาก	17-20	24	17.20	53	35.52
ผ่านระดับดีเยี่ยม	21-25	-	-	96	64.48

4. ความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวดของนักศึกษารายข้อ ก่อนสอนและพัฒนาการศึกษา มีนักศึกษาตอบถูกมากที่สุด จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 98.00 คือ ข้อ 1 ความปวดเกิดจากการทำลายของเนื้อเยื่ออย่างเดี่ยว และตอบถูกน้อยที่สุด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5.33 คือ ข้อ 17 ข้อใดคือแนวคิดที่สำคัญที่สุดในการบำบัดความปวดแบบไม่ใช้ยา หลังสอนและพัฒนาการศึกษา มีนักศึกษาตอบถูกมากที่สุด จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 100 คือ ข้อ 1 ความปวดเกิดจากการทำลายของเนื้อเยื่ออย่างเดี่ยว และข้อ 5 ความปวดส่งผลต่อผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ และตอบถูกน้อยที่สุด จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 คือ ข้อ 25 ข้อใดคือเวลาออกฤทธิ์สูงสุดสำหรับมอร์ฟินที่ให้ทางปาก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของนักศึกษาที่ตอบข้อสอบถูกต้องและ
หลังสอนและพัฒนานักศึกษา (N = 149 คน)

ข้อที่	ก่อนสอนและ พัฒนา		หลังสอนและ พัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)	
1 ความปวดเกิดจากการทำลายของ เนื้อเยื่ออย่างเดียว	147	98.00	149	100.00
2 ความปวดแบ่งตามเวลา แบ่งเป็นความ ปวดเฉียบพลัน และปวดเรื้อรัง	139	92.67	143	95.33
3 ความปวดเรื้อรังคือปวดมากกว่า 6 เดือน	19	12.67	114	76.00
4 ในผู้ป่วยมะเร็งอาจจะมีปวดทั้ง ความปวดเฉียบพลัน และปวดเรื้อรัง	136	90.67	144	96.00
5 ความปวดส่งผลต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย และจิตใจ	147	98.00	149	100.00
6 การประเมินความปวดที่ดีที่สุดคือการ สังเกตอาการปวดของผู้ป่วย	74	49.33	121	80.67
7 การรักษาความปวดไม่ได้สำคัญ เหมือนกับปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรคหรือน้ำสะอาด	143	95.33	149	99.33
8 การกดการหายใจเป็นผลข้างเคียงจาก มอร์ฟีนที่อันตรายและพบได้บ่อย	13	8.67	105	70.00
9 ยาแก้ปวดอนุพันธ์ฝิ่น (Opioid) ไม่ควร ใช้ในผู้ป่วยเพราะจะทำให้ผู้ป่วยติดยา	54	36.00	108	72.00
10 ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถบอกความปวด ได้	146	97.33	148	98.67
11 หลักการจัดการความปวดคือให้ผู้ป่วย อดทนต่อความปวดมากที่สุดเท่าที่ เป็นไปได้ก่อนที่จะให้ยาแก้ปวดผู้ป่วย	89	59.33	115	76.67

ข้อที่	ก่อนสอนและ พัฒนา		หลังสอนและ พัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
12 เด็กอายุต่ำกว่า 11 ปีไม่สามารถบอก ความปวดได้อย่างน่าเชื่อถือ ดังนั้น พยาบาลควรจะเชื่อถือโดยประเมิน ความปวดจากผู้ปกครองของเด็ก	123	82.00	140	93.33
13 การฉีด normal saline (Placebo) ให้ ผู้ป่วยคือการทดสอบ มีประโยชน์เพื่อ ตรวจสอบว่าผู้ป่วยปวดจริงหรือไม่	71	47.33	130	86.67
14 Equianalgesia หมายถึงการ เปรียบเทียบจำนวนขนาดของยาที่ให้ และบรรเทาปวดเท่ากัน	124	82.67	136	90.67
15 การประเมินความง่วงซึม (Sedation score) ควรปฏิบัติเมื่อจัดการความปวด ด้วยยากลุ่ม opioid เนื่องจากภาวะ ง่วง ซึมเป็นอาการนำของภาวะ Respiratory depression	139	92.67	144	96.00
16 หลักการประเมินความปวดในผู้ป่วย หลังผ่าตัดข้อใดสำคัญเป็นอันดับแรก	22	14.67	101	67.33
17 ข้อใดคือแนวคิดที่สำคัญที่สุดในการ บำบัดความปวดแบบไม่ใช้ยา (Non- pharmacological pain management)	8	5.33	102	68.00
18 ข้อใดคือการบริหารของยาแก้ปวด อนุพันธ์ฝิ่น สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มี ความปวดเรื้อรัง	37	24.67	107	71.33
19 ข้อใดคือการบริหารยาแก้ปวดอนุพันธ์ ฝิ่น สำหรับผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรง ช่วงสั้น ๆ อย่างฉับพลัน เช่นการ บาดเจ็บหรือความปวดหลังผ่าตัด	86	57.33	123	82.00

ข้อที่		ก่อนสอนและ		หลังสอนและ	
		พัฒนา		พัฒนา	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
		(คน)		(คน)	
20	ข้อใดต่อไปนี้เป็นขนาดของมอร์ฟีนที่เท่ากับให้ มอร์ฟีน 30 mg ที่ให้ทางปาก	55	36.67	109	72.67
21	ควรให้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกที่มีอาการปวดอย่างไร	16	10.67	125	83.33
22	ข้อใดคือเหตุผลส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีความปวดจะขอเพิ่มปริมาณการใช้ยาแก้ปวดคือข้อใด	79	52.67	125	83.33
23	บุคคลใดที่บอกความรุนแรงของอาการปวดของผู้ป่วยได้ถูกต้องที่สุด	139	92.67	147	98.00
24	ข้อใดคือเวลาออกฤทธิ์สูงสุดสำหรับมอร์ฟีนให้ทางหลอดเลือดดำ	84	56.00	114	76.00
25	ข้อใดคือเวลาออกฤทธิ์สูงสุดสำหรับมอร์ฟีนที่ให้ทางปาก	92	61.33	96	64.00

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวด ด้วยสถิติ pair t-test หลังการสอนและพัฒนาสูงกว่าก่อนการสอนและพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญที่ .01 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวด ก่อนและหลังการสอนและพัฒนานักศึกษา

ความรู้	N	Mean	SD	t	p
ก่อนการสอนและพัฒนานักศึกษา	149	14.55	1.76	72.19*	.000
หลังการสอนและพัฒนานักศึกษา	149	20.97	1.95		

*p< .001

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยการพัฒนาความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวดของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกภาคปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ นำมาวิจารณ์และอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ว่า เพื่อศึกษาผลของการสอนโดยใช้ RAT Model ต่อการเพิ่มความรู้ในการประเมิน และการจัดการความปวดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ฝึกภาคปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการ สร้างเสริมสุขภาพ โดย มอริส และคณะ¹ ได้ให้คำจำกัดความคำว่า R (Recognize) แปลว่าการตระหนัก ซึ่งการตระหนักในที่นี้หมายถึงการรับรู้ความปวดของผู้ป่วย คำว่า A (Assess) แปลว่าการประเมิน ในที่นี้หมายถึงการประเมินความปวด และ T (Treat) แปลว่าการรักษา ในที่นี้หมายถึงการจัดการกับความปวดในภาพรวม ซึ่งในวิจัยครั้งนี้มีการพัฒนานักศึกษาพยาบาลเพื่อให้นักศึกษาต้องตระหนัก (Recognize) ว่าผู้ป่วยรับรู้รับทราบว่าตนเองมีความปวดหรือไม่จากการถามจากผู้ป่วยโดยตรง และ/หรือจากการสังเกตลักษณะท่าทางของผู้ป่วย เช่น อาการคิ้วขมวด การเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง การมีเหงื่อออก การร้องไห้ การนอนตัวงอ การนอนนิ่งๆ การนอนหลับไม่ได้ การนอนราบไม่ได้ ฯลฯ รวมถึงการซักถามจากบุคคลอื่นที่แวดล้อมที่รับรู้รับทราบว่าผู้ป่วยมีอาการความปวดได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และทางสุขภาพอื่นๆ และเพื่อให้นักศึกษาสามารถประเมินความปวด (Assess) ได้ ซึ่งการประเมินความปวดทางสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย⁸ ได้ให้แนวทางในการประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดระดับความปวดในการวัดความรุนแรงและระดับความปวด ให้ผู้ป่วยบอกตำแหน่งที่ปวดว่ามีกี่ตำแหน่ง ตำแหน่งใดที่ปวดมากที่สุด ปวดมากขณะพักหรือขณะเคลื่อนไหว ซึ่งมีความปวดมากน้อยแตกต่างกันอย่างไรและระดับเท่าไร นอกจากนี้ยังประเมินว่าความปวดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างไรบ้าง เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวตำแหน่งที่ปวดได้ และผู้ป่วยสามารถทำงานได้หรือไหม พร้อมทั้งประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวด ได้แก่ ปัจจัยกายภาพ ปัจจัยทางจิตใจและสังคม ความโกรธ วิดกกังวล ซึมเศร้า และความกลัว หรือการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ส่วนการรักษา (Treat) เพื่อให้นักศึกษาสามารถจัดการกับความปวดในภาพรวมได้ โดยที่การรักษาด้วยยาให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับปานกลางจนถึงรุนแรง ซึ่งต้องอยู่ภายใต้แผนการรักษาของแพทย์แต่นักศึกษาต้องมีความรู้เพื่อการบริหารยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษา และเพื่อให้สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยได้ ส่วนการจัดการที่ไม่ใช้ยาใช้กับผู้ป่วยที่มีความปวดระดับปานกลางและเล็กน้อย

การวิจัยครั้งนี้ หลังจากที่ถูกวิจัยอธิบายการใช้ RAT model ให้นักศึกษารับรู้รับทราบแล้วได้ใช้กรณีศึกษาในการประกอบการใช้ RAT model นักศึกษาสามารถทำแบบฝึกหัดกรณีศึกษา ที่เป็นการตอบทั้ง การตระหนัก การประเมินและการจัดการความปวดในกรณีศึกษาได้ถูกต้อง โดย คะแนนแต่ละกรณีศึกษา เต็ม 100 คะแนน นักศึกษาได้คะแนนตั้งแต่ 80 - 90 คะแนน ผลของการใช้กรณีศึกษาในลักษณะนี้ยังไม่พบวรรณกรรมที่มีการใช้ RAT model ประกอบ แต่พอจะมีผลงานที่ใช้กรณีศึกษาพัฒนานักศึกษาแล้วประสบผลสำเร็จ ได้แก่ การศึกษาของ สกลสุภา อภิษฐ์บุญโชค⁹ ที่ได้ศึกษาการพัฒนานักศึกษาให้สามารถประเมินปัญหาการหายใจในทารกวิกฤตโดยใช้กรณีศึกษา ผลการพัฒนานักศึกษาจากการตรวจให้คะแนนการทำการกรณีศึกษา ก่อนการพัฒนาและหลังพัฒนามีคะแนนเท่ากับ 80/85

นอกจากนี้การประเมินนักศึกษาด้วยการทำแบบสอบถามความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวด พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวด ด้วยสถิติ pair t-test หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญที่ .01 แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาความรู้นักศึกษาเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการความปวดด้วยวิธีการ RAT model มีคุณภาพส่งเสริมความรู้ความสามารถให้นักศึกษาสามารถการประเมินและการจัดการความปวดได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งเมื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้ RAT model ในการพัฒนาความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวดในนักศึกษาแล้วยังไม่พบผลการศึกษาใดๆ พบในลักษณะที่พยาบาลที่ผ่านการปฏิบัติงานมาแล้ว ทำงานและมีประสบการณ์อยู่ในระบบการประเมินและการจัดการความปวดมาที่ปฏิบัติงานในชุมชน ดังการศึกษาของ การศึกษาของ บุญเตือน วัฒนกุล และคณะ¹⁰ ได้ใช้เครื่องมือหรือวิธีการ RAT Model มาประกอบในการศึกษาการประเมินและการจัดการความปวดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยสรุปว่า RAT Model ช่วยให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมีกรอบในการซักถามประวัติความปวดของผู้ป่วย รวมถึงการซักถามปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อันเป็นสาเหตุหลักและสาเหตุส่งเสริมของการเกิดความปวด การเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับ ผู้ป่วย และสุดท้ายคือการจัดการความปวดได้อย่างถูกต้องหลักการทั้งการรักษาแบบใช้ยา และไม่ใช้ยา ซึ่งมีการนำ RAT Model ไปใช้ในการส่งเสริมความรู้ในการจัดการความปวดสำหรับการพยาบาล ซึ่งมีทัศนคติดีต่อการนำไปใช้

ดังที่อภิปรายไปแล้วว่า เครื่องมือ RAT Model ที่ใช้ประเมินและจัดการความปวด ในนักศึกษาพยาบาลยังไม่มีผู้นำมาพัฒนาให้นักศึกษามีความสามารถในการประเมินและจัดการความปวดมากนัก มีบ้างที่นำไปใช้ในบริบทของชุมชน ที่อภิปรายข้างต้น และมีผู้นำไปใช้ในบริบทของห้องคลอด ได้แก่ กมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง และคณะ¹¹ ซึ่งนำเอารอบแนวคิด RAT Model มาใช้ในการประเมินและการจัดการความปวดจากการคลอด ทำให้พยาบาลสามารถจัดการความปวดจากการคลอดได้อย่างครอบคลุม โดยการตระหนักถึงความปวด การประเมิน การรักษาและจัดการความปวดให้บรรเทาลง โดยสรุปว่าหากการจัดการความปวดมีขั้นตอนที่ชัดเจนจะช่วยให้พยาบาลสามารถให้บริการด้านการจัดการความปวดแก่ผู้คลอดได้ดี มีแนวทางในการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบทของผู้คลอด รวมทั้งมีการใช้ยาแก้ปวดได้อย่างสมเหตุสมผลสอดคล้องกับการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลต่อไป

RAT model ถูกนำมาใช้ในสถาบันพระบรมราชชนก¹² เพื่อให้อาจารย์พยาบาลมีพัฒนานักศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยพัฒนาคู่มือการสอนหลักสูตรความรู้ในการจัดการความปวดเรื่องการประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ RAT model แต่ยังใช้กันไม่แพร่หลาย โดยก่อนหน้านี้ วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีการศึกษาความรู้ ทักษะในการประเมิน และการจัดการความปวดในนักศึกษาในรูปแบบที่เรียกว่า The Knowledge Attitude Survey Regarding Pain (KASRP) ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอไว้เพื่อให้เป็นทางเลือก ได้แก่ การศึกษาของ รุจิรัตน์ มณีศรี และคณะ¹³ โดยศึกษาความรู้และทัศนคติในการประเมินระดับความปวดและการจัดการความปวดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 201 คน ใช้แบบสอบถามความรู้และทัศนคติ ในการจัดการความเจ็บปวด (The Knowledge Attitude Survey Regarding Pain : KASRP) พบว่านักศึกษา มีความรู้และทัศนคติในการจัดการความเจ็บปวด โดยร้อยละที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามได้ถูกต้อง โดยเฉลี่ยตอบถูก ร้อยละ 42.90 ร้อยละที่ตอบถูกต้องอยู่ระหว่าง ร้อยละ 0.5 ถึงร้อยละ 95.5 จากแบบสอบถาม 40 ข้อ โดยคิดเป็น 40 คะแนน กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามได้คะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 24 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.1 คะแนน (SD = 3.01) แสดงว่านักศึกษา มีความเข้าใจในการประเมินและการจัดการความปวด ไม่ถูกต้อง ผลการวิจัยสนับสนุนว่านักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ยังขาดความรู้และ

มีทัศนคติที่ยังไม่ดีในการจัดการความปวด ซึ่งการวิจัยไม่ใช้การสอนหรือพัฒนา
นักศึกษาให้สามารถประเมินและจัดการความปวดเป็นเพียงการสำรวจ

การศึกษาที่เป็นการพัฒนานักศึกษาให้สามารถประเมินและจัดการความปวด
ด้วยวิธีการ RAT Model ยังไม่มีนักวิจัยใดศึกษาไว้ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนผลการศึกษา
การสำรวจเกี่ยวกับของการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ โดยที่ไม่มีการสอนและ
ให้ความรู้มาก่อน ของนุสรา ประเสริฐศรี และคณะ⁵ ซึ่งสำรวจในศึกษาพยาบาล
ศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง
ตอบการจัดการความปวดถูกรายชื่ออยู่ระหว่าง ร้อยละ 2.6 ถึง 90.9 และได้คะแนน
ความรู้และทัศนคติต่อการจัดการความปวดอยู่ระหว่าง 11 - 26 คะแนน
จากผลการวิจัยว่านักศึกษาพยาบาลยังมีความรู้ไม่เพียงพอในการจัดการความปวด
ซึ่งการศึกษานี้เป็นที่มาของการค้นหาวิธีทางมาพัฒนานักศึกษาให้สามารถประเมิน
และจัดการความปวด ด้วยเครื่องมือหรือวิธีการ RAT Model

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการประเมินและการจัดการความปวด
ด้วยวิธีการ RAT Model ส่งผลให้นักศึกษามีความรู้ในการประเมินความปวด และ
มีทักษะการจัดการความปวดได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งเสนอแนะให้อาจารย์ที่นิเทศ
นักศึกษาภาคปฏิบัติสามารถนำวิธีการ RAT Model ไปสอนให้นักศึกษาใช้เป็น
เครื่องมือและแนวทางในการประเมินและการจัดการความปวด โดยการเตรียม
นักศึกษา ก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งอาจเป็นเพียงการอธิบายวิธีการใช้
RAT Model อย่างเดียว หรืออาจใช้กรณีศึกษาประกอบก็ได้ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้
นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยที่มีความปวด รวมทั้งสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่
มีความปวดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ดำเนินการศึกษาภายใต้โครงการวิจัย RAT model ที่เสนอโดย
อาจารย์อภิรดี เจริญนุกูล เป็นหัวหน้าโครงการ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาในการฝึกภาคปฏิบัติ
วิชาปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และได้รับอนุมัติ
ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ขอขอบพระคุณผู้บริหารวิทยาลัยที่ให้ความสำคัญ

กับการวิจัย ขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมที่มีประเด็นให้ปรับและแก้ไขวิจัย
ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาวิพากษ์ ความสอดคล้องของเครื่องมือทุกชุดและให้
คำปรึกษา ขอบคุณผู้ช่วยวิจัยและนักศึกษาที่ฝึก

เอกสารอ้างอิง

1. Morriss W, Goucke R, Huggins L, O'Connor M. Essential pain management: EPM UK workshop manual. 2nd ed. Faculty of pain medicine; 2017.
2. ศรีสุดา งามขำ, นิสา ครุฑจันทร์, จุฑารัตน์ สว่างชัย, บุญเตือน วัฒนกุล, ศศิธร ชิดนายิ, รุ่งนภา เขียวชะอ้า. ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาลไทย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36:81-9.
3. อนงค์ สุทธิพงษ์, อัจฉรา อ่วมเครือ, ปาริฉัตร อารยะจารุ. การพัฒนาระบบการจัดการความปวดที่มีความเฉพาะต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารกองการพยาบาล 2556;40:85-99.
4. Greco MT, Roberto A, Corli O, Deandrea S, Bandieri E, Cavuto S, et al. Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. J Clin Oncol 2014;32: 4149-56.
5. นุสรรา ประเสริฐศรี, วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์, อภิรดี เจริญกุล, มณีรัตน์ จิรปภา. ความรู้และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลในการจัดการความปวด. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2557;7:109-19.
6. บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ; 2553.
7. บุญศรี พรหมมาพันธุ์. เทคนิคการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการวิจัย. วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ 2558;8: 24-40.
8. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด. กรุงเทพฯ: ปียอนด์ อินเทอร์เน็ต; 2554.

9. สกลสุภา อภิชาตบุญโชค. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา
และความสามารถในการประเมินสภาพปัญหาการหายใจในผู้ป่วยวิกฤต
ทารกแรกเกิดของนักศึกษาพยาบาล. วชิรเวชสาร 2558;59:25-34.
10. บุญเตือน วัฒนกุล, ศรีสุตา งามขำ. ความปวดจากเส้นประสาทถูกทำลายใน
ผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560;35:6-15.
11. กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, ศรีสุตา งามขำ, ปลื้มจิต โชติทะ, และศุภวดี
แถวเพ็ญ. การประเมินและการจัดการความปวดจากการคลอดด้วยกรอบ
แนวคิด RAT Model. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
2559;27:160-9.
12. สถาบันพระบรมราชชนก. คู่มือการสอนหลักสูตรความรู้ในการจัดการ
ความปวดเรื่องการประเมินและการจัดการความปวดตามกรอบ = Recognize
assess treatment model (Rat Model). กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์;
2559.
13. รุจิรัตน์ มณีศรี, นุสรา ประเสริฐศรี, อรุณช ประดับทอง. ความรู้และทัศนคติใน
การจัดการความปวดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์. วารสารกองการพยาบาล
2555;39:66-78.

ทุนทางสังคมกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ

ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 9

วรรณถ พรหมศวร ปร.ด.*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ศึกษาการพัฒนา นโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ โดยทุนทางสังคมของเขตสุขภาพที่ 9 โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา ด้วยวิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม สัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) ระยะศึกษา กระบวนการการพัฒนา นโยบายสาธารณะการจัดการของทุนทางสังคม และ 3) ระยะ สังเคราะห์ ผลการวิจัยพบว่า 1) ความหมายของการพัฒนา นโยบายสาธารณะ ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุว่าเป็นการทำงานโดยใช้ “หัวใจเดียวกัน” 2) กระบวนการ การพัฒนา นโยบายสาธารณะใช้หลัก “สร้าง” และ 3) ปัจจัย เงื่อนไขที่ส่งผลต่อการ พัฒนา นโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ “ใจประสานใจ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ สนุก ทำจริงและไปข้างหน้า” นโยบายสาธารณะเข้มแข็งด้วยทุนทางสังคม เป็น การนำแนวคิดการพัฒนาที่มีคนเป็นศูนย์กลาง โดยเชื่อว่าคนในชุมชนมีศักยภาพ สามารถพัฒนาตนเองและชุมชนของตนได้ เพราะในแต่ละชุมชนมีได้มีลักษณะว่างเปล่าทางความรู้แต่ในทางตรงกันข้ามทุกชุมชนมีองค์ความรู้และมีภูมิปัญญาที่ สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาตนเองได้

คำสำคัญ : ทุนทางสังคม, นโยบายสาธารณะ, การดูแลผู้สูงอายุ

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

Social capital and public policy development, elderly care issues in health service provider zone 9

Woranart Promsuan Ph.D.*

Abstract

The purpose of the study was to study the development of public policy regarding the issues of elderly care with the advocate by social capital in health service provider zone 9. This ethnographic study employed the in-depth interview and group discussion from the social capital for the data collection. Moreover, there were three phases of the study including: 1) the community context, 2) the strengthening of system development and the social capital, and 3) the synthesis of data. According to the findings, they came up with the three following parts. The first one was the meaning of the development of public policy was the issue of elderly care as working by "The same mind". The second one was the process of public policy development implemented the principles called "create". The last one was the conditions affecting the development of public policy in elderly care such as "heart by heart, exchange, learn, fun, doing and moving forward. The strong public policy with the social capital relied on the concept of people-centered development with the belief that people in the community had a potential to develop themselves and their community since they had knowledge and wisdom to use for self-development.

Keywords: social capital, public policy, caring for the elderly

* Boromarajonani College of Nursing Surin, Surin Province

ที่และความสำคัญของปัญหา

ในปี 2565 ประเทศไทยกำลังจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 20 ล้านคน¹ และที่สำคัญ คือ กลุ่มประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 1.5 ล้านคน ในปี 2560 เป็น 3.5 ล้านคน ใน 20 ปีข้างหน้า² ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เกิดปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่มากขึ้น

จากผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพของประชาชน ดังที่กล่าวมาข้างต้น รัฐบาลมีความตระหนักถึงประเด็นดังกล่าวจึงได้แถลงนโยบายที่จะลดความเหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ โดยมีประเด็นย่อยในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีเงินหรือกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต กระทรวง ทบวง กรม ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้มีการถ่ายทอดนโยบายดังกล่าวไปสู่การดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การควบคุมกำกับมาตรฐานกิจการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมพัฒนาให้ประชาชนมีความรู้มีความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองทุกช่วงวัย การจัดทำระบบสิทธิประโยชน์สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวเชิงบูรณาการ ด้วยการลงทุนภาครัฐในด้านโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ เช่น การมีโรงพยาบาลผู้สูงอายุ สถานพยาบาลผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุชุมชน ที่มีความพร้อมด้านระบบปฏิบัติการและบุคลากรบริการ รวมทั้งเทคโนโลยีเพื่อการดูแลและฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและนโยบายที่เกี่ยวข้องจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับพื้นที่ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้อง พัฒนานโยบาย กลไก และการจัดการในพื้นที่ โดยการเสริมกลไกประสานงานในชุมชนท้องถิ่นระดับพื้นที่และสร้างมาตรฐานงาน สร้างคู่มือการดำเนินงาน และตัวชี้วัดการทำงาน ในขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะส่งผลต่อภาพรวมของการให้บริการด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ซึ่งประกอบไปด้วย จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์

การพัฒนาโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพและนโยบายสาธารณสุข เนื่องจากนโยบายสาธารณะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเมือง เพราะฝ่ายการเมืองทำหน้าที่กำหนดนโยบายข้าราชการประจำทำหน้าที่นำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จ กระทั่งเกิดการเคลื่อนไหวมีความชัดเจนและเริ่มเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องในสังคมมากขึ้น สำหรับประเทศไทยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น โดยมติคณะรัฐมนตรี 9 กุมภาพันธ์ 2525 และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นหน่วยงานหลักในคณะกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้นำ เสนอร่างแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ (แผนระยะยาว 20 ปี) พ.ศ.2525 - 2544 ต่อคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และได้รับการอนุมัติในหลักการเมื่อวันที่ 23 มกราคม 2527 ในปี 2535 สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยได้มีหนังสือร้องขอให้รัฐบาลขณะนั้นมีนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุ รัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุนจึงได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจ เพื่อพิจารณานโยบายและมาตรการหลัก เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ และคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบ “สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว พ.ศ.2535-2554” เมื่อ 3 มีนาคม 2535 ซึ่งได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติอยู่จนปัจจุบันแผนพัฒนาผู้สูงอายุระยะยาวนั้น มีสาระสำคัญที่เน้นการพัฒนาผู้สูงอายุ 5 ด้านหลักคือสุขภาพอนามัย การศึกษา ความมั่นคงของรายได้ สังคมและวัฒนธรรม และสวัสดิการสังคม ซึ่งสาระสำคัญ 5 ด้านดังกล่าว รัฐบาลคาดว่าจะมีความครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุพอสมควร สาระสำคัญแต่ละด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพอนามัย 2) ด้านการศึกษา 3) ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน 4) ด้านสังคมและวัฒนธรรม 5) ด้านสวัสดิการสังคม

การพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นคนที่มีคุณภาพมีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ มีการนำความรู้ และประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นคลังสมองของชาติมาใช้ ประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาติ ตลอดจนการเตรียมความพร้อมของประชากร ทุกช่วงวัย ทุกกลุ่มเป้าหมายให้มีความสามารถเตรียมตัวสู่สังคมสูงอายุได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของเขตสุขภาพที่ 9 (พ.ศ. 2561 - 2564) นครชัยบุรินทร์ที่ให้ความสำคัญกับการปฏิรูปด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง เจริญพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพแก่ทุกกลุ่มวัย โดยเน้นการสร้างคนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ รวมทั้ง

เน้นการพัฒนาการสาธารณสุขรองรับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง การดูแลผู้ด้อยโอกาสทางสังคม และการลดความเหลื่อมล้ำ การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในหน่วยบริการและในชุมชนที่มีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องถึงบ้านภายใต้ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ พร้อมทั้งสนับสนุนการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน โดยบูรณาการกองทุนสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของประชาชน สนับสนุนให้มีการนำความรู้ และประสบการณ์ของทีมสุขภาพในพื้นที่มาใช้ประโยชน์แก่ชุมชน ควบคู่กับการสร้างระบบและกลไกทางสังคมที่เกื้อหนุนให้คนในสังคมดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคง มีความสุข และมี คุณภาพชีวิตที่ดีไม่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองระยะยาวในชุมชน³ พร้อมทั้งเสริมระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อการจัดสวัสดิการสุขภาพของตนเองของชุมชน พร้อมทั้งระบบหลักประกันสุขภาพที่รองรับสังคมผู้สูงอายุ ให้มีศูนย์อภิบาลสุขภาพในระดับจังหวัดทุกจังหวัด การพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โรงเรียนผู้สูงอายุ สุขภาพดีในทุกตำบล ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งในทุกหมู่บ้าน การสร้างโอกาสแก่ผู้สูงอายุในการร่วมทำงานในสถานบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจะพบว่า มีหน่วยงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุจำนวนมากที่ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ และมาตรการต่าง ๆ เพื่อพัฒนาการเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุหลากหลาย แต่ขาดการบูรณาการการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ข้อเสนอแนะและมาตรการต่าง ๆ ที่เป็นเอกภาพ ขาดมุมมองและการมีส่วนร่วมจากชุมชน สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายผู้สูงอายุส่วน ไม่พบองค์ความรู้เกี่ยวกับการนำทุนทางสังคมมาใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่ตรงและเหมาะสมกับบริบททางสังคมเพื่อการพึ่งตนเองได้ จึงเกิดช่องว่างของความรู้เรื่องของการเข้าใจการใช้ทุนทางสังคมเพื่อการพัฒนา นโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ และให้ทุนทางสังคมเป็นผู้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการชี้นำสังคมได้ โดยการเข้าไปการเรียนรู้การรับรู้และการตีความของการปฏิสัมพันธ์ หรือสัญลักษณ์ที่สร้างขึ้น ผ่านการให้ความหมายและคุณค่าโดยคนที่อยู่ในบริบททางสังคมวัฒนธรรมเดียวกัน ให้ชุมชนร่วมวิพากษ์ทุนทางสังคมว่าเป็นกลุ่มที่มีสำคัญกลุ่มหนึ่งที่มีศักยภาพและมีส่วนในการผลักดันนโยบายสาธารณะในชุมชนหรือไม่ ชุมชนเรียกว่าทุนทางสังคมเหล่านี้ว่าอะไร เมื่อนำความหมาย

ของชุมชนมาวิพากษ์กับทฤษฎีหรือวาทกรรมที่มีอยู่เดิมเพื่อให้เห็นความแตกต่างของวาทกรรม ลักษณะการจัดการ สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการจัดการ รวมถึงเป้าหมายและตัวปัจจัย การวิเคราะห์ สังเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ ตลอดจนเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการใช้ศักยภาพของทุนทางสังคมของชุมชนในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 9 และเป็นข้อเสนอที่สำคัญสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการที่จะทำงานเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษาการพัฒนาโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุโดยทุนทางสังคมของเขตสุขภาพที่ 9 ที่ดำเนินการโดยชุมชนท้องถิ่นตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่ ในมิติ 1) ความหมายของ การพัฒนา นโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ 2) กระบวนการการพัฒนา นโยบายสาธารณะของทุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ และ 3) ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการพัฒนา นโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา⁷ เพื่อสะท้อนให้เห็นการพัฒนา นโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุโดยทุนทางสังคมที่ดำเนินการโดยชุมชน ซึ่งผู้วิจัยมีความเชื่อว่าการที่ผู้วิจัยเข้าไปศึกษาและมีโอกาสทำงานร่วมกันภายใต้บริบทของชุมชนที่ทำการศึกษา จะช่วยขยายภาพของตัวอย่างที่ชัดเจนของการพัฒนา นโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมในพื้นที่ โดยมีวิธีการศึกษา ดังนี้

สถานที่ทำการวิจัย ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในการศึกษากับจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ซึ่งประกอบไปด้วยจังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งผู้วิจัยมองว่าเป็นพื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนนโยบายมีความเข้มแข็งขององค์กรในพื้นที่ มีวิธีการดูแลผู้สูงอายุเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม มีการเดินทางสะดวก ซึ่งจะทำให้ผู้ศึกษาสามารถดำเนินการวิจัยเพื่อสะท้อนการภาพของการขับเคลื่อน พัฒนา นโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุของแต่ละพื้นที่ออกมาได้อย่างชัดเจน

ผู้ให้ข้อมูลและการเข้าถึงข้อมูล โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และสังเกตในระหว่างการทำงาน (Participant as observer) ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ตลอดจนการบันทึกภาคสนาม (Field note) เก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวแทนของแต่ละจังหวัดที่ได้เข้าร่วมขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ นครราชสีมา 1) บุคลากรทีมสุขภาพ 1 คน 2) ผู้นำชุมชน/ กรรมการชุมชน/ ตัวแทนสมัชชาสุขภาพ 1 คน 3) ตัวแทนผู้สูงอายุ 2 คน 4) บุคลากรสายการศึกษา 2 คน จังหวัดชัยภูมิ 1) บุคลากรทีมสุขภาพ 2 คน 2) ผู้นำชุมชน/ กรรมการชุมชน/ ตัวแทนสมัชชาสุขภาพ 4 คน 3) ตัวแทนผู้สูงอายุ 2 คน 4) สื่อมวลชน 1 คน จังหวัดบุรีรัมย์ 1) บุคลากรทีมสุขภาพ 2 คน 2) ผู้นำชุมชน/ กรรมการชุมชน/ ตัวแทนสมัชชาสุขภาพ 1 คน 3) ตัวแทนผู้สูงอายุ 2 คน 4) บุคลากรสายการศึกษา 1 คน และจังหวัดสุรินทร์ 1) บุคลากรทีมสุขภาพ 1 คน 2) ผู้นำชุมชน/ กรรมการชุมชน/ ตัวแทนสมัชชาสุขภาพ 3 คน รวมทั้งสิ้น 25 คน

คุณสมบัติของนักวิจัยภาคสนาม ในฐานะเครื่องมือสำคัญในการวิจัยในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่มีผลต่อคุณภาพงานวิจัย เนื่องจากวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพใช้วิธีเชิงอุปมานที่ต้องใช้ความสามารถในการจัดระบบความคิดความสามารถในการ เข้าถึงข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ การวิเคราะห์ ดีความ ตลอดจนการสร้างแนวคิดจากข้อมูล ซึ่งล้วนแต่ ขึ้นอยู่กับตัวผู้วิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญ จึงมีการเตรียมตัวดังนี้

การเตรียมตัวด้านความรู้เชิงปรัชญาและวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพโดยศึกษาในหลักสูตรทั้งที่เป็นความรู้เชิงปรัชญาเพื่อทำความเข้าใจลักษณะความรู้ความจริงตามมุมมองทาง ปรัชญาที่แตกต่างกัน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้แสวงหาความรู้ความจริงกับสิ่งที่ถูกวิจัยหรือผู้ถูกวิจัย และวิธีการแสวงหาความรู้ความจริง ทั้งความรู้ด้านวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ และวิธีการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา

การเตรียมตัวด้านทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการฝึกประสบการณ์การวิจัยเชิง ได้แก่ โครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน โครงการพัฒนาตำบลสุขภาพะในพื้นที่ต่างๆ การจัดประชุมการพัฒนาทักษะการวิจัยชุมชน (RECAP) และพัฒนาระบบฐานข้อมูลตำบล (TCNAP) ส่งผลให้ได้มีประสบการณ์ในการทำวิจัยชุมชนและ ฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพหลายวิธีเช่น การสังเกตอย่างมี ส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนา

กลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลในหลายลักษณะ ได้แก่ การวิเคราะห์โดยใช้เส้นทางเวลา (Time Line) การวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูล (Typological analysis) การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) การสรุปความคิดระบบข้อมูล (Concept Mapping)

การเตรียมตัวด้านเนื้อหาทางวิจัย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมงานที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้แก่ แนวคิดและองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุโดยทุนทางสังคมนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ การเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศ ศึกษาแนวคิดของระบบสุขภาพชุมชน รวมถึงการศึกษาปรากฏการณ์การสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบการพัฒนา การเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น ในพื้นที่ต่างๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ดำเนินการจนกระทั่งข้อมูลถึงจุดอิ่มตัวหรือไม่ (Data Saturation) ระยะเวลาในการศึกษาข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2560 ถึงเดือนสิงหาคม 2561 รวม 14 เดือน โดยมีระยะเวลาการศึกษาข้อมูลเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) ระยะศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะการจัดการของทุนทางสังคม และ 3) ระยะสังเคราะห์ ข้อเสนอปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งของระบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบการพัฒนา การเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมของชุมชนในการ พัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลมาจัดระเบียบเนื้อหาของข้อมูล⁸ (Data organizing) และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลภาคสนาม (Field note) การวิเคราะห์จำแนกประเภท ข้อมูล (Typological analysis) การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) การวิเคราะห์ตามช่วงเวลา (Timeline analysis) เพื่อหาโครงสร้าง ให้ความหมายข้อมูลและทำการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ได้รวบรวมมา สร้างข้อสรุปจากข้อมูลชุดต่างๆ เป็นวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นการสรุปหรือย่อสาระสำคัญเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ที่เราศึกษาเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบข้อมูล ในเรื่องเดียวกันที่มาจาก

แหล่งข้อมูลหรือผู้ให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน ใช้วิธีการยืนยันผลตรวจสอบ ผลของการวิจัย โดยมีกระบวนการตรวจสอบหลากหลายวิธี ได้แก่ การตรวจสอบผลการวิจัยกับวัตถุประสงค์ และคำถามการวิจัย การใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า การตรวจสอบข้อมูลที่ได้จาก การวิเคราะห์กับข้อมูลดิบที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้วิธีการเขียนบันทึกเหตุการณ์ นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ก่อนนำไปสู่การสรุปผลการศึกษา

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตร จริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เบื้องต้น จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ซึ่งจัดโดยสถาบันวิจัยแห่งชาติ (วช.) เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2561 และผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ โดยได้รับการรับรองตามหนังสือรับรอง EC 04-01-61 ลงวันที่ 6 มกราคม 2561 ก่อนที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการปกป้องผู้ให้ข้อมูลโดยไม่เปิดเผยชื่อ และยึดหลักการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูลสามารถออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยจะไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับจากชุมชน

ผลการศึกษา

การพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุโดยทุนทางสังคมของเขตสุขภาพที่ 9 ในมิติ 1) ความหมายของการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ ว่าเป็นการทำงานโดยใช้ “หัวใจเดียวกัน” 2) กระบวนการการพัฒนานโยบายสาธารณะใช้หลัก “สร้าง” และ 3) ปัจจัย เงื่อนไขที่ส่งผลต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ “ใจประสานใจ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ สนุก ทำจริงและไปข้างหน้า” ซึ่งผลการศึกษาสามารถจำแนกตามมิติต่างๆ ได้ดังนี้

1. ความหมายของการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ
เกิดจากการทำงานร่วมกันของแกนนำและคนในพื้นที่ผ่านประสบการณ์การทำงานร่วมกัน ร่วมรับรู้ ช่วยแก้ไขปัญหาของพื้นที่ ยอมรับและให้ความนับถือซึ่งกันและกัน เรียกว่า “หัวใจเดียวกัน” ซึ่งก่อนที่จะทำงานแบบได้ใจคนในสังคม นั้นจะต้องเข้าใจมองเห็นปัญหาเหมือนกันก่อน ต้องชนะใจจึงจะได้ใจเขา ดังตัวอย่างของข้อมูลต่อไปนี้

“กระบวนการนโยบายสาธารณะต้องมีการขับเคลื่อนด้วยปัญหาข้อเท็จจริง และข้อมูลการศึกษาปัญหาเชิงวิชาการ เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจเมื่อได้ประเด็นปัญหาที่ต้องการขับเคลื่อน คณะทำงานแกนนำ ผู้มีส่วนได้เสีย ต้องมีส่วนร่วมในการออกแบบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสู่ภาวะที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหานโยบาย นำมาจัดทำแผนที่ (Mapping) ให้เห็นภาพรวมและความเชื่อมโยงของปัญหาในพื้นที่”

นักวิชาการ, กรกฎาคม 2560

2. กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เกิดจากกระบวนการในการจัดการของชุมชน พื้นที่ที่มีการเรียนรู้ร่วมกัน มีกิจกรรมเพิ่มคุณค่าทุนทางสังคมและเศรษฐกิจของคนในชุมชน ภายใต้ระบบความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชน เป็นเครือข่ายชุมชน กระทั่งสามารถนำเสนอและผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะในลักษณะสร้างความสัมพันธ์ ดังนั้นทุกชุมชนจึงต้องร่วมมือกันร่วมใจกัน สร้างพลังให้เกิดขึ้นภายในชุมชน และใช้พลังมีอยู่ชุมชนกลับมาใช้ในการพัฒนาชุมชน ส่งเสริมให้ใช้แผนชุมชนเป็นเครื่องมือเสริมสร้างขีดความสามารถของชุมชนในการแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง บนพื้นฐานของข้อมูล การคิดการตัดสินใจ และลงมือกระทำของคนในชุมชน โดยใช้วิธีการ “สร้าง” ประกอบไปด้วย 5 ลักษณะคือ 1.การสร้างแรงบันดาลใจ 2.สร้างหลักคิด 3.สร้างการวิจัย 4.สร้างการผลักดัน 5.สร้างการจัดการเรียนรู้ ดังตัวอย่างของข้อมูลต่อไปนี้

1.การสร้างแรงบันดาลใจและจิตสาธารณะ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตัวแทนคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์ นำโดยนายทรงเกียรติ บุญถึง เลขาธิการกิจสมัชชาสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์ เข้าพบผู้ว่าราชการจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ ของจังหวัด 3 ประเด็น 1. ปัญหาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ 2. ปัญหาสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น ปัญหาท้องก่อนวัยอันควร/ปัญหาเด็กแว้น 3. ปัญหาด้านอาหารปลอดภัย /ตลาดสีเขียว ท่านผู้ว่าฯ สั่งให้คณะทำงานเร่งขับเคลื่อน โดยถือว่าเป็นวาระสำคัญและเร่งด่วนของจังหวัดบุรีรัมย์ “ปฎิญญาสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์” ภายในต้นเดือนกันยายน 2560 นี้ จะต้องมีการขับเคลื่อนให้เห็นเป็นรูปธรรม”

ตัวแทนสมัชชาสุขภาพจังหวัด, สิงหาคม 2560

2.สร้างหลักคิด ดังคำกล่าวที่ว่า

“เป็นการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4P-W) ให้มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการ สามารถคิดวิเคราะห์ เชิงระบบเพื่อนำไปสู่การวางแผนขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ จึงได้จัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการ กระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างทีมนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (ทีม 5 พลั)”

ตัวแทนสมัชชาสุขภาพจังหวัด, พฤศจิกายน 2560

“ใช้วิธีการ นำเสนอผลการขับเคลื่อนแผนความดีร่วมรายจังหวัด อย่างมีชีวิตชีวา มีการฝึกทีม 5 พลัทำการกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ฝึกการเขียนเอกสารนโยบายฯ (คำประกาศ/คำแถลงนโยบายฯ) ,กรอบประเด็นในการเขียน และมติแผนความดีร่วม ฝึกการวิเคราะห์ยุทธศาสตร์ และจัดทำยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนนโยบายฯ จากคำประกาศ/คำแถลงนโยบายฯ และจัดทำแผนการขับเคลื่อนนโยบายฯ กับภาคีเครือข่าย ในการทำให้ร่างคำประกาศ/คำแถลงนโยบายฯ ได้รับการยอมรับในจังหวัด”

ผู้นำระดับกลุ่ม/องค์กรในชุมชน, พฤศจิกายน 2560

3.สร้างการวิจัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราจะใช้เครื่องมือตาม พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 โดย 1. เล่าสู่กันฟังเรื่องการขับเคลื่อนคำแถลงนโยบายฯ 2.เรียนรู้และฝึกปฏิบัติเครื่องมือกระบวนการสมัชชาสุขภาพ, การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA), สิทธิการตายดี และธรรมนูญสุขภาพ พร้อมทั้ง 3.จัดทำแผนขับเคลื่อนเครื่องมือฯ นำเสนอและร่วมแลกเปลี่ยนเติมเต็มนะครับ”

ตัวแทนบุคลากรทีมสุขภาพ, มีนาคม 2561

4.สร้างการผลักดัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราจะผลักดันนโยบายโดยใช้วิธีการ 5 ขั้นตอนนะครับ 1.ทบทวนการนำองค์ความรู้และเทคโนโลยี/เครื่องมือชุดการเรียนรู้ที่ 1-3 ไปปฏิบัติ 2.ประเมินสถานะการขับเคลื่อนนโยบายฯ ในพื้นที่ 3.วิเคราะห์การขับเคลื่อนและยกระดับนโยบายฯ ในระดับต่างๆ 4.เรียนรู้การยกระดับนโยบายฯ โดยใช้เทคนิคต่างๆ และออกแบบ Road Map 5.วิเคราะห์ความเสี่ยงของ Road Map และประเมินคุณลักษณะของทีม 5 พลัง พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนเพิ่มเติม”

ตัวแทนสมัชชาสุขภาพจังหวัด, กันยายน 2561

5.สร้างการจัดการเรียนรู้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“การปักธงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในทุกระดับตั้งแต่ระดับท้องถิ่น ระดับจังหวัด และ ระดับประเทศ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพไปสู่การดำเนินงานในทุก ระดับ ดังนั้น จะต้องมีการประกาศเจตนารมณ์หรือข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จะเห็นจากการ ปักธงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของเครือข่ายประชาคมสุขภาพ”

บุคลากรสายการศึกษา, กุมภาพันธ์ 2562

3. ปัจจัย เงื่อนไขที่ส่งผลต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลสะท้อนให้เห็นปัจจัย เงื่อนไขของการเสริมความเข้มแข็งให้กับทุนทางสังคม พบว่าใช้แนวทางการดำเนินงานโดยหลัก “ใจประสานใจ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ สนุก ทำจริงและไปข้างหน้า” ดังตัวอย่างของข้อมูลต่อไปนี้

“เราจะมาจากไหนจะเป็นใครนั้นไม่สำคัญ ยินดีที่มาพบกัน ยินดีที่มาพบกัน ร่วมสร้างสรรค์เรียนรู้เรื่องราวทางสายยาวผูกเกลียวสัมพันธ์ ร่วมสร้างสรรค์สังคมดีงาม”

ผู้นำระดับกลุ่ม/องค์กรในชุมชน, กรกฎาคม 2560

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุโดยทุนทางสังคมของเขตสุขภาพที่ 9 ที่ดำเนินการโดยชุมชนท้องถิ่นตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่ สอดคล้องกับแนวทางพัฒนานโยบายสาธารณะให้เข้มแข็งด้วยทุนทางสังคม⁷ ซึ่งเป็นการนำแนวคิดการพัฒนาที่มีคนเป็นศูนย์กลาง โดยเชื่อว่าคนในชุมชนมีศักยภาพสามารถพัฒนาตนเองและชุมชนของตนได้เพราะในแต่ละชุมชนมีได้มีลักษณะว่างเปล่าทางความรู้ แต่ในทางตรงกันข้าม ทุกชุมชนมีองค์ความรู้ และมีภูมิปัญญาที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาตนเองได้แนวคิดการเสริม สร้างความเข้มแข็งของชุมชน เชื่อว่าองค์ความรู้และภูมิปัญญาของชุมชนที่มีอยู่เดิมจะพอกพูนและเพิ่มขึ้นได้หากมี กระบวนการในการเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคม

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะของทุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁵ โดยมีกระบวนการ คือ การสร้างแรงบันดาลใจ การสร้างความดีร่วม การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม ค่านิยม ทักษะคนดี จิตสาธารณะ ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม แนวคิดและทักษะการบูรณาการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมหลักและแนวคิดในการวางแผนพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย กระทั่งบุคลากรในพื้นที่ที่มีค่านิยม ทักษะคนดี จิตสาธารณะ มีความรู้ ทักษะในการ เป็นวิทยากร และพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะได้ทำงานเป็นทีมได้

สร้างหลักคิด ความหมาย องค์ประกอบนโยบายสาธารณะ กระบวนการนโยบาย สาธารณะ (การคัดเลือกประเด็นร่วมของจังหวัดที่เป็นจุดคานงัด การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย การตัดสินใจ เชิงนโยบาย) การวางแผนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม, การประเมินและทบทวนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม กระทั่งเกิดเป็นประเด็นนโยบายและกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม

สร้างการวิจัยแก้ปัญหาสาธารณะและเครื่องมือสมัชชาตาม พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกอบด้วย หลักคิด ความหมาย ของธรรมนูญสุขภาพ การประเมินผลกระทบสุขภาพ กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/ประเด็น การวิจัยแก้ปัญหาแบบปฏิบัติการมีส่วนร่วม และการนำประเด็นของจังหวัดที่เป็นจุดคานงัด (การคัดเลือกประเด็นร่วม) มาเป็นโจทย์วิจัย การบริหารจัดการและการ สื่อสารสาธารณะซึ่งจะได้เครื่องมือสมัชชาและข้อมูลจากการวิจัย

สร้างการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ การปฏิบัติการที่ดี (Best Case) การสื่อสารนโยบาย การเจรจาต่อรอง การประสานงานและการผลักดันนโยบายฯ จนได้ข้อเสนอทางเลือกนโยบายที่เป็นสายลักษณะอักษรสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีแผนปฏิบัติการ มีการปฏิบัติการจริงตามแผนโดยเครือข่ายฯ มีการประสาน/ผลักดันนโยบายสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, หน่วยงานราชการและเอกชนที่เกี่ยวข้องและยุทธศาสตร์จังหวัด

สร้างการสรุปบทเรียน การจัดการความรู้และการติดตามประเมินผลแบบเสริมพลังกับการวางแผนพัฒนานโยบายกระทั่งมีเครื่องมือการสรุปบทเรียนและทำเป็น เช่น After Action Review (AAR) สร้างระบบสารสนเทศ มีแนวทาง/คู่มือการทำงาน มีการขยายผลสู่พื้นที่/ประเด็นอื่นๆได้ ทำ การติดตามและประเมินผลแบบเสริมพลังได้

จากต้นทูลดังกล่าวได้ก่อให้เกิดการสร้างเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการพัฒนาทุนทางสังคมกับการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่คือกลุ่มปฏิบัติการภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรท้องถิ่นและภาครัฐ สนับสนุนการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเนื่องจากชุมชนมีพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรม การช่วยเหลือดูแลกัน มีปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาหรือคงไว้ซึ่งศักยภาพของทุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็ง ซึ่งเกิดจากการร่วมแรงร่วมใจของคนในชุมชนเพื่อตอบสนองชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษา สถาบันการศึกษาสามารถนำความรู้ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน เพื่อผลิตบัณฑิตที่เข้าใจบริบท เข้าใจหลักปรัชญาการวิพากษ์ ดีความ และเชื่อกในศักยภาพของคน การจัดการตนเอง การพึ่งพาตนเอง โดยสร้างเป็นชุดความรู้เกี่ยวกับ “ทุนทางสังคมกับการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ”

2. การพัฒนาระบบสุขภาพ ประยุกต์ใช้ชุดความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของคนในสังคมวัฒนธรรมพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

3. การพัฒนานโยบายที่สัมพันธ์กันทั้งระดับชาติ ระดับองค์กร ระดับพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แนวทางในกระบวนการเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ และเกิดการพัฒนา นโยบาย/แผนชุมชนเพื่อการใช้ทุนทางสังคมในการแก้ปัญหาผู้สูงอายุ

4. การพัฒนานวัตกรรม หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้องค์ความรู้และแนวทางในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน

5. การวิจัยต่อยอด นโยบายสาธารณะด้านการศึกษาประเด็น “ผู้สูงอายุศึกษา” ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาตั้งแต่อนุบาล ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อุดมศึกษาและสถานศึกษาอื่นๆทุกระดับ เพื่อให้เกิดความเข้าใจความสูงอายุ เข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ตลอดจนจนร่วมรับรู้และเข้าใจปัญหา สามารถผลิตนวัตกรรมภายใต้ภูมิปัญญาที่ช่วยรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในพื้นที่ของตนเองได้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.). เรื่องควรรู้เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th/Content/423792561>.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เด็อนตุลา; 2561.
3. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์. ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิง นโยบาย. รามาธิบดีสาร 2551;14:358-98.
4. ชนิษฐา นันทบุตร, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, จารุณี สรภุช, อุไร จเรประพาฬ, พรณิภา ไชยรัตน์ และคณะ. คู่มือการจัดการความรู้ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักสนับสนุนสุขภาพชุมชน (สน.3); 2557.

5. ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. คู่มือการจัดการความรู้ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักสนับสนุนสุขภาพะชุมชน (สน.3); 2553.
6. Thanakwang K, Ingersoll-Dayton B, Soonthorndhada K. The relationships among family, friends, and psychological well-being for Thai elderly. *Aging Ment Health* 2012;16:993-1003.
7. ชนิษฐา นันทบุตร. กรอบกระบวนการวิจัยชุมชนสู่ตำบลสุขภาพะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ที คิว พี; 2555.
8. Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. *Handbook of qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks: London: Sage Publication Inc.; 2000.

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ขอเรียนเชิญ สมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งรายงานการวิจัยหรือบทความวิชาการ เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ทั้งนี้ บทความหรือรายงานการวิจัย จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น งานวิจัยที่ศึกษาวิจัย และทดลองในมนุษย์ต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC) และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

1. การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ และบทความวิจัย มีดังนี้

บทความวิชาการ บทความวิจัย

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Office Word ตัวอักษร FreesiaUPC ขนาด 16 pt. และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด B5 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้ว โดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 13 หน้าโดยไม่รวมเอกสารอ้างอิง
2. การใช้คำภาษาไทย การแปลศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษ ให้ยึดตามหลักการใช้คำของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ ยกเว้นเป็นคำที่ยอมรับกันทั่วไป
3. ชื่อเรื่องพิมพ์ไว้กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร FreesiaUPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
4. ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือใช้อักษร FreesiaUPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 16 pt.
5. ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนอยู่ด้านล่างของบทความย่อในหน้าแรกเยื้องทางซ้ายมือใช้อักษร FreesiaUPC ตัวปกติ ขนาดตัวอักษร 14 pt.

6. ทั้งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 350 คำ/บทคัดย่อ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (Key words) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
7. จำนวนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ หรือรายงานการวิจัย ไม่ควรเกิน 30 เรื่อง
8. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ออกแบบตารางให้เหมาะสมจากนั้นทำการแทรกตารางโดยไม่มีเส้นแนวตั้ง ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่นและให้ระบุ ในเนื้อหาด้วยว่าจะใส่ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด และหลีกเลี่ยงการอธิบายซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง
9. ภาพประกอบ ให้ใช้ภาพลายเส้นขาวดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสเตอร์ โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านล่างของภาพ หากเป็นผลงานของบุคคลอื่นให้ระบุที่มาของภาพไว้ใต้ภาพพร้อมทั้งอ้างอิงตัวเลขไว้ท้ายข้อความและทำการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย ทั้งภาพประกอบและตารางต้องแยกไว้ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องต้องบอกว่าจะใส่รูปไว้ที่ใด

2. การลำดับหัวข้อในการเขียนบทความเพื่อการตีพิมพ์ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 บทความวิชาการ

- 2.1.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.1.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.1.3 เนื้อหา
 - บทนำ
 - เนื้อเรื่อง
 - บทสรุป
- 2.1.4 เอกสารอ้างอิง

2.2 บทความวิจัย

- 2.2.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.2.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.2.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- 2.2.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 2.2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 2.2.6 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 2.2.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย
 - 2.2.7.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.2.7.2 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล
 - 2.2.7.3 เครื่องมือการวิจัย
 - 2.2.7.4 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.2.8 ผลการวิจัย

2.2.9 การอภิปรายผล

2.2.10 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

2.2.11 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

2.2.12 เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบแนวคูเวอร์ โดยใช้ตัวเลขยก (Super script) ชิดกับข้อความที่อ้างอิง โดยรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา(In- text citation) 2)การอ้างอิงท้ายเล่มหรือเอกสารอ้างอิง (Reference)

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าจะบางส่วน หรือทั้งหมดมาอ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้เขียนหรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้ลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหาโดยมีวิธีการอ้างอิงดังนี้

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้เขียน หรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังชื่อผู้เขียน

ตัวอย่าง

นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ¹ ทำวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1 การอ้างอิงรายการเดียว

ตัวอย่าง

การใช้ปัญหาเป็นฐาน การใช้วิจัยเป็นฐาน การใช้สถานการณ์จำลอง รวมทั้งการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐาน (Project based learning)²

1.2.2 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงเป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลขแต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

- กระบวนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานครั้งนี้ มีกระบวนการคล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ผ่านมา^{3,5}
- กิจกรรมให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อให้เกิดเป็น ทำเป็น มีการค้นคว้า และจัดการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม⁶⁻⁸

2. การอ้างอิงท้ายเล่ม เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของบทความในหัวข้อเอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3,..... ซึ่งตัวเลขต้องสอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา ข้อมูลที่นำมาเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง สำหรับตัวอย่างที่ใช้บ่อยมีดังนี้

1. หลักการเบื้องต้น

- 1.1 ชื่อผู้แต่งคนไทย เขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม

ตัวอย่าง

1. บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล ศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.

- 1.2 ผู้แต่งชาวต่างประเทศไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

2. Zerhouni E, Berg JM, Hrabowski FA, Kington R, Landis SCR. Training the Workforce for 21st Century Science: A Vital Direction for Health and Health Care. Washington, DC: National Academy of Medicine; 2016.

- 1.3 ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al. และภาษาไทยใช้คำว่า “และคณะ” หรือ “et al.”

ตัวอย่าง

3. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361:1529-38.

2. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ.

- ชื่อบทความ บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด
- ชื่อวารสาร วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น จุฬาลงกรณ์เวชสาร ขอนแก่นเวชสารฯ วารสารต่างประเทศ ใช้ชื่อย่อตาม มาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences Abbreviation of Title of Publications
- ให้ใส่เฉพาะปี และเล่มที่เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่
- เลขหน้า ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 1337-43 หรือ p.222-35 เป็นต้น
- สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ใส่รหัสบทความดิจิทัลด้วย

ตัวอย่าง

4. ลักษณะ ชอบเสียง. การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561;19:25-35.

5. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan, C. The understanding of spirituality of spirituality and the role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research. Palliat Med 2010;24:753-70. doi:10.1177/0269216310375860

3. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (Books or textbooks) ทั้งเล่ม มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

6. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2552.

7. Field A, Hole G. How to design and report experiments. London: Sage Publications; 2003.

4. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

8. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรรณี ปิติสุทธิธรรม ชัยนต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติง; 2552. หน้า 255-78.

9. Nitirat P, Sitanon T. Surveillance Rapid Response Team (SRRT): A proactive model of health Prevention excellence. In: Turner K, editor. Bangkok; Sahamitr Printing & Publishing; 2013. p.45-55.

5. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

10. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, เขมนันท์ พูลสุขโช, จิตราวัฒน์ มณีวงษ์, จิราพร สีสรรณ, จุฑามณี ถนอมทรัพย์, เจนจิรา ชิมกระโทก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน: พูลสุขเจณพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ BCNSP National and International Conference; 30 พฤษภาคม-1 มิถุนายน 2561; โรงแรมสุนีย์ แกรนด์. อุบลราชธานี; 2561. หน้า 575-91.

11. Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In: Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22nd-24th July 2011; Malaysia. Kurla Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

12. เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร และคณะ, บรรณาธิการ. การเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นหนึ่งตามประสบการณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม. การประชุมวิชาการระดับชาติ Nakhon Phanom Conference in Health Care ครั้งที่ 1; 26-27 มิถุนายน 2557; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. นครพนม: อรุณการพิมพ์; 2557.

13. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

7. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

14. พันธ์ญา ชันติจิตร. อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.

15. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

8. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน(ย่อ) ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

16. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยด้านระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.egov.go.th/th/e-government-service/1481/>

17. World Health Organization (WHO). International Health Regulations [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/publications/en/>

9. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อวันที่ เดือน(ย่อ) ปี]; ปีที่:[หน้า]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

18. ระวี ลีประเสริฐ, นุชลดา โรจนประภาพรรณ. รูปแบบการพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพประชาชน จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2554];19:409-21. เข้าถึงได้จาก: http://pubnet.moph.go.th/pubnet2/e_doc.php?id=2593

19. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

สำหรับหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารของจิราภรณ์ จันทร์จร หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ที่ <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>



แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

1. ชื่อผู้ส่งบทความ

นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่งทางวิชาการ.....

หน่วยงานที่สังกัด.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail :

2. บทความที่ส่งเพื่อตีพิมพ์

หัวข้อ (ภาษาไทย).....

.....

หัวข้อ (ภาษาอังกฤษ).....

.....

3. ข้าพเจ้าส่งบทความนี้เพื่อรับพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ส่งบทความ

...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

1. ได้รับบทความเมื่อวันที่...../...../.....

2. สิ่งที่แนบมาพร้อมกับบทความ

☐ แผ่น CD บันทึกบทความ จำนวนแผ่น

☐ อื่นๆ(โปรดระบุ)

ลงชื่อ.....

(.....)