

วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ



JOURNAL OF NURSING AND THERAPEUTIC CARE

ปีที่ 41 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม - ธันวาคม) 2566 Volume 41 No.4 (October-December) 2023



ISSN: 2985-1432 (Online)

เจ้าของโดย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

JOURNAL OF NURSING AND THERAPEUTIC CARE

เจ้าของ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวมาศ คุณล้าน เกื่อนนาคี
นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล	ข้าราชการเกษียณอายุ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	นายกสภาการพยาบาล
ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์	ข้าราชการเกษียณอายุ
รองศาสตราจารย์ ดร.ตรุณี รุจกรกานต์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
---------------------------------------	---

บรรณาธิการผู้ช่วย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุลคลัก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
รองศาสตราจารย์ ดร.สมรภพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
อาจารย์ ดร.จุฬารัตน์ หัวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม จังหวัดนครพนม

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.เกษราวัลณ์ นิลวางกูร	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ศาสตราจารย์ ดร.ภัทภรณ์ ภัทรสกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Professor Dr. Wilaiporn Rojjanasirrat	Graceland University School of Nursing, Independence, Missouri, USA
รองศาสตราจารย์ ดร.พลสุข ศิริพล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ข้าราชการเกษียณอายุ)
รองศาสตราจารย์ ดร.มารีสา ไกรฤกษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานูตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ข้าราชการเกษียณอายุ)
รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รองศาสตราจารย์ ดร.เรวดี เพชรศิราสันท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน เอกวางกูร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รองศาสตราจารย์ ดร.บุรทิน ขำภีรัฐ	สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบราณัน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณญา จุฬาริ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาสนา รวยสูงเนิน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ตั้งภักดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เจนเนต พลเพชร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์ ดร.สาตี แยมิตตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์
อาจารย์ ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์
ดร.เพ็ญศรี รักข่วงศรี	กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
Mr. Kent Dale Hamilton	Faculty of Liberal Art Ubon Ratchathani University (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)
ดร. ศศิมา ทองสาย	สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
	(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)
	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ดร.เอกชัย ภูผาใจ

ฝ่ายจัดการ

อาจารย์ ดร.ศุภวดี แถวเพ็ญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนภรณ์ สีสรี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อาจารย์ ดร.ทรงสุตา หมื่นไธสง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครขอนแก่น
อาจารย์ ดร.กษกร เพ็ญชัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อาจารย์ ขนิษฐา พรมกระโทก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ นุชพร ดุมใหม่	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นายนิพนธ์ วาตาตา	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
พว.พัชร จันทะจร	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
นางสาวกานูมาศ หาญสุริย์	สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและความรู้จากศาสตร์ อื่นๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพพยาบาลในการเผยแพร่ความรู้จากประสบการณ์และการศึกษาค้นคว้าไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่
4. เพื่อเป็นสื่อกลางการติดต่อสัมพันธ์ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของพยาบาลทั้งในประเทศไทย และสากล

ขอเขียนหรือบทความใดๆ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ฉบับนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีข้อผูกพันประการใด



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. รศ.ดร.อภิรดี นันทศุภวัฒน์ | 14. ผศ.ดร.นัฐรภัทร ธนปิยวัฒน์ |
| 2. รศ.ดร.บุรณิน ขำภีรัฐ | 15. ผศ.ดร.ศรัณญา จุฬาริ |
| 3. รศ.ดร.เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์ | 16. ผศ.ดร.นงนภัทร รุ่งเนย |
| 4. รศ.ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์ | 17. ผศ.ดร.ฐิตาพร วรภักดิ์วิศิษฐ์ |
| 5. รศ.ดร.วาสนา รวยสูงเนิน | 18. อาจารย์ ดร.จินตนา ตาปิน |
| 6. ผศ.ดร.เจนเนตร พลเพชร | 19. อาจารย์ ดร.ณัฐธิดา เพชรประไพ |
| 7. ผศ.ดร.ดวงพร ปิยะคง | 20. อาจารย์ ดร.อดิพร สำราญบัว |
| 8. ผศ.ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ | 21. อาจารย์ ดร.ภัทรภร สถัชชสมบัติ |
| 9. ผศ.ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | 22. อาจารย์ ดร.อัจฉรา อ่วมเครือ |
| 10. ผศ.ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา | 23. อาจารย์ ดร.ปฐยาวัชร ปรางกุศล |
| 11. ผศ.ดร.จิตกานันท์ ศรีจักรโคตร | 24. อาจารย์ ดร.นุสรา ประเสริฐศรี |
| 12. ผศ.ดร.ธัญลักษณ์ โอบบ่อม | 25. อ.นุชพร ดุ้มใหม่ |
| 13. ผศ.ดร.มนพร ชาตชำนาญ | 26. ดร.เอกชัย ภูผาใจ |



สารบัญ

บทบรรณาธิการ

บทความวิชาการ

- * การพัฒนาโปรแกรมการลดน้ำหนักโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง สำหรับผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้และมีโรคอ้วน
สาธิต พลพงษ์ มะลิวรรณ ศิลารัตน์ e265226
วาสนา รวยสูงเนิน (1-11)

บทความวิจัย

- * การพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของงานพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด
นภัสภรณ์ เชิงสะอาด วรณชนก จันทชุม e265378
(1-14)
- * ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุดรธานี
ทิพธัญญา บุตรโคตร อรุณณี ใจเที่ยง e265392
ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล (1-14)
- * การศึกษาภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จังหวัดอุบลราชธานี
ลักขณา ชอบเสียง สำเร็จ เทียนทอง e265506
ฉัตรสุดา กานกายันต์ จตุพร จันทะพุกข์ (1-12)
- * ความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดแม่ฮ่องสอน: การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายเหตุการณ์สำคัญ
อัญชลี คงอ้าย ประวีดา คำแดง e265940
ถาวร ล่อกา พิรพรรณ อภิวงศ์วาร (1-15)
สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ ปรีศนา นวลบุญเรือง
อมรรัตน์ อนุวัฒน์นันทเขตต์
- * การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยตามแนวคิด 70:20:10
กิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์ ศันสนีย์ ชัยบุตร e266235
ปนัดดา มุลาสินน์ (1-11)
- * การศึกษาปัญหาและความต้องการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน
ณัฐชานันท์ วงศ์ขาลี ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล e265933
(1-13)
- * การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาลด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอไผ่เงิน จังหวัดอุบลราชธานี
รัชณี ทองเนตร สกลสุภา สิงคบุตร e266545
(1-15)
- * ผลของการใช้แนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
เพ็ญลดา ตันทุลกนกรัศด์ สุมาลี สุขไย e267604
คมคาย สุวรรณพงศ์ ภาณิต แก่นกระโทก (1-14)
อุกฤษฏ์ ปลั่งกลาง



สารบัญ

- | | | |
|--|---|-------------------|
| * ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับ
ความรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมการดูแลตนเอง น้ำตาลสะสม
และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง | เปรมณัฐชา บุญยอ นิรมล สุธาวรรณ
ประภาทิพย์ แสนทวีสุข | e267458
(1-15) |
| * การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกัน
การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ | ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน กฤตภรณ์ ประกอบแสง
ศรินรา ทองมี กัลยา อุ๋นรัตน์ะ
เกษร ราชีวงศ์ | e267610
(1-18) |
| * ผลของการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้นต่อความดันโลหิตและ
คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง | จินตนา สุวิทวัส จรินยา ขุนทะวาด
วรินทร์ โอนอ่อน | e267668
(1-14) |
| * อื่น ๆ | | |
| * คำแนะนำสำหรับผู้เขียน | | |



บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ พบกันฉบับที่ 4 ปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นฉบับสุดท้ายส่งท้าย ปี 2566 วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เรามีการปรับปรุงการทำงานของวารสารอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปรับเป็นการตีพิมพ์และเผยแพร่แบบออนไลน์ (Electronic journal) เพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้อ่านได้อย่างกว้างขวาง ปรับระบบเลขหน้าใหม่ให้เป็นสากลมากขึ้น สำหรับท่านที่สนใจจะส่งบทความมาตีพิมพ์กับเรา ขอความกรุณาศึกษาคำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความอย่างละเอียด และวารสารตีพิมพ์ทันทีที่บทความแต่ละเรื่องเรียบร้อย (Real time) โดยไม่จำเป็นต้องรอรวมเล่ม

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เจ้าของโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มุ่งมั่นตั้งใจที่จะให้วารสารเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานของพยาบาลวิชาชีพและการสาธารณสุข มุ่งสู่ความเป็นมาตรฐานระดับสากล แผนงานสำหรับปี พ.ศ. 2566-2567 เราได้เริ่มดำเนินการตามเตรียมความพร้อมเพื่อรับการประเมินจากศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (Thai Citation Index Centre: TCI) ในต้นปี พ.ศ. 2568 และยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง บทความที่ท่านส่งเข้ามาจะได้รับการประเมินที่เข้มข้นให้เป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน ท่านจึงมั่นใจได้ว่าบทความของท่านมีคุณภาพที่ดี

สุดท้ายนี้ วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ มีความภูมิใจในความสามารถของพี่น้องพยาบาลที่มุ่งมั่นในการพัฒนาสุขภาพประชาชน เป็นแรงจูงใจในการพัฒนาวิชาชีพ และพัฒนาสังคมจึงขอเรียนเชิญพี่น้องพยาบาลทุกท่านร่วมเป็นเจ้าของวารสาร โดยการสมัครเป็นสมาชิกสมาคม ฯ ร่วมส่งบทความมาเผยแพร่ ติดตามอ่านวารสาร ช่วยกันอ้างอิงวารสารของเรามากขึ้น และนำองค์ความรู้ไปพัฒนาต่อเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของวิชาชีพต่อไป

ขอขอบคุณกองบรรณาธิการทุกท่านที่ทำงานอย่างเข้มแข็ง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ต้นฉบับจนเกิดความสมบูรณ์ และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่อนุเคราะห์ให้สถานที่ตั้งสำนักงานสมาคมพยาบาล ฯ ในการดำเนินงานวารสาร

รองศาสตราจารย์ ดร. จันทรีทิรา เลี้ยวณัย

บรรณาธิการ





การพัฒนาโปรแกรมการลดน้ำหนักโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง สำหรับผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้และมีโรคอ้วน

สาธิต พลพงษ์ พย.ม.¹

มะลิวรรณ ศิลารัตน์ ปรด.²

วาสนา รวยสูงเนิน PhD²

(วันรับบทความ: 6 สิงหาคม พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 6 กันยายน พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 8 กันยายน พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

โรคอ้วนสัมพันธ์กับการกระตุ้นทั้งระบบประสาทซิมพาเทติกและเรนินแองจิโอเทนซินแอลโดสเตอโรน ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง การลดน้ำหนักตัวในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคอ้วนจึงเป็นคำแนะนำในแนวทางการรักษาตามมาตรฐาน อย่างไรก็ตามการปรับพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักตัวเป็นสิ่งที่ท้าทาย เนื่องจากต้องการทักษะเฉพาะในการจัดการและติดตามตนเองเพื่อความต่อเนื่องของพฤติกรรม การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่มีการนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายเพื่อปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการลดน้ำหนัก โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และมีโรคอ้วน โปรแกรมการลดน้ำหนัก 12 สัปดาห์ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยทักษะการจัดการตนเอง 4 ด้าน คือ 1) การเฝ้าระวังตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย โดยใช้การบันทึกอาหาร การเดินนับก้าว ควบคู่กับบันทึกน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง 2) การฝึกทักษะเฉพาะด้านการคำนวณพลังงานที่ได้จากอาหาร และคำนวณการออกกำลังกายที่เหมาะสม 3) การเสาะแสวงหาข้อมูลเพื่อนำมาจัดการตนเองในการลดน้ำหนัก โดยมีช่องทางการสื่อสารให้ข้อมูลกับบุคลากรสุขภาพ และ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกบริโภคอาหารและเดินนับก้าวตามเป้าหมายเพื่อลดน้ำหนัก จากนั้นนำโปรแกรมลดน้ำหนักที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกรณีศึกษา จำนวน 1 ราย

ผลจากการนำไปใช้พบว่า กรณีศึกษา ชายไทย อายุ 57 ปี ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 160/73 มิลลิเมตรปรอท ดัชนีมวลกาย 31 กิโลกรัม/เมตร² สามารถจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนักได้ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง สามารถเดินได้ตามเป้าหมาย และมีน้ำหนักตัวและระดับความดันโลหิตลดลง อย่างไรก็ตามโปรแกรมดังกล่าวควรได้รับการทดสอบประสิทธิภาพในการวิจัยก่อนนำไปใช้

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง โรคความดันโลหิตสูง การลดน้ำหนัก โรคอ้วน

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: smaliw@kku.ac.th Tel: 087-0177670



Development of a Weight Reduction Program using the Self-management Approach for Individuals with Uncontrolled Hypertension and Obesity

Sathorn Ponpong M.N.S.¹

Maliwan Silarat PhD²

Wasana Ruaisungnoen PhD²

(Received Date: August 6, 2023, Revised Date: September 6, 2023, Accepted Date: September 8, 2023)

Abstract

Obesity is associated with the sympathetic nervous system and renin angiotensin aldosterone system (RAAS) activation, both of which contribute to the development of hypertension. Therefore, weight loss is recommended in the treatment guidelines for individuals with hypertension and obesity. However, behavioral modification for weight loss can be challenging since specific management skills and self-monitoring are required to maintain long-term behavioral changes. Self-management has been used extensively for behavior change in people with chronic conditions. The purpose of this article is to present the development of a weight loss program for adults with uncontrolled hypertension and obesity based on the self-management concept. The 12-week weight loss program included four components of self-management skills: 1) self-monitoring of eating and exercise behaviors using a food record and pedometer to count steps walked daily, 2) performing special tasks to calculate food energy and exercise energy expenditure, 3) seeking information for weight loss by providing a communication channel with a healthcare provider, and 4) changing food selections and increasing the number of steps walked to contribute toward weight loss. The program was tried-out with one case study.

The results from utilizing the 12-week program in a one case study with a Thai male aged 57 years old who had a blood pressure level of 160/73 mmHg and a body mass index of 31 kg/m² revealed that the program contributed to self-management for weight loss and that the patient was able to change his eating and exercising behaviors as planned. Both body weight and blood pressure were lowered as a result. However, before implementing the program, further research should be undertaken with a larger study group to evaluate its effectiveness.

Keywords: self-management program, hypertension, weight loss, obesity

¹student, Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²Assistant Professor, Adult Health Nursing Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

¹Corresponding Author, Email: smaliw@kku.ac.th Tel: 087-0177670



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (Uncontrolled hypertension) เป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันเนื่องจากสถานการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ประกอบกับกระแสสังคมที่มีสภาวะการแข่งขันสูง การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้² จากสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.68 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้³ ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตที่สูงมากกว่าเกณฑ์ความดันโลหิตปกติ^{1,2} คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือในกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังจะมีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงจะทำให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดได้รับอันตรายเสียหาย (Endothelial of vascular injury) นำไปสู่กระบวนการภาวะหลอดเลือดแดงแข็งหรือหนาตัว (Atherosclerosis) ผลลัพธ์จะได้แผ่นหนาเกาะผนังหลอดเลือด (Atherosclerotic plaque) และจากการที่มี plaque ทำให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดผิดปกติ ทำให้ไนตริกออกไซด์ (Nitric oxide: NO) ที่หลังจากเซลล์เยื่อภายในหลอดเลือดลดลง ส่งผลให้การขยายตัวของหลอดเลือดลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงขึ้น¹ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้นในทุก 10 มิลลิเมตรปรอทต่อปี จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงเพิ่มขึ้น 3-4 เท่า หรือเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 7 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตปกติ⁴ สะท้อนให้เห็นว่า การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดทุพพลภาพ หรือเสียชีวิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เนื่องจากการมี การรับรู้ต่อโรคและการรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับโรค เช่น ไม่จำกัดเกลือโซเดียม สูบบุหรี่ มีความเครียด การบริโภคอาหารปริมาณมาก ภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน^{1,5} แม้ว่าหน่วยบริการสุขภาพจะมีระบบการให้ข้อมูลหรือให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยบางรายยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีปัจจัยเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติแตกต่างกันทั้งด้านความรู้ที่ไม่เพียงพอ การขาดทักษะเฉพาะ ไม่ได้เฝ้าระวังติดตามภาวะสุขภาพตนเอง รวมถึงการที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนการปฏิบัติให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิตได้^{6,7} ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ บางรายต้องปรับเพิ่มขนาดยาลดความดันโลหิต หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะอื่น ๆ ตามมาได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และตา จากสถิติคลินิกความดันโลหิตสูงวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 395 ราย และมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ปี พ.ศ. 2562-2564 ร้อยละ 37.10, 36 และ 46.50 ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ส่วนใหญ่ร้อยละ 35 จะมีโรคอ้วนร่วมด้วย⁸

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงและมีโรคอ้วน จะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นถึงร้อยละ 38.50 หรือประมาณ 2 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว^{9,10} เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของมวลร่างกายจะทำให้มีการเพิ่มปริมาณพลาสมา และเพิ่มปริมาตรเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อนาที ประกอบกับกลไกการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้สูญเสียความสามารถในการหดตัวกลับ เมื่อได้รับแรงดันเลือดจากหัวใจหลอดเลือดจึงมีความต้านทานส่วนปลายมากขึ้น และเร닌แองจิโอเทนซินแอลโดสเตอโรน ซึ่งเป็นผลจากกลไกการทำงานของระบบไต ระบบเมตาบอลิซึมระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อ ส่งผลให้ท่อไตมีการขับเกลือโซเดียมลดลง มีการดูดกลับของเกลือโซเดียมที่ไตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ปริมาณน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น¹¹ ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคอ้วนร่วมด้วยจึงมีความยากลำบากในการควบคุมระดับความดันโลหิต ดังนั้น การลดน้ำหนักในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้มากกว่าการรักษาโดยใช้ยาเพียงอย่างเดียว¹² รวมถึงจะช่วยลดปริมาณการใช้น้ำ ลดโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล^{1,2,9}



โรคอ้วนเป็นภาวะที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) สำหรับเกณฑ์ในประชาชนเอเชีย คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร² ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหารปริมาณมากเกินไป เน้นรสหวาน ไขมันสูง การมีกิจกรรมทางกายลดลง และขาดการออกกำลังกาย^{13,14} ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดโรคอ้วนได้ง่าย และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เนื่องจากทุกการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวจะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นถึงร้อยละ 20-30 ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ^{1,2,12,13} การลดน้ำหนักจึงเป็นกุญแจสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ประสิทธิภาพการลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัมจะทำให้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 5-20 มิลลิเมตร/ปรอท^{1,2,10,13} แนวทางการลดน้ำหนักส่วนใหญ่จะใช้วิธีการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายซึ่งทำให้น้ำหนักลงได้^{1,14} และสิ่งสำคัญของการลดน้ำหนักคือ การมีวินัยในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองที่ดี^{15,16} โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นเจ้าของสุขภาพตนเอง และมีส่วนร่วมในการวางแผนการลดน้ำหนักจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักตัวได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยแต่ละคนมีบริบทสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และความต้องการที่แตกต่างกัน การส่งเสริมการจัดการตนเองจำเป็นต้องสอดคล้องกับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันจึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักได้สำเร็จ^{5,15}

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และเป็นโรคอ้วนที่คลินิกความดันโลหิตสูงวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 5 คน พบว่า บางคนรับรู้ว่าการลดน้ำหนักจะช่วยลดระดับความดันโลหิตแต่ยังมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ ดังคำกล่าว “หมอเคยบอกว่าถ้าน้ำหนักจะคุมความดันได้ แต่ก็ไม่รู้ว่าจะลดยังไง ไม่รู้ว่าจะหาอ่านที่ไหน” บางคนมีความรู้ในการลดน้ำหนักแต่ยังไม่สามารถนำความรู้สู่การปฏิบัติได้ เนื่องจากยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ ดังคำกล่าว “รู้ว่าต้องคุมอาหาร ลดข้าวไม่กินของหวาน แต่ไม่รู้จะเริ่มยังไง แล้วลดแบบไหน” บางคนไม่ได้ติดตามแผนการรักษาน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นและยังไม่สามารถปรับให้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตได้ ดังคำกล่าว “ช่วงแรกก็คุมอาหาร ออกกำลังกายอยู่ แต่บางทีก็กินเยอะ น้ำหนักก็ขึ้นมามาก ไม่ค่อยได้ชั่งน้ำหนัก พอรู้สึกว่ใส่เสื้อผ้าแล้วมันคับ ก็มาชั่งน้ำหนัก ตกใจเลย ขึ้นมา 4-5 กิโลแบบไม่รู้ตัว” สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคอ้วนยังไม่สามารถลดน้ำหนักได้จากการมีปัจจัยเงื่อนไขหลายประการ เช่น ขาดความรู้ในการลดน้ำหนัก ไม่ได้เฝ้าระวังตนเองเกี่ยวกับน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ขาดทักษะในการลดน้ำหนัก ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังคงมีน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วน จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นข้อจำกัดในการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนักในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคอ้วน ดังนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการลดน้ำหนักในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้^{15,16}

การจัดการตนเอง (Self- management) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยและลดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อพัฒนาความรู้ ฝึกทักษะ ลงมือปฏิบัติ รวมถึงการเฝ้าระวังและติดตามภาวะสุขภาพตนเอง^{17,18} จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำใช้แนวคิดการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจล้มเหลว เพื่อให้สามารถควบคุมโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ^{3,18,19} แนวคิดการจัดการตนเองมีองค์ประกอบหลายอย่างที่นำมาใช้พัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง การศึกษานี้ใช้การประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ เนื่องจากมีองค์ประกอบที่เน้นทักษะการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง โดยมีทักษะ 4 รูปแบบ^{18,19} ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังตนเอง (Self- monitoring) 2) การมีทักษะหรือกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงเพื่อการควบคุมการดำเนินของโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Performing special task) 3) การหาแสวงหาข้อมูลการจัดการตนเอง (Information seeking) และ 4) การปรับเปลี่ยนรูปแบบ หรือกิจกรรมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของโรคและการรักษา (Self-adjusting) จากการศึกษาที่ผ่านมาได้นำแนวคิดดังกล่าวมาส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนักในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น การให้ความรู้ การฝึกทักษะต่าง ๆ ทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการติดตามภาวะสุขภาพตนเอง โดยใช้สื่อประกอบการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น วิดีโอ โดยผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต แอปพลิเคชันไลน์ (Line) เฟสบุ๊ก (Facebook) เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค และค่าตัวแปรทางคลินิกให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้^{18,19} ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยนำใช้แนวคิดการจัดการตนเองในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาล และนำไปทดลองใช้กับกรณีศึกษา 1 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมลดน้ำหนัก สำหรับผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และมีโรคอ้วนไปใช้



แนวทางการลดน้ำหนักในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

การลดน้ำหนักเป็นวิธีการควบคุมปริมาณพลังงานที่ได้จากการบริโภคอาหารร่วมกับเพิ่มการเผาผลาญไขมันในร่างกาย ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้มีพฤติกรรมที่เน้นให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น เพื่อให้เกิดความสมดุลพลังงานในร่างกาย^{14,20} จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การลดน้ำหนักในผู้ที่ เป็นโรคอ้วนจะใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและเพิ่มการออกกำลังกายเพื่อให้มีการเผาผลาญไขมันมากขึ้น ลดระดับไขมันในเลือด และลดมวลรวมของร่างกาย^{14,20,21} รายละเอียดดังนี้

1) การควบคุมอาหาร (Dietary control) เป็นการจำกัดปริมาณพลังงานในอาหารให้ได้วันละประมาณ 350-700 กิโลแคลอรี โดยปริมาณที่ลดลงไม่ควรน้อยกว่าค่าพลังงานที่ต้องการในแต่ละวัน จากสูตรคำนวณพลังงานของ Mifflin St. Jeor Equation โดยรับประทานอาหารในปริมาณที่พอดี มีสารอาหารและคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน อาหารที่มีแคลอรีต่ำ เน้นผักผลไม้ที่มีกากใยอาหารสูง โดยการตั้งเป้าหมายให้ลดน้ำหนักลงร้อยละ 5-7 ของน้ำหนักตัวทั้งหมด^{20,22,23} เทคนิคควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักมีดังนี้

1.1) คำนวณปริมาณพลังงาน หรือแคลอรีในอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน หากได้รับอาหารที่มีแคลอรีมากกว่าที่ร่างกายเผาผลาญออกไป ร่างกายจะแปรรูปพลังงานเหล่านั้นเป็นไขมันส่วนเกินและเก็บสะสมตามร่างกาย ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น²⁰

1.2) ลดปริมาณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน โดยควบคุมอาหารและจำกัดปริมาณแคลอรีในอาหารให้ได้ประมาณ 500 กิโลแคลอรีต่อวัน หลังจากการประเมินพลังงานขั้นพื้นฐานที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน และประเมินค่าพลังงานที่ร่างกายต้องการในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวัน และเมื่อจำกัดปริมาณแคลอรีในอาหาร ปริมาณที่ลดลงไม่ควรน้อยกว่าค่าพลังงานที่ต้องการในแต่ละวัน เพื่อให้ น้ำหนักตัวลดลง 0.5 - 1.0 กิโลกรัมต่อสัปดาห์^{13,20} โดยการเลือก

1.2.1) อาหารที่ให้พลังงานต่ำ (Low calorie diet: LCD) และมีไขมันต่ำ^{19,20} เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ หรือ ธัญพืชต่าง ๆ เนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน และปรุงอาหารด้วยการนึ่ง ปิ้งย่าง หลีกเลี่ยงอาหารผัด ทอด หรืออาหารที่มีไขมันสูง เน้นผักและผลไม้ที่มีรสชาติไม่หวาน หรือหวานน้อย เช่น มะม่วงดิบ ชมพู่ฝรั่ง แดงโม รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงจะช่วยลดการดูดซึมไขมันในระบบทางเดินอาหาร และช่วยการขับถ่ายให้ปกติ²⁴

1.2.2) ด้วยการใช้แบบจำลองอาหารหรือที่รู้จักกันคือ สูตร 2:1:1 โดยแบ่งจานอาหารออกเป็น 4 ส่วนเท่า ๆ กัน สองส่วนแรกเป็นผักสด หรือผักสุกมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป อีกส่วนหนึ่งเป็นข้าว แบ่ง ควรเลือกชนิดไม่ขัดสี และส่วนสุดท้ายเป็นประเภทโปรตีน เน้นปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน²⁴

1.2.3) อาหารเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean diet) โดยลักษณะของการรับประทานส่วนใหญ่ของอาหารแนวนี้ จะเน้นอาหารที่ประกอบไปด้วย ผัก ผลไม้ ถั่ว ธัญพืช ข้าวกล้อง น้ำมันมะกอก และปลาในปริมาณที่สูงกว่าเนื้อสัตว์ นอกจากนี้ก็ยังรับประทาน นม โยเกิร์ต รวมไปถึงไวน์ในปริมาณที่พอดี²⁵

1.3) การลดน้ำหนักด้วยการอดอาหารเป็นช่วง ๆ (Intermittent Fasting: IF) โดยหลักการเผาผลาญ คือ เมื่ออยู่ในช่วงอดอาหาร ระดับอินซูลินจะลดลง ระดับ Growth Hormone สูงขึ้น การอดระยะสั้นสลับกันไปนี้จะช่วยเพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกาย เป็นการลดน้ำหนักที่มีรูปแบบการรับประทานอาหารเพื่อลดน้ำหนัก หรือลดไขมัน โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา คือ ช่วงงดอาหาร (Fasting) และช่วงรับประทานอาหาร (Feeding)^{20,22,23} ส่วนใหญ่จะงดอาหารเป็นระยะเวลา 16 ชั่วโมง และรับประทานอาหารในช่วง 8 ชั่วโมง²² เช่น ถ้าเริ่มรับประทานอาหารเวลา 12.00 น. จะรับประทานอาหารได้ในเวลานี้ไปจนถึงเวลา 20.00 น. หลังจากนั้นจะไม่รับประทานอาหารไปจนถึงเวลา 12.00 น. เป็นต้น ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น ลดปริมาณไขมัน และลดมวลของร่างกาย^{22,23} อย่างไรก็ตามวิธีการลดน้ำหนักวิธีนี้อาจมีข้อจำกัดที่เกี่ยวกับการรับประทานยา หลังอาหารจึงจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ที่ดูแล และได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพ²³

2) การออกกำลังกาย (Exercise) เป็นการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมีแบบแผน โดยทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ร่างกายลำเลียงออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายดีขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอาการเหนื่อยขณะทำกิจกรรม และคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกาย รวมถึงเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อ²¹ แนวทางการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักในผู้ที่เป็นโรคอ้วน ดังนี้



2.1) ประเภท (Types) ของการออกกำลังกาย เน้นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ และออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercises) เช่น การเดินเร็ว การวิ่ง การเต้นแอโรบิก การว่ายน้ำ เป็นต้น^{21,26} เพื่อช่วยให้มีการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีนได้มากขึ้น และทำให้ชีพจรเต้นเร็วขึ้นจนอยู่ระดับที่เรียกว่า Training Zone ซึ่งหมายถึง จะได้ประโยชน์สูงสุดจากการออกกำลังกาย^{1,14,26}

2.2) ความถี่ (Frequency) ของการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์^{1,26,27} เพื่อการเพิ่มการเผาผลาญพลังงานได้อย่างต่อเนื่อง

2.3) ความหนัก (Intensity) ในการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายในระดับที่เหมาะสมในแต่ละคน พิจารณาจากการทำงานของหัวใจ โดยออกกำลังกายจนชีพจรเพิ่มขึ้นร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (Maximal Heart Rate: MHR) หรือคำนวณจาก $(220 - \text{จำนวนปีของอายุ})^{26,27}$ เช่น คนอายุ 40 ปี ชีพจรสูงสุด = $220 - 40 = 180$ ครั้ง/นาที หากต้องการออกกำลังกายที่ร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุด สามารถคำนวณคือ ชีพจรเป้าหมาย (Target heart rate) ร้อยละ 50 = $(50/100) \times 180 = 90$ ครั้ง/นาที และชีพจรเป้าหมาย ร้อยละ 70 = $(70/100) \times 180 = 126$ ครั้ง/นาที ดังนั้น คนอายุ 40 ปี ควรออกกำลังกายให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 90-126 ครั้ง/นาที จะช่วยลดน้ำหนักตัวได้

2.4) ระยะเวลา (Time or Duration) การออกกำลังกายควรทำอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือสัปดาห์ละ 150 นาที^{1,26} จะช่วยให้ร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างต่อเนื่อง

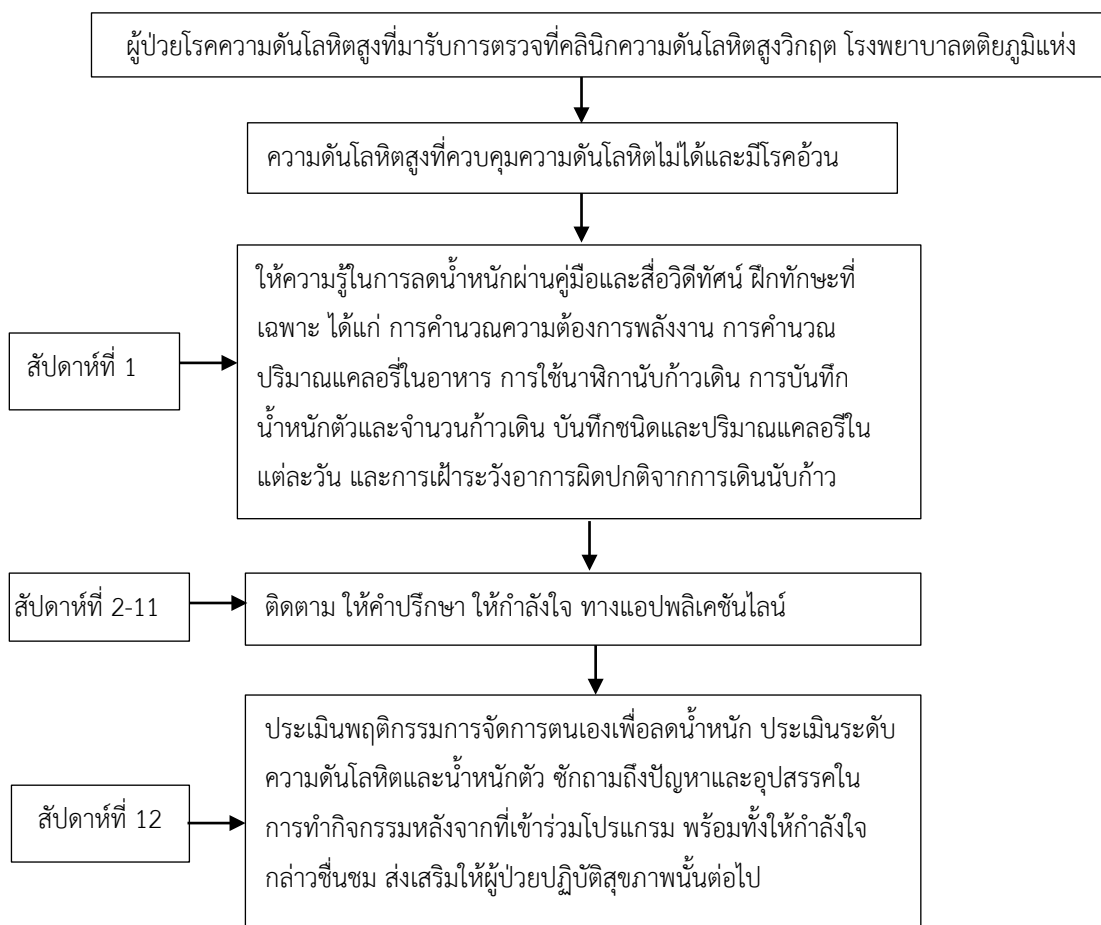
จากแนวทางการออกกำลังกาย สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและมีโรคอ้วนร่วมด้วย โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise)^{1,21,26} เพื่อช่วยในการขยายผนังหลอดเลือด ลดระดับความดันโลหิต เพิ่มการเผาผลาญไขมันส่วนเกินในร่างกาย การออกกำลังกายต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะช่วยลดน้ำหนักตัวลงได้ รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความโลหิตไม่ได้^{28,29} ส่วนใหญ่จะให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยใช้วิธีการเดินนับก้าว ซึ่งเป็นการเดินออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย และเป็นการออกกำลังกายที่ส่งผลต่อข้อสะโพก ข้อเข่า และข้อเท้าค่อนข้างน้อย การเดินนับก้าวอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มจำนวนก้าวให้มากขึ้นจะทำให้ น้ำหนักตัวลดลง^{27,29} การเดินนับก้าวให้ได้อย่างน้อย 10,000 ก้าวต่อวัน หรือ เดินประมาณ 8 กิโลเมตรต่อวัน จะทำให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานได้ประมาณ 500 กิโลแคลอรี^{16,29,30} เมื่อทำเป็นประจำทุกวันจะทำให้ น้ำหนักตัวลดลง ประมาณ 0.5 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาวะร่างกายของแต่ละบุคคล^{29,30} และเพื่อให้การเดินนับก้าวมีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรให้เริ่มเดินแบบสะสมก่อน และค่อย ๆ เพิ่มจำนวนก้าวเดินขึ้นเรื่อย ๆ จนครบ 10,000 ก้าวต่อวัน^{28,30} รวมถึงการนำใช้อุปกรณ์เสริม หรือเทคโนโลยี เช่น นาฬิกานับก้าว หรือแอปพลิเคชันนับก้าวเดิน ก็จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเดินนับก้าว²⁷ และเมื่อเดินนับก้าวอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาติดต่อกัน 12 สัปดาห์ ก็จะทำให้ น้ำหนักตัวลดลงได้^{27,28}

แนวคิดการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) เชื่อว่า บุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ การจัดการตนเองเป็นการประเมินความรู้ ทักษะ และความสามารถของตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริง การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติ เพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ การควบคุมตนเอง และตอบสนองต่อผลที่สะท้อนกลับ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นรายบุคคล¹⁷ การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อสนับสนุนการควบคุมโรค และส่งเสริมการรักษา โดยนำองค์ประกอบของแนวคิดมาพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง^{18,19} และนำใช้การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยอาศัยกลวิธีการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองที่ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น ทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้³¹ การศึกษานี้ นำองค์ประกอบของแนวคิดการจัดการตนเองของนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ มาประยุกต์ใช้โปรแกรมที่ใช้ทักษะการจัดการตนเองมี 4 องค์ประกอบ¹⁸ ดังนี้



- 1) การเฝ้าระวังตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย โดยการบันทึกอาหารและการเดินนับก้าว ควบคู่กับบันทึกน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง (Self-monitoring) เช่น บันทึกชนิดอาหารและปริมาณแคลอรีที่รับประทานในแต่ละวัน บันทึกจำนวนก้าวเดิน การเฝ้าระวังอาการผิดปกติจากการเดินนับก้าวในแต่ละวัน บันทึกการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวทุก 1 สัปดาห์ เป็นต้น
- 2) การฝึกทักษะเฉพาะ โดยฝึกการคำนวณพลังงานที่ได้จากอาหาร และคำนวณการออกกำลังกายที่เหมาะสม (Performing special task) เช่น คำนวณปริมาณแคลอรีในอาหาร คำนวณความหนักในการออกกำลังกาย คำนวณปริมาณการเผาผลาญพลังงานจากจำนวนก้าวเดิน เป็นต้น
- 3) การแสวงหาข้อมูลเพื่อนำมาจัดการตนเองในการลดน้ำหนัก โดยมีช่องทางการสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ กับบุคลากรสุขภาพร่วมด้วย (Information seeking) เป็นการจัดการตนเองให้เหมาะสม ผู้ป่วยต้องเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่าย โดยการแสวงหาข้อมูลควรสอดคล้องกับวิถีการใช้ชีวิตสภาพแวดล้อมทางสังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วย แหล่งข้อมูลที่สำคัญในการจัดการตนเอง เช่น ทีมสุขภาพ อินเทอร์เน็ต สื่อออนไลน์ วิทยุ โทรทัศน์ โทรศัพท์ ซึ่งบุคลากรในทีมสุขภาพควรสนับสนุนให้ข้อมูลที่จำเป็น และฝึกทักษะการแสวงหาข้อมูลให้แก่ผู้ป่วย
- 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารและการเดินนับก้าวให้เป็นไปตามเป้าหมายเพื่อลดน้ำหนักตัว (Self-adjusting) โดยให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และฝึกทักษะต่าง ๆ จนผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลที่สำคัญของการควบคุมโรค หลังจาก que ผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล ประมวลผล และประเมินข้อมูลแล้ว ผู้ป่วยจะนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้ในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น ผู้ป่วยเลือกบริโภคอาหารที่มีแคลอรีต่ำ และมีคุณค่าทางโภชนาการ หรือนำทักษะการเดินนับก้าวมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีผังการดำเนินงาน ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โปรแกรมการลดน้ำหนัก โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และมีโรคอ้วน



สรุปได้ว่า แนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อขยายความเข้าใจการนำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติ ในบทความนี้จะนำเสนอการวิเคราะห์กรณีศึกษาโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองมาออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดน้ำหนักสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และมีโรคอ้วน ซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการควบคุมอาหารและออกกำลังกายแบบการเดินนับก้าว เพื่อสนับสนุนให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่เกณฑ์เป้าหมายต่อไป กรณีศึกษามีดังนี้

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย อายุ 57 ปี สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ 9,000 บาทต่อเดือน อาศัยอยู่กับครอบครัว มีบุตร 2 คน มาตรวจตามนัดที่คลินิกความดันโลหิตสูงวิกฤต อาการเรื้อรัง รู้ตัว รู้เรื่องดี แขนขาแข็งแรงดี เดินทรงตัวได้ ระดับความดันโลหิต 160/73 มิลลิเมตรปรอท รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 31 กิโลกรัม/เมตร² รอบเอว 88 เซนติเมตร ไม่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม

ประวัติการเจ็บป่วยร่วม มีภาวะไขมันในเลือดสูง 4 ปี

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตสม่ำเสมอผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องการลดน้ำหนักโดยควบคุมอาหารจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังไม่มั่นใจว่าอาหารชนิดใดควรรับประทาน ส่วนใหญ่จึงซื้ออาหารปรุงสำเร็จหรืออาหารจานด่วนมารับประทาน ชอบรับประทานอาหารทอด ไม่ได้จำกัดปริมาณอาหาร ต้มเปี้ยว วันละ 1-2 กระป๋อง บางครั้งไปงานเลี้ยงต่าง ๆ จะรับประทานอาหารปริมาณมากทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นต่อเนื่องแบบไม่รู้ตัว ผู้ป่วยออกไปทำงานนอกบ้านเกือบทุกวัน เคยได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายจากพยาบาล แต่ปฏิบัติได้บางครั้ง เคยออกกำลังกายโดยการเดินและวิ่ง 20 นาที ประมาณ 1-2 ครั้งต่อเดือน แต่ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ออกกำลังกายเพราะไม่มีเวลาและรู้สึกเหนื่อยล้าหลังเลิกงาน น้ำหนักจึงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อยากจะลดน้ำหนักแต่ยังไม่สามารถทำได้

สรุปปัญหา ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการลดน้ำหนักไม่เพียงพอ ขาดทักษะในการติดตามค่าน้ำหนักตัว การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย มีข้อจำกัดในการเลือกวิธีการลดน้ำหนัก และขาดแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก

การนำไปใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในการลดน้ำหนัก

จากการประเมินปัญหาการลดน้ำหนัก จึงได้นำใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในการลดน้ำหนักในผู้ป่วยรายนี้ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลทั้ง การเฝ้าระวังตนเอง การฝึกทักษะ การแสวงหาข้อมูลการจัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือกิจกรรมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของโรคและการรักษา รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย โดยประเมินข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วย โรคร่วม อาการ หรือความผิดปกติ ประเมินปัญหาและความต้องการในการลดน้ำหนัก และให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนัก โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนัก จำนวน 25 ข้อ ใช้เวลา 10 นาที เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการให้การพยาบาล หลังจากนั้นจะวัดความดันโลหิต จำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 นาที และชั่งน้ำหนัก เมื่อประเมินภาวะสุขภาพเสร็จแล้วพยาบาลจะให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการลดน้ำหนัก โดยให้ชมสื่อวีดิทัศน์เรื่องการลดน้ำหนักที่จัดทำขึ้นจากบททวนวรรณกรรม และผ่านผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบหลังจากนั้นจะให้คำปรึกษาและตอบข้อซักถามต่าง ๆ เพิ่มเติมโดยคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ รายละเอียดกิจกรรมการพยาบาล มีดังนี้

1) การให้ความรู้และฝึกทักษะการเฝ้าระวังตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว โดยการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติ เช่น ระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว การรับประทานอาหารและจำนวนก้าวเดิน

2) การฝึกทักษะ หรือกิจกรรมที่จำเป็นในการควบคุมอาหารและการเดินนับก้าวเพื่อลดน้ำหนัก เช่น ฝึกทักษะการคำนวณปริมาณแคลอรีในอาหาร คำนวณความหนักในการออกกำลังกาย และทักษะการเดินนับก้าว โดยการคำนวณการเผาผลาญแคลอรี



จากจำนวนก้าวเดิน การตั้งเป้าหมายในการเดินให้ครบ 10,000 ก้าวต่อวัน โดยเริ่มจากการเดินแบบสะสม และเพิ่มจำนวนก้าวเดินไปจนครบ 10,000 ก้าวต่อวัน รวมถึงใช้นาฬิกาจับก้าวเพื่อติดตามบันทึกจำนวนก้าว และกระตุ้นการเดินให้ครบตามเป้าหมาย

3) การเสาะแสวงหาข้อมูลการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนัก เป็นการให้ความรู้ คำปรึกษา และฝึกให้ผู้ป่วยสืบค้นข้อมูลด้วยตนเอง และพยาบาลจะให้ความรู้ คำปรึกษาเพิ่มเติมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ หรือโทรศัพท์ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

4) การปรับเปลี่ยนรูปแบบ หรือกิจกรรมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต และน้ำหนักตัว โดยให้คำปรึกษาและติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกวัน จนสามารถควบคุมอาหารและเดินนับก้าวได้จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต เช่น การเลือกอาหารที่มีแคลอรีต่ำ รับประทานอาหารในปริมาณที่กำหนด หลีกเลี่ยงอาหารหวาน หรือมีไขมันสูง เน้นรับประทานผักผลไม้ รวมถึงการส่งเสริมให้ออกกำลังกายด้วยการเดินนับก้าว วันละ 10,000 ก้าว โดยเดินแบบสะสม เช่น การเดินไปซื้อของ เดินไปที่ทำงานแทนการใช้รถ เดินขึ้นบันไดแทนการขึ้นลิฟต์ ลงจากรถประจำทางก่อนถึงที่ทำงาน 1-2 บ้าง และเดินไปที่ทำงาน เป็นต้น

สัปดาห์ที่ 2-11 การติดตามการปฏิบัติและให้คำปรึกษา พยาบาลติดตามการควบคุมอาหารของผู้ป่วยจากแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการรายงานของผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พยาบาลจะช่วยประเมินชนิดของอาหารและปริมาณแคลอรีที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละวัน รวมถึงการติดตามจำนวนก้าวเดินและน้ำหนักตัว ซึ่งพยาบาลจะติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทุก 1 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลา ประมาณ 5 นาที เพื่อติดตามให้คำปรึกษาเพิ่มเติม กระตุ้นให้กำลังใจและกล่าวชื่นชมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามเป้าหมาย

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผลลัพธ์ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนักด้วยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ วัดความดันโลหิต จำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 นาที และชั่งน้ำหนักตัว

การประเมินผลหลังนำไปใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในการลดน้ำหนัก

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมลดน้ำหนักและติดตามอย่างต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารและด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น จากคะแนน 1.68 เป็น 3.28 (เต็ม 4 คะแนน) และน้ำหนักตัวลดลงจาก 70 กิโลกรัม เป็น 63 กิโลกรัม และระดับความดันโลหิตเฉลี่ยลดลงจาก 160/73 มิลลิเมตรปรอท เป็น 145/70 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยเอื้อ การนับแคลอรีไม่สามารถทำได้แม่นยำและแน่นอน เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยไม่สะดวกในการเตรียมและต้องรับประทานอาหารนอกบ้าน ปัจจัยเอื้อที่ทำให้ข้ามผ่านอุปสรรคเพื่อให้มีพฤติกรรมต่อเนื่อง คือการมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน การได้รับแรงจูงใจ ให้กำลังใจและได้รับการติดตามผลักดันจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักและไม่มีอาการข้างเคียงของโปรแกรม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนักเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย มีการประเมินพฤติกรรมและอุปสรรคของการลดน้ำหนักก่อนการเข้าโปรแกรม

สรุป

โรคอ้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การลดน้ำหนักจึงเป็นกุญแจสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาพัฒนาโปรแกรมการลดน้ำหนักสำหรับผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง และมีโรคอ้วน โดยมีกิจกรรมส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังตนเอง 2) การฝึกทักษะเฉพาะ 3) การเสาะแสวงหาข้อมูล และ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีการติดตามและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ รวมถึงใช้คู่มือและสื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้ ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและมีโรคอ้วนสามารถลดน้ำหนักและลดระดับความดันโลหิตได้ ดังนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการจัดการตนเองในการลดน้ำหนัก เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายต่อไป



ข้อเสนอแนะ

จากผลการนำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนักไปใช้กับผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ราย พบว่า ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักและลดระดับความดันโลหิตได้ จึงควรนำโปรแกรกดังกล่าวไปศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

References

1. Thai Hypertension Society. 2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension. Chiang Mai Province: Trickink; 2022. (in Thai)
2. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*. 2020;75(6):1334-57.
3. Division of Non Communicable Disease. Situation on NCDs prevention and control in Thailand. Nonthaburi: Department of Disease Control Ministry of Public Health, Thailand; 2018. (in Thai)
4. Fuchs FD, Whelton PK. High blood pressure and cardiovascular disease. *Hypertension*. 2020;75(2):285-92.
5. Panthonglang W, Namphonkrang P, Duangsarnjan W. Factors influencing the health behavior of uncontrolled hypertension patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2018;38(4):152-65. (in Thai)
6. Onsrinoi N, Leelukkanaveera Y, Toonsiri C. Predictive factors of hypertension preventive behaviors among people with pre-hypertension. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2017;37(1):63-74. (in Thai)
7. Tantiengkarnat S, Makmee P, Suksanguam N, Sattaphan N. Factors associated with self-care behaviors of the elderly with hypertension in Buriram province by using the precede framework theory. *VRU Research and Development Journal Science and Technology*. 2020;15(1):59-73. (in Thai)
8. Critical Hypertension Clinic Srinakarin Hospital. HT clinic patient statistics recording program. Khon Kaen: Srinakarin Hospital, Khon Kaen University; 2020. (in Thai)
9. Rodkaew S, Nontapet O, Petsirasan R. The relationship between body mass index and cardiovascular disease risks in hypertensive patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2021;32(2):120-30. (in Thai)
10. Hall ME, Cohen JB, Ard JD, Egan BM, Hall JE, Lavie CJ, et al. Weight-loss strategies for prevention and treatment of hypertension: A scientific statement from the AHA. *Hypertension*. 2021;78(5):e38-e50.
11. Shariq OA, McKenzie TJ. Obesity-related hypertension: a review of pathophysiology, management, and the role of metabolic surgery. *Gland Surg*. 2020;9(1):80-93.
12. Gilardini L, Redaelli G, Croci M, Conti A, Pasqualinotto L, Invitti C. Effect of a modest weight loss in normalizing blood pressure in obese subjects on antihypertensive drugs. *Obes Facts*. 2016;9(4):251-8.
13. Maxwell BA. The roles of an evidence-based weight management protocol in hypertension control. San Diego: University of San Diego; 2019.
14. World Health Organization. Obesity. [Internet]. [cited 2023 Feb 18] Available from: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1
15. Thipkratok S, Phatisena T. Effects of self-management program for health behavior modification, body mass Index and waist circumference among village health volunteers with abdominal obesity. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2020;14(34):210-23. (in Thai)



16. Wanichmontri S, Eiu-Seeyok B. The development and the study of effect of self-management model to reduce obesity in obese nursing students with failed weight-loss experience. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. 2022;33(1):192–210. (in Thai)
17. Browder DM, Shapiro ES. Applications of self-management to individuals with severe handicaps: A review. *Res Pract Persons Severe Disabl*. 1985;10(4):200-8.
18. Methakanjanasak N. Self-management of end stage renal disease patient receiving hemodialysis. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005. (in Thai)
19. Srisuk P, Methakanjanasak N. Effects of the internet based self-management program for carbohydrate control and exercise promotion among patients with type 2 diabetes. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 2022;30(1):12-23. (in Thai)
20. He CJ, Fei YP, Zhu CY, Yao M, Qian G, Hu HL, et al. Effects of intermittent compared with continuous energy restriction on blood pressure control in overweight and obese patients with hypertension. *Front Cardiovasc Med*. 2021;8:750714.
21. Berge J, Hjelmessaeth J, Hertel JK, Gjevestad E, Småstuen MC, Johnson LK, et al. Effect of aerobic exercise intensity on energy expenditure and weight loss in severe obesity-a randomized controlled trial. *Obesity (Silver Spring)*. 2021;29(2):359-69.
22. Patterson RE, Sears DD. Metabolic effects of intermittent fasting. *Annu Rev Nutr*. 2017;37:371-93.
23. Gouda TMH, Aljuhani HE. The impact of intermittent fasting regimen on hypertension and cardiovascular diseases. *J Posit Sch Psychol*. 2022;6(8):2192-9.
24. Bureau of Nutrition, Department of Health: Ministry of Public Health [Internet]. [cited 2023 Feb 18] Available from: <https://thaifcd.anamai.moph.go.th/nss/pdf>
25. Guasch-Ferré, M, Willett WC. The Mediterranean diet and health: A comprehensive overview. *J Intern Med*. 2021;290(3):549-66.
26. Keating SE, Johnson NA, Mielke GI, Coombes JS. A systematic review and meta-analysis of interval training versus moderate-intensity continuous training on body adiposity. *Obes Rev*. 2017;18(8):943-64.
27. Chatsarin S, Ngwnjairak R. Effect of physical activity with pedometer promotion program toward cardiovascular fitness outcomes in overweight adults. *KKU Journal for Public Health Research*. 2019;12(4):40–8. (in Thai)
28. Yuenyongchaiwat K, Pipatsitipong D, Sangprasert P. Increasing walking steps daily can reduce blood pressure and diabetes in overweight participants. *Diabetol Int*. 2018;9:75-9.
29. Onsiri S. Effect of walking with goal setting on body weight, body fat percentage and physical fitness among Kasetsart university female students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2016;17(1):45-53. (in Thai)
30. Yu Y, Lv Y, Yao B, Duan L, Zhang X, Xie L, et al. A novel prescription pedometer-assisted walking intervention and weight management for Chinese occupational population. *PLoS One* 2018;13(1):e0190848.
31. Chansree N, Nateetanasombat K, Kasiphol T. The effects of self-management program among uncontrolled hypertensive patients. *Huachiew Chalermprakiet Science and Technology Journal*. 2020;6(2):58-68. (in Thai)



การพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของงานพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด

นภัสภรณ์ เชิงสะอาด พย.ม.¹

วรรณชนก จันทชุม วท.ด.²

(วันรับบทความ: 16 สิงหาคม พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 1 ตุลาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 10 ตุลาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติการบริหารยาของพยาบาลงานพยาบาลผู้ป่วยในก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริหารยาที่พัฒนาขึ้น ผู้ร่วมวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับบริหาร 8 คน ระดับปฏิบัติการ 11 คน เครื่องมือเชิงปริมาณ คือแบบตรวจสอบรายการและแบบสังเกตการปฏิบัติการบริหารยา เครื่องมือเชิงคุณภาพ คือคำถามในการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาประเด็นสำคัญและแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารยา โดยใช้ทฤษฎีระบบร่วมกับกระบวนการ PAOR ของ Kemmis & McTaggart วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon signed-rank test ข้อมูลเชิงคุณภาพสังเคราะห์รูปแบบการบริหารยาโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของงานพยาบาลผู้ป่วยใน ใช้หลัก 10Rs บริหารยาตามกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ การปฏิบัติก่อน ขณะ และหลังการบริหารยา ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบท ผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า การปฏิบัติการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การบริหารยา ความปลอดภัย งานพยาบาลผู้ป่วยใน

¹นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: proy2521@gmail.com Tel: 080-4496449



Development of a Medication Administration Management Model for Patient Safety in a Community Hospital in Roi-Et Province

Napatsaporn Choengsa-ard M.N.S¹

Wanchanok Juntachum PhD²

(Received Date: August 16, 2023, Revised Date: October 1, 2023, Accepted Date: October 10, 2023)

Abstract

This action research aimed to develop a medication administration management model for patient safety and to compare the results of medication administration records, in terms of patient safety, before and after using the model. Participants included 8 executive-level nurses and 11 operational-level nurses. The quantitative research tools consisted of a checklist and observation form for nurses performing medication administration. The qualitative study tools consisted of group discussions to determine the key issues and guidelines for the development of the medication administration management model by applying systems theory in conjunction with Kemmis & McTaggart's PAOR process. Quantitative data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and Wilcoxon signed-rank tests. Content analysis approach was used to synthesize the medication administration management model.

The results showed that the medication administration management model for patient safety in a community hospital was comprised of the 10 Rs for medication administration and 3 processes: specifically, pre-administration, during administration, and after administration processes. Based on the implement of the model, after using the model, nurses' practice for patient safety level was statistically significantly higher than before at the .05 level. The finding suggested that the model was practical to be applied in the community hospital

Keywords: medication administration, patient safety, in-patient department

¹Master student of Nursing Science (Nursing Administration), Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

²Associate Professor, Nursing Administration, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

¹Corresponding author, E-mail: proy2521@gmail.com Tel: 080-4496449



บทนำ

คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ถือเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจตามเป้าหมายการพัฒนาขององค์การอนามัยโลก¹ การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) จากการรักษาพยาบาลจัดเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการเกิดความพิการและเสียชีวิตในระบบบริการสุขภาพ² องค์การอนามัยโลกเปิดเผยข้อมูลว่ามีผู้ป่วยเกิด Adverse event ร้อยละ 18³ และมีผู้เสียชีวิตจาก Adverse event ถึง 251,454 ราย⁴ จากสถิติทั่วโลกพบว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยได้รับอันตรายจากความผิดพลาดในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็นจากระบบบริหารจัดการ เครื่องมือ หรือคน และพบว่า ร้อยละ 50 - 70.20 ของการเกิด Adverse event ส่วนใหญ่ สามารถป้องกันได้จากระบบการปฏิบัติงาน³ ในประเทศไทย พบว่า อัตราการเกิด Adverse event ร้อยละ 9.10⁵ เกิดจากระบบและกระบวนการให้บริการสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ รวมถึงระบบบริการสุขภาพของประเทศโดยรวม⁶ แม้มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ยังคงมีช่องว่างในประเด็นการพัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย ความคลาดเคลื่อนทางยาจัดเป็น 1 ใน 5 อันดับของการเกิด Adverse event จากการรักษาพยาบาลที่ป้องกันได้¹ ความคลาดเคลื่อนทางยานั้นสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนในกระบวนการใช้ยา ซึ่งเกี่ยวข้องกับทีมสหวิชาชีพเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาถึงร้อยละ 9.90 - 11^{7,8} พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทและความสำคัญในระบบยา โดยเฉพาะขั้นตอนของการบริหารยาเพราะพยาบาลเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญด้านสุดท้ายในการบริหารยาที่จะไปถึงตัวผู้ป่วยหากเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงชีวิต⁹ อีกทั้งยังส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการให้บริการพยาบาล ในส่วนของผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น¹⁰ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization ของสหรัฐอเมริกาได้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยนำข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ปี ค.ศ. 1995 - 2004 มาวิเคราะห์พบว่า มีปัจจัยในเชิงระบบที่เกี่ยวข้องคือ การสื่อสาร การฝึกอบรม การจัดอัตรากำลัง สมรรถนะของบุคลากร และวิธีปฏิบัติงาน¹¹ และจากผลการติดตามเยี่ยมสำรวจทางโรงพยาบาลในประเทศไทยพบปัญหาด้านการจัดการ เช่น การนิเทศ การกำกับ การติดตาม และการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้ยา¹² ดังนั้นกระบวนการบริหารยาของพยาบาลจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้เกิดระบบการจัดการที่รัดกุมและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยพบว่าการให้ความรู้ สอนงาน ฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการปฏิบัติการบริหารยา^{13,14} การนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา¹⁵ การรับรู้ความผิดพลาดในการบริหารยาที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการระบบการทำงานที่เหมาะสม¹⁶

โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด มีการนำนโยบายความปลอดภัยมาดำเนินการในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลจากการทบทวนคุณภาพบริการพยาบาลในองค์กรพบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาล เป็นอุบัติการณ์ที่มีความถี่ของการเกิดอุบัติการณ์และมีแนวโน้มสูงขึ้น เป็นอุบัติการณ์ที่สามารถป้องกันได้ ส่วนใหญ่เกิดจากความคลาดเคลื่อนที่ตัวบุคคล คณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลจึงได้มีแผนพัฒนาคุณภาพการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในกระบวนการปฏิบัติการให้ยาของพยาบาลให้มีความปลอดภัยลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มุ่งพัฒนาในงานพยาบาลผู้ป่วยในซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูงเพราะมีการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง จากข้อมูลความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 - 2565 พบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในงานพยาบาลผู้ป่วยใน 0.94, 2.29, 1.38 และ 4.92 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในปีงบประมาณ 2565 รอบ 9 เดือน พบความรุนแรงระดับ E ซึ่งมีผลกระทบกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษาในประเด็นการให้ยาผู้ป่วยผิดคนและจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารยา¹² ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจในกระบวนการบริหารยาทั้งก่อน ขณะ และหลังการบริหารยา เพื่อปรับปรุงบูรณาการเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับองค์กร เกิดรูปแบบใหม่ที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของงานพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการบริหารยาของพยาบาลงานพยาบาลผู้ป่วยในก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริหารยาที่พัฒนาขึ้น

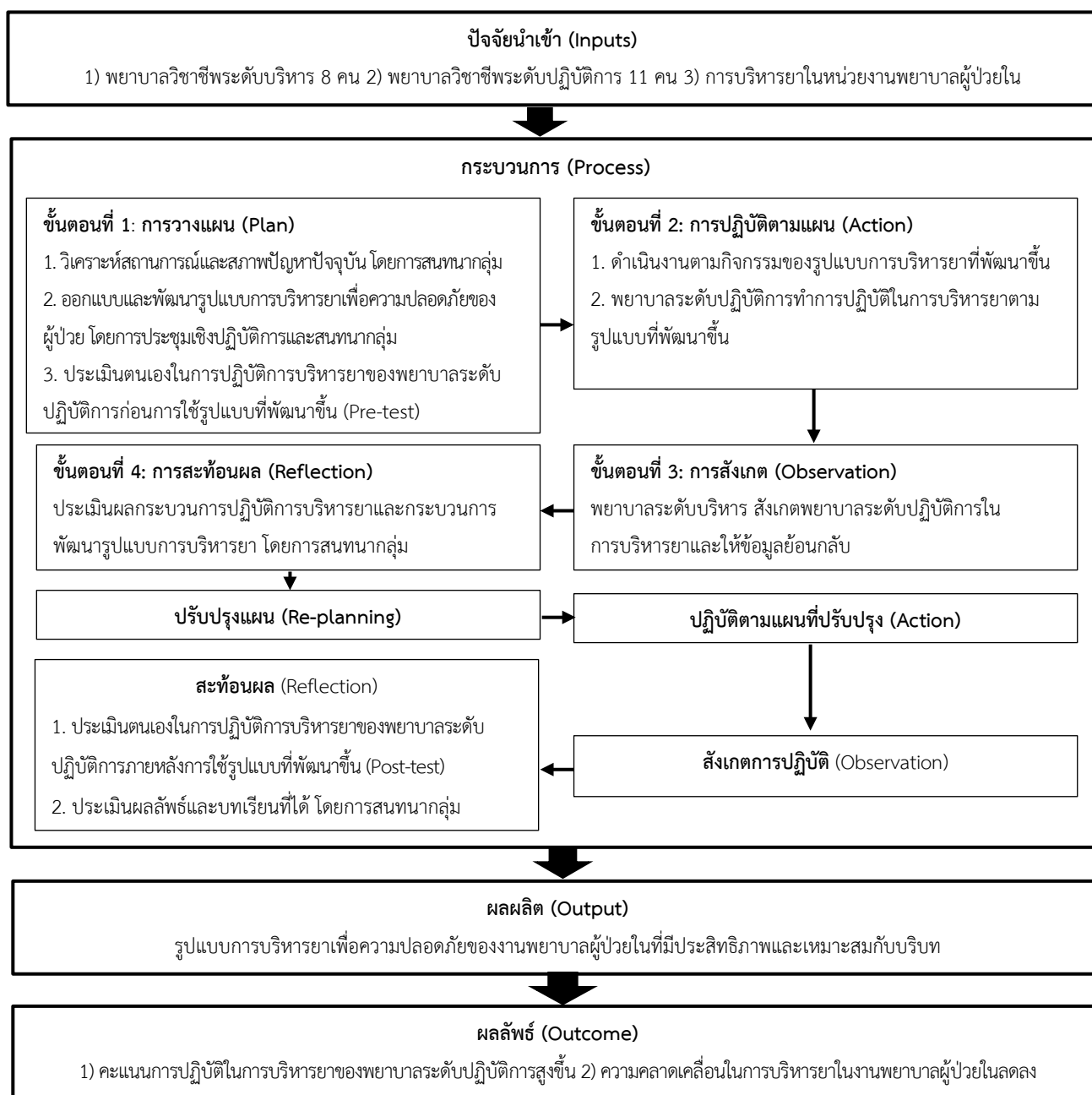


ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพระดับบริหาร จำนวน 8 คน ระดับปฏิบัติการจำนวน 11 คน รวมเป็น 19 คน ทำการศึกษาที่งานพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 6 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของงานพยาบาลผู้ป่วยใน ใช้ทฤษฎีระบบ¹⁷ (System Theory) ร่วมกับ กระบวนการ PAOR ของ Kemmis & McTaggart¹⁸ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research design) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ¹⁷ ร่วมกับกระบวนการ PAOR ของ Kemmis & McTaggart¹⁸ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การวางแผนการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) การปฏิบัติกิจกรรมการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแผน 3) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมของพยาบาล 4) การสะท้อนผลการพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและปรับปรุงแผนการบริหารยาของพยาบาลเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของงานพยาบาลผู้ป่วยใน

ผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการเลือกแบบเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่สภากาพยาบาลรับรอง จำนวน 19 คน ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพระดับบริหาร 8 คน มีคุณสมบัติคือเป็นหัวหน้างานปฏิบัติหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เป็นพยาบาลเวรตรวจการ เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการขึ้นไป มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามากกว่า 5 ปี และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ 11 คน มีคุณสมบัติคือ ปฏิบัติงานในหน่วยงานพยาบาลผู้ป่วยใน ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษามากกว่า 5 ปี และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1) แบบตรวจสอบรายการ (Checklist) เป็นเครื่องมือเชิงปริมาณ สร้างขึ้นจากการศึกษากระบวนการบริหารยาตามมาตรฐาน^{12,19} ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป²⁰ นำไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)¹⁵ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 แบบตรวจสอบรายการใช้ประเมินตนเองในการปฏิบัติการบริหารยาของพยาบาลระดับปฏิบัติการก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริหารยาที่พัฒนาขึ้น คำถามจำนวน 46 ข้อ แบ่งเป็นการปฏิบัติก่อนการบริหารยา 14 ข้อ ขณะบริหารยา 24 ข้อ และหลังการบริหารยา 8 ข้อ มี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง บางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ (ระบุเหตุผลที่ไม่ได้ปฏิบัติในช่องหมายเหตุ) การให้คะแนน ตอบปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน บางครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน มีพิสัยระหว่าง 0 - 96 คะแนน นำมาหาค่าร้อยละของการปฏิบัติ แปลผลตามเกณฑ์ชี้วัดการประเมินสมรรถนะของพยาบาลตามเกณฑ์ของสำนักงานพยาบาล²¹ ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 และปฏิบัติไม่ผ่านเกณฑ์ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80

2) แบบสังเกต (Observation form) เป็นเครื่องมือเชิงปริมาณ สร้างขึ้นจากการศึกษากระบวนการบริหารยาตามมาตรฐาน^{12,19} หาค่าความเชื่อมั่นของผู้สังเกตภายในโดยวิธี Inter-rater reliability (IRR) โดยให้พยาบาลวิชาชีพระดับบริหาร 2 คน ทำการสังเกตพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการคนเดียวกัน วันที่และเวลาเดียวกัน มีการนัดหมายในการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการบริหารยานำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's kappa coefficient)²² ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 แบบสังเกตใช้สังเกตการปฏิบัติการบริหารยาของพยาบาลระดับปฏิบัติการโดยพยาบาลระดับบริหาร ในขั้นตอนการสังเกต คำถามจำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นการสังเกตปฏิบัติก่อนการบริหารยา 7 ข้อ ขณะบริหารยา 15 ข้อ และหลังการบริหารยา 4 ข้อ มี 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ และไม่ได้ปฏิบัติ (ระบุเหตุผลที่ไม่ได้ปฏิบัติในช่องหมายเหตุ) การให้คะแนน ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน มีพิสัยระหว่าง 0 - 26 คะแนน นำมาหาค่าร้อยละของการสังเกต แปลผลตามเกณฑ์ชี้วัดการประเมินสมรรถนะของพยาบาลตามเกณฑ์ของสำนักงานพยาบาล²¹ ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 และปฏิบัติไม่ผ่านเกณฑ์คือได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80

3) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นเครื่องมือเชิงคุณภาพ สำหรับพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ เพื่อค้นหาประเด็นสำคัญและแนวทางในการพัฒนารูปแบบในการบริหารยา ในขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสภาพปัจจุบัน (Situation analysis) การประเมินกระบวนการปฏิบัติในการบริหารยาของพยาบาล (Process evaluation) และการประเมินผลรวบยอด (Summative evaluation)



การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัจจุบัน ปัญหาการบริหารยาของพยาบาลทั้งตัวชี้วัดอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการสนทนากลุ่ม ในสัปดาห์ที่หนึ่ง 2) ออกแบบและพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการในการบริหารยาตามหลัก 10Rs ได้แก่ (1) ให้อาถูกชนิด (Right drug/medication) (2) ให้อาผู้ป่วย/ผู้รับบริการถูกคน (Right patient) (3) ให้อาถูกขนาด (Right dose) (4) ให้อาถูกทาง (Right route) (5) ให้อาถูกเวลา (Right time and frequency) (6) บันทึกการให้อาถูกต้อง (Right documentation) (7) สิทธิที่ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาและสิทธิในการปฏิเสธยา (Right to refuse) (8) ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาและทำการประเมินถูกต้อง (Right history and assessment) (9) การตรวจสอบปฏิกิริยาระหว่างกันของยา และการประเมินถูกต้อง (Right drug – Drug interaction and evaluation) (10) การให้ความรู้ เรื่องยาและข้อมูลถูกต้อง (Right to education and information) และมาตรฐานการบริหารยาสำหรับพยาบาล กระบวนการบริหารยา 3 ขั้นตอนคือ การปฏิบัติก่อน ขณะ และหลังการบริหารยา โดยเชิญวิทยากรมาให้ความรู้แก่พยาบาลกลุ่มเป้าหมายและสนทนากลุ่ม ในสัปดาห์ที่สอง 3) ประเมินตนเองในการปฏิบัติการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการก่อนการใช้รูปแบบการบริหารยาที่พัฒนาขึ้น (Pre-test) โดยใช้แบบ Check list ในสัปดาห์ที่ 3

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน พยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการ จำนวน 11 คน ปฏิบัติกิจกรรมในการบริหารยาตามกระบวนการบริหารยา 3 ขั้นตอน ตามรูปแบบการบริหารยาที่พัฒนาขึ้น ในสัปดาห์ที่ 4-5

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล พยาบาลวิชาชีพพระดับบริหาร จำนวน 8 คน สังเกตการปฏิบัติการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการ จำนวน 11 คน ตามแบบสังเกต ในช่วงระยะเวลาที่ใช้รูปแบบการบริหารยาที่พัฒนาขึ้น ในสัปดาห์ที่ 4-5 (ช่วงระยะเวลาเดียวกันในขั้นตอนที่ 2) พยาบาลระดับปฏิบัติการ 1 คน จะถูกสังเกต 2 ครั้ง ๆ ละ 15-30 นาที ขึ้นอยู่กับชนิดของยาที่บริหารในครั้งนั้น ๆ โดยทำการสังเกตในเวราราชการ (เวรเช้า) 1 ครั้ง โดยพยาบาลหัวหน้างานผู้ป่วยใน นอกเวราราชการ (เวรบ่าย) 1 ครั้ง โดยพยาบาลเวรตรวจการณ์ สุ่มสังเกตการปฏิบัติการบริหารยาในช่วงเวลาที่พยาบาลระดับปฏิบัติการบริหารยาให้ผู้ป่วยตามวงจรเวลาให้ยาปกติในแต่ละเวร ไม่ได้นัดหมายล่วงหน้าว่าจะถูกสังเกตโดยพยาบาลระดับบริหารคนไหน ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติงานตามตารางเวรประจำวันที่มีมอบหมายไว้แล้ว แต่พยาบาลระดับบริหารที่ปฏิบัติหน้าที่เวรตรวจการณ์ประจำวันจะทราบว่าต้องสังเกตพยาบาลระดับปฏิบัติการคนใดซึ่งจะมีการบันทึกไว้โดยผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล ประเมินผลกระบวนการปฏิบัติการบริหารยาและกระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการสนทนากลุ่ม ในสัปดาห์ที่ 6

ปรับปรุงแผน ในสัปดาห์ที่ 7

ปฏิบัติตามแผนที่ปรับปรุง พยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการ จำนวน 11 คน ปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริหารยาที่มีการพัฒนาปรับปรุง ในสัปดาห์ที่ 8-9

สังเกตผลการปฏิบัติตามแผนที่ปรับปรุง พยาบาลวิชาชีพพระดับบริหาร จำนวน 8 คน สังเกตการปฏิบัติการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการ จำนวน 11 คน ตามแบบสังเกต ทำการสังเกตการปฏิบัติการบริหารยาในช่วงระยะเวลาที่ใช้รูปแบบการบริหารยาที่มีการพัฒนาปรับปรุง ในสัปดาห์ที่ 8-9

การสะท้อนผล 1) ประเมินผลลัพธ์และบทเรียนที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการสนทนากลุ่ม ในสัปดาห์ที่สิบ 2) ประเมินตนเองในการปฏิบัติการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการหลังการใช้รูปแบบการบริหารยาที่พัฒนาปรับปรุงขึ้น (Post-test) โดยใช้แบบ Check list ในสัปดาห์ที่ 10

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการบริหารยาของพยาบาลตามกระบวนการบริหารยาก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test



วิเคราะห์การปฏิบัติในการบริหารยาของพยาบาลที่ได้จากการสังเกตโดยใช้ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพสังเคราะห์รูปแบบการบริหารยา เพื่อความปลอดภัยของงานพยาบาลผู้ป่วยใน โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE652266 เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขรับรอง COE 0142566 เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในสภาพปัจจุบัน (Situation analysis)

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในสภาพปัจจุบัน โดยผู้ร่วมวิจัยในการสนทนากลุ่ม (Focus group) ดังนี้

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาพบว่า

1) สถานการณ์ในการบริหารยาของพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของงานพยาบาลผู้ป่วยใน ในปัจจุบัน 1.1) ก่อนการบริหารยา ก่อนที่จะให้ยาผู้ป่วยพยาบาลตรวจสอบรายการยาของผู้ป่วย รายการยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ประวัติการแพ้ยา 1.2) ขณะบริหารยาพยาบาล เตรียมยาและให้ผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน ทำงานประสานสอดคล้องกับแพทย์และเภสัชกรในการจัดการยาที่จะให้กับผู้ป่วย รวมทั้งการตรวจสอบยาก่อนการให้ยากับใบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record: MAR) การคัดลอกยาที่ถูกต้อง การลงชื่อให้ยาใน MAR และการตรวจสอบซ้ำ (Double check) รวมทั้งการให้ยาตามหลักการให้ยา 1.3) หลังการบริหารยา พยาบาลติดตามผู้ป่วย หลังได้รับยาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการบริหารยาของพยาบาล

2) ปัญหาและอุปสรรคในการบริหารยาของพยาบาลในปัจจุบันพบว่า 2.1) ได้รับยาซ้ำจากการนำส่งยาจากฝ่ายเภสัชกรรม ทำให้พยาบาลต้องรีบตรวจสอบรายการยาในลิสต์ยาทำให้เกิดความผิดพลาด และบริหารยาให้ผู้ป่วยล่าช้า ไม่ตรงเวลาโดยเฉพาะยา 11.00 น. และ 12.00 น. 2.2) การจัดการรายการยาของผู้ป่วยระหว่างเภสัชกรกับแพทย์โดยที่พยาบาลไม่ทราบรายละเอียดในการสั่งใช้ยา หรือเภสัชกรกับพยาบาล หรือระหว่างพยาบาล ในการสื่อสารรายการยาของผู้ป่วย ทั้งการเพิ่ม/ลดรายการยา เพิ่ม/ลดขนาดของยา การคัดลอกรายการยาขาด/เกินใน MAR 2.3) การจัดการใบ MAR ให้มีความถูกต้องทั้งการคัดลอกรายการยา การระบุเวลาในการบริหารยา การบันทึกการให้ยาผู้ป่วยให้ถูกต้อง 2.4) ไม่ได้ให้ยาผู้ป่วยหรือลืมให้ยาผู้ป่วย ให้ยาผู้ป่วยล่าช้าไม่ตรงเวลาจากภาระงานและกิจกรรมการพยาบาลอื่นที่ส่งผลต่อการบริหารยา ยาถูกจัดเก็บไว้ในตู้เย็นหรือที่อื่นไม่ใช่บริเวณลิสต์ยาของผู้ป่วยเปิดเส้นทางหลอดเลือดดำไม่ได้

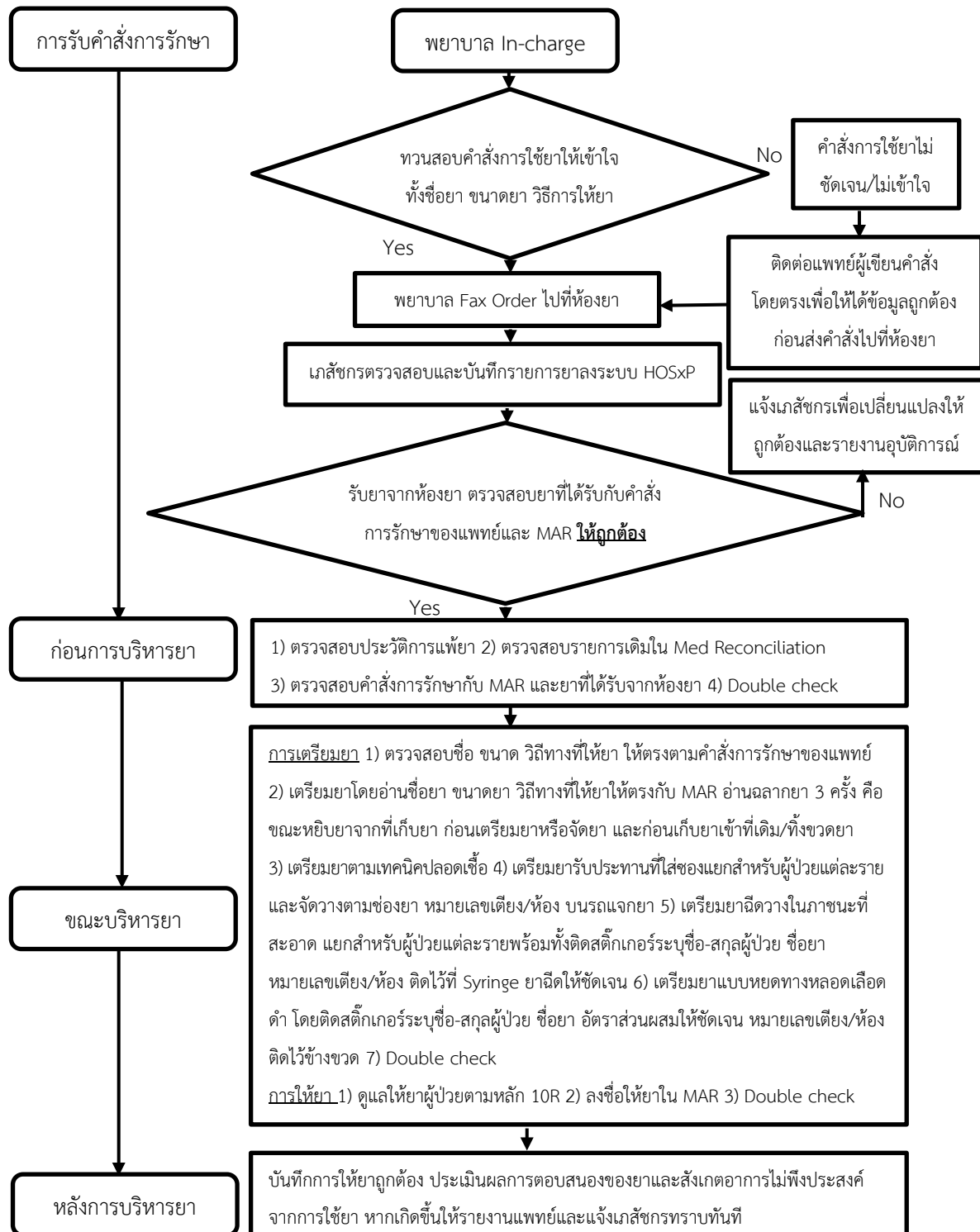
3) รูปแบบการบริหารยาในปัจจุบันมีจุดเด่น สิ่งที่ต้องการพัฒนา และการส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีสมรรถนะในการปฏิบัติการบริหารยา ดังนี้ 3.1) จุดเด่นในการบริหารยาปัจจุบัน มีการใช้เทคโนโลยี เข้ามาจัดการประสานรายการยา (Medication Reconciliation: MR) การจัดทำ MAR รวมทั้งมีการจัดอัตรากำลังผสมผสานระหว่างพยาบาลแต่ละระดับ 3.2) จุดที่ต้องการพัฒนาคือ ต้องการเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลในเวรเช้าวันหยุดราชการจาก 3 คนเป็น 4 คน และปรับเวลาในการจัดยาแบบหนึ่งหน่วย (Unit dose) ล่าสุดเป็นเวลา 12.00 น. 3.3) การส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีสมรรถนะในการบริหารยาโดยปรับปรุงระเบียบปฏิบัติให้มีความสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารยาของพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สื่อสารระเบียบปฏิบัติลงสู่ผู้ปฏิบัติให้เข้าใจอย่างทั่วถึง กำหนดเกณฑ์ในการประเมินพยาบาลในเรื่องการบริหารยาลาดเคลื่อน (Administration error) หัวหน้างานติดตามนิเทศ ควบคุม กำกับกับการปฏิบัติการบริหารยาในหน่วยงานอย่างใกล้ชิดสร้างความตระหนักให้พยาบาลมีการรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเพื่อทราบแนวโน้มของการพัฒนาในหน่วยงาน

4) ความต้องการในการพัฒนาวิธีการ/รูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของงานพยาบาลผู้ป่วยใน ได้แก่

- 4.1) การปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการบริหารยาสำหรับพยาบาลทั้งการบริหารยาทั่วไปและยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug: HAD)
- 4.2) การสื่อสารแนวทางปฏิบัติในการบริหารยาสำหรับพยาบาลทั้งการบริหารยาทั่วไป และยา HAD ลงสู่พยาบาลระดับปฏิบัติอย่างทั่วถึง



2. การออกแบบและพัฒนากระบวนการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มีวิธีการดังนี้ 1) ประชุมเชิงปฏิบัติการในการจัดการเพื่อความปลอดภัยในการบริหารยาตามหลัก 10Rs^{23,24} โดยสื่อสารให้ผู้ร่วมวิจัยมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารยาตามหลัก 10Rs และมาตรฐานการบริหารยาสำหรับพยาบาลตามกระบวนการบริหารยา 3 ขั้นตอน¹² คือ การปฏิบัติก่อนการบริหารยา ขณะบริหารยา และหลังการบริหารยา 2) การออกแบบและพัฒนากระบวนการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยผู้ร่วมวิจัยในการสนทนากลุ่ม (Focus group) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย



3) การประเมินตนเองของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการก่อนการใช้รูปแบบการบริหารยาที่พัฒนาขึ้น (Pre-test) โดยใช้แบบตรวจสอบรายการ (Checklist) พบว่าผ่านเกณฑ์ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 72.73 ประเด็นที่ไม่ได้ปฏิบัติคือ การคัดลอกรายการยาผู้ป่วยทุกรายการด้วยปากกาสีน้ำเงิน ไม่ได้แยกว่าเป็นยารับประทาน ยาฉีด ยาพ่น ยาเหน็บ ยาสอด การบริหารยาตามหลัก 10Rs การติดตามแพทย์เซ็นกำกับคำสั่งการรักษาภายใน 24 ชั่วโมง มีการปฏิบัติบางครั้งในประเด็นการอ่านฉลากยา 3 ครั้งในการเตรียมยา การ Double check การให้ยาผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าพยาบาล การบริหารยา HAD ไม่ได้ติดป้าย HAD และแขวนป้ายเฝ้าระวังในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติในอาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งให้พยาบาลทราบ และการบันทึกทุกครั้งหลังการให้ยา

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน และขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล พบว่าการใช้รูปแบบการบริหารยาที่พัฒนาขึ้นผ่านเกณฑ์ร้อยละ 77.27 โดยมีประเด็นที่พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติดังนี้ 1) ไม่ได้ติดตามให้แพทย์ลงลายมือกำกับคำสั่งภายใน 24 ชั่วโมง 2) ไม่ได้อ่านฉลากยาครบ 3 ครั้ง ในขั้นตอนก่อนทั้งขวดยาไม่ได้อ่านซ้ำ 3) การสอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วยก่อนให้ยาแต่ไม่ได้ตรวจสอบซ้ำกับหลักฐานอื่นที่ใช้ระบุตัวผู้ป่วย 4) การให้ยา HAD พยาบาลไม่แขวนป้ายเฝ้าระวังการให้ยาเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติในอาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งให้พยาบาลทราบ 5) ไม่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบชื่อยา การออกฤทธิ์ของยา พร้อมทั้งอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาลทราบ 6) ให้ยารับประทานกับผู้ป่วยโดยวางยาไว้ที่โต๊ะข้างเตียง ไม่ได้เฝ้าดูว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล ประเมินผลกระบวนการปฏิบัติในการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Process evaluation) โดยผู้ร่วมวิจัยในการสนทนากลุ่ม (Focus group) ดังนี้

1) กระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารยาตามแนวทางปฏิบัติยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด จากการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลพบประเด็นที่ต้องมีรูปแบบในการพัฒนา 1.1) การรับคำสั่งแพทย์ พยาบาลไม่ได้ติดตามให้แพทย์เซ็นกำกับคำสั่งภายใน 24 ชั่วโมง 1.2) การอ่านฉลากยา 3 ครั้ง พยาบาลที่บริหารยาต้องมีความตระหนักในแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการบริหารยาผู้ป่วยเป็นความตระหนักรายบุคคล 1.3) การสอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วยก่อนให้ยา พยาบาลต้องใช้หลักฐานในการระบุตัวผู้ป่วย 2 หลักฐานขึ้นไปห้ามระบุตัวผู้ป่วยโดยใช้หมายเลขเตียง/หมายเลขห้อง 1.4) พยาบาลไม่แขวนป้ายเฝ้าระวังในการให้ยา HAD เพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติในอาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งให้พยาบาลทราบ 1.5) การอธิบายให้ผู้ป่วยทราบชื่อยา การออกฤทธิ์ของยา พร้อมทั้งอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาลทราบ พยาบาลควรสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งให้พยาบาลรับทราบได้ทันเวลา 1.6) การให้ยารับประทานผู้ป่วย ต้องให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าพยาบาลเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับยา

2) ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมที่กำหนดไว้เป็นไปตามแผนพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 2.1) พยาบาลทุกคนสามารถปฏิบัติตามการบริหารยาตามกระบวนการบริหารยา 3 ประเด็นได้ครอบคลุมรวมทั้งการปฏิบัติตามหลัก 10Rs 2.2) การปฏิบัติตามแผนพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยต้องมีการติดตามนิเทศการปฏิบัติอย่างใกล้ชิดเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ปลอดภัยส่งผลต่อคุณภาพการบริการพยาบาลในหน่วยงาน

3) ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะ แนวทางในการปรับปรุงการบริหารยาของพยาบาล 3.1) อัตรากำลังพยาบาลในเวรเช้าวันหยุดราชการมี 3 คน วันราชการมี 4 คน ภาระงานในวันราชการและวันหยุดราชการไม่มีความแตกต่างกัน 3.2) การจัดยา Unit dose เกสซ์กรจัดยาสิ้นสุดในเวลา 10.00 น. ส่งผลให้การบริหารยาเวลา 11.00 น., 12.00 น.ผู้ป่วยได้รับยาล่าช้าไม่ตรงเวลา ข้อเสนอแนะ คือ (1) เพิ่มอัตรากำลังพยาบาลในเวรเช้าวันหยุดราชการ เป็น 4 คน (2) เกสซ์กรปรับเวลาการจัด Unit dose ให้สิ้นสุดที่เวลา 12.00 น.

การปรับปรุงแผน (Re-plan) การปรับแผนการพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัย 1) จัดทำป้ายรับคำสั่ง (รคส.) แพทย์เพื่อจัดการให้แพทย์เซ็นกำกับคำสั่งภายใน 24 ชั่วโมง²⁵ นำหลักคิดของวิศวกรรมปัจจัยมนุษย์²⁶ (Human Factor Engineering: HFE) มาใช้เพื่อลดการจดจำของพยาบาลว่ามีผู้ป่วยรายใดบ้างที่มีการ รคส.ของแพทย์ 2) จัดทำฉลากยาโดยใช้คอมพิวเตอร์²⁷ ให้มีข้อมูลที่ถูกต้องในการเตรียมยา ใช้หลักการจัดการความรู้²⁸ (Knowledge Management: KM) ในรายการยาแต่ละชนิดแต่ละขนาด



3) จัดทำพารามิเตอร์ (Parameter) ในการบริหารยา HAD ใช้หลักการ KM ในรายการยา HAD แต่ละชนิด เพื่อให้พยาบาลที่มีสมรรถนะและประสบการณ์ที่ต่างกันสามารถบริหารยาได้ถูกต้องส่งผลให้พยาบาลสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้นตามหลักคิดของ HFE
4) จัดทำป้ายสัญญาณเตือนล่วงหน้า²⁹ (Warning sign) สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติในการบริหารยา HAD ใช้หลักการ KM เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติร่วมดูแลติดตามอาการผิดปกติหรือผลข้างเคียงเมื่อได้รับยา HAD 5) สะท้อนปัญหาในเรื่องอัตราค่าล้างของพยาบาลในเวรเช้าวันหยุดราชการ ผลกระทบทางพยาบาล ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ซึ่งได้รับการอนุมัติให้เพิ่มอัตราค่าล้าง

ปฏิบัติตามแผนที่ปรับปรุง และสังเกตผลการปฏิบัติตามแผนที่ปรับปรุง พยาบาลวิชาชีพระดับบริหาร จำนวน 8 คน สังเกตการปฏิบัติการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 11 คน โดยใช้แบบสังเกต เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผลการสังเกตพบว่าการใช้รูปแบบการบริหารยาที่มีการพัฒนาปรับปรุงนั้น ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ขึ้นไปทุกคน

การสะท้อนผล การประเมินผลรวบยอดในการพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Summative evaluation) โดยผู้ร่วมวิจัยในการสนทนากลุ่ม (Focus group) ดังนี้

1) ภายหลังการปรับแผนแล้วก่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ 1.1) พยาบาลตระหนักในการตรวจสอบข้อมูลการได้รับยาของผู้ป่วย 1.2) พยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้านในเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับ 1.3) พยาบาลบริหารยาตามหลัก 10Rs และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด 1.4) ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของงานพยาบาลผู้ป่วยในหลังใช้รูปแบบที่มีการพัฒนาปรับปรุง พบจำนวน 3 ครั้ง คิดเป็น 0.78 ครั้งต่อพันวันนอน ซึ่งลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบที่มีการพัฒนา 1.5) ผลกระทบที่ได้รับจากการดำเนินงาน พบว่าไม่เกิดข้อร้องเรียนในความผิดพลาดจากการบริหารยาของพยาบาล

2) ปัจจัยที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ในการปฏิบัติการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ 2.1) พยาบาลสามารถวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคเพื่อหาแนวทางพัฒนาร่วมกันในรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของการปฏิบัติในหน่วยงาน 2.2) ผู้บริหาร/หัวหน้างานใส่ใจกับการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน ชวนเรียนรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นและร่วมวางระบบในการปฏิบัติงานที่เหมาะสม 2.3) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นในหน่วยงาน

3) การพัฒนาการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ 3.1) ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการบริหารยาที่เหมาะสมกับมาตรฐานและหลักวิชาการ 3.2) KM ในหน่วยงานเพื่อพัฒนาการบริหารยาให้มีความปลอดภัยกับผู้ป่วยโดยออกแบบให้พยาบาลบริหารยาได้ง่ายสะดวกขึ้นเพิ่มรายละเอียดในการบริหารยาในฉลากยา และ MAR เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นข้อมูลในการบริหารยาอย่างถูกต้อง 3.3) นำเครื่องมือคุณภาพมาพัฒนาใช้ในการทำงาน ทั้งการเตือนตนเองของพยาบาล การทำป้ายสัญญาณเตือนล่วงหน้าในยา HAD ใช้หลักคิดของ HFE ในการจัดทำพารามิเตอร์ในการบริหารยา HAD เป็นต้น

4) การประเมินตนเองในการปฏิบัติการบริหารยาของพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของงานพยาบาลผู้ป่วยในหลังการใช้รูปแบบการบริหารยาที่มีการพัฒนาปรับปรุงขึ้น โดยใช้แบบ Checklist ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการปฏิบัติในการบริหารยาของพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของงานพยาบาลผู้ป่วยใน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริหารยาที่มีการพัฒนาปรับปรุง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test

กระบวนการบริหารยา	การปฏิบัติในการบริหารยาของพยาบาล (n=11)					Z	P-Value
	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ				
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
การปฏิบัติก่อนการบริหารยา	19.54	1.43	26.81	1.25	-2.969	.003*	
การปฏิบัติขณะบริหารยา	42.36	3.07	45.81	2.44	-2.458	.014*	
การปฏิบัติหลังการบริหารยา	14.00	1.41	15.45	0.93	-2.555	.011*	
การปฏิบัติในการบริหารยาโดยรวม	75.90	5.30	88.09	3.98	-2.940	.003**	

* $p < .05$; ** $p < .01$ Based on negative ranks.



การอภิปรายผล

ภายหลังการใช้รูปแบบการบริหารยาที่มีการพัฒนาปรับปรุง พยาบาลมีการปฏิบัติการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ภายหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Xu และคณะ³⁰ ที่ศึกษาการพัฒนาวิธีการบริหารยาในงานผู้ป่วยในพบว่า ผลการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของสุรภัย อึ้งชัย และคณะ³¹ ที่พบว่า การนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ในด้านผู้ให้บริการพบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และจากการพัฒนารูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของงานพยาบาลผู้ป่วยในมีการออกแบบและพัฒนารูปแบบการบริหารยาตามหลัก 10Rs สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการบริหารยาของ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า¹⁹ ที่ใช้หลัก 10Rs ในการบริหารยาทางโรงพยาบาลสำหรับมาตรฐานการบริหารยาสำหรับพยาบาลมีการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารยา 3 ขั้นตอน คือ การปฏิบัติก่อนการบริหาร ขณะบริหารยา และหลังการบริหารยา สอดคล้องกับการศึกษาของกรัณธ์รัตน์ ทิพนอม และศุภลักษณ์ ธนนานนทีนิวาส³² ที่ศึกษาเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาและแนวทางป้องกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีการบริหารยาตามกระบวนการปฏิบัติใน 3 ขั้นตอนทั้ง ก่อน ขณะ และหลังให้ยาผู้ป่วย และสอดคล้องกับสุรภัย อึ้งชัย และคณะ³¹ ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งพบว่า แนวปฏิบัติการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงเป็นการบริหารจัดการให้ยา 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการให้ยา ระหว่างให้ยา หลังการให้ยา และมีการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ซึ่งผู้ร่วมวิจัยได้ออกแบบกระบวนการบริหารยา โดยการเรียนรู้จากความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานเพื่อนำมาจัดการระบบบริหารยาให้เหมาะสมกับบริบทสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา ศรีดอกไม้³³ ที่กล่าวถึงการป้องกันสาเหตุที่เกิดจากความผิดพลาดของตัวบุคคลให้หาโอกาสพัฒนาเชิงระบบเพื่อช่วยลดความผิดพลาดที่เกิดขึ้น โดยไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

สรุปการวิจัย

รูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของงานพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด มีการบริหารยาตามหลัก 10Rs และกำหนดมาตรฐานการบริหารยาสำหรับพยาบาลตามกระบวนการบริหารยา 3 ขั้นตอน คือ การปฏิบัติก่อนการบริหารยา ขณะบริหารยา และหลังการบริหารยา ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารการพยาบาลควรนำรูปแบบการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของงานพยาบาลผู้ป่วยในที่พัฒนาขึ้นเป็นเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลในหน่วยงาน รวมทั้งสื่อสารให้ความรู้แก่พยาบาลใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน และขอขอบคุณความร่วมมือจากผู้ร่วมวิจัย ที่กรุณาให้ความร่วมมือตามกระบวนการวิจัย ทำให้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงทุกขั้นตอน เกิดผลลัพธ์ที่ดีส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการบริหารยาของพยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยในให้มีความปลอดภัย ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย



References

1. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). HA UPDATE 2019. Nonthaburi: D-One Books Company Limited; 2019. (in Thai)
2. Gates B, Gates M. Presentation at the “Patient Safety-A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymaker Alike” a round table at the Grand Challenge Meeting at the Bill & Malinda Gates Foundation 18 October 2018 [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 04]. Available from: <https://globalhealth.harvard.edu/qualitypowerpoint>.
3. World Health Organization [WHO]. Patient safety: Data and statistics [Internet]. 2016. [cited 2022 Mar 25]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>.
4. Makary MA, Daniel M. Medical error is the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139.
5. Khantha A. Impacts and solutions of nursing manpower shortage in Thailand. *Journal of Nursing Science*. 2014;32(1):81-90. (in Thai)
6. Chaleykitti S, Khamproud P, Phromdej S. Patient safety with nursing service quality. *Royal Thai Army Nursing Journal*. 2014;15(2):66-70. (in Thai)
7. Yisoopaen N, Trakulpient P, Kiratitechakorn W, Ueawisetwong T, Ningsanon T, Chaikledkaew U, et al. Searching for drug-related adverse events using signaling tools of provincial hospitals in Thailand. *Thai Pharmaceutical Journal*. 2015;2(7):234-49. (in Thai)
8. Ketphuk W, Butnamphet K, Sopakon A. Search drug-related adverse events using transmitters in hospitalized patients. *Isan Journal of Pharmacy*. 2016;12(3):16-23. (in Thai)
9. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). High alert medication in an acute care setting. [Internet]. 2018. [cited 2022 Jun 04]. Available from: <http://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-acute-list>.
10. Kapadia N, Raval S, Gadhave P. Medication errors related to high alert medication. *J nurs health stud*. 2017;2(3:15):1-4.
11. Cima L, Clarke S. The nurse’s role in medication safety. Illinois: Joint Commission Resources. 2007.
12. Ningsanon T, Chulawattanathon S, Monthakantikun P. Medication administration for patient safety. 3rd ed. Bangkok: Hospital Pharmacy Association, Thailand; 2011. (in Thai)
13. Tontupthai P, Vorathongchai K. Effects of a professional nurse coaching program on adherence to guidelines and reduction of error rates in the administration of high alert drugs. *Journal of Nursing and Health Care*. 2020;38(1):59-68. (in Thai)



14. Saneha C, Musikthong J, Sripasong S, Samai T. Relationships among personal factors, perception about safety methods in medication administration and safe medication practices of nursing students at a Faculty of Nursing in Bangkok Metropolis. *Journal of nursing science*. 2018;36(1):17-30. (in Thai)
15. Ruangchor R. Supervisions on medication administration of head nurses in inpatient department of community hospitals located in Northeast Region. [dissertation]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2018. (in Thai)
16. Alreshidi T. Registered nurses perceptions of medication administration errors and their management in Saudi Arabian Hospitals. [dissertation Ph.D. Nursing]. UK: Salford University; 2016.
17. Wu-on W. System Theory. [Internet]. 2014. [cited 2023 Sept 30]. Available from: <https://poundtv5.blogspot.com/2014/10/system-theory.html>. (in Thai)
18. Kemmis S, McTaggart R. The action research Planner. 3rd ed. Geelong, Victoria: Deakin University; 1988.
19. Phramongkutklao Hospital. Nursing medication administration. [Internet]. 2019. [cited 2022 Jun 10]. Available from: <https://nurse.pmk.ac.th/images/WI/PMK-WND-041.pdf>. (in Thai)
20. Worakham P. Educational Research. 9th ed. Maha Sarakham: Taxila Printing; 2018. (in Thai)
21. Bureau of Nursing, Department of Medical Services. Nursing standards in hospitals. 3rd ed. Nonthaburi: Veterans Affairs Printing House; 2008. (in Thai)
22. Rosenthal R, Rosnow RL. Essentials of behavioral research: Methods and data analysis. New York: McGraw-Hill Publishing; 1991.
23. Edward S, Axe S. The 10 'R's of safe multidisciplinary drug administration. *Nurse Prescribing*. 2015;13(8):398-406.
24. Nurse society. Medication administration standards for nurses. [Internet]. 2020. [cited 2022 Jun 10]. Available from: <https://www.nursesoulciety.com/2020/10/02/dosage-standards-nurses/>.
25. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and Health Service Standards, Edition 4. Nonthaburi: D-One; 2018. (in Thai)
26. Gosbee J. Human factors engineering and patient safety. [Internet]. 2002. [cited 2022 Sept 30]. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/11/4/352.full.pdf>.
27. Khankaew N, Singkhan P. Outcomes of utilizing computer program in medication reconciliation from hospital to home by pharmacist. *Thai Journal of Hospital Pharmacy*. 2021;31(3):209-220. (in Thai)
28. Kakandee N. Knowledge management and preventing errors in preparing and administering medications to patients. [Internet]. 2019. [cited 2022 Sep 30]. Available from: https://med.swu.ac.th/msmc/w121/images/KM/km_1.63.pdf.
29. Contra Costa Health Services. Early Warning Signs. [Internet]. 2022. [cited 2022 Sept 30]. Available from: <https://cchealth.org/firsthope/es.php>.



30. Cuirong Xu, Guohong Li, Nanyuan Ye, Yanyan Lu. An intervention to improve inpatient medication management: a before and after study. *J Nurs Manag.* 2014;22(3):286-94.
31. Eethongchai S, Somboonchan O, Yaowa M. Development of a nursing practice guidelines for high alert drugs administration, Samut-Sakhon hospital. *Journal of Nursing Division.* 2020;47(1):25-38. (in Thai)
32. Thewthanom K, Thananonniwat S. Drug tolerances and guidelines protection for the safety of patients. *Veridian E-Journal: International Humanities, Social Sciences, and Arts.* 2009;2(1):195-217. (in Thai)
33. Sri Dokmai R. Learning from mistake and root cause analysis and action. [Internet]. 2019. [cited 2022 Aug 27]. Available from: <https://www.qualitythestory.com>.



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกัน โรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุดรธานี

ทิพธัญญา บุตรโคตร พย.ม.¹

อรุณณี ใจเที่ยง ประ.ด.²

ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล ประ.ด.³

(วันรับบทความ: 16 สิงหาคม พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 29 กันยายน พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 10 ตุลาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) ระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 294 คน ในจังหวัดอุดรธานี สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรค ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคเท่ากับ 0.88 และ 0.91 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.94 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี พฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การมีผู้ดูแลนักเรียนเป็นหลักมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของบุคคลในครอบครัวและประวัติการได้รับวัคซีนของนักเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $< .01$) ตามลำดับ ดังนั้นพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้นักเรียนและผู้ปกครองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรค

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: arunja@kku.ac.th Tel: 081-9745366



The Relationship between Personal Factors, Health Literacy, and COVID-19 Preventive Behaviors among High School Students in Udon Thani Province

Tiptanya Butekote M.N.S¹

Arunnee Jaitieng PhD²

Lukawee Piyabunditkul PhD³

(Received Date: August 16, 2023, Revised Date: September 29, 2023, Accepted Date: October 10, 2023)

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to examine the levels 1) of health literacy and 2) coronavirus disease 2019 (COVID-19) preventive behavior, and 3) the relationship between personal factors, health literacy, and COVID-19 preventive behavior among 294 high school students in Udon Thani Province. This study utilized a multistage random sampling method. Data collection took place from May to June 2022. The research instruments were questionnaires composed of items regarding personal information, health literacy, and COVID-19 behavior. The content validity index (CVI) of the health literacy and preventive behavior questionnaires were 0.88 and 0.91, respectively, and their Cronbach's alpha coefficients were 0.94 and 0.90, respectively. The data analysis was conducted using descriptive statistics and Pearson correlation coefficients.

The research findings revealed that students had a good overall health literacy level, as well as for COVID-19 preventive behavior. Health literacy was positively correlated with COVID-19 preventive behavior ($p < .05$). Having a caregiver had a significantly negative correlation with health literacy ($p < .05$). A history of family members contracting COVID-19 and a history of vaccination among the students were significantly positively correlated with COVID-19 preventive behavior ($p < .05$, $p < .01$). Therefore, nurses, healthcare professionals, and related organizations should promote health literacy among students and parents, as well as provide knowledge about diseases and disease prevention.

Keywords: health literacy, behavior of COVID-19 prevention, high school student

¹Master's degree student of Nursing Science program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, KhonKaen University

²Lecturer, Department of Family and Community Nursing, Faculty of Nursing, KhonKaen University

³Assistant professor, Department of Family and Community Nursing, Faculty of Nursing, KhonKaen University

²Corresponding author, arunja@kku.ac.th Tel: 081-9745366



บทนำ

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ มักไม่แสดงอาการจึงอาจไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อนำไปสู่การแพร่ระบาดได้¹ โดยสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย ข้อมูลผู้ติดเชื้อ พ.ศ. 2565 มีอัตราป่วยและอัตราตาย 36,545 ราย และ 319 รายต่อล้านประชากรตามลำดับ² จังหวัดอุดรธานีมีอัตราป่วยด้วยโควิด-19 1,316 รายต่อแสนประชากร และเสียชีวิต 46 ราย เป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตสูงสุดในระดับเขตสุขภาพที่ 8³ แม้ในภาพรวมระดับประเทศและจังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้ติดเชื้อในกลุ่มวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีผู้ติดเชื้อน้อยกว่าช่วงวัยอื่น แต่จากการระบาดเมื่อเดือนเมษายน - สิงหาคม พ.ศ. 2564 กลับพบว่าวัยรุ่นมีการติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยอัตราความชุกของการติดเชื้อโควิด-19 พ.ศ. 2563 เทียบกับ พ.ศ. 2564 ในระดับประเทศเพิ่มขึ้นจาก 9.90 รายต่อแสนประชากรเป็น 751.33 รายต่อแสนประชากร และในจังหวัดอุดรธานีจาก 1.6 รายต่อแสนประชากรเป็น 90.97 รายต่อแสนประชากร⁴ ซึ่งจากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน 3 แห่ง และครู 3 คน ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นกลุ่มวัยที่พบการติดเชื้อมากที่สุด และถึงแม้ว่าจังหวัดอุดรธานีจะมีนโยบายเรียนออนไลน์ที่บ้าน แต่จากเส้นเวลา (Timeline) การติดเชื้อของกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่พบว่า วัยรุ่นยังคงนัดรวมกลุ่มเพื่อเรียนออนไลน์ ท่องเที่ยว เรียนพิเศษ นอนพักค้างคืนร่วมกัน เล่นกีฬาไม่ได้ สวมหน้ากากอนามัย และดื่มน้ำแก้วเดียวกัน⁵ ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 เมื่อพิจารณาพัฒนาการด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่รักอิสระ สนุกกับเพื่อนเป็นกลุ่ม ใช้เวลากับเพื่อนเป็นส่วนใหญ่ และอยากรู้ อยากลองตามเพื่อน⁶ ทำให้กลุ่มวัยรุ่นอาจรับเชื้อและแพร่เชื้อโควิด-19 ทั้งในรูปแบบจากบุคคลอื่นมาสู่บุคคลในครอบครัวและจากบุคคลในครอบครัวไปสู่บุคคลอื่นได้ สอดคล้องกับข้อมูลของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ที่พบว่า การระบาดในกลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่มาจากกลุ่มที่ไปเข้าค่าย แข่งขันกีฬา และไปโรงเรียน แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นสามารถแพร่เชื้อโควิด-19 ไปยังผู้อื่นได้เช่นกัน⁷

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลต่อวัยรุ่นในหลายมิติดังนี้⁸⁻¹² 1) การเรียนรู้ พบว่า สถานศึกษาหลายแห่งปรับการเรียนการสอนเป็นรูปแบบออนไลน์สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการที่เน้นการเรียนรู้ผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล แต่วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังขาดการเตรียมความพร้อมในการเรียนออนไลน์ 2) เศรษฐกิจ พบว่าครอบครัวที่ยากจนไม่สามารถหาซื้ออุปกรณ์การเรียนได้ เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต 3) ด้านสุขภาพ พบว่าวัยรุ่นบางส่วนไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์และกลุ่มที่ติดเชื้อมีโอกาสถูกตีตราทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน เช่น เรียกชื่อแบบดูแคลน และเลือกปฏิบัติ อันนำไปสู่การปกปิดข้อมูลการติดเชื้อ และ 4) แบบแผนการดำเนินชีวิต โดยประชาชนทุกช่วงวัยรวมทั้งวัยรุ่นต้องปรับตัวและดำเนินชีวิตตามแนวทางวิถีใหม่ (New normal) เช่น สวมหน้ากากอนามัยเมื่อเข้าไปยังสถานที่แออัด หมั่นล้างมือ เป็นต้น นอกจากนี้โควิด-19 ยังส่งผลให้เกิดภาวะข้อมูลระบาด บิดเบือนข่าวสารและเผยแพร่ข้อมูลอันเป็นเท็จทั้งรูปแบบออนไลน์และออฟไลน์ (Infodemic) ในเรื่องสถานการณ์การระบาด การป้องกันและรักษาโรค¹³ ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ เพิ่มการตีตรา นำไปสู่การปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุขที่ไม่เหมาะสม ทำให้การรับรู้ข่าวสารและการตัดสินใจไม่ดีเกิดการปฏิบัติตนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ¹⁴ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง¹⁵ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะส่วนบุคคลประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่ช่วยกำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อแก้ไข ส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ¹⁶ ถึงแม้กลุ่มวัยรุ่นอาจจะมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพน้อยกว่าและค่ารักษาพยาบาลต่ำกว่าวัยผู้ใหญ่ แต่ถ้าวัยรุ่นส่วนใหญ่มิระดับความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องหนึ่ง ๆ ต่ำ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี ส่งผลให้เสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม¹⁷



พฤติกรรมในการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การกระทำใด ๆ ของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือการค้นหาโรคตั้งแต่ยังไม่มีอาการ เช่น การรับวัคซีน การรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ การหมั่นล้างมือบ่อยครั้ง¹⁸ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประเทศไทย การศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19^{19,20} เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ²¹ ผลการศึกษาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยของประเทศจีน พบว่า ระดับปีการศึกษา เศรษฐกิจครอบครัว สถานะสุขภาพของตนเอง การติดเชื้อของบุคคลในครอบครัว และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19²²

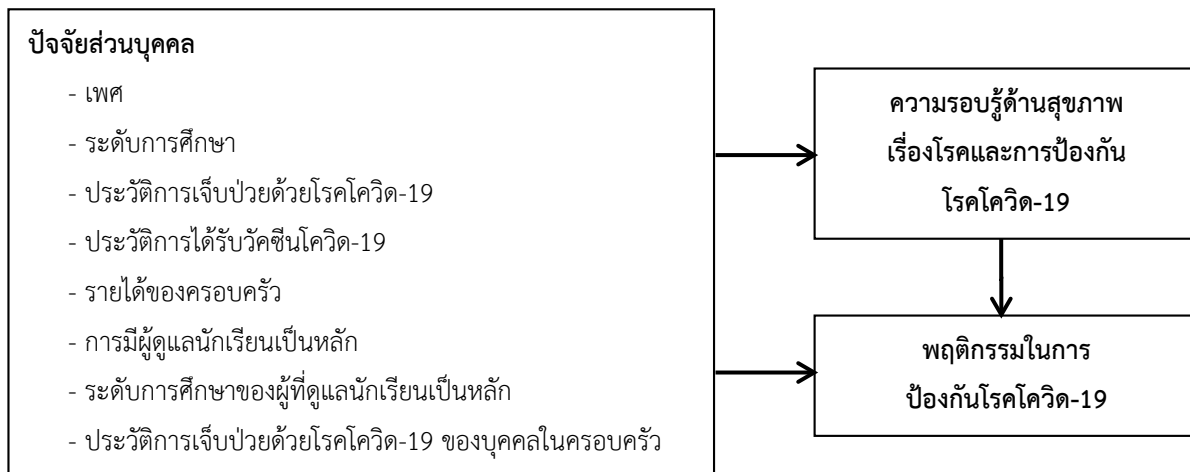
การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของโควิด-19 วิทยาลัยต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ติดตามข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสาร ตัดสินใจ พิจารณาข้อมูลการใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ที่เหมาะสม และบุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องทราบและเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรค ซึ่งในบริบทกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะในจังหวัดอุดรธานียังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ทั้งที่กลุ่มวัยนี้มีอัตราการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับวัยอื่น ๆ แม้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่มีมาตรการต่าง ๆ เพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อและมีนโยบายเรียนออนไลน์ก็ตาม แต่จาก Timeline การติดเชื้อยังแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 จึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่อาศัยในจังหวัดอุดรธานี เพื่อนำผลการศึกษาไปออกแบบแผนงานโครงการในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้งในสถานศึกษา ชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด-19 ของกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข²³ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดแนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่คาดว่าจะสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 8 ตัวแปร ได้จากกรอบแนวคิดของ Manganello¹⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของนักเรียน ประวัติการได้รับวัคซีนของนักเรียน รายได้ของครอบครัว การมีผู้ดูแลนักเรียนเป็นหลัก ระดับการศึกษาของผู้ที่ดูแลนักเรียนเป็นหลัก และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของบุคคลในครอบครัวสามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2565

ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อายุ 15 – 18 ปี ที่ศึกษาในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ (สามัญศึกษา) จำนวน 63 แห่ง ใน 9 สหวิทยาเขตจังหวัดอุดรธานี จำนวน 20,533 คน โดยประชากรนักเรียนจากแต่ละวิทยาเขต มีรายละเอียดดังนี้ ประชากรจากวิทยาเขตที่ 1 จำนวน 3,201 คน วิทยาเขตที่ 2 จำนวน 2,040 คน วิทยาเขตที่ 3 จำนวน 2,597 คน วิทยาเขตที่ 4 จำนวน 1,466 คน วิทยาเขตที่ 5 จำนวน 2,649 คน วิทยาเขตที่ 6 จำนวน 2,407 คน วิทยาเขตที่ 7 จำนวน 1,815 คน วิทยาเขตที่ 8 จำนวน 1,887 คน วิทยาเขตที่ 9 จำนวน 2,471 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 294 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .95 และเพื่อให้ได้ตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างที่ดี ผู้วิจัยได้ศึกษาจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันเรื่องความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19¹⁹ โดยอ้างอิงจากค่าความสัมพันธ์ของงานวิจัยได้ขนาดอิทธิพล เท่ากับ .426 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้น้อยกว่า 65 คน เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ คือ 1) มีภูมิลำเนาในจังหวัดอุดรธานี 2) มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร 3) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 15 – 18 ปี ที่ศึกษาในสังกัดกระทรวงศึกษา และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยตนเองและผ่านความยินยอมจากผู้ปกครองเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ นักเรียนที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ในระหว่างเก็บข้อมูล มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอื่นและผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เข้าร่วมงานวิจัย เนื่องจากระหว่างการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ รวมถึงคำนึงถึงสัดส่วนของนักเรียนจากแต่ละวิทยาเขตที่มีจำนวนประชากรไม่เท่ากันและคำนึงถึงขนาดของโรงเรียน จึงเก็บข้อมูลเพิ่ม 3 เท่าจากสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จริง อีกทั้งเพื่อไม่ให้นักเรียนรู้สึกว่าเป็นผู้ได้รับเลือกหรือไม่ได้รับเลือกในการทำวิจัย จึงใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบยกชั้นเรียนได้กลุ่มตัวอย่าง 294 ราย ซึ่งวิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multiple stage sampling) จากการแบ่งเขตการศึกษาของจังหวัดอุดรธานีออกเป็น 9 สหวิทยาเขตแต่ละสหวิทยาเขตมี 7 โรงเรียน รวมเป็น 63 แห่ง ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากจากแต่ละสหวิทยาเขตได้เป็น 9 โรงเรียน และจับฉลากโรงเรียนละ 1 ห้องเรียน โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 294 คน แบ่งเป็นนักเรียนจากวิทยาเขตที่ 1 จำนวน 45 คน วิทยาเขตที่ 2 จำนวน 30 คน วิทยาเขตที่ 3 จำนวน 36 คน วิทยาเขตที่ 4 จำนวน 21 คน วิทยาเขตที่ 5 จำนวน 39 คน วิทยาเขตที่ 6 จำนวน 33 คน วิทยาเขตที่ 7 จำนวน 27 คน วิทยาเขตที่ 8 จำนวน 27 คน วิทยาเขตที่ 9 จำนวน 36 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของนักเรียน ประวัติการได้รับวัคซีนของนักเรียน รายได้ของครอบครัว การมีผู้ดูแลนักเรียนเป็นหลัก ระดับการศึกษาของผู้ที่ดูแลนักเรียนเป็นหลัก ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของบุคคลในครอบครัว และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข²³ แนวคิดของ Manganello¹⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพโรคโควิด-19 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจโรคโควิด-19 3) ทักษะการสื่อสารโรคโควิด-19 4) ทักษะการจัดการตนเองโรคโควิด-19 5) ทักษะการตัดสินใจโรคโควิด-19 และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อโรคโควิด-19 แต่ละองค์ประกอบมี 6 ข้อ รวม 36 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ (1) น้อยที่สุด (2) น้อย (3) ปานกลาง (4) มาก และ (5) มากที่สุด คะแนนอยู่ระหว่าง 36 - 180 คะแนน โดยเกณฑ์การแปลผลรายองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์การแปลผลรายองค์ประกอบอ้างอิงตามเกณฑ์กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข²³

ช่วงคะแนน	ระดับ
< 60% ของคะแนนเต็มหรือ < 18 คะแนน	ไม่ดี
≥ 60 ถึง < 70% ของคะแนนเต็ม หรือ ≥ 18 ถึง < 21 คะแนน	พอใช้
≥ 70 - < 80% ของคะแนนเต็มหรือ ≥ 21 ถึง < 24 คะแนน	ดี
≥ 80% ของคะแนนเต็ม ≥ 24 คะแนน	ดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข²³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับตามระดับความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ (1) ไม่ได้ปฏิบัติ (2) ปฏิบัติ 1 - 2 วัน / สัปดาห์ (3) ปฏิบัติ 3 วัน / สัปดาห์ (4) ปฏิบัติ 4 - 5 วัน / สัปดาห์ และ (5) ปฏิบัติ 6 - 7 วัน / สัปดาห์ คะแนนอยู่ระหว่าง 15 - 75 คะแนน โดยเกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมมีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงเกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด - 19

ช่วงคะแนน	ระดับ	การแปลผลระดับพฤติกรรม
< 60% หรือ < 45 คะแนน	ไม่ดี	พฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่ถูกต้อง
≥ 60 ถึง < 70% หรือ ≥ 45 ถึง < 52.5 คะแนน	พอใช้	พฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ถูกต้องเป็นส่วนน้อย
≥ 70 ถึง < 80% หรือ ≥ 52.5 ถึง < 60 คะแนน	ดี	มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่
≥ 80% หรือ ≥ 60 คะแนน	ดีมาก	มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญ 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการอนามัยชุมชน 3 ท่านตรวจสอบหาความตรงต่อเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.88 และ 0.91 ตามลำดับ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป²⁴ นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.94 และ 0.90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านผู้ประสานงานคือครูอนามัยหรือครูประจำชั้นเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 โดยมีการจัดทำ QR code ในการเข้าถึงคลิปวิดีโอชี้แจงความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ แบบสอบถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และคลิปวิดีโอสาธิตวิธีการทำแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ประสานงานทั้ง 9 โรงเรียนประสานงานกับผู้ปกครองและนักเรียน เพื่อชี้แจงและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ปกครองและนักเรียนยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามยินยอมในกระดาษแล้ว นักเรียนสามารถเลือกทำแบบสอบถามได้ผ่านทาง Google form กรณีนักเรียนมีเครื่องมือสื่อสารเพื่อเข้าถึงแบบสอบถาม หรือทำในรูปแบบกระดาษกรณีนักเรียนไม่มีเครื่องมือสื่อสาร ระหว่างทำแบบสอบถามหากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยผ่านทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อทำเสร็จให้นักเรียนส่งแบบลงนามยินยอมและแบบสอบถามคืนที่กล่องที่ปิดสนิทที่โรงเรียน หลังจากนั้นผู้ประสานงานดำเนินการส่งกล่องตอบรับแบบสอบถามและแบบยินยอมของผู้ปกครองและนักเรียนนี้คืนมายังผู้วิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE 652059 ลงวันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระทรวงศึกษาธิการจังหวัด และโรงเรียนที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และปฏิบัติตามแนวทางการวิจัยในมนุษย์ในช่วงที่มีการระบาดของโรคตามประกาศของมหาวิทยาลัยอย่างเคร่งครัด ลดการสัมผัส โดยกระบวนการขอความยินยอมจากผู้ปกครองและนักเรียนผ่านครูอนามัยโรงเรียนหรือครูประจำชั้น ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัยผ่านทางคลิปวิดีโอและการชี้แจงรายละเอียดในกระดาษนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ เมื่อผู้ปกครองและนักเรียนยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จะมีเอกสารลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทั้งของนักเรียนและของผู้ปกครอง จึงดำเนินการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง 294 คน โดยตอบใน Google form ร้อยละ 79.61 ตอบแบบกระดาษ ร้อยละ 20.39 กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิงร้อยละ 75.51 เพศชายร้อยละ 24.49 อายุเฉลี่ย 16.30 ปี (S.D. = .851) ส่วนใหญ่เรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 5 ร้อยละ 47.28 ยังไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 52.04 ได้รับวัคซีนโควิด-19 แล้ว 1 เข็ม ร้อยละ 79.59 รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคโควิด-19 ทางอินเทอร์เน็ต เช่น โลก เฟสบุ๊ก ยูทูบ ร้อยละ 78.57 ในนักเรียนกลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่พบว่าบุคคลที่ดูแลนักเรียน เป็นหลักคือแม่ คิดเป็นร้อยละ 55.44 รองลงมาคือ ย่าหรือยาย ร้อยละ 23.81 ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น ตอนปลาย ปวช. คิดเป็นร้อยละ 49.32 รายได้ของครอบครัว พบว่าอยู่ในระดับเพียงพอ (รายได้พอ ๆ กับรายจ่าย) ร้อยละ 78.23 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของบุคคลในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยเป็น ร้อยละ 46.94 เคยเป็น ร้อยละ 41.50 และเป็นกลุ่มเสี่ยงสัมผัสต้องกักตัว คิดเป็นร้อยละ 11.56 ตามลำดับ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 39.46 ระดับดี ร้อยละ 25.85 ระดับพอใช้ร้อยละ 30.95 และระดับไม่ดีร้อยละ 3.74 (Mean = 136.02, S.D. = 10.3) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคและการป้องกัน โรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 23.03, S.D. = 4.11) รองลงมาคือ องค์ประกอบที่ 5 ทักษะ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี (Mean = 22.94, S.D. = 4.05) องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและการเข้ารับบริการด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี (Mean = 22.71, S.D. = 4.24) องค์ประกอบที่ 2 ทักษะความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี (Mean = 22.64, S.D. = 3.94) องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสารเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี (Mean = 22.36, S.D. = 4.25) และ องค์ประกอบที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี (Mean = 22.35, S.D. = 4.27) ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 56.16, S.D. = 9.83) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 294)

ตัวแปร	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและการเข้ารับบริการเกี่ยวกับโรคโควิด-19	22.71	4.24	ระดับดี
ด้านที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19	22.64	3.94	ระดับดี
ด้านที่ 3 การสื่อสารเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19	22.36	4.25	ระดับดี
ด้านที่ 4 การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19	23.03	4.11	ระดับดี
ด้านที่ 5 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19	22.94	4.05	ระดับดี
ด้านที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19	22.35	4.27	ระดับดี
พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19	56.16	9.83	ระดับดี

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือข้อ 1 นักเรียนไม่สัมผัสสา จมูก และปาก หากจำเป็นต้องสัมผัส จะล้างมือก่อนเสมอ (Mean = 3.30, S.D. = 1.04) รองลงมาคือข้อ 9 นักเรียนทำความสะอาด พื้นผิวที่สัมผัส เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ลูกบิดประตู (Mean = 3.41, S.D. = 1.02) และข้อ 2 นักเรียนหลีกเลี่ยงการไปรวมกลุ่มเล่นกีฬา หากจำเป็นต้องไป นักเรียนสวมใส่หน้ากากอนามัย (Mean = 3.62, S.D. = 0.96) ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 รายข้อ (n = 294)

ข้อคำถามโดยสังเขป	Mean	S.D.
1. นักเรียนไม่สัมผัสตา จมูก และปาก...	3.30	1.04
2. นักเรียนหลีกเลี่ยงการไปรวมกลุ่มเล่นกีฬา...	3.62	0.96
3. นักเรียนไม่ชวนเพื่อนมาเรียนออนไลน์รวมกัน...	3.72	1.20
4. นักเรียนไม่ดื่มน้ำรวมแก้ว...	3.76	1.21
5. นักเรียนแยกรับประทานอาหาร...	3.81	1.08
6. นักเรียนรับประทานอาหารร้อนปรุงสุก...	4.22	0.90
7. นักเรียนสวมใส่หน้ากากอนามัย...	3.97	0.93
8. นักเรียนทิ้งหน้ากากอนามัย...	3.70	0.97
9. นักเรียนทำความสะอาดพื้นผิว...	3.41	1.02
10. นักเรียนทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหรือน้ำและสบู่ทันที...	3.66	0.93
11. นักเรียนวัดอุณหภูมิ...	4.02	0.98
12. เมื่อมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ นักเรียนหยุดพัก...	3.90	0.96
13. นักเรียนลงทะเบียนชื่อและเบอร์โทรศัพท์ตามมาตรการที่กำหนด...	3.67	1.00
14. นักเรียนติดตามสถานการณ์การระบาดของโควิด -19 ...	3.65	0.96
15. นักเรียนตรวจ ATK ทันทีหลังเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยง...	3.74	1.09

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19

พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .675, p < .05$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19

ผลการศึกษาพบว่า มีเพียงปัจจัยด้านการมีผู้ดูแลนักเรียนเป็นหลักมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.117, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 (n = 294)

ตัวแปร	ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด - 19	
	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p-value
เพศ	-0.091	0.119
ระดับการศึกษา	-0.045	0.445
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค โควิด - 19 ของนักเรียน	-0.047	0.423
ประวัติการได้รับวัคซีนของนักเรียน	0.089	0.129
รายได้ของครอบครัว	-0.056	0.341
การมีผู้ดูแลนักเรียนเป็นหลัก	-0.117*	0.045*
ระดับการศึกษาของผู้ที่ดูแลนักเรียนเป็นหลัก	0.103	0.078
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด -19 ของบุคคลในครอบครัว	-0.029	0.626

* $p < .05$



6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19

ผลการศึกษาพบว่า มีเพียงปัจจัยด้านประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .175, p < .05$) และปัจจัยด้านประวัติการได้รับวัคซีนของนักเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .173, p < .01$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ($n = 294$)

ตัวแปร	พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด - 19	
	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p -value
เพศ	-0.104	0.075
ระดับการศึกษา	-0.029	0.622
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของนักเรียน	-0.067	0.251
ประวัติการได้รับวัคซีนของนักเรียน	0.173**	0.003**
รายได้ของครอบครัว	-0.032	0.588
การมีผู้ดูแลนักเรียนเป็นหลัก	-0.046	0.436
ระดับการศึกษาของผู้ที่ดูแลนักเรียนเป็นหลัก	0.096	0.100
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของบุคคลในครอบครัว	0.175*	0.033*

* $p < .05$ และ ** $p < .01$

การอภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุดรธานีอยู่ในระดับดี (Mean = 56.16, S.D. = 9.83) อาจเนื่องมาจากหน่วยงานรัฐ โรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของจังหวัดอุดรธานี มีการเฝ้าระวังการระบาดของโควิด-19 อย่างเข้มข้น โรงเรียนปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนเป็นออนไลน์จนการระบาดสามารถควบคุมได้ จึงเริ่มมีการเปิดการเรียนการสอนแบบปกติที่โรงเรียน (On site) ภายใต้การเฝ้าระวังอย่างเคร่งครัด อีกทั้งมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง เช่น จากสื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต การแจ้งข่าวสารจากครูและไลน์กลุ่มโรงเรียน ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลและบริการได้หลายแหล่ง แต่เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่สนิทกับเพื่อนเป็นกลุ่มและใช้สื่อจากอินเทอร์เน็ตเป็นส่วนใหญ่ จึงอาจได้รับข้อมูลข่าวสารที่สร้างความตระหนักหรือหวาดกลัวจากการบอกเล่าต่อกันได้ทำให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างนี้อยู่ในระดับดี แตกต่างกับการศึกษาของราฟิง นุ่มสารพัดนึก²⁵ พบว่านักเรียนมัธยมศึกษา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ระดับสูง โดยมีทักษะการเข้าใจมากที่สุด ส่วนในงานวิจัยนี้พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ทักษะการจัดการตนเอง (Mean = 23.03, S.D. = 4.11) อธิบายได้ว่า การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมามีให้นักเรียนมีการแสวงหาความรู้ เพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ซึ่งช่องทางที่นักเรียนเลือกในการค้นหาข้อมูลมากที่สุด คือทางอินเทอร์เน็ต สอดคล้องกับแนวคิดของ Manganello¹⁷ ที่ว่าแม้กลุ่มวัยรุ่นอาจจะมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพน้อยกว่าและคำรักษาพยาบาลต่ำกว่าวัยผู้ใหญ่ แต่เป็นผู้ใช้สื่อและเทคโนโลยีต่าง ๆ อยู่เสมอเพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและจะติดตัววัยรุ่นเมื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ แต่ต่างกับการศึกษาของ Riiser และคณะ²⁶ พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด-19 ที่ไม่เพียงพอ เพราะระหว่างการศึกษาวิจัยเป็นช่วงที่เพิ่งเริ่มมีการระบาด ยังไม่มีมาตรการและสื่อที่หลากหลายในการควบคุมโรคโควิด-19 ส่วนวัยรุ่นมีการติดตามข้อมูลผ่านทางโทรทัศน์และบุคคลในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่



นอกจากนี้ยังพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมระดับดี (Mean = 56.16, S.D. = 9.83) โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การรับประทานอาหารปรุงสุก การสวมใส่หน้ากากอนามัย และการวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าไปยังสถานที่ต่าง ๆ แม้ภายหลังมีการประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น ยกเลิกการตรวจวัดอุณหภูมิ และสวมหน้ากากอนามัยตามความสมัครใจแล้ว แต่นักเรียนยังคงมีการสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในห้องเรียน โรงเรียนยังคงย้ำเตือนนักเรียนให้ปฏิบัติตามมาตรการ รวมทั้งมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดี เช่น การติดป้ายวิธีการสวมใส่และถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง การเพิ่มจุดล้างมือ เป็นต้น จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของเอมอซมา วัฒนบุรานนท์และคณะ²⁷ พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน ซึ่งนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและมีภูมิคุ้มกันในการป้องกันโรค และการศึกษาของ Taghrir และคณะ²⁸ พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโควิด-19 ของกลุ่มนักศึกษาอยู่ในระดับสูง เพราะกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทยมีการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เช่น การให้ความรู้ในการป้องกันโรค การจำกัดการเดินทางหรือการออกจากบ้านในระหว่างที่มีการแพร่ระบาด เป็นต้น

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .675, p < .05$) กล่าวคือ ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะเฉพาะของบุคคลที่ช่วยให้เข้าใจ ประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อนำมาตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam¹⁶ ที่กล่าวถึงการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ทั้งในโรงเรียนหรือโรงพยาบาล มีการใช้สื่อเป็นตัวกลางในการให้ข้อมูล ทำให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพอันนำไปสู่การมีปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และการศึกษาของจิระภา ขำพิสุทธิ์²⁹ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .635, p < .01$) เนื่องจากนักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพดี ส่งผลให้มีความสามารถในการใช้เหตุผล วิเคราะห์ผลดีและผลเสีย เพื่อเลือกวิธีปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ และจากการศึกษาของ Li และคณะ²² พบว่านักศึกษาที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีมีแนวโน้มในการปรับพฤติกรรมเชิงบวกที่ตอบสนองต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 รวมทั้งจากการศึกษาของ ณัฐริกา พรอมพูน และคณะ³⁰ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .59, p < .01$) เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาอยู่ในระดับมากส่งผลให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่หลากหลายสามารถประเมินความถูกต้องของข้อมูลและความน่าเชื่อถือ นำไปสู่การปฏิบัติตนที่เหมาะสม

นอกจากนี้ ยังพบว่า การมีผู้ดูแลนักเรียนเป็นหลักมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 ($r = -.117, p < .05$) อาจเนื่องมาจากบุคคลที่ดูแลนักเรียนเป็นหลักในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้คือแม่ คิดเป็นร้อยละ 55.44 ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน ขณะที่กลุ่มวัยรุ่นมักนิยมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับกลุ่มเพื่อนมากกว่า แตกต่างกับการศึกษาของ ประไพ กิตติบุญถวิลย์และคณะ³¹ พบว่าคนในครอบครัวและครูอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียน สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของบุคคลที่อยู่รอบข้างนักเรียน ซึ่งมีส่วนช่วยในการถ่ายทอดความรู้ ปลูกฝังนิสัยและสร้างวินัยที่ดีได้

ส่วนผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ($r = .175, p < .05$) กล่าวคือ บุคคลในครอบครัวมีส่วนในการกำหนดรูปแบบพฤติกรรม และเป็นแหล่งสร้างคุณลักษณะของสมาชิกให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน³² ถ้าหากบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมเสี่ยงก็จะมีแนวโน้มนำไปสู่การติดเชื้อโควิด-19 ได้ ซึ่งจากการศึกษาของฮูตา แวหะยี³³ พบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่ออกไปทำงานในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 จะป้องกันตนเองและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดี เพื่อไม่ให้สมาชิกในครอบครัวมีความเสี่ยงไปด้วย และจากการศึกษาของศุภกร หวานกระโทกและจุไรรัตน์ วัชรอาสน์³⁴ พบว่าหากครอบครัวเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพ มีการให้คำแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคอย่างเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีตามมา ส่วนปัจจัยการได้รับวัคซีนของนักเรียนพบว่า ประวัติการได้รับวัคซีนของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ทางบวก ($r = .173, p < .01$) อธิบายได้ว่า จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่ตัดสินใจนำบุตรหลานเข้ารับวัคซีน เนื่องจากวัคซีนช่วยพัฒนาภูมิคุ้มกัน ลดอาการรุนแรงที่ตามมาและความเสี่ยงต่อครอบครัวได้เช่นกัน³⁵



ข้อเสนอแนะต่อพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพ สถานศึกษา โรงเรียน

1. ส่งเสริมให้มีการคงไว้ซึ่งการเฝ้าระวังและป้องกันโรค เพราะแม้ว่าโควิด-19 จะกลายเป็นโรคประจำถิ่นแล้ว แต่ยังคงมีผู้ติดเชื้อและยังเป็นโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้อื่นได้ และผลการวิจัยชิ้นนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่ ได้แก่ เพศ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของนักเรียน รายได้ของครอบครัว และระดับการศึกษาของผู้ที่ดูแลนักเรียนเป็นหลักไม่สัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรค ดังนั้นการพัฒนาความรู้จึงสามารถกระทำได้กับวัยรุ่นทุกเพศทุกระดับฐานะ ไม่ว่าจะเคยได้รับวัคซีนหรือไม่ก็ตาม เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ เข้าถึง นำข้อมูลไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การได้เวที การจัดเวทีออนไลน์ให้นักเรียนแลกเปลี่ยนความรู้ การผลิตสื่อการสอน คลิปวิดีโอสาธิต หรือการใช้เกมเป็นสื่อในการให้ความรู้เพื่อให้นักเรียนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ปกครองผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาในปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์ หรือสามารถทำนายความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มเติม เช่น ถิ่นที่อยู่อาศัยในเมือง / ชนบท จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน เป็นต้น

2. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค โดยเน้นส่งเสริมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการป้องกันโรคและพฤติกรรมสุขภาพ

References

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Symptoms of COVID-19 [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 18]. Available from: <https://kku.world/d5v7w>
2. Ministry of Public Health. Daily COVID-19 report, country information for Thailand [Internet]. 2022 [cited 2022 May 6]. Available from: <https://data.go.th/dataset/covid-19-daily> (in Thai)
3. Health District Office 8, Ministry of Public Health. COVID-19 Health District Office 8 [Internet]. 2022 [cited 2022 May 6]. Available from: <https://r8way.moph.go.th/r8way/covid-19> (in Thai)
4. Pediatric Infectious Disease Society of Thailand. Situation of COVID-19 in Thai children (0-18 years old) since the outbreak of the new wave as of August 26, 2021 [Internet]. [cited 2022 Feb 2]. Available from: <https://www.pidst.or.th/A1077.html> (in Thai)
5. Udon Thani Municipality Office. Timeline of people infected with COVID-19 [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 19]. Available from: <https://kku.world/f5fwe> (in Thai)
6. Areemit S, Inew S, Manaboriboon B, Hongsangsuang S, Jaruratanasirikul S. Textbook of adolescent medicine. Nonthaburi: Parbpim; 2016.(in Thai)
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Science Brief: Transmission of SARS-CoV-2 in K-12 Schools and Early Care and Education Programs – Updated [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 18]. Available from: <https://kku.world/1005j>
8. Ministry of Education. Announcement of the Ministry of Education regarding the educational management policy of Ministry of Education, Fiscal Year 2021 – 2022 [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://kku.world/lvs8y> (in Thai)



9. Unicef. Risk of mental health problems from having to Stay at home for most of the year according to epidemic control measures [Internet]. [cited 2022 Apr 18]. Available from: <https://uni.cf/3kY2D5J> (in Thai)
10. Office of the National Economic and Social Development Council. Thai society in the first quarter of 2020 [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://kku.world/4at56> (in Thai)
11. Department of Mental Health. 7 crises that children in the Covid-19 era must risk [Internet]. [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://kku.world/6jp78> (in Thai)
12. Department of Health, Ministry of Public Health. The Department of Health recommends wearing a mask properly, adhering to the D-M-H-T-T-A principle to prevent COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 18]. Available from: <https://kku.world/2n8x9> (in Thai)
13. World Health Organization (WHO). Infodemic [Internet]. Geneva: WHO Headquarters; 2021 [cited 2022 Apr 18]. Available from: https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_3
14. World Health Organization (WHO). Social stigma related to COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2023 May 6]. Available from: <https://kku.world/4ykpw> (in Thai)
15. Cangussu LR, Barros IRP, Filho CA, Filho JD, Lopes MR. COVID-19 and health literacy: the yell of a silent epidemic amidst the pandemic. *Rev Assoc Med Bras* 2020; 66(SUPPL 2):31-3.
16. Kaeodumkoeng K. Health Literacy (access, understand and application). Bangkok: Amarin printing; 2018.(in Thai)
17. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Educ Res* 2008;23(5):840-7.
18. Supachai K. Ecological model: an intervention model addressing factors influencing health behaviors. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2016;3(1):17-27. (in Thai)
19. Luevanich C, Sungthong J, Jitjamnong A, Pichaikan S, Tantiwiboonchai N, Sianglam A, et al. Health literacy and new normal among Phuket Province residents towards Covid-19 prevention. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2020;14(3):73–88. (in Thai)
20. Yatniyom P, Tuanwisetkul S, Hoyrat P. Relationship between health literacy and Coronavirus disease 2019 infection prevention behaviors of older people living in Chaiyaphum Province. *Journal of Nursing and Health Care*. 2023;41(1):1-13. (in Thai)
21. Ruamsook T, Phunthong S, Thammatha P, Wongsawang N, DuangJan N, Boonsiri C, et al. Factors related to health literacy in preventing Coronavirus 2019 of older adults in Bangkok metropolis. *Journal of Public Health Nursing*. 2022;36(1):39-52. (in Thai)
22. Li S, Cui G, Kaminga AC, Cheng S, Xu H. Associations between health literacy, eHealth literacy, and Covid-19–related health behaviors among Chinese College students: cross-sectional online study. *J Med Internet Res*. 2021;23(5):1-13.
23. Health Education Edition, Ministry of Public Health. Creating and assessing health literacy and health behaviors. Nonthaburi: Health education division; 2018.(in Thai)
24. Pattanasombutsook M. Validation of nursing research reports and proper Use of social science research instruments in publishing. *The Southern College Network journal of Nursing and Public Health*. 2020;8(2):329-43. (in Thai)



25. Numsarapadnuk R. Health literacy and preventive behaviors of COVID-19 among high school student, Nakhon Nayok Province. Sanpasitthiprasong Medical Journal. 2022;43(3):91-110. (in Thai)
26. Riiser K, Helseth S, Haraldstad K, Torbjørnsen A, Richardsen KR. Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. PLOS ONE 2020; 15(8):e0238161.
27. Wattanaburanon A, Sirichote M, Piyaaramwong P, Sattayathewa S. Perceptions and preventive behaviors of the Covid-19 among high school students in Bangkok, Thailand. Journal of Liberal Arts, Maejo University. 2021;9(1):36-49. (in Thai)
28. Taghrir MH, Borazjani R, Shiraly R. Covid-19 and Iranian Medical students; A survey on their related-knowledge, preventive behaviors and risk perception. Arch Iran Med. 2020;23(4):249-54.
29. Khampisut J. Health literacy and COVID-19 prevention behavior among students in Faculty of Education, Northern College. Academic Journal of Community Public Health. 2021;7(4):18-28. (in Thai)
30. Promphun N, Leung K, Kongsawat W, Sengna K, Meenakate P. Health literacy in the prevention of COVID-19 and new normal health behaviors of nursing students, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University. Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University. 2022;1(1):16-27. (in Thai)
31. Kittiboonthawal P, Chernchum J, Cheutong S. Health literacy and health behaviors of school-aged children. Journal of MCU Social Development. 2022;7(2):71-84. (in Thai)
32. Seangpraw K. Health education and health behavior. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018.(in Thai)
33. Waehayi H. Severity perception and preventive behavior on the Coronavirus disease-2019 among youth at Sateng-Nok Subdistrict, Muang District, Yala Province. Academic Journal of Community Public Health. 2020;6(4):158-68. (in Thai)
34. Wankrathok S, Watcharaach J. Factors related to health promotion behavior in junior high school students at educational service area office 18 Chon Buri Province. Journal of Police Nurses. 2018;10(1):132-41. (in Thai)
35. The Royal College of Pediatricians of Thailand. vaccination advice COVID-19 for children and adolescents 12 years and older and frequently asked questions [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 2]. Available from: <https://www.thaipediatics.org/?p=2545> (in Thai)



การศึกษาภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จังหวัดอุบลราชธานี

ลักขณา ชอบเสียง พย.ม.¹

สำเริง เทียนทอง ค.ม.²

ฉัตรสุดา กานกายนต์ พย.ม.¹

จตุพร จันทะพุกษ์ พย.ม.¹

(วันรับบทความ: 23 สิงหาคม พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 3 ตุลาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 12 ตุลาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การวิจัยแบบเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 190 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ (Nutrition Triage: NT 2013) วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีการหาความสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.71 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย โดยมีภาวะทุพโภชนาการในระดับเล็กน้อยมากที่สุด รองลงมาในระดับปานกลาง และระดับรุนแรงตามลำดับ จากการศึกษาสามารถนำข้อมูลมาออกแบบการดูแลการจัดการด้านอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม อันจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะทุพโภชนาการ โรคไตเรื้อรัง ประเมินภาวะโภชนาการ

¹อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Samrej66@gmail.com Tel: 065-095-8549



The Malnutrition Status of Patients with stage III - V Chronic Kidney Disease in Ubon Ratchathani Province

Lakhana Chopsiang M.N.S.¹

Samrej Tienthong M.Ed.²

Chatsuda Kankayant M.N.S.¹

Jatuporn Janthapuek M.N.S.¹

(Received Date: August 23, 2023, Revised Date: October 3, 2023, Accepted Date: October 12, 2023)

Abstract

Malnutrition is a common issue among patients with chronic kidney disease which can impact their life physically and mentally, as well as their lifestyle. This cross-sectional descriptive research aimed to investigate the nutritional status of individuals with chronic kidney disease in stages III to V in Ubon Ratchathani Province. The sample for this study was comprised of 190 patients with stage III-V chronic kidney disease. Participants were selected through multi-stage random sampling. The instruments employed in the study were a general information questionnaire and the Nutrition Triage (NT 2013) assessment. The reliability of the instrument was analyzed using Cronbach's alpha coefficient, which was determined to be 0.71. The statistical methods used for data analysis included descriptive statistics such as frequency distributions, percentages, means, and standard deviations.

The results of the study indicated that a significant number of patients with chronic kidney disease in stages III-V in Ubon Ratchathani Province were malnourished. The overall mean score was at a slight level, with the highest prevalence of slight malnutrition, followed by moderate and severe levels, respectively. The information from this study can be utilized to design appropriate food management and nutritional care interventions and regimens for patients with stage III-V chronic kidney disease which can potentially slow down the deterioration of their kidney function and effectively reduce further complications.

Keywords: malnutrition status, chronic kidney disease, nutrition assessment

¹Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Corresponding author, Email: Samrej66@gmail.com Tel: 065-095-8549



บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกรวมถึงประเทศไทยและมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 850 ล้านคน และจากรายงานภาระโรคในระดับโลก ในปี ค.ศ. 2018 ได้ประมาณการว่ามีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 1.2 ล้านคน ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2553 ถึงร้อยละ 32 และคาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 2.3–7.1 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยไตเรื้อรังถึงร้อยละ 17.6 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2563 หรือประมาณ 8 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย 2 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 10,000 คน² มีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมากกว่า 70,000 คน จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น³ สอดคล้องกับรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ 131,672 คน คิดเป็นร้อยละ 3.73 และ ร้อยละ 6.42 เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย⁴

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไตต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง มีผลกระทบทั้งทางกายและทางใจ การดำเนินชีวิตมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁵ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการดูแลด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสำคัญเป็นอย่างมาก พบว่าผู้ป่วยที่มีการควบคุมอาหารประเภทโปรตีนในปริมาณ 0.6 ถึง 0.8 กรัม/กิโลกรัม/วัน มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ควบคุมอาหารประเภทโปรตีน ร้อยละ 27 และสามารถชะลอการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายช้าลงได้ ร้อยละ 40⁶ และช่วยชะลอการบำบัดทดแทนไตได้ถึงร้อยละ 31⁷ ผู้ป่วยที่จำกัดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม/วัน ระดับความดันโลหิตจะคงที่^{8,9} เนื่องจากโซเดียมในร่างกายจำนวนมากเป็นเหตุให้ความดันโลหิตสูงขึ้นซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ไตเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว^{10,11} รวมถึงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่บริโภคอาหารที่มีโพแทสเซียมไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น^{12,13} และการจำกัดปริมาณโพแทสเซียมที่บริโภคมากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสที่จะได้รับอาหารที่มีประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรมีโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับฟอสเฟตในเลือดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิต โดยฟอสเฟตในเลือดที่เพิ่มขึ้นทุก 1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เพิ่มโอกาสเสียชีวิตร้อยละ 18 และสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตจนกลายเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายถึงร้อยละ 85¹⁴ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีการจัดการด้านอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมจะสามารถชะลอความเสื่อมของไต ลดการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้ช้าลง และช่วยชะลอการบำบัดทดแทนไต ในทางกลับกันผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการจัดการด้านอาหารไม่เหมาะสมจะส่งผลให้การทำงานของไตลดลง การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้เร็วขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับอาหารที่ไม่เพียงพอ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความอยากอาหารที่ลดลง อาการเบื่ออาหาร และยาที่รับประทานอาจส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้¹⁵

ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แต่อาจถูกละเลยจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของไต การดูแลรักษาที่ไม่ได้ประสิทธิภาพ การนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น การจัดการด้านอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นการคัดกรองโดยการประเมินภาวะโภชนาการตั้งแต่เริ่มแรกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จะช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ รวมถึงทำให้สามารถให้โภชนาการที่เหมาะสมได้ จะช่วยทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายในการรักษาตามมาได้¹⁶ โดยการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีทั้งหมด 4 แบบ คือ 1) แบบประเมิน Subjective global assessment (SGA) ส่วนใหญ่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม^{17,18} ข้อดีคือ สามารถทำได้ง่าย ราคาประหยัด และสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ข้อด้อยของ SGA คือเป็นการประเมินเฉพาะเรื่องสัดส่วนของร่างกายและการบริโภคอาหาร โดยไม่มีการประเมินทางชีวเคมีร่วมด้วย 2) แบบประเมิน Modified subjective global assessment (MSGA) เนื่องจากแบบประเมิน SGA มีปัญหาในการนำไปใช้ เพราะข้อคำถามแต่ละข้อมีความคลุมเครือและมีปัญหาการให้คะแนน จึงได้มีการดัดแปลงเกี่ยวกับข้อคำถาม



ของแบบประเมิน SGA และการให้คะแนน ทำให้แบบประเมิน MSGA ใช้งานง่าย¹⁹ 3) แบบประเมิน Malnutrition inflammation score (MIS) เป็นแบบประเมินที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม¹⁹ ข้อดีคือ ทำได้ง่าย สัมพันธ์กับอัตราการนอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย CKD และ 4) แบบประเมิน Nutrition Triage (NT 2013) เป็นแบบประเมินที่มีรายละเอียดมากขึ้น ประกอบด้วย การคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ (Nutrition screening) และการประเมินภาวะทุพโภชนาการ (Nutrition assessment) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้แนะนำให้ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 เพื่อหาความเสี่ยงที่จะส่งเสริมและป้องกันต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 มีเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้อง จึงอาจทำให้การจัดการด้านอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และข้อเสนอแนะของ The Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) เสนอแนะว่าควรให้มีการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ทุกสองปี และประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยล้างไตภายใน 90 วันของการล้างไตและควรมีการประเมินทุกหนึ่งปี²⁰ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยไตเรื้อรังจำนวน 30,861 คน อัตราความชุก 1,651.60 ต่อแสนประชากร โดยเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 5 จำนวน 22,538 คน คิดเป็นร้อยละ 73⁴ และพบว่ายังไม่เคยมีข้อมูลและการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-5 ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้คณะผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะในระยะที่ 3-5 ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางการออกแบบการดูแลการจัดการด้านอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม อันจะส่งผลต่อการชะลอความเสื่อมของไต ลดภาวะแทรกซ้อนและลดการบำบัดทดแทนไต รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ (Nutrition assessment) จากแบบประเมิน-คัดกรองภาวะทุพโภชนาการ NT 2013²¹ โดยมีองค์ประกอบการประเมิน จำนวน 8 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ประวัติการรับประทานอาหารและสารอาหาร 2) การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว 3) ภาวะบวม น้ำ (Fluid accumulation) 4) ระดับการสูญเสียมวลไขมัน (Body fat loss) 5) ระดับการสูญเสียกล้ามเนื้อ (Muscle loss) 6) สมรรถภาพกล้ามเนื้อ 7) ประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (≥ 3 เดือน) และ 8) ประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือกึ่งเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานีปี พ.ศ.2565 จำนวนทั้งหมด 22,538 คน⁴



กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 5 มีค่าอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) น้อยกว่า 60 mL/min/1.73 m² และไม่ได้ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์, สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณเพื่อประมาณค่าสัดส่วน²²

$$n = \frac{NZ^2 \alpha/2 P(1-P)}{d^2(N-1) + Z^2 \alpha/2 P(1-P)} \quad n = 186.283 \approx 187 \text{ คน}$$

โดยแทนค่าในสูตรดังนี้ $Z^2 \alpha/2$ = ความเชื่อมั่นที่กำหนด = 1.96, P = สัดส่วนความชุก = 0.815, d = Precision = 0.05

N = จำนวนประชากร = 22,538 คน

การศึกษานี้ใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 190 คน จากนั้นได้ทำการสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้ ขั้นที่ 1 สุ่มอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากตามเขตบริการ เขตละ 1 อำเภอ โดยแบ่งเป็น 4 เขตบริการ เขตบริการที่ 1 มี 6 อำเภอ เขตบริการที่ 2 มี 6 อำเภอ เขตบริการที่ 3 มี 7 อำเภอ และเขตบริการที่ 4 มี 6 อำเภอ, ขั้นที่ 2 สุ่มตำบลในอำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลาก อำเภอละ 1 ตำบล ได้จำนวน 4 ตำบล, ขั้นที่ 3 สุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ทั้งเพศหญิงและชายที่มีค่า eGFR น้อยกว่า 60 mL/min/1.73 m² ในแต่ละตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย และใช้วิธีการจับสลาก โดยเทียบบัญชีรายชื่อตามจำนวนตัวอย่างแต่ละตำบลให้ได้ตามจำนวนที่ต้องการทั้งหมด

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบ ด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว โรคร่วม ยาที่รับประทานเป็นประจำ และดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ (Nutrition assessment) จากแบบประเมิน NT 2013²¹ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ประวัติการได้รับอาหารหรือสารอาหาร (คะแนน 0-4) องค์ประกอบที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว (คะแนน 0-3) องค์ประกอบที่ 3 ภาวะบวม น้ำ (Fluid accumulation: edema) (คะแนน 0-3) องค์ประกอบที่ 4 ระดับการสูญเสียมวลไขมัน (Body fat loss) (คะแนน 0-3) องค์ประกอบที่ 5 ระดับการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (Muscle loss) (คะแนน 0-3) องค์ประกอบที่ 6 สมรรถภาพกล้ามเนื้อ (คะแนน 0-3) องค์ประกอบที่ 7 ประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (คะแนน 0-3) และองค์ประกอบที่ 8 ประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ กึ่งเฉียบพลัน (คะแนน 0-3)

การแปลผล สรุปคะแนนรวมผลคะแนนการประเมินทั้ง 8 องค์ประกอบ และจำแนกระดับภาวะทุพโภชนาการ ดังนี้

- ระดับ NT-1 (0-4 คะแนน) : ไม่มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีเพียงปัจจัยเสี่ยง
- ระดับ NT-2 (5-7 คะแนน) : มีภาวะทุพโภชนาการระดับเล็กน้อย
- ระดับ NT-3 (8-10 คะแนน) : มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง
- ระดับ NT-4 (> 10 คะแนน) : มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ (Nutrition assessment) จากแบบประเมิน-คัดกรองภาวะทุพโภชนาการ NT 2013 โดยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษาจำนวน 30 ราย หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.71



การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 1/2566 ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทำบันทึกข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการทำการศึกษานี้ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการรวบรวมข้อมูล และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วม วิจัยจะเก็บเป็นความลับและมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบประเมินโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และประเมินอาสาสมัคร หลังจากนั้นบันทึกคำตอบลงใน แบบสอบถามและแบบประเมิน การตรวจสอบความครบถ้วน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.20) มีอายุเฉลี่ย 69.91 ปี (S.D. = 10.51) ช่วงอายุที่พบ มากที่สุด 60-69 ปี (ร้อยละ 42.10) รองลงมาคืออายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 27.90) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) เกินครึ่งมี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 68.40) รองลงมาคือ สถานภาพ หม้าย (ร้อยละ 20) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาจบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85.80) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 8.40) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำไร่/ทำสวน (ร้อยละ 72.60) รองลงมาคือ ไม่ได้ ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 19.50) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 31.10) รองลงมาคือรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001-2,000 บาท (ร้อยละ 30) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (Stage 3) (ร้อยละ 65.30) รองลงมา คือ โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (Stage 4) (ร้อยละ 32.60) และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (Stage 5) (ร้อยละ 2.10) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคร่วม เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 55.30) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 50) ยาที่รับประทานเป็นประจำส่วนใหญ่เป็นยาลด ระดับน้ำตาลในเลือด (ร้อยละ 55.30) รองลงมาเป็นยาลดความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 50) มีค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) เฉลี่ย 23.80 (S.D. = 3.75) ส่วนใหญ่มีค่า BMI อยู่ในช่วง 18.50 - 22.90 อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 41.10) รองลงมาค่า BMI อยู่ระหว่างช่วง 25 - 22.90 อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับที่ 1 (ร้อยละ 25.80) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 5 จำแนกตามข้อมูลทั่วไป จำนวน (n= 190)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n=190)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	70	36.80
หญิง	120	63.20
2. อายุ		
30-39	2	1.10
40- 49	5	2.60
50-59	18	9.50



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n=190)	ร้อยละ
60-69	80	42.10
70-79	53	27.90
80-89	27	14.20
90-99	5	2.60
Mean = 69.91, S.D. = 10.51		
3. ศาสนา		
พุทธ	190	100
4. สถานภาพ		
โสด	10	5.30
สมรส	130	68.40
ม่าย	38	20
หย่าร้าง	5	2.60
แยกกันอยู่	7	3.70
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	11	5.80
ประถมศึกษา	163	85.80
มัธยมศึกษา	16	8.40
6. อาชีพในปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	37	19.50
แม่บ้าน	8	4.20
รับจ้าง	3	1.60
ทำไร่/ทำสวน	138	72.60
อื่นๆ	4	2.10
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	1	0.50
น้อยกว่า 1,000 บาท	59	31.10
1,001-2,000 บาท	57	30
2,001-3,000 บาท	47	24.70
3,001-4,000 บาท	7	3.70
4,001-5,000 บาท	6	3.20
5,001 บาทขึ้นไป	13	6.80
8. โรคประจำตัว		
โรคไตเรื้อรัง		
ระยะที่ 3 (stage III)	124	65.30
ระยะที่ 4 (stage IV)	62	32.60
ระยะที่ 5 (stage V)	4	2.10



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n=190)	ร้อยละ
9. โรคร่วม		
โรคกระดูกและข้อ	3	1.60
โรคความดันโลหิตสูง	95	50
โรคเบาหวาน	105	55.30
โรคไขมันในเลือดสูง	53	27.90
โรคหัวใจ	10	5.30
โรคต่อมหมวกไต	1	0.50
โรคเก๊าท์	4	2.10
10. ยาที่รับประทานเป็นประจำ		
ยาแก้ปวด	3	1.60
ยาลดความดันโลหิต	95	50
ยารักษาโรคไขมันในเลือดสูง	53	27.90
ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด	105	55.30
ยารักษาโรคหัวใจ	10	5.30
ยารักษาโรคหอบหืด	1	0.50
11. ดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI)		
น้อยกว่า 18.50 (อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยหรือผอม)	10	5.30
18.50 - 22.90 (อยู่ในเกณฑ์ปกติ)	77	40.50
23 - 24.90 (น้ำหนักเกิน)	42	22.10
25 - 29.90 (โรคอ้วน ระดับที่1)	52	27.40
30 ขึ้นไป (โรคอ้วน ระดับที่2)	9	4.70
Mean = 23.80, S.D. = 3.75		

2. ภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่3-5 ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี

ภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ในเขตจังหวัดอุบลราชธานีส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการ (ร้อยละ 98.95) มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย (Mean = 7.52, S.D. = 2.76) และเมื่อพิจารณาระดับ พบว่ามีภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับเล็กน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 62.10) รองลงมาคือ มีภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 23.16) และมีภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับรุนแรง (ร้อยละ 13.68) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี (n = 190)

ภาวะทุพโภชนาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ	2	1.05
มีภาวะทุพโภชนาการ	188	98.95



ตารางที่ 3 ระดับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี (n =190)

ระดับภาวะทุพโภชนาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
NT-1 (0-4 คะแนน)	2	1.06	ไม่มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีเพียงปัจจัยเสี่ยง
NT-2 (5-7 คะแนน)	118	62.10	มีภาวะทุพโภชนาการระดับเล็กน้อย
NT-3 (8-10 คะแนน)	44	23.16	มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง
NT-4 (มากกว่า 10 คะแนน)	26	13.68	มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง
รวม	190	100	
Mean = 7.52, S.D. =2.76			

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 5 จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีคำถามการวิจัย คือ ภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 5 จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร ศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 190 ราย ที่มีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี อภิปรายผลการศึกษาตามคำถามการวิจัยดังนี้

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ในเขตจังหวัดอุบลราชธานีส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการ (ร้อยละ 98.95) โดยมีภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับเล็กน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 62.10) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 23.16) และระดับรุนแรง (ร้อยละ 13.68) ตามลำดับ ซึ่งจากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้านทุพโภชนาการที่ชัดเจนขึ้น และจากการวิจัยยังพบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงถึงร้อยละ 36.90 โดยผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 86.80 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.91 ปี เพราะเมื่ออายุเพิ่มขึ้นการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ จะเสื่อมลงโดยเฉพาะวัยสูงอายุไตจะทำงานลดลงเนื่องจากขนาดและจำนวนหน่วยไตที่ทำงานได้ลดลง ร่วมกับปริมาณเลือดมาเลี้ยงไตลดลง ซึ่งปกติไตจะทำงานที่อย่างคงที่ตั้งแต่ทารกจนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไปอัตราการกรองที่ไตจะลดลง $1 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ²³ และยังพบว่าโครงสร้างของไตมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงไตจะลดลงร้อยละ 1 และเมื่ออายุ 70 ปี หน้าที่ไตจะลดลงร้อยละ 50 หรือมากกว่า ผลที่ตามมาจากเลือดมาเลี้ยงไตลดลงและการสูญเสียหน่วยไตส่งผลให้อัตราการกรองลดลง²⁴ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดไตเสื่อมสูงมากเมื่อมีการใช้ยาที่มีพิษทำลายไตหรือมีโรคที่ทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นไตจะยิ่งส่งผลให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น จะเห็นได้ว่าเมื่ออายุ 30 ปี ขึ้นไปไตจะเสื่อมลงเรื่อย ๆ ดังนั้นคนที่มีอายุมากกว่า 30 ปีจึงถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อไตเสื่อม²⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของมณีนรัตน์ จีรปภา²⁶ พบว่าปัจจัยส่งเสริมให้เกิดไตเสื่อมเร็วขึ้นที่สำคัญ ประกอบด้วย อายุ เพศ กรรมพันธุ์ ซึ่งความเสี่ยงของไตเสื่อมจะขึ้นกับอายุโดยเมื่ออายุมากกว่า 60 ปี จะมีความเสี่ยงเป็น 4 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอายุน้อยกว่า 60 ปี²⁷ และในแต่ละช่วงวัย ความชุกของไตเสื่อมจะเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เมื่ออายุมากกว่า 30 ปีพบไตเสื่อมร้อยละ 7.20 อายุมากกว่า 64 ปี พบถึงร้อยละ 24 ถึง 35.80²³ จะเห็นได้ว่าการทำงานไตจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และเมื่ออายุเพิ่มขึ้นผนังหลอดเลือดจะหนาขึ้นทำให้หลอดเลือดตีบแคบส่งผลต่อไตขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้การทำงานของไตลดลง จึงต้องได้รับการประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 นอกจากนี้ การมีโรคประจำตัว การใช้ยาโรคเป็นประจำ ซึ่งยาหลายชนิดมีผลต่อการทำงานของไต เช่น ยาลดความดันโลหิตบางชนิด มีผลข้างเคียงที่ทำให้ปัสสาวะบ่อยเป็นต้น จากการศึกษาของ Kamyar และ Fouque²⁸ และ International Society of Renal Nutrition and Metabolism (ISRNM) อ้างถึงใน ศิริินทร์ จิวากานนท์และคณะ¹⁶ แนะนำว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับการประเมินภาวะทุพโภชนาการและได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการทุก 1 ถึง 3 เดือน และ National Kidney Foundation (NKF) อ้างถึงใน ศิริินทร์ จิวากานนท์และคณะ¹⁶ แนะนำว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (eGFR 30 ถึง 59 ml/min/1.73 m^2) ควรได้รับการประเมินภาวะโภชนาการทุก 6 ถึง 12 เดือนและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5



(eGFR น้อยกว่า 30 ml/min/1.73 m²) ควรได้รับการประเมินภาวะโภชนาการทุก 1 ถึง 3 เดือน การประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรเป็นแบบบูรณาการและสม่ำเสมอประกอบด้วย การวัดมวลร่างกาย (Body mass), วัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric parameters), ตรวจทางชีวเคมี (Biochemical markers) และประเมินการบริโภคอาหาร (Dietary intake) จากการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 98.95 และมีผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงถึงร้อยละ 36.90 สอดคล้องกับการศึกษาของ Oladele และคณะ²⁹ ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไตจำนวน 66 ราย พบว่า 4 ราย สูญเสียน้ำหนักมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัว ผู้ป่วย 8 ราย (ร้อยละ 12.1) มีดัชนีมวลกาย (BMI) ต่ำ (<20 กก./ตร.ม.) ผู้ป่วย 7 ราย (ร้อยละ 10.6) มีซีรั่มอัลบูมินน้อยกว่า 3 g/dL จากการประเมินภาวะทุพโภชนาการด้วยแบบประเมิน SGA พบว่ามีภาวะทุพโภชนาการ 30 ราย (ร้อยละ 46) ซึ่งเป็นความชุกที่พบในระดับสูง สอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการถึงร้อยละ 98.95 ซึ่งเป็นความชุกที่พบในระดับสูงเช่นกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการศึกษา ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่ ให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 5 เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยและลดความเสี่ยงทางด้านภาวะโภชนาการของผู้ป่วย
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการ โดยมีภาวะทุพโภชนาการตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรง ดังนั้นทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรนำข้อมูลนี้ไปออกแบบพัฒนาแนวทาง/แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะทุพโภชนาการตามระดับความรุนแรง ดังนี้ ผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงควรติดตามประเมินทุก 6 - 8 สัปดาห์ ระดับเล็กน้อยควรติดตามประเมินทุก 4 - 6 สัปดาห์ ระดับปานกลางควรเริ่มให้โภชนบำบัดและติดตามประเมินทุก 3 - 7 วัน ส่วนผู้ที่มีระดับรุนแรง พิจารณาส่งปรึกษาทีมโภชนบำบัด
3. ด้านการวิจัย ควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 - 5 และศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 - 5 เพื่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-5 ในลำดับต่อไป หรือ ศึกษาภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการรูปแบบอื่นๆ

References

1. Jha V, Modi GK. Getting to know the enemy better: the global burden of chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2018;94(3):462-4.
2. Kanjanabuch T, Takkavatakarn K. Global Dialysis Perspective: Thailand. *Kidney360.* 2020;1(7):671-5.
3. Subcommittee for Prevention Chronic Kidney Disease The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in Adults 2022. (Revised edition). Bangkok: Srimuang Publishers; 2022. (In Thai)
4. Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. General information and health information Ubon Ratchathani Province. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 05]. Available from http://demo.phoubon.in.th/?page_id=319 (in Thai)
5. Chinnoros S, Depanya C. Quality of life and effecting factors in patients undergoing dialysis: a comparative study. *Journal of Health and Health Management.* 2020;6(2):40-54. (in Thai)
6. Stauffer ME, Fan T. Prevalence of anemia in chronic kidney disease in the United States. *PloS One.* 2014;9(1):e84943.



7. Clark EC, Nath KA, Hostetter MK, Hostetter TH. Role of ammonia in tubulointerstitial injury. *Miner Electrolyte Metab.* 1990;16(5):315-21.
8. Shi H, Su X, Li C, Guo W, Wang L. Effect of a low-salt diet on chronic kidney disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2022;12(1): e050843.
9. Waritsakul R. Dietary management for slow progression in patients with diabetic kidney disease. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2014;15(1):22-8. (in Thai)
10. Grillo A, Salvi L, Coruzzi P, Salvi P, Parati G. Sodium intake and hypertension. *Nutrients.* 2019;11(9):1-16.
11. Filippini T, Malavolti M, Whelton PK, Vinceti M. Sodium intake and risk of hypertension: a systematic review and dose-response meta-analysis of observational cohort studies. *Curr Hypertens Rep.* 2022;24(5):133-44.
12. Nakhoul GN, Huang H, Arrigain S, Jolly SE, Schold JD, Nally JV, et al. Serum potassium, end stage renal disease and mortality in chronic kidney disease. *Am J Nephrol.* 2015;41(6):456-63.
13. Chen Y, Sang Y, Ballew SH, Tin A, Chang AR, Matsushita K, et al. Race, serum potassium, and associations with ESRD and mortality. *Am J Kidney Dis.* 2017;70(2):244-51.
14. Zoccali C, Ruggenenti P, Perna A, Leonardis D, Tripepi R, Tripepi G, et al. Phosphate may promote CKD progression and attenuate renoprotective effect of ACE inhibition. *J Am Soc Nephrol.* 2011;22(10):1923-30.
15. Puengchompoo W. Situation of palliative care in Thai elderly patients with end stage renal disease. *Nursing Journal.* 2014;41(4):166-77. (in Thai)
16. Jiwakanon S, Warodomwichit D, Supasyndh O, Chattranukulchai P, Pisprasert V, Nongnuch A, et al. Clinical practice recommendation for nutritional management in adult kidney patients 2018. *Journal of The Society of Parenteral and Enteral Nutrition of Thailand.* 2020;28(2):18-67. (in Thai)
17. Chinnoros S, Khueankham P, Channorm P. Factors predicting malnutrition in hemodialysis patients. *Journal of Health and Health Management.* 2021;7(2):93-100. (in Thai)
18. Ruju K, Bahadur BN, Kumar KR. Nutritional status of out-patient hemodialysis patients in a hospital-based hemodialysis centre in Nepal. *Nep Med J.* 2018;1(1):12-6.
19. Harvinder GS, Swee WC, Karupaiah T, Sahathevan S, Chinna K, Ahmad G, et al. Dialysis malnutrition and malnutrition inflammation scores: screening tools for prediction of dialysis-related protein-energy wasting in Malaysia. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2016;25(1):26-33.
20. The Kidney Disease Improving Global Outcomes . KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2020;98(4):1-115.
21. Prammanasudh B, Trakulhoon V. NT 2013: a recommended nutrition screening and nutrition format for practical clinical use in hospitalized patients in Thailand. *The Thai journal of surgery.* 2019;40(4):107-16. (In Thai)
22. Kaewsombut K, Sujimongkol C. Concept review of sample size calculation: a step-by-step guide. *Journal of the Loei Provincial Public Health Office.* 2023;1(1):30-5. (In Thai)



23. Umeukeje EM, Koonce TY, Kusnoor SV, Ulasi II, Kostelanez S, Williams AM, et al. Systematic review of international studies evaluating MDRD and CKD-EPI estimated glomerular filtration rate (eGFR) equations in black adults. PLoS One. 2022;17(10):e0276252.
24. Torreggiani M, Chatrenet A, Fois A, Moio MR, Mazé B, Coindre JP, et al. Elderly patients in a large nephrology unit: who are our old, old-old and oldest-old patients?. J Clin Med. 2021;10(6):11-68.
25. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. Kidney Int Suppl (2011). 2022;12(1):7-11.
26. Jirubapa M. The slowly progressive chronic kidney disease from adult to elder persons. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2014;20(2):5-16. (in Thai)
27. hrestha DB, Budhathoki P, Sedhai YR, Baniya R, Gaire S, Adhikari Y, et al. Prevalence of chronic kidney disease, its risk factors and outcome in nepal: a systematic review and meta-analysis. J Nepal Health Res Counc. 2021;19(2):230-8.
28. Kamyar KZ, Fouque D. Nutritional management of chronic kidney disease. N Engl J Med. 2017;377(18):1765-76.
29. Oladele CO, Unuigbo E, Chukwuonye II, Obi EC, Ohagwu KA, Oladele G, et al. Assessment of nutritional status in patients with chronic kidney disease in Nigeria. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2021;32(2):445-54.



ความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดแม่ฮ่องสอน: การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายเหตุการณ์สำคัญ

อัญชลี คงอ้าย พย.ม.¹ ประวีดา คำแดง พย.ม.^{2,3}
ถาวร ล่อกา พร.ด.¹ พีรพรรณ อภิวงศ์วาร พย.ม.¹
สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ พธ.ด.¹ ปรีศนา นวลบุญเรือง พย.ด.¹
อมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์ พร.ด.¹

(วันรับบทความ: 11 กันยายน พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 10 พฤศจิกายน พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเอง ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 14 ราย ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ

ผลการวิจัยในมิติของการจัดการตนเองพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาตามที่บุคลากรสุขภาพหรือผู้ดูแลแนะนำประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ช่วยให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังขาดการวางแผนการดูแล การตรวจสอบแผน และการปรับเปลี่ยนวิธีการ ในมิติของความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้สูงอายุยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นและการจัดการ ไม่สามารถสอบถามบุคลากรสุขภาพได้เมื่อมีข้อสงสัย โดยมีอุปสรรค ได้แก่ ไม่สามารถเข้าใจข้อมูลที่ซับซ้อน และสภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึง เข้าใจข้อมูล และการจัดการตนเอง ครอบครัวจึงต้องให้การสนับสนุนและความช่วยเหลือผู้สูงอายุค่อนข้างมาก การมีส่วนร่วมทางอารมณ์และการมีส่วนร่วมทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นจุดแข็งของระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีอยู่ในขณะที่การมีส่วนร่วมทางสติปัญญา การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมเชิงพฤติกรรมยังเป็นข้อจำกัดที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาพยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยสอดแทรกกระบวนการความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูง และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความเท่าทันสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเอง ผู้สูงอายุ การสร้างการมีส่วนร่วม

¹อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: praveda_kam@cmru.ac.th Tel: 096-0160559



Hypertension Literacy and Self-Management among Older Persons Living with Hypertension, Mae Hong Son Province: A Critical Incident Technique Qualitative Study

Anchalee Kongai M.N.S¹ Praveda Kamdaeng M.N.S^{2,3}

Thaworn Lorga PhD¹ Peeraphan Apiwongworn M.N.S¹

Somsri Satjasakulrat D.B.¹ Prissana Naunboonruang D.S.N.¹

Amornrat Anuwatnonthakate PhD¹

(Received Date: September 11, 2023, Revised Date: November 2, 2023, Accepted Date: November 10, 2023)

Abstract

This qualitative research aimed to explore hypertension literacy and self-management among older persons with hypertension in Mae Hong Son province, Thailand. Data were collected through semi-structured, in-depth interviews with 14 older people meeting the research criteria. Data were analyzed using critical incident techniques.

Findings: In terms of self-management, most of the older persons adhered to the treatment and care regimens as advised by their healthcare professionals or caregivers. Perceived severity of hypertension and complications prompted their cooperation. However, they lacked the ability to plan, monitor and adjust the plan. Regarding hypertension literacy, older persons demonstrated a lack of understanding about their condition and its management, making it difficult for them to seek clarification from healthcare professionals when having doubts. Obstacles included difficulty comprehending complex information and physical limitations which hindered access to, and understanding of, information and self-management resources. Self-management support provided for the older persons by the family was highly needed. Emotional and sociocultural engagement represented the strengths of their existing self-management support; whereas the level cognitive, agentic, and behavioral engagement needed improvement. A self-management support program which incorporates hypertension literacy and patient engagement should be developed to help older persons living with hypertension to self-manage their hypertension more effectively.

Keywords: health literacy, hypertension, self-management, older persons, engagement

¹Instructor, Faculty of Nursing, Chiangmai Rajabhat University, Mae Hong Son Campus

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiangmai Rajabhat University, Mae Hong Son Campus

³Corresponding author E-mail: praveda_kam@cmru.ac.th Tel: 096-0160559



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลกเนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสังคมในระยะยาว โรคความดันโลหิตสูงสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จากอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 อยู่ที่ร้อยละ 14.50 เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 14.20 ในปี พ.ศ. 2563¹ ซึ่งสถานการณ์ของจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้นเกิดเนื่องมาจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้คนเปลี่ยนแปลง² การเกิดโรคความดันโลหิตสูงหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอันส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว และหากเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น อาจส่งผลกระทบต่อระบบแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้³

ที่ผ่านมาแม้ว่าหน่วยงานการบริการด้านสุขภาพจะให้ความสำคัญในการจัดการโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง การจัดการกับโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ประสบผลสำเร็จมากนัก การขาดการสร้างความมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Patient engagement) ในการจัดการโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้การจัดการโรคความดันโลหิตสูงไม่ประสบความสำเร็จ⁴ โดยทั่วไปสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ผ่านมามักอยู่ในรูปแบบการสั่งการ (Authoritative) มากกว่าการมีส่วนร่วม (Collaborative) กล่าวคือบุคลากรสุขภาพเป็นผู้กำหนดและควบคุมการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์และการพยาบาล จึงมีการกำหนดเป้าหมาย การวางแผน และให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำโดยผู้ป่วยไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือวางแผนการจัดการตนเอง⁵ อย่างไรก็ตามเนื่องด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการกับอารมณ์⁶ การต้องปฏิบัติตามคำสั่งแผนการรักษาโดยไม่ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นถึงปัญหาและอุปสรรคในการประยุกต์ใช้ให้เข้ากับตนเอง เมื่อประสบกับปัญหาและอุปสรรคระหว่างการนำไปปฏิบัติในสภาพแวดล้อมที่ต้องเผชิญจึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ใจเพิ่มมากขึ้น⁷ จนบางครั้งอาจปฏิเสธการให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองที่เป็นจริงเนื่องจากกลัวการถูกตำหนิจากผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของพยาบาล การสร้างความมีส่วนร่วมของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเท่าทันต่อสุขภาพ (Health literacy) และส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองตนเอง (Self-management) นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้⁸⁻¹⁰

ความเท่าทันต่อสุขภาพและการจัดการตนเองตนเองเป็นแนวคิดเชิงกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพและการจัดการโรคเรื้อรังเนื่องจากการส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมอย่างรอบรู้และจริงจัง (Informed and activated participation) ในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยความเท่าทันต่อสุขภาพเป็นกระบวนการที่ประกอบไปด้วยการเข้าถึงข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ (Accessing) การทำความเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง (Apprehending) การสอบถามและปรึกษาบุคลากรสุขภาพเพื่อให้เกิดความกระจ่างชัดในประเด็นที่สงสัย (Asking) การประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานความเข้าใจอย่างถ่องแท้ (Applying) การทบทวนและประเมินผลการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ (Appraising) การปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง (Adapting) และการชักชวนให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญและลงมือปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ (Advocating)¹¹ สำหรับการจัดการตนเองนั้นประกอบด้วย การวางแผนการดูแลตนเองทั้งในมิติการกำหนดเป้าหมาย วิธีการ และสิ่งสนับสนุน (Planning) การลงมือปฏิบัติตามแผน (Doing) การทบทวนและตรวจสอบผลลัพธ์และแผน (Checking) และการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตนเอง (Action)^{12,13} ทั้งนี้พบว่าความเท่าทันด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเอง¹⁴⁻¹⁶ โดยที่การสร้าง ความเท่าทันด้านสุขภาพจะช่วยให้กระบวนการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเต็มศักยภาพ อีกนัยหนึ่งคือการบูรณาการกระบวนการความเท่าทันด้านสุขภาพเข้ากับกระบวนการจัดการตนเองจะช่วยให้การจัดการสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงขึ้นอันเป็นส่วนสำคัญในการยกระดับขีดความสามารถในการควบคุมภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดีขึ้น¹⁷ กล่าวคือการวางแผนการจัดการสุขภาพตนเองที่ดีต้องอาศัยการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจกับภาวะสุขภาพของตนเองและการสอบถามและปรึกษาให้เกิดความกระจ่างแจ้งเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ การกำหนดเป้าหมายและ



วิธีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับปัญหาและสถานการณ์ของตนเอง รวมถึงการแสวงหาทรัพยากรสนับสนุนการดูแลสุขภาพ จากนั้น นำแผนการดูแลสุขภาพสู่การปฏิบัติควบคู่ไปกับการทบทวนและตรวจสอบผลลัพธ์และแผน มีการปรับเป้าหมายและวิธีการเป็นระยะ ๆ และเมื่อประสบความสำเร็จสามารถเป็นต้นแบบให้กับผู้อื่นได้

การพัฒนาความเท่าทันต่อสุขภาพ และทักษะการจัดการตนเองตนเองมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มวัยอื่น¹⁸ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจวาย และโรคไตวายเรื้อรัง รวมถึงโรคหลอดเลือดในสมอง¹⁹ ที่อาจทำให้เกิดอัมพาต สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เกิดภาวะพึ่งพิงต่อครอบครัว อย่างไรก็ตามการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและทำได้ยาก²⁰⁻²³ เนื่องการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในวัยสูงอายุ เช่น การแข็งตัวของหลอดเลือดที่ส่งผลต่อระบบอัตโนมัติในการควบคุมแรงดันในหลอดเลือด ความสามารถในการรับรสเค็มที่ลดลงทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะรับประทานเกลือเกินกว่าที่กำหนด ความพิการด้านการเคลื่อนไหวที่นำไปสู่ข้อจำกัดในการมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย การมีโรคร่วมหลายโรคซึ่งทำให้เกิดภาระในการจัดการ รวมถึงข้อจำกัดในการอ่านออกเขียนได้และความสามารถในการมองเห็นและการได้ยินที่ลดลงล้วนทำให้เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกเหงาว่าเหว และภาวะซึมเศร้าที่พบได้บ่อยในวัยสูงอายุอาจทำให้ผู้สูงอายุขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองและขาดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการดูแล นอกจากนี้ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การขาดผู้ดูแลและการขาดวัสดุอุปกรณ์จำเป็น เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลได้ หรือไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทันเวลา

เมื่อพิจารณาปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวแล้ว ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอนมีโอกาที่จะประสบปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตและการจัดการโรคเช่นเดียวกับผู้สูงอายุทั่วไป แต่อาจมี ปัญหาและอุปสรรคอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ และอุปสรรคด้านภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร พื้นที่ส่วนใหญ่ของแม่ฮ่องสอนมีลักษณะเป็นทิวเขาสูงสลับซับซ้อน การคมนาคมและการเดินทางยากลำบาก การเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์พร้อมใช้ต้องใช้เวลานานเนื่องจากสถานพยาบาลตั้งอยู่ไกลจากพื้นที่ในชุมชนที่อยู่อาศัยมีอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้สูงอายุ เนื่องจากภาษาที่ผู้สูงอายุในพื้นที่ใช้มีความหลากหลาย ได้แก่ ไทยใหญ่ซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของจังหวัด และกลุ่มชาติพันธุ์ เช่น กะเหรี่ยง จีนยูนนาน ลahu ลีซอ ลัวะ ม้ง ปะโอ เป็นต้น ซึ่งความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพและอุปสรรคด้านการสื่อสารล้วนส่งผลต่อความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูง และการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ²⁴ อย่างไรก็ตามในบริบทของจังหวัดแม่ฮ่องสอนยังไม่ปรากฏว่ามีการศึกษาวิจัยความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูง และการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีทักษะความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงและสามารถจัดการตนเองได้ดีมากน้อยเพียงใด และมีอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคต่อความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเอง ผลการวิจัยจะนำไปสู่การออกแบบกระบวนการและ กิจกรรมการส่งเสริมความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนการจัดการตนเองที่สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดแม่ฮ่องสอนภายใต้ความร่วมมือกับผู้ป่วยต่อไป โดยการวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุเชื้อสายไทยใหญ่ซึ่งเป็นเชื้อสายที่มีประชากรมากที่สุดของจังหวัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุเชื้อสายไทยใหญ่ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดแม่ฮ่องสอน



ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเอง ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 14 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งศึกษาเหตุการณ์สำคัญ (Critical incident technique) ตามแนวคิดของ Flanagan²⁵ เพื่อค้นหาข้ออธิบายสถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรือน่าสนใจ โดยเหตุการณ์สำคัญ (Critical incident) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่ออธิบายความเป็นเหตุและผลของความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษา เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สื่อสารภาษาไทยได้ ยินดีให้สัมภาษณ์ และผู้ให้ข้อมูลต้องมีการรับรู้สถานที่และวันเวลาซึ่งเป็นการคัดกรองภาวะความจำอย่างง่าย โดยวางแผนเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ 10 – 15 คน หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลเพียงพอสำหรับการอธิบายประเด็นการวิจัยที่สนใจ (Conceptual completeness)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแนวคำถาม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านประสบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแต่ละขั้นตอนของการจัดการตนเองอย่างไร 2) อะไรที่ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแต่ละขั้นตอนของการจัดการตนเอง 3) ท่านจัดการปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแต่ละขั้นตอนของการจัดการตนเองอย่างไร 4) ท่านประสบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแต่ละขั้นตอนของการสร้างความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร 5) อะไรที่ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแต่ละขั้นตอนของการสร้างความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูง และ 6) ท่านจัดการปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแต่ละขั้นตอนของการสร้างความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูง และการจัดการตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมเนื้อหาให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยก่อนการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่เพื่อพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเอกสารหมายเลขรับรอง IRBCMRU 2023/229.07.06 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานด้านโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในพื้นที่ที่ไม่มีส่วนได้เสียกับการวิจัยในครั้งนี้เพื่อขอเข้าถึงรายชื่อผู้สูงอายุที่สนใจให้ข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กับผู้สูงอายุที่สนใจในวันและเวลาที่ผู้สูงอายุสะดวก และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และเน้นว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ขออนุญาตบันทึกเสียงสัมภาษณ์และเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยประเมินความพร้อมด้านร่างกายของผู้สูงอายุและโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีความดันโลหิตสูงระหว่าง



การสัมภาษณ์ โดยการวัดความดันโลหิตและสอบถามเกี่ยวกับอาการของโรคความดันโลหิตสูง หากพบว่ามีค่าความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 mmHg จะงดการสัมภาษณ์ ให้นอนพักและให้ค่าปรึกษาและแนะนำการส่งต่อการดูแล นอกจากนี้มีการสังเกตอาการระหว่างการสัมภาษณ์ และให้ผู้สูงอายุพักเป็นช่วง ๆ เพื่อป้องกันอาการเหนื่อยล้า หลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการถอดเทปโดยจะไม่ปรากฏชื่อของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้บริหารขอขออนุญาตด้านโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในพื้นที่และสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
2. เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง เป็นรายบุคคล ใช้เวลา 30-45 นาที รายละ 1 ครั้ง สัมภาษณ์โดยใช้ภาษาเหนือ (คำเมือง) เนื่องจากเป็นภาษาที่ผู้สัมภาษณ์และผู้สูงอายุเชื้อสายไทยใหญ่สามารถสื่อสารได้ ตามแนวคำถาม ระหว่างการสนทนาผู้วิจัยจับประเด็นของข้อมูลและบันทึกโดยการสรุปสั้น ๆ พร้อมทั้งขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเทปสนทนาภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการถอดเทปการสนทนาและพิมพ์เป็นอักษรแบบคำต่อคำ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล 3 ช่วง โดยช่วงที่ 1 เก็บข้อมูล 5 คนแรกและทำการวิเคราะห์ข้อมูล ช่วงที่ 2 เก็บข้อมูลอีก 5 คน และทำการวิเคราะห์ข้อมูล และช่วงที่ 3 เก็บข้อมูล 4 คน และทำการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นระยะ ๆ และกำหนดคำถามเชิงลึกเพิ่มเติม (Driving questions) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็น

กระบวนการวิจัยและความน่าเชื่อถือ เพื่อให้กระบวนการวิจัยมีคุณภาพ (Rigour) และผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) คณะวิจัยได้มีการเตรียมนักวิจัยที่ทำหน้าที่สัมภาษณ์และผู้ช่วยในการจดบันทึกข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ให้มีความเข้าใจในวัตถุประสงค์การวิจัย ทีมผู้วิจัยได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ทำข้อตกลงในการสัมภาษณ์และจดบันทึกข้อมูลให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน หลังการสัมภาษณ์ผู้ช่วยวิจัยทำการถอดข้อความการสนทนาและบันทึกลงในกระดาษ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ (Critical incident technique) ผู้วิจัยที่ทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 3 คน อ่านบันทึกการสนทนาทั้งฉบับเพื่อทำความเข้าใจสาระของข้อมูลในภาพรวม จากนั้นจัดข้อมูลที่มีความหมายเกี่ยวข้องกันไว้ในหมวดหมู่เดียวกัน ให้ชื่อหมวดหมู่ ตรวจสอบชื่อของหมวดหมู่ร่วมกัน เชื่อมโยงข้อมูลแต่ละหมวดหมู่เพื่อให้ได้กรอบแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายเหตุการณ์สำคัญในภาพรวมและตรวจสอบคำอธิบายกับข้อมูลของผู้สูงอายุแต่ละคน²¹ โดยมีที่ปรึกษาการวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 คน ช่วยตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิเคราะห์และผลการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการตรวจสอบยืนยันโดยทีมผู้วิจัย (Investigator triangulation) ผู้วิจัยได้นำเสนอคำพูดซึ่งเป็นความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างประกอบในการนำเสนอผลการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อยืนยันการตีความ รวมถึงนำเสนอข้อมูลบริบทพื้นที่การศึกษาประกอบการทำความเข้าใจผลการวิจัยอย่างเป็นองค์รวม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ (Critical incident technique) ด้วยวิธีการของ Karasouli และคณะ²⁷ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อค้นหาประเด็น (Themes) ที่สะท้อนถึงความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเอง และค้นหาฝั่งความคิดเชื่อมโยงประเด็นข้อค้นพบ (Explanatory framework) มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ผู้วิจัยจำนวน 3 คน ได้แยกกันอ่านข้อมูลจากการสัมภาษณ์ของผู้สูงอายุแต่ละคน จากนั้นได้จัดข้อมูลที่มีความหมายเกี่ยวข้องกันไว้ในหมวดหมู่เดียวกัน ให้ชื่อหมวดหมู่ ตรวจสอบชื่อของหมวดหมู่ร่วมกัน เชื่อมโยงข้อมูลแต่ละหมวดหมู่เพื่อให้ได้กรอบแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายเหตุการณ์สำคัญในภาพรวมและตรวจสอบคำอธิบายกับข้อมูลของผู้สูงอายุแต่ละคน



ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ประเด็นข้อค้นพบที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเอง และฝั่งความคิดที่อธิบายเชื่อมโยงประเด็นต่าง ๆ ในเชิงเหตุและผล รายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 64.29 เพศชาย 5 คน คิดเป็นร้อยละ 35.71 มีอายุระหว่าง 62-94 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 50 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ไม่มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 57.14 และผู้ให้ข้อมูลทั้ง 14 คน จบการศึกษาระดับประถมศึกษา เคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมาก่อนจากบุคลากรทางการแพทย์ และระดับความดันโลหิตเฉลี่ยย้อนหลัง 3 เดือนอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ข้อค้นพบเกี่ยวกับความเท่าทันเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเอง สามารถจัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้ 6 หมวดหมู่ ได้แก่ 1) ความกลัวต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค 2) การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ 3) การได้รับการกำกับดูแลและช่วยเหลือจากครอบครัว 4) ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าใจข้อมูล 4) การขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง และ 5) การปฏิบัติตามคำแนะนำเท่าที่เข้าใจและทำได้

ความกลัวต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ความกลัวภาวะแทรกซ้อนจากโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคทั้งจากประวัติการเจ็บป่วยที่ประสบด้วยตนเองและจากการได้พบเห็นหรือได้ยินจากคำบอกเล่าเกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะโรคความดันโลหิตสูงจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลอื่นมาเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักถึงภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังคำบอกเล่าของผู้สูงอายุดังนี้

“อาจจะเป็นตามกรรมพันธุ์ พ่อแม่เป็นก็เลยต้องเป็นด้วย ทำให้ต้องระมัดระวังดูแลตนเอง” (ผู้สูงอายุ 2)

“น้องชายเส้นเลือดแตก ผ่าตัดแล้วนอนติดเตียง พูดไม่ได้ เดินไม่ได้ กลัวเป็นเหมือนน้องชาย” (ผู้สูงอายุ 5)

“ทุกทีดื่มเหล้ามาก ดื่มทุกวัน ความดันไม่ลด ก็เลยลองงดเหล้าดู งดมาได้สักหนึ่งปีแล้ว” (ผู้สูงอายุ 6)

“ไปทำสวนตอนนั้นแดดร้อนเลยทำให้ปากเปื่อย ร่างกายข้างซ้ายไม่มีแรง เขาพาไปส่งโรงพยาบาล” (ผู้สูงอายุ 12)

การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย การรักษา วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากบุคลากรสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำจึงเป็นการทำตามความเข้าใจและสามารถทำได้ ในขณะนั้น เป็นการแสดงออกถึงความรับผิดชอบของตนเองในการรักษาสุขภาพ เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังคำบอกเล่าดังนี้

“หมอบอกว่า ห้ามกินเค็ม ไม่ให้เครียด เป็นคนทำกับข้าวเอง ใส่กะปิไม่เยอะ ใส่ซอสหน่อย อร่อย หรือไม่อร่อยก็กิน และไม่เครียด ไม่ด่าใคร ไม่ด่าลูก กลัวความดันสูง จะปวดหัว” (ผู้สูงอายุ 1)

“หมอบอกว่าถ้าความดันขึ้น ใจไม่ดี ให้นอนเตียงเลย” (ผู้สูงอายุ 2)

“หมอบอกให้คุมอาหาร ออกกำลังกาย บอกตลอด จิงกินยาคุมตลอดกลัวเส้นเลือดแตก หมอบอกว่าต้องกินตลอดชีวิต” (ผู้สูงอายุ 6)

“ไปตรวจเป็นความดัน หมอให้คุมอาหาร ห้ามไม่ให้กินอย่างนั้น อย่างนี้ ไม่ให้กินเค็ม ไม่ให้เครียด ไม่ให้คิดมาก” (ผู้สูงอายุ 7)

“ถ้าหมอนัดก็ไปตรวจที่โรงพยาบาลใหญ่ ช่วงที่ยังไม่ถึงวันนัด อสม. จะมาวัดความดันให้” (ผู้สูงอายุ 10)

“หมอ (รพสต.) มาวัดความดันให้เดือนละครั้ง สองครั้ง” (ผู้สูงอายุ 11)

การได้รับการกำกับดูแลและช่วยเหลือจากครอบครัว ภายใต้บริบทวัฒนธรรมไทยที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสมาชิกครอบครัวโดยคนในครอบครัว การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุจึงมักถูกกำกับดูแลโดยสมาชิกครอบครัว รวมไปถึงการสนับสนุนช่วยเหลือในการรักษาสุขภาพอื่น ๆ และความเป็นอยู่โดยทั่วไป การอยู่ในสภาวะที่ต้องพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุมีรู้สึกเกรงใจและกังวลเกี่ยวกับภาระที่อาจตามมาหากเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวของสมาชิกในครอบครัว ดังคำบอกเล่าของผู้สูงอายุดังนี้



“เด็ก ๆ เตือนว่าถ้าแม่เป็นอะไรไป พวกเขาลำบากมาดูแล(แม่)กันทั้งบ้าน แม่เกรงใจเขา แม่กินยาวันละเม็ด คนสูงอายุก็เหมือนกับเด็ก บอกอะไรก็ตามอย่างนั้น” (ผู้สูงอายุ 9)

“กินยาตลอด ไม่ลืม เพราะลูกหลานจะเตือน ถ้าเราเป็นอะไรไปจะทำให้เขาลำบาก” (ผู้สูงอายุ 11)

“หมอบอกว่าไม่ให้กินเค็ม น้องสาวเป็นคนทำกับข้าว และเอายามาให้กิน” (ผู้สูงอายุ 12)

ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าใจข้อมูล ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพโรคที่ตนเองเป็น เนื่องด้วยข้อจำกัดของร่างกายจากความเสื่อมตามวัยไม่จำเป็นที่จะเป็นการได้ยินบกพร่อง การมองเห็นที่ลดลงทำให้อ่านตัวหนังสือไม่ชัดหรืออ่านไม่ได้ ประกอบกับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ผู้สูงอายุได้รับมาเป็นเรื่องค่อนข้างยากและซับซ้อน ผู้สูงอายุจึงไม่สามารถประมวลความรู้และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้ รวมทั้งไม่ได้มีการสอบถามบุคลากรสุขภาพเพิ่มเติมเมื่อมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจข้อมูล จึงทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเท่าที่รู้และทำได้ ซึ่งผู้สูงอายุได้เล่าถึงปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

“ไปวัดความดันวันก่อนหมอบอกว่าความดันต่ำ หมอว่ายังไม่รู้ว่าเป็นอะไร หูไม่ค่อยดีเลยทำให้ไม่ค่อยได้ยิน ไม่เข้าใจว่าทำไมความดันต่ำ” (ผู้สูงอายุ 3)

“ตามองไม่ค่อยเห็น อ่านซองยาที่ไม่เห็น น้องเลยเป็นคนจัดยาให้กิน” (ผู้สูงอายุ 4)

“ไม่รู้ว่าจะถามอะไร ถ้าเขาบอกเขาจะบอกเอง” (ผู้สูงอายุ 5)

“หมอใหญ่บอกว่ามีความดันสูง ไม่ได้บอกว่าทำไมถึงเป็น แต่บอกกินนั่นกินนี่ไม่ได้” (ผู้สูงอายุ 8)

“หูก็ไม่ค่อยดี เดินเซไปเซมา น้องเป็นคนทำอาหารให้กิน จัดยามาให้กิน แต่ไม่รู้ว่าป็นยาอะไรบ้าง” (ผู้สูงอายุ 12)

การขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุยังขาดความสามารถในการวางแผนการดูแลสุขภาพตนเองอย่างรอบด้านเพื่อจัดการกับโรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองจึงเป็นการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเท่าที่รู้และทำได้ ไม่ได้ตั้งเป้าหมายของการจัดการกับโรคความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์การจัดการตนเองจึงเป็นผลลัพธ์เท่าที่ทำได้ รวมไปถึงยังขาดการตรวจสอบผลการรักษาและผลของการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพในวิถีของตนเอง ซึ่งปรากฏในคำบอกเล่าของผู้สูงอายุดังนี้

“ถึงเวลาหลานเขามารับ ก็ไปโรงพยาบาล และได้ยามากิน” (ผู้สูงอายุ 2)

“เขาทำอะไรมาก็กินอย่างนั้น” (ผู้สูงอายุ 3)

“ความดันเดี่ยลงเดี่ยขึ้น ทำไมเป็นอย่างนั้นก็ไม่รู้ รอบก่อนความดันต่ำ หมอบอกว่าความดันต่ำ หมอว่าจะลดยาลงแต่เป็นยาตัวไหนไม่รู้” (ผู้สูงอายุ 4)

“ไม่รู้จะว่าความดันเท่าไร ถ้าความดันสูงเขาก็จะบอกให้เรามากิน” (ผู้สูงอายุ 13)

การปฏิบัติตามคำแนะนำเท่าที่เข้าใจและทำได้ ด้วยความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การดูแลสุขภาพ รวมไปถึงการปฏิบัติตัวที่ได้รับข้อมูลคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ การจัดการตนเองโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงอยู่ในรูปแบบการฟังฟังและถูกการกำกับโดยครอบครัว การปฏิบัติส่วนใหญ่จึงเป็นการทำตามคำแนะนำที่ได้รับมาโดยมีความกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเป็นตัวกระตุ้นในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้สูงอายุยังขาดความสามารถในการนำตัวเองหรือการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการกับโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองอย่างเต็มที่ ตามคำบอกเล่าของผู้สูงอายุว่า

“ทำเท่าที่ทำได้ อาหารก็กินตามที่ญาติทำให้ ออกกำลังกายบ้างเบา ๆ เดินไปเดินมาในบ้านก็พอ” (ผู้สูงอายุ 4)

“เน้นกินยาให้ตรงเวลา โชคดีหน่อยมีน้องสาวจัดยาให้ ถึงเวลาก็ได้กินยา” (ผู้สูงอายุ 5)

“ไม่ลืมกินยาเพราะวางยาไว้บนหลังตู้เย็น เวลาไปกินน้ำก็จะนึกได้ว่าต้องกินยาหลังอาหาร” (ผู้สูงอายุ 2)

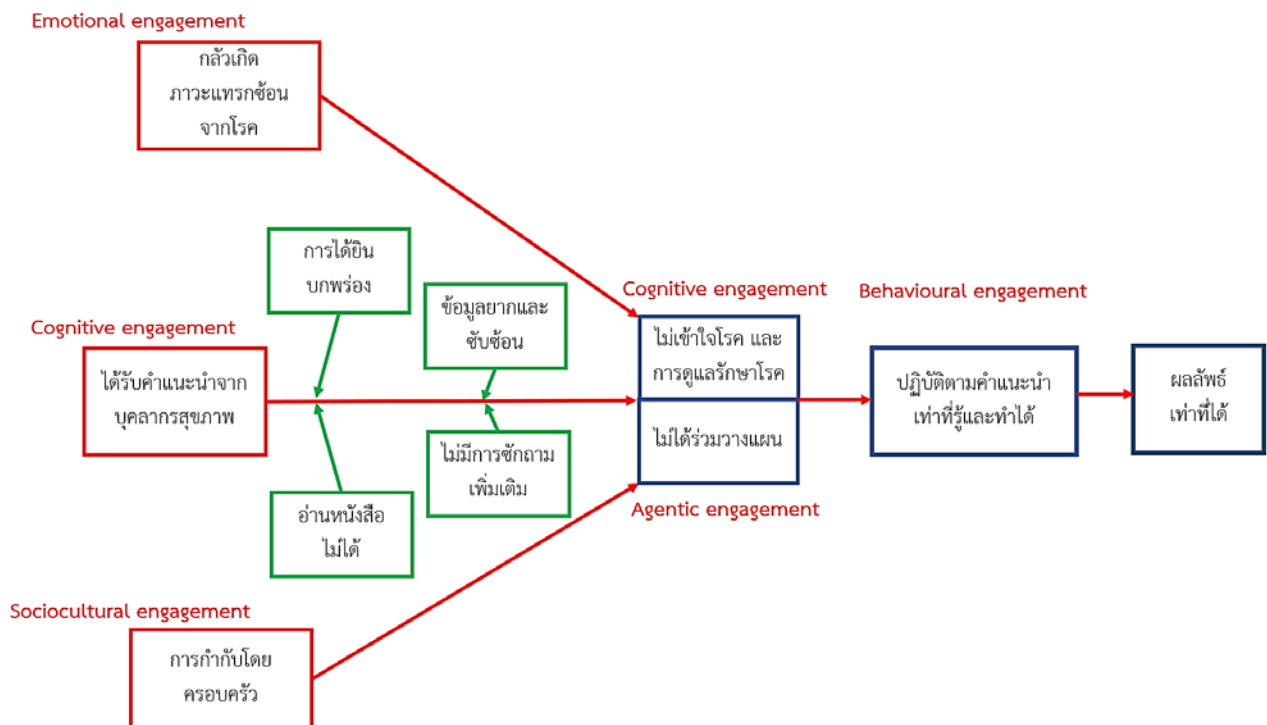
“ดูแลตัวเองไปตามปกติ (กินยา ไม่กินเค็ม) รักษาตามหมอบอกว่า หมอกับหลานเขาช่วยจัดการให้” (ผู้สูงอายุ 10)

“อสม. แนะนำให้เดินออกกำลังกาย แต่เราทำงานหนักอยู่แล้ว ก็เลยคิดว่าเป็นการออกกำลังกายในตัว” (ผู้สูงอายุ 13)



เมื่อพิจารณาตามแนวคิดความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูง (7 A's of hypertension literacy) ที่นำเสนอไว้เบื้องต้น จะพบว่าผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ยังขาดความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเห็นได้จากการที่ผู้สูงอายุขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองเนื่องจากอุปสรรคด้านการอ่านและความซับซ้อนของข้อมูลที่ได้รับ และไม่ได้สอบถามบุคลากรสุขภาพเพิ่มเติมสำหรับการจัดการตนเอง (PDCA of self-management) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลได้ค่อนข้างดี โดยมีครอบครัวและผู้ดูแลให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการวางแผนการดูแลตนเองตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดค่อนข้างมากในการวางแผนการดูแลตนเอง ตรวจสอบแผนและผลลัพธ์ และปรับปรุงแผนและวิธีการ

3. ผังความคิดเชื่อมโยง จะเห็นได้ว่าการศึกษาในครั้งนี้ การสนับสนุนการจัดการโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับรู้มาและเท่าที่ทำได้ เนื่องจากไม่เข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลโรคและการดูแลรักษาโรคที่ได้รับรู้มาจากบุคลากรสุขภาพเนื่องจากข้อมูลมีความยากและซับซ้อน และไม่ได้มีการซักถามเพิ่มเติมเมื่อมีข้อสงสัย ประกอบกับความสามารถในการเรียนรู้ที่มีข้อจำกัดของสภาพร่างกายด้านการได้ยินที่บกพร่อง และการอ่านหนังสือไม่ได้ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นลักษณะการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับรู้มาภายใต้การกำกับโดยครอบครัว และมีความกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเป็นสิ่งที่กระตุ้น โดยขาดการนำตัวเองหรือมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการจัดการโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง ผลลัพธ์ของการดูแลตนเองจึงออกมาในรูปแบบเท่าที่ทำได้ พฤติกรรมดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมหลากหลายรูปแบบของผู้สูงอายุในการจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเอง ได้แก่ การมีส่วนร่วมทางอารมณ์ (Emotional engagement) การมีส่วนร่วมทางสติปัญญา (Cognitive engagement) การมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการตนเอง (Agentic engagement) การมีส่วนร่วมทางสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural engagement) และการมีส่วนร่วมเชิงพฤติกรรม (Behavioural engagement) ดังแสดงในภาพที่ 1 การวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญจากประสบการณ์ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง



ภาพที่ 1 การวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญจากประสบการณ์ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง



การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุเชื้อสายไทยใหญ่ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีอายุอยู่ระหว่าง 62-94 ปี พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาและอุปสรรคในการเข้าใจข้อมูลเนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่สามารถอ่านหนังสือได้และมีปัญหาการได้ยินบกพร่อง นอกจากนี้ยังพบว่าข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษามีความซับซ้อนและยากต่อการเข้าใจซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในการรับบริการของผู้สูงอายุ²⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้สอบถามหรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพเพิ่มเติมเนื่องจากไม่ทราบว่ามีประเด็นความรู้และการปฏิบัติตัวอะไรบ้างที่ควรเรียนรู้เพิ่ม และไม่กล้าที่จะสอบถาม เนื่องจากโดยทั่วไปแล้วระยะเวลาในการให้บริการสุขภาพมักจะสั้นและมีผู้รับบริการจำนวนมากรอคอยการให้บริการ อาจทำให้ผู้สูงอายุเกรงใจและตัดสินใจไม่สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและบุคลากรสุขภาพอาจไม่ได้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุถามคำถามหรือแสดงให้เห็นว่าการถามคำถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจเป็นเรื่องที่ดีและจำเป็น การวิจัยในต่างประเทศพบว่าแนวโน้มที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะถามคำถามที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวมากกว่าคำถามความรู้ทางการแพทย์²⁹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีความสามารถในการอ่านเขียนในระดับต่ำ³⁰ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีญาติหรือผู้ดูแลมาด้วยมีแนวโน้มที่จะถามคำถามมากขึ้น³¹ และบุคลากรสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยถามคำถาม โดยการใช้รายการคำถามสำหรับผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพ โดยที่บุคลากรสุขภาพต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการถามคำถามของผู้ป่วย³²

ถึงแม้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้อาจจะไม่เข้าใจความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาโรคอย่างกระจ่างชัด แต่ในช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุทุกคนมีระดับความดันโลหิตที่ปกติ เมื่อพิจารณาการจัดการสุขภาพตนเองแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตามคำแนะนำเท่าที่เข้าใจและทำได้ บนพื้นฐานความต้องการที่จะมีสุขภาพดีและความกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคโดยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ และการกำกับดูแลและช่วยเหลือจากครอบครัว ซึ่งความต้องการที่จะมีสุขภาพดีและความกลัวภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและพิการเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา³³ นอกจากนี้ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการอ่านหนังสือและมีสภาพร่างกายเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองค่อนข้างสูง ซึ่งสอดคล้องกับ Kubina และ Kelly³⁴ ที่ได้เสนอรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) สำหรับผู้ป่วยไว้ 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการนำตนเอง (Self-directed model) สำหรับผู้ป่วยที่ขาดความรู้และทักษะ รูปแบบการมีส่วนร่วม (Collaborative model) สำหรับผู้ป่วยที่ขาดแรงจูงใจและ/หรือความรู้และทักษะ และรูปแบบสนับสนุนอย่างมาก (Highly supported model) สำหรับผู้ป่วยที่ขาดความรู้ ทักษะและความสามารถในการอ่านหนังสือ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการขาดความเท่าทันโรคความดันโลหิตสูงทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถจัดการตนเองได้ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการวางแผน การตรวจสอบแผน และการปรับปรุงแผนการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากครอบครัวเพื่อให้การควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่อย่างไรก็ตามภายใต้สถานการณ์ที่จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวลดลงและมีการย้ายถิ่นฐานของสมาชิกครอบครัววัยทำงาน รวมถึงนโยบายการส่งเสริมพลังผู้สูงอายุ (Active ageing) การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองจึงมีความจำเป็นเพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเองและลดการพึ่งพิงผู้อื่น

การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่สำคัญในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีกระบวนการมีส่วนร่วมหลายลักษณะ ได้แก่ การมีส่วนร่วมทางอารมณ์ การมีส่วนร่วมทางสติปัญญา การมีส่วนร่วมทางสังคมและวัฒนธรรม การมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมเชิงพฤติกรรม ผู้วิจัยได้ทำการอภิปรายลักษณะของการมีส่วนร่วมในแต่ละลักษณะเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการจัดการตนเองดังนี้

1. มิติการมีส่วนร่วมทางอารมณ์ (Emotional engagement) พบว่า ผู้สูงอายุมีทัศนคติและความเชื่อมั่นในการรักษาสุขภาพของตนตามแนวทางการรักษาของแพทย์ อาจเนื่องจากความกังวลหรือกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุอาจเคยเห็นหรือเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคด้วยตนเองมาก่อน



หรือจากการพบเห็นความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บุคคลในครอบครัว เป็นต้น มาเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเอง³⁵ ดังนั้น เพื่อสร้างความเชื่อมโยงทางอารมณ์ที่เข้มแข็งระหว่างผู้สูงอายุกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง พยาบาลจึงควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุรู้สึกเชื่อมั่นและมั่นใจในการนำเอาความรู้หรือคำแนะนำที่ได้รับไปปฏิบัติ รวมทั้งการเสริมสร้างกำลังใจด้วยคำชมเชยเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ การสร้างแรงจูงใจด้วยการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นยังสามารถจูงใจให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการปฏิบัติตัวและเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้อีกด้วย³⁶

2. มิติการมีส่วนร่วมทางสติปัญญา (Cognitive engagement) พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน และยากต่อการทำความเข้าใจในการดำเนินการของโรค การรักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นภาษาเฉพาะหรือคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ผู้สูงอายุไม่ค่อยเข้าใจ ประกอบกับภาระงานของบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มากและหลากหลายหน้าที่ ระยะเวลาในการพบแพทย์และพยาบาลจึงมีไม่มากนัก ส่งผลให้การส่งผ่านข้อมูลด้านสุขภาพไปยังผู้ป่วยเป็นไปในรูปแบบทิศทางเดียว (One-way communication) ที่ให้ผู้ป่วยต้องรับฟัง และปฏิบัติตามมาตรฐานทางการรักษา มากกว่าการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในกระบวนการตัดสินใจเพื่อการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพและความต้องการของตนเอง³⁷ ด้วยข้อมูลทางการแพทย์ที่ซับซ้อนจึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกยากลำบากในการเข้าใจและไม่มี การซักถามหรือขอคำอธิบายเพิ่มเติม ดังนั้น การส่งผ่านข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการเสริมสร้างทักษะทางด้านสติปัญญาในการรับรู้ คิดวิเคราะห์ ประมวลความรู้ที่ได้รับมาเพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง โดยพยาบาลอาจเลือกใช้สื่อการเรียนรู้ และภาษาที่ผู้สูงอายุเข้าใจและจดจำข้อมูลได้ง่าย เช่น แผนภาพหรือแผนผังแสดงขั้นตอนการจัดการโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3. มิติการมีส่วนร่วมทางสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural engagement) พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดแม่ฮ่องสอน มีการอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวโดยสมาชิกครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือในการนำส่งโรงพยาบาล ดูแลช่วยเหลือทั่วไปในชีวิตประจำวัน รวมถึงมีการดูแลกับผู้สูงอายุให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร เป็นต้น ดังนั้น พยาบาลจึงควรพิจารณาให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้การจัดการโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย²¹

4. มิติการมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการตนเอง (Agentic engagement) พบว่า การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่านมา ส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบการปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้สูงอายุยังขาดการนำตัวเองหรือมีส่วนร่วมในกระบวนการอย่างเต็มที่ ซึ่งการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการช่วยส่งเสริมและเพิ่มคุณภาพของการจัดการตนเองทั้งในเชิงป้องกันและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง³⁸ ดังนั้น พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดการกับโรคความดันโลหิตสูงในทุกขั้นตอน โดยการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมที่ตนเองอยู่ รวมถึงการสร้างเชื่อมั่นและทัศนคติที่ดีต่อการรักษาสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่เชื่อมั่นในการรักษาสุขภาพของตนเองจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเต็มที่ และจะรู้สึกว่าการรักษาสุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญต่อชีวิต³⁹ การมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการจัดการตนเองจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสำเร็จในการจัดการโรคความดันโลหิตสูงและประสิทธิผลที่ดีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเอง

5. มิติการมีส่วนร่วมเชิงพฤติกรรม (Behavioural engagement) พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้และมีส่วนร่วมในการรักษาความดันโลหิตสูง โดยส่วนใหญ่มีการติดตามการรักษาเป็นระยะเวลาที่ยาวนานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ซึ่งแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพอย่างมีความรับผิดชอบ มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาที่ได้รับจากบุคลากรสุขภาพหรือผู้ดูแลที่ให้คำแนะนำ โดยผู้สูงอายุมีการรับประทานยาตรงตามเวลาและรับรู้ถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่องอันเป็นพฤติกรรมที่ควรได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและพยาบาลควรให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการติดตามผล



การรับประทานยากับผู้สูงอายุร่วมด้วย⁴⁰ อย่างไรก็ตามการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ได้มีเพียงการรับประทานยาเท่านั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมอาหาร การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด การงดดื่มสุรา การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น⁴¹ ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้สูงอายุควรตระหนักและให้ความสำคัญ

สรุป

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงยังขาดความเท่าทันด้านโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากอุปสรรคในการเข้าใจและสอบถามข้อมูลสุขภาพ ส่งผลทำให้ไม่สามารถจัดการตนเองได้อย่างเต็มที่ และต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการจัดการตนเอง การสอดแทรกกระบวนการความเท่าทันโรคความดันโลหิตสูงเข้าไปในกระบวนการจัดการตนเอง (Embedded hypertension literacy and self-management) ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรสุขภาพและชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในทุกมิติได้แก่ การมีส่วนร่วมด้านอารมณ์ การมีส่วนร่วมด้านสติปัญญา การมีส่วนร่วมด้านสังคมและวัฒนธรรม การมีส่วนร่วมด้านการวางแผนและการมีส่วนร่วมด้านพฤติกรรม น่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและนโยบายการส่งเสริมพลังผู้สูงอายุของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรพิจารณาจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้กระบวนการการวางแผน (Plan) การปฏิบัติตามแผน (Do) การตรวจสอบ (Check) และ การปรับปรุงแก้ไข (Act) และสอดแทรกกระบวนการความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละขั้นตอนของการจัดการตนเอง และให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในทุกมิติและทุกขั้นตอนของการจัดการตนเองตามศักยภาพของผู้สูงอายุ ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 วงจรการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง



References

1. Division of Non-Communicable Diseases. Number and death rate with 5 non-communicable diseases (2017-2021) [Internet]. 2022. [cited 2023 Aug 22]. Available from: [http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020\(2565\)](http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020(2565)). (in Thai)
2. Poonperm S. Factor affecting selfcare behaviors among hypertension patient at Tambon Keelek, Amphoe Mueang, Changwat Ubonratchathani. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2011;5(2):49-54. (in Thai)
3. Cooper-Dehoff RM, Gong Y, Handberg EM, Bavry AA, Denardo SJ, Bakris GL, et al. Tight blood pressure control and cardiovascular outcomes among hypertensive patients with diabetes and coronary artery disease. *JAMA*. 2010;304(1):61-8.
4. Wu D, An J, Yu P, Lin H, Ma L, Duan H, et al. Patterns for patient engagement with the hypertension management and effects of electronic health care provider follow-up on these patterns: cluster analysis. *J Med Internet Res*. 2021;23(9):e25630.
5. Franklin M, Willis K, Lewis S, Rogers A, Smith L. Between knowing and doing person-centeredness: a qualitative examination of health professionals' perceptions of roles in self-management support. *Health*. 2021;25(3):339–56.
6. Panthonglang W, Namphonkrang P, Duangsanjan W. Factors influencing the health behavior of uncontrolled hypertension patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2018;38(4):152-65. (in Thai)
7. Sung J, Paik YG. Experience of suffering in patients with hypertension: a qualitative analysis of in-depth interview of patients in a university hospital in Seoul, Republic of Korea. *BMJ open*. 2022;12(12): e064443.
8. Milani RV, Lavie CJ, Bober RM, Milani AR, Ventura HO. Improving hypertension control and patient engagement using digital tools. *Am J Med*. 2017;130(1):14-20.
9. Lord J, Borkowski N, Weech-Maldonado R. Patient engagement in home health: the role of health literacy and “Ask Me Three®”. *Home Health Care Manag Pract*. 2021;33(3):202-9.
10. Wang Y, Chen T, Gan W, Yin J, Song L, Qi H, et al. Association among high blood pressure health literacy, social support and health-related quality of life among a community population with hypertension: a community-based cross-sectional study in China. *BMJ*. 2022;12:e057495.
11. Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, et al. What is the meaning of health literacy? a systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health*. 2020;8(2):e000351.
12. Kitsuwannaratana S, Lorga T, Panchakhan N. Development of a diabetes care model in Lampang. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2020;7(1):199-214. (in Thai)
13. Yi C, Feng X, Yuan Y. Study on the influence of PDCA cycle nursing based on network service on the quality of life and nutritional status of hypertension patients in home care. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2021;6068876.



14. Kaewbanjak N, Shumwangwapee P, Suwanaphant K. Health literacy factors associated with health behavior among elderly with hypertension disease in Khoksi Sub-District, Muang District, Khon Kaen Province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*. 2020;3(3):1-15. (in Thai)
15. Persell SD, Karmali KN, Lee JY, Lazar D, Brown T, Friesema EM, et al. Associations between health literacy and medication self-management among community health center patients with uncontrolled hypertension. *Patient Prefer Adher*. 2020;14:87-95.
16. Sangkhiaw W, Chintanawat R, Juntasopeepun P. Health literacy and self-management among older persons with uncontrolled hypertension. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. 2023;34(1):17-29. (in Thai)
17. Grady PA, Gough LL. Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. *Am J Public Health*. 2014;104(8):e25-31.
18. Rupasinghe CD, Bokhari SA, Lutfi I, Noureen M, Islam F, Khan M, et al. Frequency of stroke and factors associated with it among old age hypertensive patients in Karachi, Pakistan: a cross-sectional study. *Cureus*. 2022;14(3):e23123.
19. Sri Hari TY, Sree Sudha TY, Varghese AM, Krishna S, Thangaraju P. A study of risk factors and complications in elderly hypertensive subjects. *J Family Med Prim Care*. 2021;10(6):2230-4.
20. Oh H, Lee Y, Choi W, Zheng Z. Challenges in self-management among older adults with hypertension and diabetes. *Innov Aging*. 2019;3(1):S316-7.
21. Seesawang J, Thongtang P. Factors associated with self-management ability among older adults with hypertension in Asia. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2019;37(1):86-107. (in Thai)
22. Jones LM, Moss KO, Mitchell J, Still C, Hawkins J, Tang E, Wright KD. Challenges to dietary hypertension self-management as described by a sample of African American older adults. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2022;19(1):64-72.
23. Zhang M, Liu Y, Zhang WY, Yang JG, Yang WM, Zhou J, et al. Exploring perceived challenges of self-management in low-income older people with hypertension: a qualitative study. *Int J Nurs Pract*. 2022;28(3):e13059.
24. Office of Social Development and Human Security, Mae Hong Son Province. Social situation report for the Year 2022. Mae Hong Son. Office of Social Development and Human Security, Mae Hong Son Province; 2022. (in Thai).
25. Flanagan JC. The critical incident technique. *Psychol Bull*. 1954;51(4):327-58.
26. Press VG, Shapiro MI, Mayo AM, Meltzer DO, Arora VM. More than meets the eye: relationship between low health literacy and poor vision in hospitalized patients. *J Health Commun*. 2013;18(1):197-204.
27. Karasouli E, Munday D, Bailey C, Staniszewska S, Hewison A, Griffiths F. Qualitative critical incident study of patients' experiences leading to emergency hospital admission with advanced respiratory illness. *BMJ Open*. 2016;6:e009030.
28. Gong N, Meng Y, Hu Q, Du Q, Wu X, Zou W, et al. Obstacles to access to community care in urban senior-only households: a qualitative study. *BMC Geriatrics*. 2022;22(1):122.



29. Meijers MC, Potappel A, Kloek C, Hartman TO, Spreeuwenberg P, van Dulmen S, et al. Shifts in patients' question-asking behaviour between 2007 and 2016: an observational study of video-recorded general practice consultations. *Patient Educ Couns*. 2020;103(6):1168-75.
30. Katz MG, Jacobson TA, Veledar E, Kripalani S. Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. *J Gen Intern Med*. 2007;22(6):782-6.
31. Ting YY, Reid JL, Treloar E, Lee WSB, Tee JY, Cong WJP, et al. Do you have any questions? An analysis of question asking patterns in surgical outpatient consultations. *ANZ J Surg*. 2022;92:1388-93.
32. Tracy MC, Muscat DM, Shepherd HL, Trevena LJ. Doctors' attitudes to patient question asking, patient-generated question lists, and question prompt lists: a qualitative study. *Med Decis Making*. 2022;42(3):283-92.
33. Moussaoui LS, Claxton N, Desrichard O. Fear appeals to promote better health behaviors: an investigation of potential mediators. *Health Psychol Behav Med*. 2021;9(1):600-18.
34. Kubina N, Kelly J. Navigating self-management: a practical approach to implementation for Australian health care agencies. Melbourne: Whitehorse division of general practice; 2007.
35. Thongtang P, Seesawang J. Lived experience of Thai older people living with hypertension. *The Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014;15(3):288-95. (in Thai)
36. Palakeaw P, Yanachai J, Phanphop S. Effects of stroke prevention program among hypertension patients Ban Donkhaew sub district health promoting hospital Thoen District, Lampang Province. *Journal of Hospital and Community Health Research*. 2023;1(1):15-25. (in Thai)
37. Tudsri P, Ucharattana P, Hanprasitkam K, Intanin J, Meesarapee K. Associations of health literacy to health promoting behaviors in older adults with hypertension. *APHEIT Journal of Nursing and Health*. 2023;5(1):1-16. (in Thai)
38. Dankasai C, Yodprong S, Kaewdoo K, Inchaiya C, Muenhor C. Effects of self-management promotion program on health behaviors and blood pressure among early elderly with hypertension. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2022;15(2):205-18. (in Thai)
39. Bynum JP, Barre L, Reed C, Passow H. Participation of very old adults in health care decisions. *Med Decis Making*. 2014;34(2):216-30.
40. Choudhry NK, Kronish IM, Vongpatanasin W, Ferdinand KC, Pavlik VN, Egan BM, et al. Medication adherence and blood pressure control: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 2021;79(1):1-14.
41. Mangsrakhu U, Iemsawasdikul W, Nuysri M. The effects of health behavior modification program for elderly with hypertension at Suwannaphum District, Roi Et Province. *Thai Journal of Nursing*. 2019;68(3):1-10. (in Thai)



การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ตามแนวคิด 70:20:10

กิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์ พย.ม.¹

ศันสนีย์ ชัยบุตร พย.บ.²

ปนัดดา มุลาลินน์ พย.บ.²

(วันรับบทความ: 26 กันยายน พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 6 พฤศจิกายน พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 13 พฤศจิกายน พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการเรียนรู้ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยตามแนวคิด 70:20:10 และ 2) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้ ศึกษาในประชากรที่เป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน 73 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) รูปแบบการเรียนรู้ตามแนวคิด 70:20:10 ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ยเท่ากับ 0.85 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ก) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ข) แบบทดสอบความรู้ หาความเชื่อมั่นตามสูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้เท่ากับ 0.72 ค) แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และ ง) แบบประเมินความพึงพอใจ หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.80 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Z-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่ารูปแบบการเรียนรู้ตามแนวคิด 70:20:10 ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการพัฒนาสมรรถนะการเฝ้าระวังการติดเชื้อของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังด้วยตนเอง 2) การศึกษาดูงานนอกสถานที่ 3) การเรียนรู้กับผู้เชี่ยวชาญ 4) การหมุนเวียนงาน 5) การเป็นวิทยากรภายใน 6) การจัดระบบพี่เลี้ยง 7) การจัดระบบโค้ช 8) การให้คำปรึกษา 9) การฝึกอบรมวิชาการ และ 10) การเรียนรู้ผ่านออนไลน์ ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบพบว่า 1) ความรู้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 3) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้ในระดับมาก ดังนั้นจึงควรมีการนำแนวคิด 70:20:10 มาใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในองค์กรให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการเรียนรู้ แนวคิด 70:20:10 พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลชัยภูมิ

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลชัยภูมิ

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: ksawasrak10@gmail.com Tel: 089-6246422



Developing a Learning Model for Infection Control Ward Nurses Based on the 70:20:10 Concept

Kittirat Sawasrak M.N.S.¹

Sunsanee Chaiyabutra B.N.S.²

Panadda Mulalinn B.N.S.²

(Received Date: September 26, 2023, Revised Date: November 6, 2023, Accepted Date: November 13, 2023)

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a learning model for infection control ward nurses (ICWNs) based on the 70:20:10 concept. The study participants consisted of 73 ICWNs at Chaiyaphum Hospital in Chaiyaphum, Thailand. The tools used in the study consisted of 1) a Learning model based on the 70:20:10 concept which had the quality of its content assessed by five experts and the average item-objective congruence (IOC) index was determined to be 0.85. 2) Data collection tools included a) semi-structured interviews, b) knowledge tests (assessment with the Kuder-Richardson formula showed that the knowledge test had an acceptable reliability coefficient of 0.72), c) hospital infection surveillance forms, and d) satisfaction assessment forms. The content validity index values for the hospital infection surveillance forms and the satisfaction assessment forms were 0.80 and 0.87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Z-test statistics, and paired t-test statistics.

The study found that employing an interventional learning model that was developed based on the 70:20:10 learning model effectively improved the infection surveillance competencies of ICWNs and it consisted of ten activities: 1) self-surveillance, 2) learning from site visits outside the field, 3) learning with experts, 4) job rotation, 5) becoming an internal lecturer, 6) creating a mentor system, 7) creating a coach system, 8) providing counseling, 9) academic training, and 10) online learning. The effectiveness of using the learning model showed that: 1) the knowledge of the ICWNs increased significantly ($p < .001$), the efficiency of surveillance increased significantly ($p < .05$), and the ICWNs were highly satisfied with the learning model. Therefore, the 70:20:10 concept can be used to develop educational programs to promote learning and develop the competencies of personnel in the organization more efficiently in the future.

Keywords: learning model, 70:20:10 concept, Infection control ward nurses

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Infection prevention and control department, Chaiyaphum Hospital

²Registered Nurse, Professional Level, Infection prevention and control department, Chaiyaphum Hospital

¹Corresponding Author Email: ksawasrak10@gmail.com Tel: 089-6246422



บทนำ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเป็นกิจกรรมสำคัญที่ช่วยให้โรงพยาบาลได้รับทราบข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลเกี่ยวกับตำแหน่งการติดเชื้อ จำนวนและพื้นที่ที่พบการติดเชื้อ ซึ่งเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาล¹ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลที่มีระบบการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ ทำให้อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลงได้ถึงร้อยละ 32 ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีระบบการเฝ้าระวังพบว่ามีแนวโน้มของการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น² ในประเทศไทยระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (Infection control nurse: ICN) แต่ยังมีพบว่าพยาบาล ICN มีจำนวนน้อย การเฝ้าระวังการติดเชื้อจึงต้องขอความร่วมมือพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infection control ward nurse: ICWN) ซึ่งพยาบาล ICWN ส่วนใหญ่ต้องปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลักและมีภาระงานมากทำให้มีเวลาไม่เพียงพอ บางหอผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผู้ที่ทำหน้าที่เป็น ICWN ทำให้ขาดความรู้และทักษะที่สำคัญในการเฝ้าระวัง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อไม่ดีเท่าที่ควร มีการศึกษาพบว่าหอผู้ป่วยที่มี ICWN ที่มีคุณภาพและเสียสละจะปฏิบัติงานได้ผลดีและส่งผลให้การเฝ้าระวังการติดเชื้อมีประสิทธิภาพด้วยเช่นกัน³

ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อของพยาบาล ICWN ประเมินได้จากการสำรวจความชุก (Prevalence survey) ซึ่งจะทำการสำรวจอย่างเป็นระบบ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อให้ทราบขนาดและปัญหาการติดเชื้อของโรงพยาบาลนั้น ๆ อันจะนำไปสู่การแก้ไขและปรับปรุงคุณภาพต่อไป ซึ่งควรทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง⁴ โดยพยาบาล ICWN จะรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย และสรุปการวินิจฉัยการติดเชื้อตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข⁵ จากนั้นพยาบาล ICN จะวิเคราะห์และสรุปการวินิจฉัยการติดเชื้ออีกครั้งร่วมกับอายุรแพทย์ ซึ่งหากข้อมูลการวินิจฉัยตรงกันจึงจะยืนยันได้ว่าพยาบาล ICWN มีสมรรถนะที่ดีและส่งผลให้การเฝ้าระวังการติดเชื้อมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพบว่าแนวคิด 70:20:10 ที่คิดค้นโดย Morgan McCall และผู้ช่วยอีก 2 คนคือ Michael Lombardo และ Robert Eichinger ได้ร่วมกันทำการทดลองและศึกษาวิจัยรูปแบบของการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 1980 ที่ศูนย์พัฒนาภาวะผู้นำเชิงสร้างสรรค์ (Center for Creative Leadership: CCL) ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยผลการศึกษาถูกนำมาเผยแพร่ครั้งแรกในหนังสือ The Career Architect Development Planner ในปี ค.ศ.1996⁶ จากนั้นแนวคิดนี้ถูกนำมาใช้การพัฒนาและส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคลากรอย่างแพร่หลายในองค์กรชั้นนำต่าง ๆ ทั่วโลก อาทิ Google, Standard Chartered, Nike, American Express, Coca-Cola, Microsoft, Bank of America, Dell, Oracle, และบริษัทชั้นนำอื่น ๆ อีกมากมาย⁷ แนวคิด 70:20:10 เป็นเครื่องมือการพัฒนาบุคลากรที่ไม่ได้มีเพียงการเรียนรู้จากการอบรมเท่านั้น แต่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นด้วยการติดตามเฝ้าดูผู้อื่นในการปฏิบัติงานจริง และการร่วมเรียนรู้โดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญ⁷⁻¹⁰ ทำให้ผู้เรียนรู้เกิดการรับรู้อย่างรวดเร็ว โดยการเรียนรู้ร้อยละ 70 จากประสบการณ์ (Experience) เช่น การปฏิบัติด้วยตนเอง การติดตามสังเกตผู้บริหาร การแลกเปลี่ยนความรู้ การหมุนเวียนงาน เป็นต้น การเรียนรู้ร้อยละ 20 จากสัมพันธภาพ (Interaction) ผ่านการพูดคุย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์จากผู้อื่น เช่น การเป็นพี่เลี้ยง การเป็นโค้ช การให้คำปรึกษา เป็นต้น และการเรียนรู้ร้อยละ 10 จากการเรียนฝึกอบรม (Education) อย่างเป็นทางการในรูปแบบ Classroom training หรือ E – Learning^{7,10} มีการศึกษาการเรียนรู้ตามรูปแบบ 70:20:10 ในการทำงานเป็นทีมสำหรับพนักงาน บริษัทไฮ - เทค แอปพาวเรล จำกัด พบว่าประสิทธิภาพการเรียนรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹

โรงพยาบาลชัยภูมิ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 867 เตียง มีหอผู้ป่วยทั้งสิ้น 36 แห่ง การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลต้องอาศัยพยาบาล ICWN เช่นเดียวกับหลายโรงพยาบาล ข้อมูลปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่าประสิทธิภาพการเฝ้าระวังยังต่ำคิดเป็นร้อยละ 80.90, 63.20 และ 68.70 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นปัญหาด้านสมรรถนะการเฝ้าระวังของพยาบาล ICWN และจากข้อมูลการสำรวจการฝึกอบรมพบว่าพยาบาล ICWN ผ่านการอบรมด้านการควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อย 2 สัปดาห์

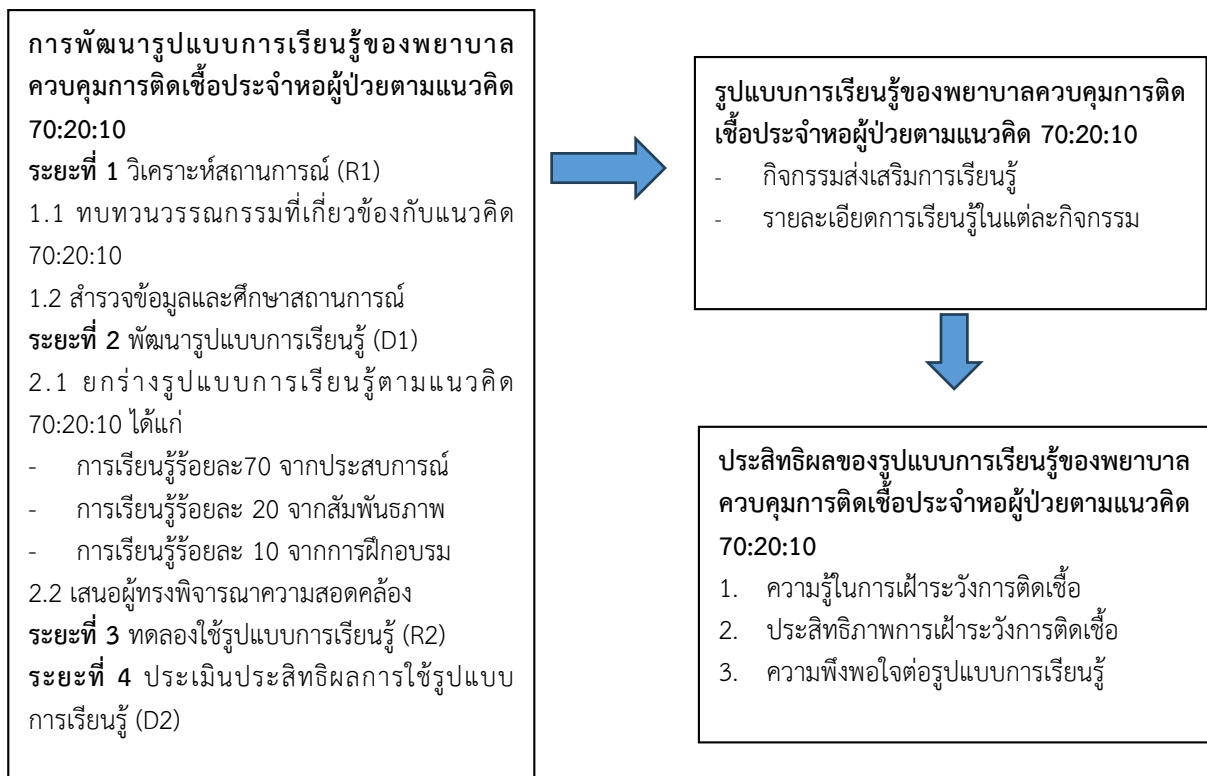


เพียงร้อยละ 6.80¹² ดังนั้นพยาบาล ICWN จึงควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะให้มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการเรียนรู้ด้วยแนวคิดใหม่ ๆ ผู้วิจัยจึงสนใจแนวคิดการเรียนรู้แบบ 70:20:10 มาเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากหลากหลายวิธี มีความทันสมัย เป็นมิติใหม่ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ICWN ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นอันจะนำไปสู่การเรียนรู้และมีความเข้าใจในการเฝ้าระวังการติดเชื้อและช่วยลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยตามแนวคิด 70:20:10
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยตามแนวคิด 70:20:10

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R & D) เพื่อพัฒนาพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยตามแนวคิด 70:20:10 โรงพยาบาลชัยภูมิ ระยะเวลาการศึกษา 1 ปีระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 วิธีการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (R1) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรม ศึกษาและวิเคราะห์เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการเรียนรู้ตามแนวคิด 70:20:10 แล้วนำมากำหนดโครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบการเรียนรู้

2) สืบหาข้อมูลและศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับสมรรถนะการเรียนรู้ของพยาบาล ICWN และปัญหาการเรียนรู้ก่อนดำเนินโครงการ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนารูปแบบ



เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interviews) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อศึกษาสถานการณ์ก่อนดำเนินโครงการมีจำนวน 3 ข้อ ดังนี้ 1) ท่านคิดว่าปัญหาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อของพยาบาล ICWN มีอะไรบ้าง 2) ท่านคิดว่าอุปสรรคต่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อของพยาบาล ICWN มีอะไรบ้าง และ 3) ท่านคิดว่าปัจจัยสนับสนุนให้การเรียนรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อของพยาบาล ICWN ประสบความสำเร็จ มีอะไรบ้าง โดยทีมผู้วิจัยได้ประเมินความเหมาะสมของข้อคำถามร่วมกัน มีการตรวจสอบความเชื่อมโยงของข้อคำถามที่ใช้เพื่อการสัมภาษณ์กับคำถามการวิจัยเพื่อหลีกเลี่ยงอคติและความลำเอียงในการวิจัย (Internal testing) หลังจากนั้นข้อคำถามไปรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารทางการพยาบาล 5 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเรียนรู้ (D1)

ผู้วิจัยกำหนดรูปแบบการเรียนรู้จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยและการสำรวจข้อมูลจากระยะที่ 1 มาयर่างรูปแบบการเรียนรู้ตามแนวคิด 70:20:10 และผู้วิจัยนำเสนอร่างรูปแบบการเรียนรู้ต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความสอดคล้องของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence: IOC) พบว่าทุกข้อมีค่าระหว่าง 0.60 -1.00 และค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.85

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการเรียนรู้ (R2) ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบกลุ่มเดียววัดและประเมิน 2 ครั้ง (One group pretest-posttest design) ประชากรในการศึกษา คือ พยาบาล ICWN จำนวน 73 คน การทดลองใช้รูปแบบมีขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินความรู้ด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อก่อนการทดลองใช้รูปแบบ 2) จัดประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรูปแบบการเรียนรู้ 3) จัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการเรียนรู้ (D2)

การประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการเรียนรู้ของพยาบาล ICWN ตามแนวคิด 70:20:10 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ จำนวนปีที่ปฏิบัติงานที่พยาบาล ICWN และการผ่านการอบรมด้านความรู้การติดเชื้ออย่างน้อย 2 สัปดาห์

2) แบบทดสอบความรู้ของพยาบาล ICWN ในเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจำนวน 15 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ประธานคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อ 1 คน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั่วไปอีก 2 คน หาค่าความเชื่อมั่นตามสูตรครุเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.72

3) แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลชัยภูมิ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.80^{13} เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อและประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังของพยาบาล ด้วยการสำรวจความซุกโดยพยาบาล ICWN ตามแบบฟอร์ม จากนั้นพยาบาล ICN จะสรุปผลการเฝ้าระวังร่วมกับอายุรแพทย์ และประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลด้วยการคิดสัดส่วนความถูกต้องในการสรุปการติดเชื้อที่ตรงกัน (Matching) โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง (\%)} = \frac{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อในรพ.ที่พบจากการสำรวจความซุก} \times 100}{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อที่พบจากการสำรวจความซุกทั้งหมด}}$$

4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ICWN ต่อการใช้รูปแบบการเรียนรู้ตามแนวคิด 70:20:10 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ กำหนดระดับคะแนน ดังนี้ น้อยที่สุด 1 คะแนน ระดับน้อย 2 คะแนน ระดับปานกลาง 3 คะแนน ระดับมาก 4 คะแนน และระดับมากที่สุด 5 คะแนน มีการแปลผลค่าคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง



คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน พิจารณาความสอดคล้องตามเนื้อหา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.87 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92

ประชากรในการศึกษา

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN) จากหอผู้ป่วย 36 หอ ๆ ละ 1-3 คน รวม 73 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นพยาบาล ICWN ซึ่งมีลักษณะพื้นฐานเหมือนกัน คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมความรู้เบื้องต้นเรื่องการควบคุมและป้องกันการติดเชื้ออย่างน้อย 1 ครั้ง

เกณฑ์การคัดออก คือ พยาบาล ICWN ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ได้ครบทุกกิจกรรมหรือลาออกจากโรงพยาบาลในระหว่างทำการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลัง โดยใช้ สถิติ Paired t-test
3. เปรียบเทียบประสิทธิภาพการเฝ้าระวังก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Z-test สำหรับค่าสัดส่วน
4. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ICWN โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่ 022/2565 เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2565 จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธและถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

ผลการวิเคราะห์และศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับสมรรถนะการเรียนรู้ของพยาบาล ICWN มีดังนี้

1.1 ปัญหาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อของพยาบาล ICWN พบว่า 1) พยาบาล ICWN มีภาระงานประจำค่อนข้างมาก ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อได้ไม่เต็มที่ 2) การสื่อสารข้อมูลในทีมพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อไม่ครบถ้วนและทันเหตุการณ์ และ 3) พยาบาล ICWN ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ

1.2 อุปสรรคต่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อของพยาบาล ICWN พบว่า 1) การมอบหมายงานในหน่วยงานมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายทำให้ขาดการมองปัญหาการติดเชื้อในภาพรวม 2) การมีภาระงานมากทำให้พยาบาล ICWN เหนื่อยล้าและขาดความสนใจต่อการเรียนรู้ และ 3) ขาดการติดตามให้คำแนะนำเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

1.3 ปัจจัยสนับสนุนให้การเรียนรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อของพยาบาล ICWN ประสบความสำเร็จ พบว่า 1) การมีนโยบายจากผู้บริหารสนับสนุนและมอบหมายให้ทำหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน 2) การติดตามนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาล ICN สม่าเสมอ 3) การจัดการเรียนรู้ให้แก่พยาบาล ICWN ที่ต่อเนื่องและหลากหลาย และ 4) การจัดระบบพี่เลี้ยงสอนงานหรือระบบการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ



ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเรียนรู้

ทีมผู้วิจัยได้นำข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์จากระยะที่ 1 และการศึกษาจากเอกสาร ตำราและเอกสารงานวิจัยมา ออกแบบและพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ของพยาบาล ICWN โรงพยาบาลชัยภูมิ แล้วนำเสนอร่างรูปแบบการเรียนรู้ต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้รูปแบบการเรียนรู้ประกอบด้วย 3 หมวด 10 กิจกรรม ดังนี้

หมวดที่ 1 การเรียนรู้ร้อยละ 70 จากประสบการณ์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเรียนรู้ด้วยตนเองและฝึกปฏิบัติ ในงาน 2) การศึกษาดูงานนอกสถานที่ 3) การเรียนรู้การทำงานกับผู้เชี่ยวชาญ 4) การหมุนเวียนงาน และ 5) การเป็นวิทยากรภายใน

หมวดที่ 2 การเรียนรู้ร้อยละ 20 จากสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดระบบพี่เลี้ยง 2) การจัดระบบโค้ช และ 3) การให้คำปรึกษา

หมวดที่ 3 การเรียนรู้ร้อยละ 10 จากการฝึกอบรม ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดอบรมวิชาการ และ 2) การเรียนรู้ผ่านออนไลน์

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการเรียนรู้

ผู้วิจัยนำรูปแบบการเรียนรู้ของพยาบาล ICWN ตามแนวคิด 70:20:10 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 73 คน โดยนำกระบวนการเรียนรู้ 3 หมวด 10 กิจกรรมไปทดลองใช้ทุกกิจกรรม ดังรายละเอียด ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมการเรียนรู้ของพยาบาล ICWNตามแนวคิด 70:20:10

กิจกรรมการเรียนรู้	รายละเอียดของกิจกรรม
หมวดที่ 1 การเรียนรู้ร้อยละ 70 จากประสบการณ์	
1. การเรียนรู้ด้วยตนเอง และฝึกปฏิบัติในงาน	- ICWN เฝ้าระวังการติดเชื้อตามแบบเฝ้าระวังในหน่วยงานของตนเองอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลา 10 เดือน
2. การศึกษาดูงานนอกสถานที่	- แบ่ง ICWN เป็น 3 ทีมและพาไปศึกษาดูงาน 3 โรงพยาบาล ๆ ละ 1 วัน
3. การเรียนรู้การทำงานกับผู้เชี่ยวชาญ	- กำหนดให้ ICWN ศึกษาข้อมูลเฝ้าระวังร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้หรือปรึกษาอายุรแพทย์ที่ปรึกษางานควบคุมการติดเชื้อต่อเนื่องระยะเวลา 10 เดือน
4. การหมุนเวียนงาน	- กำหนดให้ ICWN สลับหน่วยงานในการเฝ้าระวังการติดเชื้อเป็นระยะเวลา 1 เดือน
5. การเป็นวิทยากรภายใน	- สนับสนุนให้พยาบาล ICWN จำนวน 5 คน อบรมความรู้ด้าน IC 2 สัปดาห์แล้วมาเป็นวิทยากรอบรมภายใน 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง
หมวดที่ 2 การเรียนรู้ร้อยละ 20 จากสัมพันธภาพ	
6. การจัดระบบพี่เลี้ยง	- จัดให้มีพี่เลี้ยงจากพยาบาล ICWN มากกว่า 10 ปีที่มีลักษณะงานเดียวกัน
7. การจัดระบบโค้ช	- กำหนดให้พยาบาล ICWN ที่ผ่านการอบรมความรู้ด้าน IC 2 สัปดาห์เป็นโค้ชแต่ละสาขา 5 สาขา ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวชกรรม และการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
8. การให้คำปรึกษา	- พยาบาล ICN ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาตลอดเวลาหลายช่องทาง เช่น ทางโทรศัพท์ โน้ตบุ๊ก หรือ การปรึกษานางาน
หมวดที่ 3 การเรียนรู้ร้อยละ 10 จากการฝึกอบรม	
9. การฝึกอบรมวิชาการ	- จัดประชุมวิชาการ 1 ครั้ง เรื่อง เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อและการอ่านฟิล์มเอกซเรย์ปอด ระยะเวลาอบรม 3 ชั่วโมง
10. การเรียนรู้ผ่านออนไลน์	- ให้ศึกษาข้อมูลความรู้เรื่องการวินิจฉัยการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน note ของกลุ่มไลน์ คณะกรรมการ IC



ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการเรียนรู้ มีดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 73 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 95.91 อายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุดร้อยละ 38.44 รองลงมาอายุ 21 – 30 ปีร้อยละ 24.72 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่พยาบาล ICWN ระหว่าง 1-3 ปีมากที่สุดร้อยละ 46.63 รองลงมาปฏิบัติงานที่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 23.31 และส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการอบรมด้านการควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อย 2 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 93.23
- 2) ความรู้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อของพยาบาล ICWN พบว่าหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 5.86 เป็น 11.22 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาล ICWN

ความรู้การเฝ้าระวัง	จำนวน (คน)	คะแนนเต็ม	Mean	S.D.	Mean difference	Sig. (2-tailed)
ก่อนพัฒนารูปแบบการเรียนรู้	73	15	5.86	2.287	-5.356	0.000*
หลังพัฒนารูปแบบการเรียนรู้	73	15	11.22	2.311		

* ($p < .001$)

- 3) การประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง พบว่าหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้ตามแนวคิด 70:20:10 ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.71 เป็น 80.00 (เพิ่มร้อยละ 11.32 [95% CI: 2.41, 31.24]) ($p=.024$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังของพยาบาล ICWN ก่อนและหลังการเรียนรู้ตามแนวคิด 70:20:10 (N=73)

ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง	ร้อยละ	Proportion Difference	95% Confidence Interval of the Difference		Sig. (2-tailed)
			Lower	Upper	
ก่อนพัฒนารูปแบบการเรียนรู้	68.71	11.32	2.41	31.24	0.024*
หลังพัฒนารูปแบบการเรียนรู้	80				

* ($p < .05$)

- 4) ความพึงพอใจของพยาบาล ICWN ต่อรูปแบบการเรียนรู้ตามแนวคิด 70:20:10 พบว่าคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.22) คิดเป็นร้อยละ 84.42 โดยพึงพอใจมากที่สุดเรื่อง ความทันสมัยของแนวคิด ร้อยละ 86.30 รองลงมา คือ ระยะเวลาการเรียนรู้เหมาะสม และแนวคิดสามารถประยุกต์ใช้ได้ง่าย ร้อยละ 85.75 และ 84.93 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของพยาบาล ICWN ต่อรูปแบบการเรียนรู้ตามแนวคิด 70:20:10 (N=73)

รายการประเมิน	Mean	ร้อยละ	S.D.	เกณฑ์ประเมิน
1. แนวคิดมีความทันสมัย	4.32	86.30	0.594	มาก
2. ระยะเวลาการเรียนรู้เหมาะสม	4.29	85.75	0.536	มาก
3. แนวคิดสามารถประยุกต์ใช้ได้ง่าย	4.25	84.93	0.636	มาก
4. แนวคิดมีความเหมาะสมและน่าสนใจ	4.22	84.38	0.579	มาก
5. เหมาะสมต่อการนำไปใช้ในอนาคต	4.18	83.56	0.605	มาก
6. แนวคิดนี้ทำให้เรียนรู้ได้ดีกว่าวิธีเดิม	4.16	83.29	0.574	มาก
7. แนวคิดมีความหลากหลาย	4.12	82.47	0.618	มาก
8. ความพึงพอใจต่อแนวคิดในภาพรวม	4.23	84.66	0.562	มาก
รวม	4.22	84.42	0.588	มาก



การอภิปรายผล

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการเรียนรู้ของพยาบาล ICWN พบว่าปัญหาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อของพยาบาล ICWN และอุปสรรคการเรียนรู้ที่สำคัญ คือ มีปัญหาภาระงานประจำในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก การขาดความรู้ความเข้าใจและการสื่อสารข้อมูลสำคัญระหว่างทีมที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนปัจจัยที่น่าจะเป็นสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ได้แก่ การมีนโยบายจากผู้บริหาร ซึ่งระบบงานควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลชัยภูมิได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง การติดตามนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยและการจัดระบบพี่เลี้ยงสอนงาน ซึ่งยังอาจเป็นประเด็นปัญหาเนื่องจากหัวหน้าหน่วยงานมีภาระงานที่มากเช่นกัน อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่า การส่งเสริมศักยภาพบุคลากรเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ มีปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือ การมีระบบพี่เลี้ยง การสนับสนุนจากผู้บริหารหรือหัวหน้างาน การติดตามและควบคุมกำกับ¹⁴

2. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ของพยาบาล ICWN ตามแนวคิด 70:20:10 ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพต่อการพัฒนาสมรรถนะ ICWN เนื่องจากหลักการที่สำคัญของแนวคิดนี้ คือ การช่วยให้บุคลากรเกิดการพัฒนาให้ได้มากที่สุดและต่อยอดการพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง รูปแบบนี้จึงเป็นประโยชน์โดยตรงสำหรับกระบวนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์¹⁵ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการเรียนรู้ตามแนวคิด 70:20:10 มีกิจกรรมการเรียนรู้ที่สำคัญทั้งหมด 10 กิจกรรมครอบคลุมการเรียนรู้จากประสบการณ์ จากสัมพันธภาพ และจากการฝึกอบรม ดังนี้ 1) การเรียนรู้ด้วยตนเองและฝึกปฏิบัติในงาน 2) การศึกษาดูงานนอกสถานที่ 3) การเรียนรู้การทำงานกับผู้เชี่ยวชาญ 4) การหมุนเวียนงาน 5) การเป็นวิทยากรภายในหน่วยงาน 6) การจัดระบบพี่เลี้ยง 7) การจัดระบบโค้ช 8) การให้คำปรึกษา 9) การจัดอบรมวิชาการ และ 10) การเรียนรู้ผ่านออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนากลยุทธ์การเรียนรู้ตามรูปแบบ 70:20:10 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีมสำหรับพนักงานบริษัทไฮ-เทค แอปพารেল จำกัด ที่พบว่ากลยุทธ์ที่สำคัญ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามสายงาน การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง การทำงานร่วมกับเพื่อนคู่คิด การมีระบบพี่เลี้ยง การขอคำปรึกษา การมีระบบฝึกอบรม และการส่งเสริมให้มีการหาความรู้จากอินเทอร์เน็ต¹¹ และการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคลากรกลุ่มงานพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพและตำแหน่งสถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร พบว่าแนวคิด 70:20:10 มีกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่สำคัญ ได้แก่ การจัดการความรู้โดยการเรียนรู้ตัวอย่างจากเพื่อน การให้บุคลากรมีการหมุนเวียนเปลี่ยนงาน การส่งเสริมให้บุคลากรเข้าไปฝึกอบรมในรูปแบบการสังเกตการณ์ และการนำเทคโนโลยีมาเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรให้มากขึ้น¹⁶

3. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการเรียนรู้ตามแนวคิด 70:20:10 พบว่าหลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการเรียนรู้ตามแนวคิด 70:20:10 เป็นแนวคิดที่ช่วยพัฒนาความสามารถบุคลากรที่มุ่งเน้นการปฏิบัติจริงไม่ใช่เฉพาะเครื่องมือ การอบรมในห้องเรียนเท่านั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ได้อย่างเต็มที่จากประสบการณ์ตนเองและจากเพื่อนร่วมงาน เกิดการเรียนรู้ที่หลากหลายส่งผลต่อประสิทธิภาพที่มากขึ้น⁷ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนากลยุทธ์การเรียนรู้ตามรูปแบบ 70:20:10 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีมสำหรับพนักงานบริษัทไฮ-เทค แอปพารেল จำกัด ที่พบว่าประสิทธิภาพการทำงานของทีมนักกลยุทธ์ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ ส่วนผลการศึกษาด้านความพึงพอใจของพยาบาล ICWN ต่อรูปแบบการเรียนรู้ตามแนวคิด 70:20:10 พบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อความทันสมัยของแนวคิดอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือระยะเวลาการเรียนรู้เหมาะสมและแนวคิดสามารถประยุกต์ใช้ได้ง่าย สอดคล้องกับศึกษาการปรับกรอบความคิด (Mindset) ด้านดิจิทัลของบุคลากรด้วยรูปแบบการพัฒนา 70:20:10 ของการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ที่พบว่าแนวคิดนี้ส่งผลต่อการปรับ Mindset ด้านดิจิทัลของผู้ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ เช่นเดียวกับรายงานการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะครูด้านการจัดการเรียนรู้เชิงรุก สำหรับสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามหาสารคาม เขต 1 พบว่าการจัดกิจกรรมตามหลักการพัฒนาแบบ 70:20:10 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด¹⁸ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ตามแนวคิด 70:20:10 ที่ช่วยให้พยาบาล ICWN มีสมรรถนะในการเฝ้าระวังการติดเชื้อมากขึ้น อันจะช่วยให้การลดการติดเชื้อลดลงและผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น



ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหาร ควรมีการนำรูปแบบการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในด้านอื่น ๆ เพื่อให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้ที่หลากหลายและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
2. ด้านการปฏิบัติ ควรมีการติดตามประเมินสมรรถนะของพยาบาล ICWN หลังจากการใช้รูปแบบการเรียนรู้ใหม่เป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำแนวคิด 70:20:10 ไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในด้านอื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ ที่ให้การสนับสนุนและอนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัย ขอขอบคุณนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลชัยภูมิ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาด้านการใช้สถิติและวิเคราะห์ข้อมูล และขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

References

1. Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Guideline for the prevention and control of infection in the hospitals. Bangkok: Aksorn graphic and design publishing house; 2020. (in Thai)
2. Haley RW, Quade D, Freeman HE, Bennett JV. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project): summary of study design. Am J Epidemiol. 1980;111(5):472-85.
3. Phatthanathong P, Oucharoen N. Development of a nosocomial infection surveillance system using collaborative quality improvement of hospitals in Ranong Province. Region 11 Medical Journal. 2018; 32(2):1053-64. (in Thai)
4. Malatham K, Rongrungruang Y. Manual for prevention and control of infection in hospitals. Bangkok: Aksorn graphic and design publishing house; 2017. (in Thai)
5. Bamrasnaradura infectious diseases institute, Department of disease control, Ministry of public health. manual for diagnosing hospital infections. Bangkok: Aksorn graphic and design publishing house; 2018. (in Thai)
6. Lombardo MM, Eichinger RW. The Career architect development planner. (4th ed) Minneapolis: Lominger; 2006.
7. Sawatsaringkarn P. 70-20-10 Rule proportion of blended learning [Internet]. 2022. [cited 2022 Jun 10]. Available from: <https://drpiyanan.com/2018/11/19/702010/>. (in Thai)
8. Ngamkamol C. Book reviews: competency-based 70:20:10 learning model. Business Review Journal. 2016;8(2): 219-21. (in Thai)
9. Phuwittayaphan A. Developing personnel capabilities based on the 70:20:10 learning model. Bangkok: HR Center; 2016. (in Thai)



10. Bangkok Civil Service Development Institute. Manual for developing the 70: 20: 10 learning model according to the human resource development plan of Bangkok. (2018 - 2022) [Internet]. 2018. [cited 2022 Jun 10]. Available from: https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000112/News/manual/Develop70_20_10.pdf. (in Thai)
11. Kanongdee N, Vanichvasin P. Developing learning with 70:20:10 learning principles to increase teamwork efficiency for employees at Hi-Tech Apparel CO., LTD. Journal of MCU Nakhondhat. 2021; 8(8):240-53. (in Thai)
12. Chaiyaphum hospital. Annual report summarizing IC performance in 2022, Infection control and prevention department. Chaiyaphum hospital; 2022. (in Thai)
13. Sawasrak K, Chaiyabutra S, Mulalinn P. Point prevalence surveys of hospital-associated infections in Chaiyaphum hospital, 2022. Journal of Nursing and Health Care. 2022;40(3):26-34. (in Thai)
14. Charoensilp M, Waengnork W, Muangkaew P, Thamknao J, Pitak M. A model for developing the potential of research personnel through practice and social support for Sakaeo Crown Prince Hospital's improving work quality and providing health services. Journal of MCU Nakhondhat. 2022;9(4):387-401. (in Thai)
15. HREX.asia. 70:20:10 A formula for increasing organizational potential with a learning and human development model. 2019 [cited 2023 Sept 15]; Available from: <https://th.hrnote.asia/orgdevelopment/190620-model-70-20-10/>. (in Thai)
16. Thongchanluk A. The Development of competency of personnel' section of professional competencies and positions, BMA training and development institute [Internet]. 2021. [cited 2023 Sept 15]. Available from: http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2563_1614231848_6214830029.pdf. (in Thai)
17. Chimwai W. The Digital mindset of employees with a 70:20:10 development pattern [Internet]. 2018. [cited 2023 Sept 15]; Available from: http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2560_1561119177_6014830044.pdf. (in Thai)
18. Phosri W, Khamdit S. Development of teacher competency strengthening program of active learning management under Mahasarakham Primary Educational Service Area Office 1 (Doctoral dissertation, Mahasarakham University). (in Thai)



การศึกษาปัญหาและความต้องการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพของ คนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน*

ณัฏฐ์ชานันท์ วงศ์ชาลี พย.ม.¹

ถัมวิ ปิยะบัณฑิตกุล Ph.D.²

(วันรับบทความ: 11 กันยายน พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 7 พฤศจิกายน พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 16 พฤศจิกายน พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์ศึกษาปัญหาและความต้องการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน ตำบลบ้านแฮด อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 54 คน ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว 19 คน และผู้ดูแลหลักในครอบครัว 19 คนและผู้ให้ข้อมูลรองเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว 16 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหวและครอบครัว ดังนี้ 1) คนพิการส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ อายุเฉลี่ย 63 ปี เพศหญิงร้อยละ 68.43 มีความพิการเฉลี่ย 6.72 ปี 2) อาศัยอยู่กับผู้ดูแลหลักที่เป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 47.37 และเป็นผู้สูงอายุเหมือนกันบางคนมีโรคเรื้อรังหรือปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย 3) อาศัยอยู่บ้านตามลำพังช่วงกลางวัน เนื่องจากผู้ดูแลต้องไปทำงาน และ 4) คนพิการบางส่วนเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวที่มีหน้าที่หารายได้หลักของครอบครัว จึงกระทบต่อฐานะทางการเงินของครอบครัว ดังนั้นความต้องการที่คนพิการ ต้องการได้รับการดูแลจากชุมชน ได้แก่ 1) การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับการทำกิจวัตรประจำวัน 2) การฝึกทักษะอาชีพตามความถนัดของแต่ละคน และ 3) การให้กำลังใจจากชุมชนผ่านการเยี่ยมบ้าน ผ่านการฟื้นฟูด้านร่างกาย และการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน ผลการศึกษาสะท้อนถึงปัญหาและความต้องการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในบริบทชุมชนภาคอีสานของประเทศไทย ที่เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ให้ครอบคลุมมิติด้านสังคม วัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม นอกเหนือจากด้านสุขภาพ เพื่อตอบสนองบุคคลและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมทุกมิติในการดำเนินชีวิต

คำสำคัญ: การดูแลในชุมชน คนพิการทางการเคลื่อนไหว ปัญหาและความต้องการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ

*เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ตำบลบ้านแฮด อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น โดยนางสาวณัฏฐ์ชานันท์ วงศ์ชาลี

¹นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: plukaw@kku.ac.th Tel: 089-6224456



A Study of the Problems and Rehabilitation Care Needs of Persons with Physical Disability in the Community*

Nadchanan Wongchalee M.N.S.¹

Lukawee Piyabanditkul Ph.D.²

(Received Date: September 11, 2023, Revised Date: November 7, 2023, Accepted Date: November 16, 2023)

Abstract

This qualitative descriptive study aimed to explore the problems and rehabilitation care needs of persons with physical disability in the Ban Haet Sub-district, Ban Haet District, Khon Kaen Province, Thailand. The 54 participants included 38 key informants (19 people with physical disabilities and 19 primary caregivers) and 16 secondary informants involved in the rehabilitation of persons with physical disabilities. The data were collected through semi-structured interviews which were evaluated by experts to ensure the instrument's quality. Descriptive and content analysis were utilized to analyze the data.

The study revealed that persons with physical disabilities and their families have the following characteristics: 1) Most persons with physical disabilities (PWPA) were seniors. The average age of the participating PWPAs was 63 years, with a majority (68.43%) being female, and their average duration of their disability was 6.72 years; 2) approximately 47.37% of the PWPAs were living with an older spouse who served as their family caregiver, And, additionally, some PWPAs also had chronic illnesses or mental health conditions; 3) some PWPAs stayed alone at home during the day because their caregiver had to work outside the home; and 4) some PWPAs used to be family leaders responsible for earning the most of the family's income, so their disability has impacted the family's economic status. Thus, the community has to provide care for persons with physical disabilities including: 1) improving or modifying their homes to accommodate routine activities; 2) providing individualized occupational skill training based on their physical limitations and previous skills; and 3) providing mental and emotional support from the community via home visits, access to and participating in physical rehabilitation, and opportunities to be actively involved in community events. The findings of this study should be beneficial for health professionals, local governments, and other relevant organizations involved in providing adequate rehabilitation services for people with physical disabilities and their families. These findings represent various dimensions, including social, cultural, economic, environmental, and health issues, which must be considered in order to fulfil the various needs of people with disabilities and their families across all aspects of their daily lives.

Keywords: care in community, persons with physical disability, problems and care needs, rehabilitation

*Part of the study: The Situational Analysis of Rehabilitation Care for Persons with Movement Disability in Community, Ban Haet Subdistrict, Ban Haet District, Khon Kaen Province by Nadchanan Wongchalee

¹A student of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²Corresponding author, E-mail: plukaw@kku.ac.th Tel: 089-6224456



บทนำ

ความพิการเป็นส่วนหนึ่งของการเป็นมนุษย์ ในปี ค.ศ. 2022 องค์การอนามัยโลก ได้มีการประมาณการประชากรโลกมากกว่า 1.3 พันล้านคนหรือประมาณร้อยละ 16 มีความพิการแบบชั่วคราวหรือถาวรและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากความสูงอายุและการเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อสันหลังอักเสบ โรคเบาหวาน เป็นต้น¹ สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในปี พ.ศ. 2565 พบคนพิการ ร้อยละ 3.26 ของประชากรทั้งประเทศ (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565) เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 และ ปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 3.18 และ 3.12 ตามลำดับ ประเภทของความพิการที่พบมากที่สุด คือ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย ร้อยละ 50.81 อยู่ในวัยทำงาน (15-59 ปี) และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 39.79 และ 56.61 ตามลำดับ พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบจำนวนคนพิการมากที่สุด ร้อยละ 39.35 โดยจังหวัดขอนแก่นเป็น 1 ใน 15 จังหวัดที่พบคนพิการมากที่สุด พบคนพิการทั้งหมด 41,977 คน โดยเฉพาะคนพิการทางการเคลื่อนไหวคิดเป็นร้อยละ 31.49 ของคนพิการในจังหวัดขอนแก่น^{2,3}

ความพิการทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยด้านร่างกายเกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อยึดติด เป็นต้น บุคลิกเปลี่ยนแปลงเกิดความรู้หมดหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่าย ก้าวร้าว ซึมเศร้า และบางครั้งผู้ดูแลต้องหยุดหรือลาออกจากงานมีผลกระทบต่อรายได้ของครัวเรือน⁴ โดยลักษณะความพิการสภาวะการเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวและรายได้ มีความสัมพันธ์กับการถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านการถูกกดขี่⁵ และคนพิการผู้หญิงมีแนวโน้มถูกกระทำรุนแรงเพิ่มขึ้น⁶ โดยคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ดีมีความสัมพันธ์โดยตรงกับสัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม⁷ ดังนั้นคนพิการจึงมีความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือที่แตกต่างกันตามบริบทของบุคคลและครอบครัว ได้แก่ ฐานะยากจน การไม่มีงานและอาชีพที่มั่นคง ต้องการได้รับเบี้ยคนพิการเพิ่มมากขึ้น ต้องการทรัพยากรและเงินทุนในการประกอบอาชีพ การขาดผู้ดูแลหรือขาดเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการช่วยเหลือคนพิการ ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยไม่ได้มาตรฐานและถูกสุขอนามัย การขาดโอกาสทางการศึกษา การไม่เป็นที่ยอมรับจากสังคม หรือการถูกกลั่นแกล้งล้อเลียนทำให้ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ และปัญหาการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ เป็นต้น⁸⁻¹⁰

ในปี พ.ศ. 2518 องค์การสหประชาชาติได้ประกาศ “ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิคนพิการ” เพื่อให้คนพิการได้รับการคุ้มครองด้านสิทธิและสวัสดิการเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป¹¹ และในปี พ.ศ. 2521 องค์การอนามัยโลกประกาศแนวทางการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้วยการสนับสนุนการดูแลคนพิการอย่างครอบคลุมทั้งด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา ด้านอาชีพและด้านสังคม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อช่วยคนพิการในประเทศที่มีรายได้ในระดับต่ำและปานกลางสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการสื่อสารข้อมูลคนพิการด้วยรหัสบัญชีสากล หรือ The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการดูแลคนพิการในมิติการทำงานของร่างกายและความพิการและมีมิติปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการเพื่อเป็นข้อมูลในการจัดการดูแลตามความต้องการ¹² สำหรับประเทศไทยแบ่งการดูแลผู้พิการเป็น 2 ระยะคือการดูแลแบบสังเคราะห์ในปี พ.ศ. 2520-2533 และการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2534 ถึงปัจจุบันและมีการกำหนดสิทธิคนพิการไว้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550¹³ ในต่างประเทศนโยบายและกฎหมายการดูแลคนพิการในประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่นและไทย พบความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ การเชื่อมประสานการดูแลคนพิการตั้งแต่ระดับบุคคลจนถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้คนพิการสามารถดำรงกิจวัตรประจำวันได้ การได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐ การได้รับสิทธิตามกฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับคนพิการ¹⁴ แต่อย่างไรก็ตามในบริบทของประเทศไทยมีความท้าทายเนื่องจากคนพิการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ฐานะยากจน ความชัดเจนของการช่วยเหลือคนพิการและครอบครัวในการเข้าสู่อาชีพ หรือการมีส่วนร่วมของสังคมในการดูแลคนพิการมักอยู่บนพื้นฐานการกุศลและการทำบุญ อาจส่งผลให้คนพิการและครอบครัวพึ่งตนเองได้น้อย ขาดการบูรณาการและความต่อเนื่องของการดูแล ข้อจำกัดด้านงบประมาณรวมถึงการเชื่อมโยงของระบบข้อมูล ระบบเทคโนโลยี สิ่งแวดล้อมและคมนาคมที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นด้วย^{14,15}



จากสถิติในปี พ.ศ. 2564 ของตำบลบ้านแฮด อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น พบคนพิการร้อยละ 4.75 ในขณะที่ปี พ.ศ. 2560 พบร้อยละ 3.54 เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.21 ปัจจัยสาเหตุส่วนมากเกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและอุบัติเหตุ โดยพบความพิการทางด้านการเคลื่อนไหวหรือทางกายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24 ของคนพิการทั้งหมด นอกจากนี้ตำบลบ้านแฮดยังเป็นพื้นที่ตำบลสุขภาพและตำบลต้นแบบในการดูแลสุขภาพโดยชุมชน มีความโดดเด่นเรื่องระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบเท่าเทียมภายใต้การมีส่วนร่วมแบบบูรณาการของภาคีเครือข่าย เพื่อจะเข้าใจบริบทสถานการณ์การบริการและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่ศึกษาปัญหาและความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน นำใช้ข้อมูลในการวางแผนและพัฒนาระบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

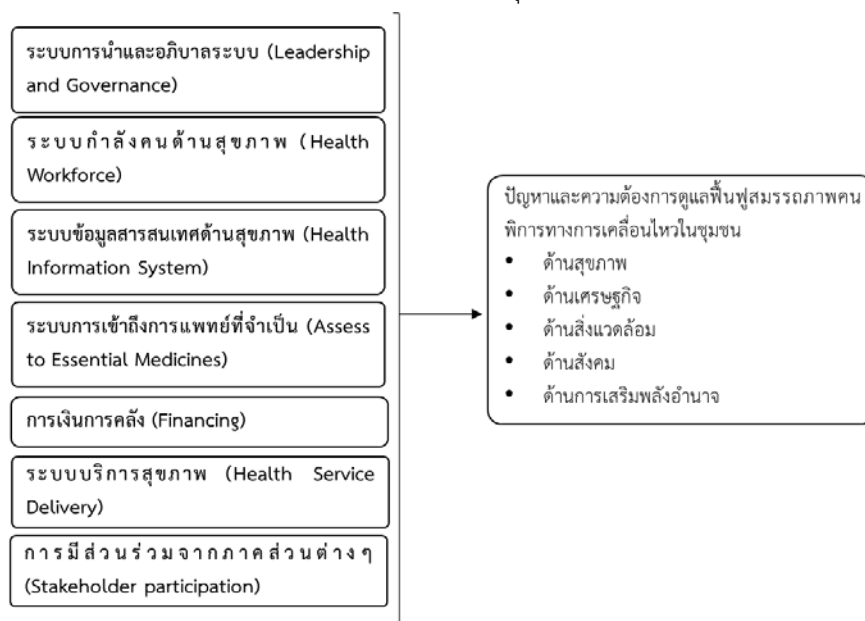
เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน

ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบพรรณานี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน ตำบลบ้านแฮด อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกับผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ 1) กลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหว 2) กลุ่มผู้ดูแลหลักคนพิการทางการเคลื่อนไหว 3) ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ระหว่างเมษายน พ.ศ. 2565 – ตุลาคม พ.ศ. 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด 6+1 เสาหลักสุขภาพ (Six building blocks plus one for health) ขององค์การอนามัยโลก โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน ตำบลบ้านแฮด อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนมิติด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมและด้านการเสริมพลังอำนาจ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการจัดการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนให้ครอบคลุมระดับบุคคลและครอบครัวผ่านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Qualitative descriptive study)

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูล จำนวนทั้งหมด 54 คน โดยพิจารณา 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย คนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 19 คน เป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว มีอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ ไม่มีความผิดปกติทางสมอง อาศัยในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี มีผู้ดูแลหลักในครอบครัวไม่อาศัยเพียงลำพังหรือถูกทอดทิ้งและมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านและหรือในชุมชน และ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 19 คน ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวหรือผู้ถูกจ้างให้ดูแลที่มีประสบการณ์และให้การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวด้านกิจวัตรประจำวันหรือด้านสุขภาพ และ 2) ผู้ให้ข้อมูลรอง เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 16 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยองค์กรปกครองท้องถิ่น เจ้าหน้าที่หน่วยบริการบริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร อาสาสมัครสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหว (P = Patient) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับ การจัดกิจกรรมและการจัดการบริการการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและความพึงพอใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ปัญหาและความต้องการด้านการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมและด้านการเสริมพลังอำนาจ ตัวอย่างคำถาม “ท่านได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวด้านใดบ้าง อย่างไร ผู้ให้บริการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง” “ท่านคิดว่า ปัญหาความต้องการมีอะไรบ้าง และอุปสรรคที่พบจากการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีอะไรบ้าง มีข้อเสนอแนะหรือแนวทางการแก้ไข อย่างไร”

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลหลักคนพิการทางการเคลื่อนไหว (F = family caregiver) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพฯ การสนับสนุนด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมและด้านการเสริมพลังอำนาจ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ตัวอย่างคำถาม “ท่านมีความคาดหวังต่อการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างไร” “ท่านได้รับการสนับสนุนและการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวด้านใดบ้าง อย่างไร” “ท่านคิดว่า ปัญหา ความต้องการมีอะไรบ้าง และอุปสรรคที่พบจากการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีอะไรบ้าง มีข้อเสนอแนะหรือแนวทางการแก้ไข อย่างไร”

3) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ST = Authorities) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับ แผนและแนวทางปฏิบัติงาน การอบรมฟื้นฟูทักษะความรู้ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน โอกาสและการสนับสนุนเพื่อการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม และด้านการเสริมพลังอำนาจ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ตัวอย่างคำถาม “ท่านมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในด้านใดบ้าง อย่างไร” “ท่านมีข้อเสนอแนะต่อการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว อย่างไรบ้าง”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน จำนวน 2 ท่าน พยาบาลในหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการปฐมภูมิผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน จำนวน 2 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.94 ทำการปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และ



นำข้อคำถามไปทดลองสัมภาษณ์ กับคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้ดูแลหลักคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร
สาธารณสุขชุมชนที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความชัดเจนก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากผู้ให้ข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว โดยเข้าพื้นที่แบบกึ่งทางการ ผ่านการประสานงาน
ผู้แนะนำเข้าสู่พื้นที่ข้อมูล (Gatekeepers) ได้แก่ พยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เพื่อทำความรู้จักกับพื้นที่
ที่ทำการศึกษ หลังจากนั้นเข้าพื้นที่แบบเป็นทางการภายหลังโครงการผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามประเด็น พร้อมขออนุญาตบันทึกเทปการสนทนา
ตลอดการสนทนา ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญ และผู้ให้ข้อมูลสอบถามความถูกต้อง นอกจากนี้ยัง
จดบันทึกภาคสนาม ถอดเทป สรุปข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์ ตีความ จัดประเด็นสำคัญตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เลขที่ HE650606 ณ วันที่ 12 เมษายน พ.ศ.2565 และได้พิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลทุกขั้นตอนตลอดกระบวนการวิจัย โดยคำนึงถึง
ความยินยอมของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความสามารถในการปฏิเสธหรือออกจากกรวิจัยได้ทุกเมื่อ
หากไม่สะดวกใจ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวมที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลได้
พร้อมขออนุญาตด้วยวาจาและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงได้ขออนุญาตบันทึกเทปทุกครั้ง ทั้งนี้ไฟล์เสียง
การสัมภาษณ์และการบันทึกต่าง ๆ จะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษครั้งนี้ โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิง
พรรณนา นำเสนอข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามแนวทางของ Sandelowski¹⁶ ได้แก่ 1) ทำความเข้าใจกับข้อความจาก
การถอดเทปการสัมภาษณ์ บันทึกภาคสนาม 2) วิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงกิริยาท่าทาง น้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูล ตีความ จัดหมวดหมู่
ข้อมูล 3) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยพิจารณาความสอดคล้องจากการสัมภาษณ์ การสังเกตและจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง
รวมถึงการสะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลรวมถึงการสอบถามข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา 4) วิเคราะห์ สรุป
ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาและนำเสนอข้อมูลในลักษณะพรรณนา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล กลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ให้ข้อมูลส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.43
มีอายุเฉลี่ย 63 ปี (S.D. = 17.36) สาเหตุความพิการส่วนมากเกิดจากการบาดเจ็บไขสันหลัง ร้อยละ 31.58 รองลงมาเกิดจาก
โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 26.32 โดยระยะเวลาความพิการเฉลี่ย 6.72 ปี (S.D. = 3.79) มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวานและหรือ
ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.11 จบการศึกษาระดับสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.21 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 78.95
รายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 68.42 โดยแหล่งรายได้ของครอบครัวส่วนมากจากสวัสดิการรัฐ
ได้แก่ เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยคนพิการ ร้อยละ 89.47

กลุ่มผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว เป็นบุคคลในครอบครัวกับคนพิการทางการเคลื่อนไหว ส่วนมากเป็นเพศชาย
ร้อยละ 52.63 การศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 84.21 มีโรคประจำตัวเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง
ร้อยละ 36.84 และความพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 10.53 มีความสัมพันธ์กับคนพิการทางการเคลื่อนไหวลักษณะสามารภ
ร้อยละ 47.37 และบุตรหลาน ร้อยละ 31.58 มีประสบการณ์การเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย ร้อยละ 52.63



กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.75 ตำแหน่งและบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วย รองนายกเทศมนตรี จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ทีมด้านสุขภาพ จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 7 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) จำนวน 4 คน ผู้นำชุมชนหรือกรรมการชุมชน จำนวน 6 คน ประธานชมรมคนพิการ จำนวน 1 คนและหัวหน้ากลุ่มอาชีพสานตะกร้า จำนวน 1 คน โดยส่วนมากมีระยะเวลาในบทบาทหน้าที่ระหว่าง 5-10 ปี ร้อยละ 43.75

2. ข้อมูลปัญหาและความต้องการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน การศึกษาครั้งนี้พบผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการพบประเด็นที่น่าสนใจ 5 ด้าน คือด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม และด้านการเสริมพลังอำนาจ รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ด้านสุขภาพ ปัญหาของคนพิการทางการเคลื่อนไหวและผู้ดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจและความต้องการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายและจิตใจ

1) ด้านร่างกาย: ความสูงวัย เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวและผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ เกิดความเสื่อมตามวัย ความแข็งแรงของร่างกายลดลง ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูงและบางรายมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรังร่วมด้วย เช่น ต้อหิน ต้อกระจก ขาปลายมือปลายเท้าสาเหตุเนื่องมาจากการดูแลรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ตัวอย่างถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้ “...คุณตา.....บ้านนี้แก่แก่แล้วเนาะ ทางเราก้เข้ามาดูแลตลอดตั้งแต่แรก แต่การสอนหรือให้คำแนะนำแก ก็ทำได้บ้างไม่ได้บ้างเนาะ มีหลงลืมบ้าง แกมีหลายโรค ทั้งความดันและเบาหวาน ก็คุมได้บ้างไม่ได้บ้าง... ST017” “...บ้านนี้ก่อนหน้านั้นแกมองไม่เห็นข้างเดียว เป็นเบาหวานขึ้นตา ก็ควบคุมเบาหวานไม่ได้เนาะ ขาที่ตัดเพราะเป็นแผลไม่หายซักที... ST006”

2) ด้านจิตใจ: เครียด สิ้นหวัง ท้อแท้ การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวนอกจากความท้าทายด้านความสูงวัยและภาวะโรคเรื้อรังร่วมด้วย อีกภาวะสำคัญที่ทำให้เกิดความซับซ้อนในการดูแลคือ ปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความเครียดสะสมจากข้อจำกัดของครอบครัวหรือเศรษฐกิจ ซึ่งอาจเกิดก่อนหรือหลังความพิการ ทำให้ความรู้สึกสิ้นหวัง มีคุณค่าในตัวเองลดลง รู้สึกเป็นภาระและไม่มีความสนใจในการแสวงหาเพื่อดูแลตนเอง โดยตัวอย่างถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้ “...ยืนเหยียดเท่าที่ทำได้ ไม่คาดหวังกับอาการมากเท่าไร... P019” “...เป็นมา เกือบ 10 ปีแล้ว แต่ก่อนไม่อะไร มาสนใจเบิ่งเจ้าของจักหน่อย 4-5 ปีมานี้ สงสารเมียทั้งป่วยทั้งช่วยดูแลหลานน้อย... P018” บางครอบครัวผู้ดูแลที่มีความบกพร่องด้านจิตใจหรือปัญหาสุขภาพจิต อันเนื่องมาจากความผิดปกติของสมองหรือการใช้สารเสพติด “...บ้านนี้มาสงสารลูกติดยาทั้งหมด ไปเรียนในเมือง ติดเพื่อน ติดยา กลับบ้านมาอีกทีก็เป็นอย่างที่เห็น... แต่ก็ได้ทาง อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ติดตามช่วยกันไปรักษาไปหาหมอ... ST001”

2.2 ด้านเศรษฐกิจ สถานะทางด้านเศรษฐกิจของบุคคลและครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ประจำวัน เนื่องจากคนพิการทางการเคลื่อนไหวและครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้น้อย มีภาระหนี้สิน ประกอบอาชีพรับจ้างหรือเกษตรกรเป็นส่วนมากในระยะก่อนความพิการ

1) รายได้ไม่เพียงพอ ต้องการเงินสนับสนุนหรือเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้น คนพิการทางการเคลื่อนไหวและครอบครัวส่วนมากประสบปัญหาเรื่องรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายต้องอาศัยระยะเวลาและความต่อเนื่องในการดูแลและปัญหาเรื่องรายได้ในครอบครัวจะเพิ่มมากขึ้นหากคนพิการทางการเคลื่อนไหวเคยมีบทบาทหลักเป็นผู้ทำงานหารรายได้หลักของครอบครัว รายได้ที่เคยมีหรือเงินที่สะสมไว้ถูกนำมาใช้ในการดูแลความพิการหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังนั้นรายได้ของครอบครัวคือเบี้ยยังชีพคนพิการหรือผู้สูงอายุที่ใช้ในการเลี้ยงดูคนในครอบครัว อยากให้หน่วยงานภาครัฐพิจารณาในการปรับเพิ่มเงินสนับสนุนหรือเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้น ตัวอย่างถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้ “...เราเป็นกำลังหลักของครอบครัว เงินทองก็ต้องหาต้องใช้ การรักษามันก็เลยไม่ได้ต่อเนื่องเท่าไร ก็อยากให้ทางรัฐช่วยเรื่องค่าใช้จ่าย เราคิดว่าสบายขึ้น... P001” “...คือตอนป่วยแรกๆแล้วก็มีหนี้มาก่อนเนาะ เป็นหนี้กองทุนหมู่บ้าน.... F010” “...ปกติก่อนป่วยเรื่องเงินทองก็ไม่ค่อยมี ไม่มีเงินเก็บเลยแหละ แล้วพอป่วยมากก็ยิ่งทำให้เราหายากขึ้น เงินที่ทางรัฐบาลช่วยเหลือก็ต้องแบ่งไปใช้หนี้เก่า... P014”



2) การประกอบอาชีพ สร้างรายได้ การประกอบอาชีพเป็นช่องทางในการเพิ่มโอกาสของรายได้ให้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหวและครอบครัว คนพิการทางการเคลื่อนไหวบางคนเมื่อฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายสามารถกลับไปทำงานรับจ้างหรือเกษตรกรรมได้เช่นเดิมก่อนเกิดความพิการ แต่ในขณะที่บางคนต้องการการฝึกทักษะเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการประกอบอาชีพตามความเหมาะสมของสมรรถนะร่างกายหรือครอบครัวต้องออกจากงานเพื่อมาคอยช่วยเหลือดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวจึงอยากได้ช่องทางในการเข้าสู่การฝึกทักษะทางอาชีพ บางคนเคยได้รับการฝึกทักษะทางอาชีพ เช่น การซ่อมต่างๆ การจักสาน การถักผ้า การเย็บผ้า การปลูกผัก การเลี้ยงไก่ ขยายสาละกิ้นแบ่งรัฐบาล เป็นต้น ซึ่งบางคนสามารถทำอาชีพก่อเกิดรายได้ต่อยอดได้ บางคนไม่ประสบความสำเร็จในการต่อยอดด้านอาชีพเนื่องจากข้อจำกัดทั้งตัวบุคคลและครอบครัว ดังนั้นชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องให้โอกาสคนพิการทางการเคลื่อนไหวและครอบครัวในการเข้าถึงทักษะการประกอบอาชีพที่หลากหลายตามความถนัดของตนเอง ตัวอย่างถ้อยคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้ “...เขาก็มาส่งเสริมทำน้ำยาล้างจาน ก็เน้นทำใช้ในบ้าน ทำขายก็ตามเขาจัดงาน... F007” “... แต่ก่อนก็เคยไปรับนมเปรี้ยว... มาเซ็นขายในหมู่บ้านเรานี่ละ แต่มันไม่ไหว ร่างกายมันไม่ได้ มือก็ใช้ได้อยู่ข้างเดียว อีกข้างก็แบบที่เห็น (โหลยัดติต) รถเข็นล้ม ถูกรถชน อีกอย่างก็อายุเยอะแล้ว ไม่ทำอีกเลย... P005” “แต่ก่อนงานแบบนี้มีกันเยอะอยู่ ก็ถนัดใครถนัดมัน เขาก็ไปทำที่เขาถนัด...แม่ว่าแบบนี้ สานไปเพลินๆ ให้ไปทำแบบเขาเราก็ไม่ได้ ตอนแรกๆก็ทำไม่เป็น ต้องหัดต้องฝึกใช้เวลานานอยู่... P004” “... แม่ก็เคยเอาผักสวนครัวไปให้เขาปลูกนะ เขาก็ว่าเขาปลูกได้ พอได้ลดต้นทุนอะ ถ้ามีเยอะก็ขาย... ST008” “...เราเป็นตัวติดกับศูนย์ฝึกอาชีพ... ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน เราจะประชาสัมพันธ์ใครสนใจ เราจะส่งต่อไปยังศูนย์... ST015”

2.3 ด้านสิ่งแวดล้อม คนพิการทางการเคลื่อนไหวสามารถดำรงชีวิตประจำวันและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้หากจัดสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตเพื่อช่วยให้พวกเขาทำกิจกรรมประจำวัน สำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีฐานะยากจน รายได้ไม่เพียงพอ จึงเป็นข้อจำกัดในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการดำรงชีวิต ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องพยาบาลชุมชนจะต้องคัดกรอง ประเมินและติดตามเพื่อประสานขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องให้เข้ามาช่วยเหลือในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ตัวอย่างถ้อยคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้ “...ก็สะดวกขึ้นไม่ได้ทำครั้งเดียว เขาเข้ามาทำให้หลายครั้ง กว่าจะได้ถึงขนาดนี้ ถ้าไม่ได้ หมอ... หรือบริษัท... เข้ามาช่วย ก็ยากอยู่ ลำสุดท้ายที่กันสาดบังแดด บังฝน นั่งทำงานตรงนี้สบายหน่อย ไม่ต้องกลัวแดดกลัวฝนแล้ว... F004”

2.4 ด้านสังคม การถูกทอดทิ้งจากครอบครัวแบบชั่วคราวหรือถาวร เป็นภาพที่พบได้จากจากทำวิจัยในครั้งนี้ การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน รวมถึงหน่วยของครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่ดูแลใกล้ชิดมากที่สุด จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูล พบว่า การดูแลจากครอบครัวมีความหลากหลายแตกต่างกัน บางครอบครัวดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันและกันเกิดความต่อเนื่องในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายมีความสมบูรณ์ด้านจิตใจ บางครอบครัวแตกสลายหย่าร้าง หรือการส่งต่อการดูแลให้กับผู้ดูแลที่ไม่มีความพร้อมในการดูแล เช่น บุตรหลานวัยรุ่นวัยเรียน เป็นต้น ต้องอาศัยสวัสดิการรัฐเพียงอย่างเดียวในการดำรงชีพ หรือภาพที่ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานหารายได้เข้าสู่ครอบครัวในตอนกลางวัน เตรียมอาหารที่จำเป็นต่อการดำรงชีพและปล่อยให้คนพิการทางการเคลื่อนไหววัยสูงอายุหรือกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือให้ดูแลตนเองไว้ตามลำพัง ตัวอย่างถ้อยคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้ “...เขาก็อยู่ของเขา เข้าไปทำงานเย็นกลับบ้านนอน บางวันก็เขากลับมานอน ก็อยู่ในห้องเขานั่นละ ข้าวแม่เตรียมเองบ้าง เขาเตรียมให้บ้าง... P015” “...ลูกแก่ก็อยู่แบบที่เห็นนี่ละ นอนทั้งวัน ไม่ก็ไปหาละ มี อสม. มีเพื่อนบ้านแวะเวียนเอาของมาให้บ้าง ค่อยช่วยเหลือ... ST002”

2.5 ด้านการเสริมพลังอำนาจ คนพิการทางการเคลื่อนไหวภาคอีสานส่วนมากมีความเชื่อทางผี พราหมณ์ พุทธผสมกันเช่นกัน แสดงออกผ่านการใช้ชีวิตประจำวัน พิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อ คนพิการทางการเคลื่อนไหวบางคนประสบความยากลำบากในชีวิตเกิดจากบุญกรรมที่เคยทำไว้แต่ชาติก่อน เกิดความเครียดไม่สามารถปรับตัวได้จึงทำให้เกิดความแปลกแยกจากครอบครัวหรือชุมชนต้องการการสนับสนุนดูแลจากชุมชนเข้ามาช่วยเหลือ ตัวอย่างถ้อยคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้ “...เราก็ไม่รู้เป็นเวรเป็นกรรมอะไรของเรา ที่ต้องมาเป็นอย่างนี้ หรือไปทำอะไรใครในชาติปางก่อนที่ทำให้เรามาับรรรมในครั้งนี้ รู้สึกว่าทุกข์ทรมานมากเลย เหมือนโดนขังในร่างของตนเอง... P004”



การสนับสนุนจากชุมชนในรูปแบบของการเยี่ยมบ้าน การติดตามการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนช่วยสนับสนุนด้านการเสริมพลังอำนาจให้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหวและครอบครัวให้สามารถก้าวผ่านประสบการณ์ความยากลำบากได้ด้วยอย่างถ้อยคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้ “...แต่ก่อนบ้านนี้ก็มีปัญหาเหมือนกันตอนป่วยใหม่ มาที่ไรก็บ่นอยากตาย ร้องไห้ให้เราเลยนะ ทั้ง สามี-ภรรยา เราบอกอะไรก็ไม่ค่อยทำตาม แต่พอปรับตัวได้ ก็หางานให้ทำก็เริ่มมีรายได้มากขึ้น ตอนนี้นี่แม่.... นับว่าเป็นต้นแบบของคนพิการในชุมชนเลยนะ แต่ว่าจะมาถึงจุดนี้ ก็เหนียวกันมาากทั้งคนไข้และคนดูแล... ST007”

นอกจากนี้การนำประเพณีวัฒนธรรมและความเชื่อเชื่อมหลอมรวมจิตใจกัน ทำให้เกิดการสนับสนุนเชื่อมโยงช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างคนพิการทางการเคลื่อนไหว ครอบครัวและชุมชน ต้องการความช่วยเหลือไม่เพียงทรัพย์สินเงินทองเท่านั้น แต่หากเป็นการช่วยเหลือด้านความเชื่อและจิตวิญญาณผ่านการทำบุญ ประเพณีทางศาสนา จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหววัยสูงอายุหรือบุคคลที่มีบุคลิกภาพเปิดเผย ชอบสังคม มีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ส่วนมากจะแสดงออกด้านการเข้าร่วมกิจกรรมด้านวัฒนธรรมของทางศาสนาหรือชุมชน ตัวอย่างถ้อยคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้ “...แต่ก่อนก็ไปวัด เติมน้ำไม่ค่อยได้ไปไหนมาไหนหรอก ไปมายาก... P005” “...แก่ไปไม่ได้ มีงาน แก่ก็ฝากแม่ไปทำบุญให้... ST014”

การอภิปรายผล

จากการศึกษาปัญหาและความต้องการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน สามารถอภิปรายผล ดังนี้

ด้านสุขภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ อายุเฉลี่ย 63 ปี (S.D. = 17.36) และร้อยละ 42.11 มีโรคร่วมเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง¹⁷ อาศัยอยู่กับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุเหมือนกัน ร้อยละ 47.37 ของผู้ดูแลเป็นคู่สมรส ร้อยละ 36.84 ของผู้ดูแลมีโรคร่วมเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงและร้อยละ 10.53 ของผู้ดูแลเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือพบปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด สิ้นหวัง ท้อแท้ร่วมด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวัยสูงอายุมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพของร่างกายในลักษณะถดถอยลดลง มีความแตกต่างในแต่ละคน¹⁸ บางคนความเสื่อมของร่างกายในระบบต่างๆจนเกิดภาวะโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น¹⁷ หรือบางคนอาจมีโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ จนเกิดเป็นความพิการต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย¹⁹ นอกจากนั้นการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะถดถอยของร่างกายที่เกิดจากการเคลื่อนไหวลดลง นอนนาน อวัยวะต่างๆไม่ค่อยได้ใช้งานเกิดความพิการเกิดขึ้นได้²⁰ ประกอบกับปัญหาด้านสุขภาพจิตยังเป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการควบคุมโรคเรื้อรังอีกด้วย²¹

ด้านเศรษฐกิจ คนพิการทางการเคลื่อนไหวบางส่วนเคยทำหน้าที่หารายได้หลักของครอบครัว เมื่อเกิดความพิการทำให้มีผลกระทบต่อหารายได้ของครอบครัว โดยคนพิการทางการเคลื่อนไหวและครอบครัวส่วนมากรายได้น้อย มีภาระหนี้สิน และประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้างตั้งแต่ก่อนมีความพิการ พบว่าร้อยละ 68.42 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท และร้อยละ 89.47 ของรายได้ครอบครัวมาจากสวัสดิการรัฐ ได้แก่ เบี้ยคนพิการและเบี้ยผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ยังสามารถใช้แขนทั้งสองข้างได้ แขนหรือขาใช้ได้น้อย 1 ข้าง นิ้วโป้ง หรือนิ้วชี้ขาด ที่ยังมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือการประกอบอาชีพ บางคนเคยทำงานโรงงานหรือห้างร้านบริษัทเมื่อเกิดความพิการทำให้ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้เช่นเดิม ดังนั้นในคนกลุ่มนี้ต้องการการจัดหาอาชีพและการพัฒนาทักษะทางด้านอาชีพที่มีความหลากหลายและตรงความสนใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหวตามสิทธิทางกฎหมาย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวรวมถึงครอบครัวเข้าถึงการฝึกทักษะและพัฒนาทักษะด้านอาชีพน้อยสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา หงส์พิพัฒน์²² การฝึกอาชีพในชุมชนมีจำกัด ได้แก่ สานตะกร้า ถักกระเป๋ เลี้ยงปลา เลี้ยงไก่ ปลูกผัก ทำการเกษตร และประกอบกับการศูนย์ฝึกอาชีพอยู่ในเมืองมีอุปสรรคเรื่องการเดินทางและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นระหว่างการเดินทางฝึกอาชีพ และการจ้างงานมีจำกัดในระยะเวลาสั้นๆ และเป็นงานที่ไม่ต้องใช้ทักษะมากนัก เช่น เก็บกวาด ดูแลสวน เป็นต้น อย่างไรก็ตามการจัดหาอาชีพฝึกทักษะอาชีพที่หลากหลายตามความถนัดของบุคคล คนพิการทางการเคลื่อนไหวไม่ได้ประกอบอาชีพหรือไม่มีงานทำที่มั่นคง ร้อยละ 78.95 ด้วยข้อจำกัดด้านความพิการและหรือความสูงวัยในการฝึกอาชีพ รวมถึงความยากจนและภาระหนี้สินเป็นข้อจำกัด



ในการลงทุนประกอบอาชีพ รวมถึงเป็นอุปสรรคเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางไปฝึกทักษะด้านอาชีพซึ่งที่ตั้งศูนย์ฝึกอาชีพตั้งอยู่ในตัวเมือง อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คนพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนมากอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้ารับการฝึกทักษะด้านอาชีพ เป็นผลทำให้การเข้าถึงการฝึกทักษะและพัฒนาทักษะด้านอาชีพน้อย²² ดังนั้นพยาบาลชุมชนที่ให้การดูแลกลุ่มคนพิการในพื้นที่ควรมีข้อมูลความรู้เพื่อการส่งต่อข้อมูลสำหรับประสานความช่วยเหลือด้านอาชีพ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรมีการสำรวจข้อมูลความต้องการในการพัฒนาทักษะด้านอาชีพในผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลานที่มีความพร้อมในการทำงานให้เข้าถึงสิทธิในการขอรับคำปรึกษา การแนะแนว การฝึกอบรมทักษะด้านอาชีพตลอดจนความช่วยเหลืออื่น ๆ เพื่อให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวและผู้ดูแลสามารถพึ่งตนเองได้ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

ด้านสิ่งแวดล้อม การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการทำกิจวัตรประจำวัน คนพิการทางการเคลื่อนไหวและผู้ดูแลส่วนมากอยู่ในวัยสูงอายุ ฐานะยากจน มีภาระหนี้สิน ที่อยู่อาศัยบางครัวเรือนไม่เหมาะกับการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด การปรับสภาพที่อยู่อาศัยจะต้องได้รับความเห็นจากที่ประชุมของคณะกรรมการประจำหมู่บ้าน การปรับสภาพที่อยู่อาศัยจึงมีลักษณะค่อย ๆ เป็นไป และขอสนับสนุนเพิ่มเติมจากคนชุมชนและองค์กรเอกชนในพื้นที่ ดังนั้นการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน ถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นอย่างมาก²³ พบว่าการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมหรือบ้านให้เหมาะสมกับสมรรถนะของคนพิการทางการเคลื่อนไหวช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ โดยมีเบเฉลี่ย 129,198.92 บาท/Quality-of-Life-Adjust-Year รวมกับการมีเครื่องมือช่วยเหลือที่เหมาะสมและการมีผู้ดูแลช่วยเหลือในบางกิจกรรมเป็นส่วนสำคัญมากในการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหว²³

ด้านสังคม คนพิการทางการเคลื่อนไหวอาศัยอยู่บ้านตามลำพังช่วงกลางวัน เนื่องจากผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลานต้องไปทำงานเพื่อหารายได้ การเปลี่ยนแปลงด้านความสูงวัย การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคม ความโดดเดี่ยวถูกทอดทิ้งในช่วงกลางวันทำให้เกิดความหดหู่และภาวะซึมเศร้าได้¹⁷ ดังนั้นพยาบาลชุมชน ผู้ที่มีบทบาทใกล้ชิดกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวและครอบครัวจะต้องคัดกรองสุขภาพ ประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ จัดกลุ่มประเด็นปัญหาและความต้องการ รวมถึงการประเมินด้านจิตใจเช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งระดับบุคคลและครอบครัว และสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้าสู่กระบวนการพัฒนาความรู้และทักษะผ่านหลักสูตรอบรมผู้ดูแลที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ขึ้นทะเบียนและเป็นส่วนหนึ่งของการทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ร่วมกับผู้จัดการการดูแล (Care manager) นอกจากจะเป็นการพัฒนาความรู้และทักษะให้กับผู้ดูแลในครอบครัว ยังเพิ่มโอกาสด้านรายได้และเสริมสร้างความสัมพันธ์ในการดูแลจัดการตนเองในครอบครัว²⁴ รวมถึงพยาบาลชุมชนจะต้องมีการนำเสนอข้อมูลปัญหาและความต้องการของคนพิการทางการเคลื่อนไหวและครอบครัวและประสานความร่วมมือนำใช้ทรัพยากรในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการดูแลด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน หน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนที่เกี่ยวข้องในการดูแลด้านเศรษฐกิจ การฝึกทักษะด้านอาชีพ การสร้างรายได้ การสร้างงาน เป็นต้น

ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้กำลังใจจากชุมชนผ่านการเยี่ยมบ้านผ่านการฟื้นฟูด้านร่างกายและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน การยอมรับและการตอบสนองทางจิตวิญญาณที่เหมาะสม²⁵ ส่งผลทำให้มีความสุข มีความหวัง มีพลังในการดำเนินชีวิต การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยเฉพาะคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่อยู่ในระบบบริการดูแลระยะยาวได้รับ ได้รับการเสริมกำลังใจจากชุมชนผ่านการเยี่ยมบ้านให้บริการการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) และได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อผ่านในรูปแบบการเข้าร่วมงานบุญประเพณีตามความเชื่อทั้งที่สามารถเข้าร่วมเองได้หรือฝากให้คนดูแลหรือคนรู้จักช่วยทำให้อย่างไรก็ตามคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยอื่น ๆ ก็ต้องการการยอมรับและการได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในพื้นที่ต้องมีทักษะการสื่อสารที่ดีเป็นนักฟัง นักสังเกต ระมัดระวังการใช้คำนิยามและความเชื่อของตนเอง²⁶ ไปเปรียบเทียบกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวจริงใจให้กำลังใจและช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของคนพิการทางการเคลื่อนไหว



สรุปการวิจัย

การศึกษาปัญหาและความต้องการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน พบลักษณะคนพิการทางการเคลื่อนไหวและครอบครัว ดังนี้ 1) คนพิการส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ 2) อาศัยอยู่กับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุเหมือนกัน บางคนมีโรคเรื้อรังหรือปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย 3) อาศัยอยู่บ้านตามลำพังช่วงกลางวัน เนื่องจากผู้ดูแลต้องไปทำงาน และ 4) คนพิการบางส่วนเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวที่มีหน้าที่หารายได้หลักของครอบครัว จึงกระทบต่อฐานะทางการเงินของครอบครัว ดังนั้นความต้องการที่คนพิการ ต้องการได้รับการดูแลจากชุมชน ได้แก่ 1) การฝึกทักษะอาชีพตามความถนัดของแต่ละคน 2) การเยี่ยมบ้านทั้งด้านการฟื้นฟูร่างกายหรือการให้กำลังใจจากชุมชน 3) การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางศาสนาของชุมชน และ 4) การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับการทำกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษาสะท้อนถึงปัญหาและความต้องการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในบริบทชุมชนภาคอีสานของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยเป็นข้อมูลให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาลชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชาชนในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้เข้าใจปัญหาและความต้องการในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม ได้นำใช้ข้อมูลในการออกแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนผ่านความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การเพิ่มรายได้ให้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยการทบทวนเบี้ยคนพิการให้สอดคล้องการค่าครองชีพ ตลอดจนการจ้างงานคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือผู้ดูแลในครอบครัว
2. การเพิ่มการเข้าถึงข้อมูล ประเภทและความหลากหลายของการฝึกทักษะทางอาชีพให้สอดคล้องกับความสามารถของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถเข้าถึงการฝึกทักษะอาชีพ การสร้างอาชีพและช่องทางการตลาด
3. การจัดทำแผนหรือนโยบายที่สนับสนุน ผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือผู้ที่อยู่ในระบบการดูแลระยะยาว จำเป็นต้องเข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ดูแล (Caregiver: CG) พร้อมจัดทำแผนการดูแลภายใต้การนิเทศติดตามของผู้จัดการการดูแล (Care manager: CM) เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักในครอบครัวและการเพิ่มรายรับให้กับครอบครัวคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งบริบทในพื้นที่ปัจจุบันส่วนมากกลุ่มผู้ดูแล (Caregiver: CG) จะเป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลหลักสูตรของกรมอนามัย
4. การจัดทำแผนหรือนโยบาย รวมถึงโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมและด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างเป็นระบบอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนและนำใช้ผลการประเมินเพื่อการทบทวนปรับปรุงแผนงานในทุกรอบปีงบประมาณ

ข้อจำกัดการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้มีประโยชน์ต่อพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันในส่วนความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยพยาบาลปฐมภูมิ หน่วยงานรัฐในท้องถิ่นและชุมชน



References

1. World Health Organization. Disability. [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 17]. Available from: https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1.
2. National Statistical Office. The survey of disability people in 2017 [Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 17]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/SocialSecurity/Disabilitysurvey/2017/Full_Report.pdf. (in Thai)
3. Khon Kaen Provincial Social Development and Human Security Office. The report of disabled people in Khon Kaen province [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 17]. Available from: <https://khonkaen.m-society.go.th/>. (in Thai)
4. Suriyassin S. Rehabilitation psychology. Bangkok: Ramkhamhaeng University Press; 2011. (in Thai)
5. Seesaet S, Auemaneekul N, Lagampan S, Sujirarat D. Violence against persons with mobility or physical disabilities and related factors in Samut Prakan Province. Kuakarun Journal of Nursing. 2020;27(2):116-29. (in Thai)
6. Sherer PP. Violence and people with disabilities: literature review and research proposal [Internet]. 2009. [cited 2022 Aug 17]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2279>. (in Thai)
7. Penlap N, Tasee P. Factors affecting adaptation of persons with physical disabilities: a case study of Bang Chalong Subdistrict, Bang Phli District, Samut Prakan Province, Thailand. Journal of Social Synergy. 2020;11(3):1-12. (in Thai)
8. Moksart N. Policy on improving the quality of life for people with disabilities on International Day of Persons with disabilities 2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 21]. Available from: <https://think.moveforwardparty.org/article/welfare/3549/>. (in Thai)
9. Leungsomnana Y, Promproh S, Khanwiset S. Quality of life, problems and needs's disable persons in responsibility of Thachang Subdistrict Administrative Organization, Chanthaburi Province. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2011;28(2):98-109. (in Thai)
10. Suwanpom P, Srisuphol D, Nilnate W, Wangcharoenrungs R. Factors relating to access of medical rehabilitation services amongst the people with mobility impairment. Health Systems Research Institute. [Internet]. 2015 [cited 2023 Mar 21] Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4383?show=full>. (in Thai)
11. United Nations. Declaration on the Rights of Disabled Persons. [Internet]. 1975 [cited 2022 Aug 17]. Available from: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/res3447.pdf>.
12. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). [Internet]. 2001 [cited 2022 Aug 17]. Available from: https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1.
13. Pilayon B, Nuntaboot K. Community care system for people with disabilities: critical ethnography. Journal of Nursing Science and Health. 2018;40(2):32-4. (in Thai)
14. Viriyangkura Y. Individuals with disabilities in Japan. Journal of Letters. 2018;47(1):285-343. (in Thai)
15. Cheausuwantavee T. Community based rehabilitation: multiple perspectives and significances. Journal of Ratchasuda college for research and development of persons with disabilities. 2005;4(4):39-57. (in Thai)



16. Sandelowski M. What's in a name? Qualitative description revisited. *Res Nurs Health*. 2010; 33(1):77–84.
17. Aldwin C, Gilmer D. Health, illness, and optimal aging: Biological and psychosocial perspectives. California: Sage Publications Inc.; 2004.
18. Nawsuwan K, Suwanraj M. Current problems and care needs of older adults living in local administrative organization responsibility area in the lower southern of Thailand. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*. 2019;11(2):118-32. (in Thai)
19. Hung W, Ross J, Boockvar K, Siu A. Association of chronic diseases and impairments with disability in older adults: a decade of change?. *Med Care*. 2012;50(6):501-7.
20. Stewart W, Kowal P, Hestekin H, O'Driscoll T, Peltzer K, Yawson A, et al. Prevalence, risk factors and disability associated with fall-related injury in older adults in low- and middle-income countries: results from the WHO Study on global aging and adult health (SAGE). *BMC Med*. 2015;13:147.
21. Lohacheewa S, Sitthimongkol Y, Sirapo-ngam Y, Viwatwongkasem C. Psychological distress of family members caring for a relative with first episode schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2016;20(3):183-95. (in Thai)
22. Hongrapipat J. The awareness and access to the rights under the empowerment of persons with disabilities Act, B.E. 2550 (2007) Section 20 for persons with mobility disabilities in Mueang Surin District, Surin. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*. 2020;35(3):765-73. (in Thai)
23. Tongsiri S, Ploylearmsang C, Hawsuthisima K. Cost-outcome analysis of improving housing service for persons with mobility disabilities and elderly. Health Systems Research Institute [Internet]. 2015 [cited 2022 Nov 18]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4394>. (in Thai)
24. Sunsern R, Timsuwam B, Lawang W. Developing disabled caregiving system based on families and communities. *Journal of Nursing and Education*. 2013;6(3):25-41. (in Thai)
25. O'Brien M. Spirituality in nursing: Standing on holy ground. 5th ed. MA: Jones & Bartlett; 2014.
26. Hanyoot O. Nursing process and implications. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2015;15(3):137-43. (in Thai)



การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอไทรน้อย จังหวัดอุบลราชธานี

รัชณี ทองเนตร พย.บ.¹

สกลสุภา สิงคิบุตร พย.ม.²

(วันรับบทความ: 11 ตุลาคม พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 29 พฤศจิกายน พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล 2) พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ และ 3) นำระบบไปใช้และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ระบบ การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการ ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแล ระยะที่ 3 ดำเนินการตามระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนถึงโรงพยาบาล และระยะที่ 4 ประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1 เป็นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 19 คน ระยะที่ 2 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 261 คน ระยะที่ 3 และ 4 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงทุกคนตามเกณฑ์คัดเข้า-ออก จำนวน 708 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) ระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หากคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบสามเส้า 2) แบบประเมิน ได้แก่ ก. ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ข. ความรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และ ค. ความรู้การขอความช่วยเหลือ เป็นแบบถูกผิด ค่าความเชื่อมั่น KR 20 ได้เท่ากับ 0.89, 0.90 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ t-test และ Fisher's exact test.

ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่ 1 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาโรงพยาบาลไม่ทันเวลามาตรฐาน ภายใน 180 นาที ร้อยละ 76.43 ระยะที่ 2 มีระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย การตั้งกลุ่มไลน์เพื่อประสานงานกันระหว่างเครือข่ายสุขภาพ อสม. และผู้นำชุมชน เยี่ยมบ้าน ติดสติ๊กเกอร์ ปักหมุดกลุ่มเสี่ยงสูง เสี่ยงตามสายชุมชน และคะแนนเฉลี่ยความรู้ ของ อสม. เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หลังอบรมสูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) และระยะที่ 3 และ 4 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้อาการเตือนและการความรู้การขอความช่วยเหลือ หลังพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) และสัดส่วนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาไม่ทันเวลาหลังพัฒนาระบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) เครือข่ายบริการสุขภาพควรประยุกต์ใช้ระบบนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมาโรงพยาบาลทันเวลา

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาล เครือข่ายบริการสุขภาพ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลไทรน้อย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: tew_jete@hotmail.com Tel: 095-9904649



The Development of a Pre-hospital Stroke Care System with Health Network Services for Older Adults at Risk of Stroke, Amphoe Nam Yuen, Ubon Ratchathani Province

Ratchani Thongnet RN.¹

Sakonsupa Singkiboot M.N.S.²

(Received Date: October 11, 2023, Revised Date: November 17, 2023, Accepted Date: November 29, 2023)

Abstract

The four objectives of this research and development project included: 1) Identifying the problems and needs among older adults at risk of stroke, 2) Development of a pre-hospital stroke care system with health network services for older adults at risk of stroke, 3) Implementation of the system and 4) Studying the outcomes of the system's implementation. The research comprised four phases related to its objectives. The first phase involved identifying problems and needs, while the second phase focused on the development of the system. The third phase involved implementing the pre-hospital stroke care system for older adults at risk of stroke, and the outcomes of the system were evaluated in the fourth phase. The participants in each phase were as follows: the first phase included 19 health care networks, the second phase involved 261 village health volunteers, and the participants in the third and fourth phases were 708 older adults at risk of stroke who met the inclusion-exclusion criteria. The research tools included: (1) The older adults' care system with risk stroke in the Pre-hospital Stroke Care System, using a triangulation method, (2) The assessment, which included: Stroke knowledge; Knowledge of stroke warning signs; Knowledge related to how and when to ask for help. The instrument's subscales had KR20 confidence values of 0.89, 0.90, and 0.92, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, t-tests, and Fisher's exact tests.

The first phase of the study revealed that 76.43% of older adults who had a stroke did not come to the hospital within the targeted standard time of 180 minutes from symptom onset. Phase 2, involving the development of the care system for older adults at risk of stroke in pre-hospital settings, included setting up a LINE application group to connect relevant health networks, village health volunteers, and community leaders. It also included home visits, posting stickers, pinning high-risk groups, and using a public address system. After receiving training, the mean score of stroke knowledge among village health volunteers was significantly higher than before training ($p < .01$). The mean scores for knowledge about stroke warning signs and when to ask for help among the older adults at risk for stroke were higher after the intervention in phases 3 and 4. Additionally, the proportion of older adults having a stroke who arrived at the hospital within the targeted time had decreased significantly ($p < .01$). The results suggest that health care networks should apply this system to care for older adults at risk for stroke, helping them successfully access the hospital within the targeted time period."

Keywords: system development, older adults, stroke-risk patients, pre-hospital care, health network

¹Registered nurse Primary and Holistic care Department, Nam Yuen Hospital, The Office of Public Health Ubon Ratchathani

²Corresponding author, Email: tew_jete@hotmail.com Tel: 095-9904649



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินและที่เป็นปัญหาสำคัญ เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสอง และการพิการเป็นอันดับสามทั่วโลก จากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลกพบว่า ปี ค.ศ. 2020 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป¹ ประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ทุก 4 คนจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกมีความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้² สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 355,671 ราย (อัตราผู้ป่วย 543 ต่อประชากรแสนคน) มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 34,728 ราย (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) พบเสียชีวิตมากในอายุ 40-60 ปี อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเท่ากับ 44.3 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง³ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้ป่วยที่รอดจากการเสียชีวิตร้อยละ 31 จะมีความพิการเหลืออยู่ ร้อยละ 90 ถึงแม้จะฟื้นฟูจนหายป่วย จะยังต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว ร้อยละ 10⁴ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นวัยแห่งความเสี่ยงและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่แสดงให้เห็นถึงความเสื่อมโทรม เป็นกระบวนการเสื่อมถอยอย่างค่อยเป็นค่อยไปที่จะน้อยจากการใช้งานสารที่อยู่ภายในเซลล์เนื้อเยื่อที่มีการเปลี่ยนแปลงทำให้มีลักษณะแข็ง แดง แห้งและสูญเสียความยืดหยุ่น โดยเฉพาะอวัยวะที่พบความเสื่อมได้บ่อยคือ ผิวหนัง หลอดเลือด ความเสื่อมของหลอดเลือด⁵ ดังนั้นจากกลไกความเสื่อมเหล่านี้จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าวัยอื่น ๆ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หากมีระบบการดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่ในชุมชนโดยมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน มีการให้ความรู้และรณรงค์การเตรียมตัวก่อนเกิดเหตุการณ์จริง จะช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant Tissue Plasminogen Activator: rt-PA) ได้ทันเวลามาตรฐานภายใน 180 นาที ซึ่งการเข้ารับการรักษาได้ทันเวลาเป็นโอกาสทอง (Golden period) ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดความพิการที่รุนแรงตามมา^{6,7} ดังนั้นการดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) จึงมีความสำคัญ ซึ่งจากการศึกษาของ นาฏยา เอื้อองไพโรจน์ และคณะ⁸ ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ เป็นการวิจัยและพัฒนา ศึกษาการให้บริการที่รวดเร็วและผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องภายใต้บริบทของเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ โดยระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาระบบ โดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ทฤษฎีการดูแลต่อเนื่อง ทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และรูปแบบการจัดการรายกรณี ระยะที่ 3 การนำระบบไปใช้ โดย 1) ขึ้นเตรียมสมรรถนะของบุคลากร พัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้ปฏิบัติ เป็นทีมสหวิชาชีพ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล 2) มีการขับเคลื่อนของระบบ ระยะที่ 4 ศึกษาผลลัพธ์ของระบบ ผลการศึกษาพบว่า อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA อัตราผู้ป่วยมีอาการระยะเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมง เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาลมีความสำคัญ สามารถประยุกต์ใช้ผลการวิจัยกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทของปฐมภูมิได้ ซึ่งหน่วยปฐมภูมิมิมีส่วนสำคัญต่อการดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่องไร้รอยต่อเป็นการดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ภายใต้การดูแลของเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งบุคคลในเครือข่ายสุขภาพที่สำคัญในชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเปรียบได้กับหมอนคนที่ 1 อยู่ใกล้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด ประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนได้อย่างรวดเร็ว ถ้าได้รับการพัฒนาศักยภาพจะสามารถเป็นฟันเฟืองของระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์ และคณะ⁹ ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพอสม. ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการวิจัยพบว่าหลังพัฒนาศักยภาพ อสม. มีความรู้และความเชื่อมั่นในการเยี่ยมครอบครัวกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ แสดงให้เห็นว่าเครือข่ายสุขภาพที่เป็น อสม. มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนถึงโรงพยาบาลได้



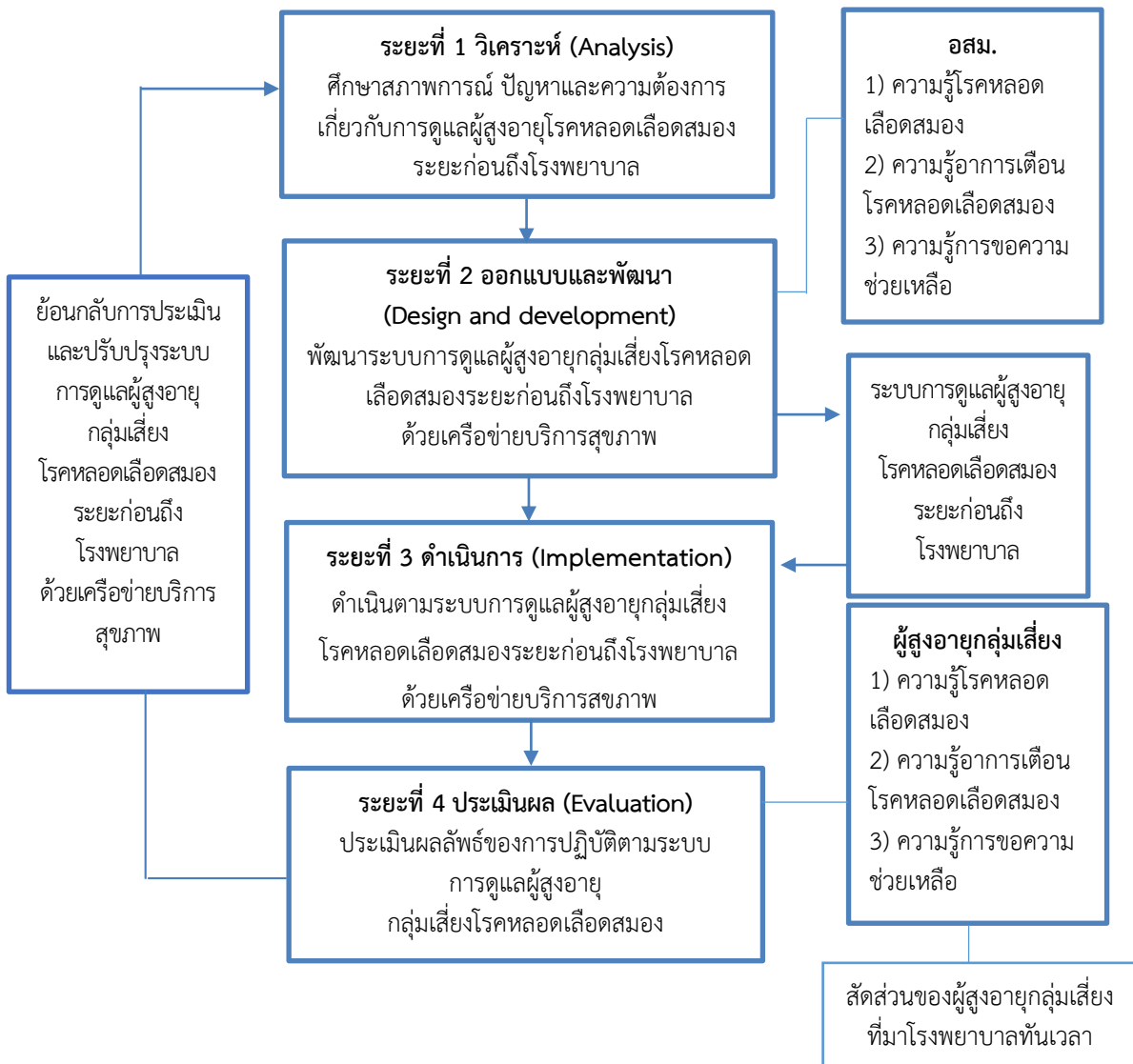
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลน้ำเย็น ในปี พ.ศ. 2563–2565 ดูแลผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 1,965, 1,853 และ 1,943 คน ตามลำดับ พบผู้สูงอายุป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 16, 16 และ 17 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบผู้สูงอายุที่โรคหลอดเลือดสมองมาไม่ทันเวลา (Stroke non fast track) จำนวน 14, 10 และ 13 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการรักษาไม่ทันเวลา ร้อยละ 87.50, 62.50 และ 76.47 ตามลำดับ จากสถิติอัตราการมาโรงพยาบาลไม่ทันเวลามาตรฐาน 180 นาที ยังคงสูงอยู่และเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2564 กับ พ.ศ. 2565 พบว่ามีอัตราสูงขึ้น และยังพบว่าในปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Cardiovascular diseases risk score: CVD risk score) เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องตระหนัก เนื่องจากเป็นปัญหาที่จะทำให้ผู้ป่วยต้องเกิดความพิการหรือเสียชีวิตและครอบครัวเกิดความเสียหาย เพิ่มภาระชุมชนและหน่วยงานการแพทย์และสาธารณสุขต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องมีระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล โดยเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตั้งแต่ก่อนเกิดอาการ รับรู้การเตือน สามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการเตือน และถึงแม้ว่าเกิดความพิการแต่จะไม่รุนแรง และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้กลับมาใกล้เคียงปกติได้อย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินการตามระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการดำเนินการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ที่ปรับปรุงขั้นตอนมาจาก สกลสุภา อภิษฐ์บุญโชค¹⁰ ซึ่งการใช้ระเบียบวิธีวิจัยนี้เพื่อให้เห็นว่าการศึกษาค้นคว้าเป็นการพัฒนานวัตกรรมประเภทกระบวนการ (Process innovation) ที่เกิดจากการทำงานประจำที่ทำอยู่ให้เห็นเด่นชัดและสามารถประเมินได้ทุกขั้นตอน โดยอาศัยหลักทางวิทยาศาสตร์เพื่อยืนยันหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์ (Analysis) ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนา (Design and development) พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ ระยะที่ 3 ดำเนินการ (Implementation) ดำเนินตามระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ และระยะที่ 4 ประเมินผล (Evaluation) ประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการดำเนินการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา

ประชากร

ระยะที่ 1 เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปฐมภูมิ โรงพยาบาลน้ำเย็น ได้แก่ แพทย์ประจำหน่วยงาน จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 3 คน พนักงานเปเล จำนวน 1 คน รวม 19 คน

ระยะที่ 2 เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ ภาคประชาชน ได้แก่ อสม. ทั้งหมด จำนวน 261 คน

ระยะที่ 3 และ 4 เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่บริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลน้ำเย็น ทั้งหมด 1,943 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้งหมด 19 คน

เกณฑ์คัดเข้า: ปฏิบัติงานในหน่วยงานปฐมภูมิ โรงพยาบาลน้ำเย็น ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก: ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย



ระยะที่ 2 เป็น อสม. ทั้งหมด จำนวน 261 คน

เกณฑ์คัดเข้า: ปฏิบัติงานในเขตบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลน้ำยืน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก: ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

ระยะที่ 3 และ 4 เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกแล้ว จำนวน 708 คน

เกณฑ์คัดเข้า: 1) อาศัยในเขตบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลน้ำยืน 2) ทั้งเพศชายและหญิง 3) มีระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (CVD risk score) ที่ระดับเสี่ยงน้อย เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงสูงและเสี่ยงสูงมาก 4) ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน

เกณฑ์คัดออก: 1) ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) ขอยุติการร่วมโครงการกลางคัน 3) เสียชีวิต 4) ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันแต่ไม่มีผู้ดูแล

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ใช้ตารางประมาณค่าสัดส่วนประชากรของเครจซีและมอร์แกน¹¹ คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับประชากรที่มีขนาดเล็กไม่ถึง 20 คน จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 หรือ 19 คน

ระยะที่ 2 ใช้ตารางประมาณค่าสัดส่วนประชากรของเครจซีและมอร์แกน¹¹ คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับประชากร 260 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 155 คน แต่ผู้วิจัยกำหนดทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่ทั้งหมด เพื่อตอบสนองนโยบายของจังหวัดที่เครือข่ายบริการสุขภาพหรือทีมสามหมอบต้องได้ดูแลประชาชนทุกคน จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 หรือ 261 คน

ระยะที่ 3 และ 4 ใช้สัดส่วนร้อยละ 25¹² ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 177 คน แต่ผู้วิจัยกำหนดทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่ทั้งหมด เพื่อตอบสนองนโยบายของจังหวัดที่เครือข่ายบริการสุขภาพหรือแนวคิดสามหมอบที่ต้องได้ดูแลผู้สูงอายุให้ครบทุกคน จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 หรือ จำนวน 708 คน

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 แบบบันทึกการประชุมกลุ่มและการประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) สำหรับเครือข่ายสุขภาพ โดยแนวคำถามประกอบด้วย 1) สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบปัจจุบันเป็นอย่างไร 2) มีแนวทางอย่างไรบ้างเพื่อให้สามารถส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ทันเวลา 3) มีแนวทางใดบ้างที่จะประสานรอยต่อ อุดรอยรั่ว เชื่อมต่ออย่างไรรอยต่อในการส่งผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ทันเวลา 4) ประเด็นการดูแลระยะ Pre-hospital ระดับชุมชนหรือปฐมภูมิสามารถทำอะไรได้บ้าง

ระยะที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับ อสม. ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้โรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบวัดแบบถูกผิด จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม คิดคะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การคิดเกณฑ์การประเมินผล โดยคิดค่าคะแนนรวมอันดับแรกตามมาตรฐานการเรียนรู้ผ่านและไม่ผ่าน โดย ไม่ผ่าน มีช่วงคะแนนต่ำกว่า 10 คะแนน ผ่านระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 10-13 คะแนน ผ่านระดับดี มีช่วงคะแนน 14-17 คะแนน และผ่านระดับดีมาก มีคะแนนเท่ากับ 18-20 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบวัดแบบถูกผิด จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม คิดคะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การคิดเกณฑ์การประเมินผล โดยคิดค่าคะแนนรวมอันดับแรกตามมาตรฐานการเรียนรู้ผ่านและไม่ผ่าน โดย ไม่ผ่าน มีช่วงคะแนนต่ำกว่า 5 คะแนน ผ่านระดับพอใช้ มีช่วงคะแนน 5-6 คะแนน ผ่านระดับดี มีช่วงคะแนน 7-8 คะแนน และผ่านระดับดีมาก มีคะแนนเท่ากับ 9-10 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้การขอความช่วยเหลือ เป็นแบบวัดแบบถูกผิด จำนวน 14 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม คิดคะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การคิดเกณฑ์การประเมินผล โดยคิดค่าคะแนนรวมอันดับแรกตามมาตรฐานการเรียนรู้ผ่านและไม่ผ่าน โดย ไม่ผ่าน มีช่วงคะแนนต่ำกว่า 7 คะแนน ผ่านระดับพอใช้ มีช่วงคะแนน 7-9 คะแนน ผ่านระดับดี มีช่วงคะแนน 8-12 คะแนน และผ่านระดับดีมาก มีคะแนนเท่ากับ 13-14 คะแนน



โดยเครื่องมือทั้งชุด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และใช้แนวคิดในการตัดสินใจคะแนนผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานการเรียนรู้ผ่านที่ระดับร้อยละ 50¹³ จากนั้นคิดคะแนนเป็นช่วงคะแนน กำหนด 4 ช่วง ห่างช่วงชั้นละเท่า ๆ กัน โดยแปลความหมาย ไม่ผ่าน ผ่านระดับพอใช้ ผ่านระดับดี และผ่านระดับดีมาก¹⁴

ระยะที่ 3 ประกอบด้วย

1) ระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาลด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ ซึ่งสร้างระบบจากการระดมสมองเพื่อแก้ปัญหาจากกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ประกอบด้วย 1) ตั้งกลุ่มไลน์ (Line group) เครือข่ายบริการสุขภาพ 2) ประสานผู้นำชุมชน ขอความร่วมมือเกี่ยวกับการประกาศเสียงตามสาย 3) ทีมเครือข่ายบริการสุขภาพ ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 4) ทีมเครือข่ายบริการสุขภาพให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล ติดสติ๊กเกอร์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและเรียก 1669 อธิบายข้อความในสติ๊กเกอร์ 5) กำหนดให้ อสม. ออกเยี่ยมเพื่อกระตุ้นเตือน 6) กำหนดการประกาศเสียงตามสายทุกวันเวลาช่วงเช้า 7) ปักหมุดที่ตั้งตามแผนที่ของกูเกิ้ล (Google maps) ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย 8) ประสานห้องฉุกเฉิน (Emergency room: ER) โรงพยาบาลน่ายืน บันทึกที่ตั้งตาม Google maps

2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และการพึงพิง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ข้อคำถามเดียวกันกับ อสม.

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ข้อคำถามเดียวกันกับ อสม.

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้การขอความช่วยเหลือ ใช้ข้อคำถามเดียวกันกับ อสม.

3) แบบประเมินความพึงพอใจผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่อเครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นแบบวัดระดับมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ คิดคะแนน ให้ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ให้ 4 หมายถึง พึงพอใจมาก ให้ 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ให้ 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย ให้ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยมาก

4) แบบเก็บข้อมูลจำนวน มาโรงพยาบาลทันเวลาและไม่ทันเวลา ภายใน 180 นาที

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1) แบบบันทึกการประชุมกลุ่มและการประชุมกลุ่มย่อย ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of item objective congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 โดยเป็นค่าเฉลี่ยของทุกข้อ

2) ระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาลด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยวิธีการ (Triangulation method) ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพที่ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยหลากหลายสาขา แสดงความคิดเห็นต่อวิธีการหรือขั้นตอนในระบบว่ามีความตรงกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยหรือไม่¹⁵ จากนั้นนำระบบนี้ไปทดลองใช้ในหน่วยปฐมภูมิที่มีลักษณะเดียวกัน แล้วนำมาวิพากษ์ในทีมเครือข่ายสุขภาพอีกครั้ง ซึ่งมีคุณภาพเพียงพอต่อการนำไปใช้จริง

3) แบบประเมินต่าง ๆ ได้แก่ 3.1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 3.2) ความรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 3.3) ความรู้การขอความช่วยเหลือ ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 โดยเป็นค่าเฉลี่ยของทุกข้อ และในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หากค่าความเชื่อมั่นด้วยคูเดอร์- ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR 20) ได้เท่ากับ 0.89, 0.90 และ 0.92 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. หากค่าความเชื่อมั่น KR 20 ได้เท่ากับ 0.90, 0.91 และ 0.93 ตามลำดับ

4) ความพึงพอใจ หากความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ 0.89 วัดในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

5) แบบเก็บข้อมูลจำนวน มาโรงพยาบาลทันเวลาและไม่ทันเวลา โดยตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยวิธีการ (Data Triangulation)



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2566-074 มีข้อความชี้แจงในแบบสอบถามถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยการตอบแบบประเมิน โดยนำเสนอเป็นภาพรวมไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลหรือผลกระทบอื่น ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 โดย

1. ทำหนังสือขออนุญาต ในการดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน
2. ประชุมกลุ่มทีมเครือข่ายบริการสุขภาพ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
3. ทำหนังสือขออนุญาต และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยถึงประธาน อสม. ประธานเพื่อการอบรม
4. อบรม อสม. เป็นเวลา 2 วัน เกี่ยวกับ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง
- 3) การขอความช่วยเหลือ เก็บข้อมูลจากแบบประเมินก่อนและหลังการอบรม

5. ประชุมเตรียมความพร้อมให้กับทีมเครือข่ายบริการสุขภาพพร้อมกับ อสม. เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย โดยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล รายละเอียดและการใช้เครื่องมือในการวิจัย

6. ดำเนินงานตามระบบ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 เดือน ตั้งแต่ เดือนมิถุนายน ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ได้แก่ 1) ตั้ง Line group เครือข่ายบริการสุขภาพ 2) ประธานผู้นำชุมชน ขอความร่วมมือเกี่ยวกับการประกาศเสียงตามสาย 3) ทีมเครือข่ายบริการสุขภาพออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พร้อมกับทดสอบความรู้ด้วยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงก่อนให้ความรู้ 4) ทีมเครือข่ายบริการสุขภาพให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล ติดสติ๊กเกอร์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและเรียก 1669 อธิบายข้อความในสติ๊กเกอร์ 5) กำหนดให้ อสม. ออกเยี่ยมเพื่อกระตุ้นเตือน 6) กำหนดการประกาศเสียงตามสาย ทุกวันเวลาช่วงเช้า 7) ปักหมุดที่ตั้งตามแผนที่ของกูเกิ้ล (Google maps) ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย 8) ประธานงาน ER โรงพยาบาลน่าน บันทึกที่ตั้งตาม Google maps 8) ทีมเครือข่ายบริการสุขภาพออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เมื่อดำเนินการครบ 4 เดือน พร้อมกับทดสอบความรู้ด้วยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหลังดำเนินการ

7. เก็บข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีอาการเตือน มาโรงพยาบาลทันเวลาและไม่ทันเวลา ภายใน 180 นาที โดยเก็บข้อมูลจากสถิติข้อมูลของห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลน่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลัง ด้วยสถิติ Pair t-test และเปรียบเทียบอัตราการมาโรงพยาบาลทันเวลา ก่อนและหลังการใช้ระบบ ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 เป็นระยะวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ พบข้อมูลในเขตพื้นที่บริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลน่าน ปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,965, 1,853 และ 1,943 คน ตามลำดับ พบผู้สูงอายุป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 16, 16 และ 17 คน ในจำนวนนี้ พบว่าเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาโรงพยาบาลไม่ทันเวลา จำนวน 14, 10 และ 13 คน ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 87.50, 62.50 และ 76.47 ตามลำดับ และจากการสนทนากลุ่ม เสนอแนวทางการแก้ปัญหาเพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาโรงพยาบาลทันเวลา ภายใน 180 นาที ให้มุ่งประเด็นไปที่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล โดยทีมเครือข่ายสุขภาพ ร้อยละ 100 เห็นควรให้มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถประเมินอาการเตือนของโรคของตนเองได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ และรู้จักวิธีการขอความช่วยเหลือหรือเรียกบริการรถฉุกเฉินได้ แต่เพื่อให้เกิดการกระจายข้อมูลให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว จึงต้องขอความร่วมมือไปยัง อสม. และ ผู้นำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นภาคประชาชนที่เป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด เพื่อให้ข้อมูลความรู้ต่าง ๆ ถึงผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเร็วที่สุด



ระยะที่ 2 เป็นระยะพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ พบว่า

1) ข้อมูลทั่วไปของ อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.14 อายุมากที่สุดช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 37.93 น้อยที่สุดช่วงอายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 9.96 สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 32.57 หย่าร้างที่สุด ร้อยละ 18.39 การศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 37.55 ปริมาตรรึ้นน้อยที่สุด ร้อยละ 5.36 อาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 52.49 บำนาญน้อยที่สุด ร้อยละ 6.13 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 62.07 มากกว่า 15,000 บาท น้อยที่สุด ร้อยละ 6.90 และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.25) ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

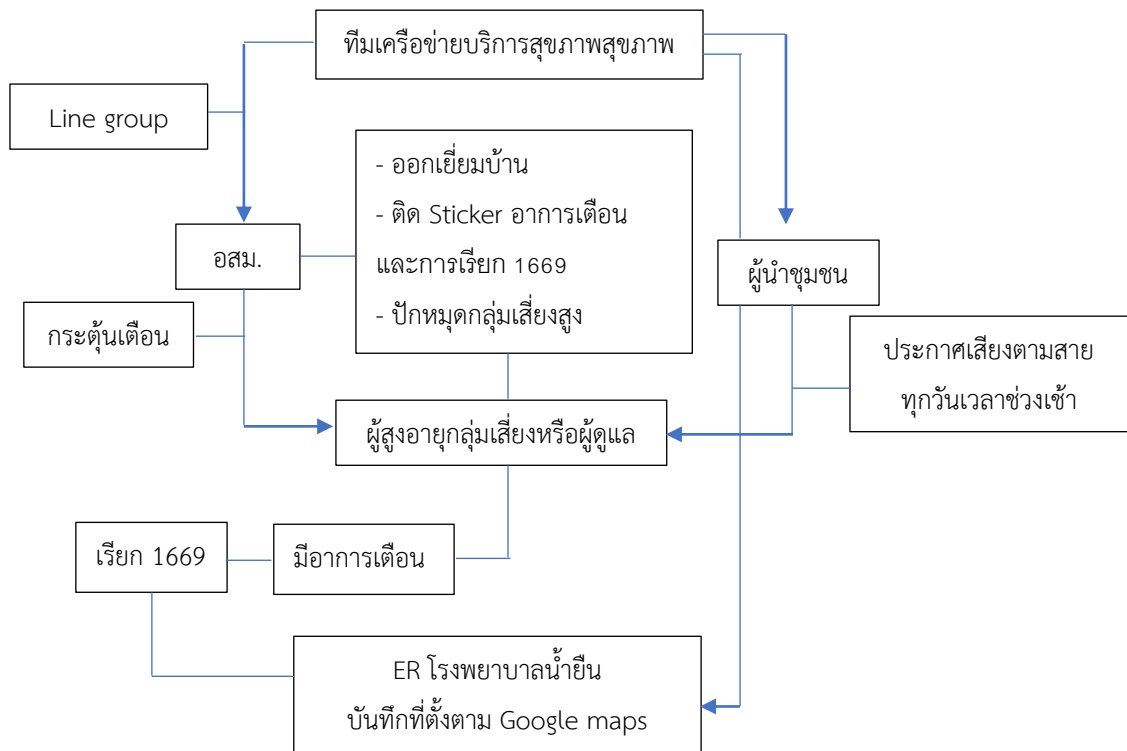
2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการขอความช่วยเหลือ ของ อสม. หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการขอความช่วยเหลือของ อสม. ก่อนและหลังการอบรม

ข้อมูล	n	ก่อนการอบรม				หลังการอบรม				t	p-value
		min	max	Mean	S.D.	min	max	Mean	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	261	13	19	15.42	1.73	19	20	18.32	1.63	4.87	.01**
อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	261	6	9	8.32	1.82	9	10	9.84	1.56	5.34	.01**
การขอความช่วยเหลือ	261	9	12	10.20	1.76	12	14	13.56	1.25	4.58	.01**

** $p < .01$

3) เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล



ระยะที่ 3 และ 4 พบว่า

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 55.93 อายุมากที่สุดช่วง 60-64 ปี ร้อยละ 25.95 น้อยที่สุดช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.15 สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 32.63 หมายน้อยที่สุด ร้อยละ 21.75 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 49.15 ปริณญาตรีน้อยที่สุด ร้อยละ 0.99 อาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 64.41 บำนาญน้อยที่สุด ร้อยละ 1.27 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 62.29 มากกว่า 15,000 บาท น้อยที่สุด ร้อยละ 1.55 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 97.32 รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.62 น้อยที่สุดโรคเกาต์ 24.92 และส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 85.45

2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการขอความช่วยเหลือของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการอบรม ด้วยสถิติ Pair t-test หลังการดำเนินงานตามระบบสูงกว่าก่อนการดำเนินงานตามระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการขอความช่วยเหลือของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการดำเนินงานตามระบบ

ข้อมูล	n	ก่อนการอบรม				หลังการอบรม				t	p-value
		min	max	Mean	S.D.	min	max	Mean	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	708	15	18	16.42	1.86	17	19	18.32	1.43	4.22	.01**
อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	708	5	8	7.32	1.93	8	10	9.84	1.66	4.34	.01**
การขอความช่วยเหลือ	708	8	12	10.20	1.67	10	13	11.56	1.24	5.62	.01**

** $p < .01$

3) เปรียบเทียบอัตราการมาโรงพยาบาลไม่ทันเวลาและมาโรงพยาบาลทันเวลา ก่อนและหลังการใช้ระบบ ด้วยสถิติ Independent t- test หลังการใช้ระบบมีอัตราการมาโรงพยาบาลทันเวลาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการมาโรงพยาบาลไม่ทันเวลา ก่อนและหลังการใช้ระบบ

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ		p-value
	N=708		N=708		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อัตราการมาโรงพยาบาลไม่ทันเวลา	5	83.33	1	33.33	0.01**
อัตราการมาโรงพยาบาลทันเวลา	1	16.67	2	66.66	

** $p < .01$

4) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่อการให้บริการเครือข่ายสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.69, S.D.=0.54) โดยคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือผู้สูงอายุได้รับการติดสติ๊กเกอร์เกี่ยวกับอาการโรคหลอดเลือดสมอง/การขอความช่วยเหลือและได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการติดสติ๊กเกอร์ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=5.00, S.D.= 0.00) คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือผู้สูงอายุรู้สึกไม่เป็นส่วนตัวเมื่อทีมเครือข่ายสุขภาพมาเยี่ยม (Mean=4.12, S.D.=0.33) ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่อการให้บริการของเครือข่ายสุขภาพ

ข้อความ	Mean	S.D.	แปลผล
1. ท่านสะดวกในการได้รับการดูแลจากเครือข่ายบริการสุขภาพ	4.75	0.78	มากที่สุด
2. เครือข่ายบริการสุขภาพให้ความรู้และอาการเตือนท่านเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	4.71	0.46	มากที่สุด
3. เครือข่ายบริการสุขภาพให้ความรู้เกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและระยะที่ต้องส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล	4.81	0.39	มากที่สุด
4. ผู้นำชุมชนประกาศเสียงตามสายทุกวันตอนเช้า	4.74	0.44	มากที่สุด
5. บ้านของท่านได้รับการติดสติ๊กเกอร์เกี่ยวกับอาการโรคหลอดเลือดสมองและการขอความช่วยเหลือ	5.00	0.00	มากที่สุด
6. ท่านได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการติดสติ๊กเกอร์	5.00	0.00	มากที่สุด
7. เครือข่ายบริการสุขภาพเปิดโอกาสให้ซักถามหากท่านมีข้อสงสัย	4.88	0.33	มากที่สุด
8. ท่านเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมเท่ากันกับคนอื่น ๆ	4.72	0.45	มากที่สุด
9. ท่านรู้สึกไม่เป็นส่วนตัวเมื่อทีมเครือข่ายสุขภาพมาเยี่ยม	4.12	0.33	มาก
10. ประโยชน์ที่ได้รับจากการบริการครั้งนี้	4.72	0.45	มากที่สุด
รวม	4.69	0.54	มากที่สุด

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

ระยะที่ 1 วิจัยครั้งนี้ดำเนินการแบบวิจัยและพัฒนา ระยะนี้เป็นการศึกษาสภาพการณ์ ค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างเครือข่ายสุขภาพ โดยพบว่าข้อมูลว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาไม่ทันเวลา ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีอัตราร้อยละ 87.50, 62.50 และ 76.47 ตามลำดับ และพบว่าข้อเสนอในการแก้ปัญหาเพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาโรงพยาบาลทันเวลาภายใน 180 นาที นั้น เครือข่ายสุขภาพ ร้อยละ 100 เห็นควรให้มีการส่งเสริมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยการประชุมกลุ่ม เพื่อขอความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่าง ดังการศึกษาของ สกลสุภา อภิชาตบุญโชค¹⁰ ที่ศึกษาในบริบทของการเรียนการสอน ซึ่งในระยะที่ 1 นี้ มีการวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้เรียน เพื่อให้ได้รูปแบบการเรียนการสอนที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริประภา สิทธิพานิช และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาในบริบทของงานปฐมนิเทศ โดยมีการวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อหาระบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งสรุปได้ว่าระยะของการวิจัยระยะนี้ เป็นการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันนั่นเอง

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอไทรน้อย จังหวัดอุบลราชธานี โดยเมื่อได้ข้อสรุปเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาในระยะที่ 1 แล้ว เครือข่ายบริการสุขภาพระดมสมองเพื่อแก้ไขปัญหา โดยการวางแผน ดำเนินการ ตรวจสอบ และนำไปปฏิบัติจริง ซึ่งในระยะพัฒนาระบบนี้มีผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานตามวงจรคุณภาพ คือเกิด อสม. ที่มีความรู้และมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นาฏยา เอื้องโพธิ์จันทร์ และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นการพัฒนาแบบครบวงจร ทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Pre-hospital) ระยะรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (In hospital) และระยะต่อเนื่องในชุมชน (Post hospital) ผลลัพธ์ของการระบบในระยะนี้เกิดบุคลากรทางการพยาบาลและอุปกรณ์/เครื่องมือต่าง ๆ มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในระยะ Pre-hospital จะเน้นในส่วนของการ



บริการรถฉุกเฉิน 1669 ที่มีความพร้อมตลอดเวลา เพื่อให้ทันต่อการรับผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทันเวลา แต่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับระยะ Pre-hospital สำหรับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะ Pre-hospital โดยตรง เป็นการดำเนินงานในระดับปฐมภูมิ คือการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีขั้นตอนการอบรม อสม. และเครือข่ายภาคประชาชน ทำให้มีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง¹⁷ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่ามีพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะ Pre-hospital ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพในลักษณะเดียวกันกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อย่างไรก็ตามระบบที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ เป็นการพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตพื้นที่บริการของหน่วยปฐมภูมิ โรงพยาบาลน่ายัน และเป็นการศึกษาในระยะ Pre-hospital เท่านั้น ไม่อาจอ้างอิงถึงระยะอื่น ๆ ของการดูแลและอ้างอิงถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มวัยอื่น ๆ ได้

ระยะที่ 3 และ 4 ผลการวิจัยระยะนี้ พบว่า

1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้การขอความช่วยเหลือของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หลังอบรมสูงกว่าก่อนอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้นพบว่ายังไม่มีการศึกษาวิจัยที่ในระยะ Pre-hospital ด้วยระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีการวัดผลทั้ง 3 ตัวแปรนี้ แต่ระยะของการวิจัยนี้เป็นการนำระบบไปใช้และมีการประเมินผล จะมีลักษณะการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง โดยมีการดำเนินการตามระบบหรือรูปแบบหรือโปรแกรมและเป็นการศึกษาที่ค่อนข้างจะเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การศึกษาของ ประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์ และ ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล¹⁸ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกึ่งเมือง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วมเพิ่มเติม ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมนี้สามารถตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชื่นชม สมพล และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ผ่านวิทยากร การชมสื่อวีดิทัศน์ การประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การฝึกทักษะเฉพาะด้าน และการสร้างเสริมกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติพฤติกรรม หลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ ผ่านภพ และคณะ²⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สร้างการรับรู้ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตและระดับไขมันแอลดีแอลในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาทั้ง 3 การศึกษา กับงานวิจัยครั้งนี้ มีตัวแปรที่วัดเหมือนกันคือความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งการป้องกันการเกิดโรคด้วย ยังไม่มีการศึกษาใดที่วัดผลที่ความรู้การเตือนและความรู้ในการขอความช่วยเหลือหรือการเรียกบริการรถ 1669 ดังนั้น กรณีนี้ ทั้งตัวแปรทั้ง 2 ตัวนี้จึงถูกคิดค้นและวัดโดยผู้วิจัยเป็นการศึกษาแรกในระยะ Pre-hospital ในระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความต่อเนื่อง ซึ่งจะเห็นได้จากในระบบที่พัฒนาขึ้นนั้น ทีมเครือข่ายบริการสุขภาพหรือเครือข่ายสามหมอ มีการปักหมุดที่ตั้งตาม Google maps ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย และมีการประสานไปยังหน่วยบริการรถฉุกเฉิน 1669 หรือห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลน่ายัน เพื่อให้บันทึกที่ตั้งตาม Google maps ด้วย



2) อัตราการมาโรงพยาบาลทันเวลาและไม่ทันเวลา พบว่า ระยะ 4 เดือนก่อนดำเนินการตามระบบ คือเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 พบผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาโรงพยาบาลไม่ทันเวลามากกว่ามาทันเวลา และระยะ 4 เดือนช่วง ดำเนินการตามระบบ คือเดือนมิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาทันเวลามากกว่ามาไม่ทันเวลา ซึ่งประเด็นที่ต้องอภิปรายคือ จำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเปรียบเทียบก่อนและหลังการทำตามระบบมีจำนวนลดลง จาก 6 คน เหลือ 3 คน ภายในระยะเวลาเท่ากัน แสดงให้เห็นว่าการมีทีมเครือข่ายบริการสุขภาพหรือเครือข่ายสามหมอ รวมถึง อสม. ลงเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกระตุ้นให้เกิดการรับรู้การเตือนของโรคและการรับรู้การขอความช่วยเหลืออยู่เป็นประจำนั้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงเกิดความตระหนักว่าจะต้องมีการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วย เพื่อที่จะไม่ต้องเรียกรถ 1669 ดังการศึกษาของ ปภาดา น้อยวงศ์ และ สกลสุภา สิงคบุตร²¹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้ และการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่อแห่ง จังหวัดอุบลราชธานี โดยวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุว่ามีความรู้ทำให้มีความสามารถในการประมวลประสบการณ์ มีการเรียนรู้ร่วมกับประสบการณ์ที่จะแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนของโรคและการขอความช่วยเหลือ จึงส่งผลให้มีรับรู้ถึง แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไปด้วย จึงทำให้จำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองลดลง

3) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่อเครือข่ายบริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก วิเคราะห์ได้ว่าเมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ตนต้องการ จะเกิดความพอใจ ชอบใจและมีความสุข ซึ่งการบริการให้ความรู้เรื่อง โรคหลอดเลือดสมองอาการเตือนของโรคและการขอความช่วยเหลือถึงที่บ้านของทีมเครือข่ายบริการสุขภาพ และ อสม. นี้ เป็นการบริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจและได้รับการดูแลดี จะส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงอรุณ ใจวงศ์ผาบ และคณะ²² ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำพูน โดยมีกิจกรรม การจัดตั้งหน่วยผู้ป่วยเฉพาะโรค การจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย การแต่งตั้งพยาบาล ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ในการดูแล การพัฒนาสมรรถนะ และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิจัยพบว่าทั้งพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความพึงพอใจต่อกระบวนการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ควรทำการวิจัยด้วยระบบนี้ต่อไปในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในวัยอื่น ๆ และ ทำการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้ชื่อเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคทางหลอดเลือดเช่นเดียวกัน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการทำการวิจัยโดยการขยายเวลาในการศึกษาเป็นประมาณ 6 เดือน ถึง 1 ปี และวิเคราะห์ในส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอันตราย ที่ปึกหมุดที่อยู่ไว้นั้นเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาทันเวลาหรือไม่ หรือผู้ป่วย สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อจำกัดจากการวิจัย

การเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาเพียง 4 เดือน ไม่ครบรอบ 12 เดือน ซึ่งช่วงของฤดูกาลต่าง ๆ ในชุมชนชนบท อาจส่งผลให้เกิดเหตุต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่ง 4 เดือนก่อนปฏิบัติตามระบบและ 4 เดือนที่ปฏิบัติตามระบบอาจเกิดความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัยได้ และผลการวิจัยนี้ไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่ายืน ที่อนุญาตให้ใช้พื้นที่ในการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวที่เสียสละเวลาให้ทีมงานผลิตผลงานวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเครือข่ายสุขภาพ อสม. และ ภาคประชาชน รวมถึงผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี



References

1. World Stroke Organization. What is stroke? [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 5]. Available from: <http://www.worldstrokecampaign.org/Facts/Pages/WhatisStroke.aspx>.
2. Department of disease control. Annual report 2020: Division of Noncommunicable Diseases. Nonthaburi: Graphic Fonts and Design; 2021. (in Thai)
3. Department of disease control. Annual report 2019: Division of Noncommunicable Diseases. Nonthaburi: Graphic Fonts and Design; 2020. (in Thai)
4. Ministry of Public Health. Meeting documents providing the ministry of public Health's operating policy for the year 2020 [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 5]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/policy_doc2563. (in Thai)
5. Fillit HM, Rockwood K, Young J. Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology. Elsevier: Saunders; 2017.
6. Kleindorfer DO, Towfigh A, Chaturvedi S, Cockcroft KM, Gutierrez J, Lombardi-Hill D, et al. AHA/ASA Guideline 2021: Guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 5]. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000375>
7. Advani R, Naess H, Kurz MW. The golden hour of acute ischemic stroke. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2017;25:54.
8. Uangpairoj N, Uttama Ch, Kaweemuang Ch, Khantarak P. Developing care system network for stroke patients in Chiang Mai Province. Nursing Journal. 2021;48(1):1-14. (in Thai)
9. Jarupisitpaiboon C, Premmasawat N, Pesungnoen A, Rungnoei N, Dankul P. Guidelines for potential development of village health volunteers to prevent stroke in a risk group. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2020;30(3):74-89. (in Thai).
10. Apichutboonchock S. The development of mind mapping and peer assist learning to encourage pediatric with multiple organ dysfunction syndrome knowledge and nursing diagnosis skill in the 3rd year nursing students. Journal of Corporate Management and Local Innovation. 2022;8(6):373-86. (in Thai)
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
12. Srisa-Ard B. Basic research. 10th ed. Bangkok: Suviriyasan; 2017. (in Thai)
13. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1977.
14. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
15. Denzin NK. The research act: A theoretical introduction to sociological methods. New York: McGraw-Hill; 1978.
16. Sittapanich S, Khosookh J, Chaiyamart K, Khansamrit M. The effect of diabetes patient caring training program in village health volunteers in Yo Primary Care Unit. Yasothorn Medical Journal. 2022;24(2):36-48. (in Thai)
17. Ratanasuwan W, Sriwichai W, Kaewtep W. Development of community potential for stroke risk prevention in elderly with hypertension. Journal of Nursing and Health Research. 2021;22(2):111-24. (in Thai)



18. Chamnanpong P, Piyabanditkul L. Stroke prevention in hypertensive patients in suburban community. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2016;4(3):325-40. (in Thai)
19. Sompol C, Rawiworakul T, Kirdmongko P. Effects of a stroke prevention program for older adults with hypertension. Journal of Public Health Nursing. 2017;31(special):57-73. (in Thai)
20. Phanphop S, Jantacumma N, Nuysri M. Effects of stroke prevention program among elderly high risk group KoKha District, Lampang Province. Research and Development Health System Journal. 2020;13(2):528-38. (in Thai)
21. Noywong P, Singkiboot S. Mental health literacy, knowledge, and management of mental health problems among older adults in Dong Hong Hae Sub-district Health Promoting Hospital, Ubon Ratchathani Province. Journal of Nursing and Therapeutic Care. 2023;41(3):e264500. (in Thai)
22. Jaiwongpab S, Ruangwattana S, Jitnarin Th, Matcha K. Development of a nursing system for stroke patient at Lamphun Hospital. Thai Journal of Nursing. 2020;69(2):37-45. (in Thai)



ผลของการใช้แนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

เพ็ญกลดา ดัณฐกุลกรัณฑ์ พย.ม.^{1,5}

สุมาลี สุขไย พย.บ.²

คมคาย สุวรรณพงศ์ พย.ม.³

ผาณิต แก่นกระโทก พย.ม.³

อุกฤษฏ์ ปลั่งกลาง พย.ม.⁴

(วันรับบทความ: 10 ธันวาคม พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 19 ธันวาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 27 ธันวาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 50 ราย เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 ราย โดย 25 รายแรกเป็นกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ และ 25 รายต่อมาเป็นกลุ่มทดลองได้รับแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยการให้ความรู้ผ่านสื่อการสอน สื่อวีดิทัศน์นำเสนอตัวแบบ และได้รับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ วันละ 1 ครั้ง จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตนและหลักฐานเชิงประจักษ์ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.98 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทดสอบความเที่ยงภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาได้เท่ากับ 0.87, 0.83 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบทีอิสระและการทดสอบแมนวิทนีย์ยู

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 12 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเท่ากับ 6 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 95 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าสามารถใช้แนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเกิดพฤติกรรมเป้าหมาย คือ การฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดี และสามารถกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด

คำสำคัญ: สมรรถนะแห่งตน การฟื้นตัวหลังผ่าตัด กิจวัตรประจำวัน ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

¹พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการพิเศษ) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

²พยาบาลวิชาชีพ (เชี่ยวชาญ) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

³พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

⁴พยาบาลวิชาชีพ (ปฏิบัติการ) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

⁵ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: jang5499@gmail.com Tel: 063-6324222



The Effects of a Self-Efficacy Enhancement Guideline on Postoperative Recovery and Activities of Daily Living among Open Heart Surgery Patients

Fueanglada Tanthunkanokrat M.N.S.^{1,5}

Sumalee Sukyai B.N.S.²

Khomkhai Suwannapomngse M.N.S.³

Panit Kankratoke M.N.S.³

Aukrit Plangklang M.N.S.⁴

(Received Date: December 10, 2023, Revised Date: December 19, 2023, Accepted Date: December 27, 2023)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of employing self-efficacy guidelines to enhance the postoperative recovery and activities of daily living among open-heart surgery patients. The sample was comprised of 50 open-heart surgery patients selected based on predefined criteria and divided into comparative and experimental groups, each consisting of 25 individuals. The 25 individuals in the comparative group received standard care, while the remaining 25 individuals in the experimental group received care augmented with the self-efficacy guidelines through educational interventions, multimedia presentations, and support for cardiac rehabilitation once daily until discharge from the hospital. The research tools included the self-efficacy guideline developed for open-heart surgery patients which incorporated self-efficacy concepts and evidence-based practices. The tools' quality was validated by five experts, resulting in a content validity index of 0.98. The research instruments also included self-efficacy questionnaires, postoperative recovery questionnaires for open-heart surgery, and assessments of daily activity capabilities. The internal consistency of these instruments was tested using Cronbach's alpha, yielding acceptable values of 0.87, 0.83, and 0.87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, independent t-tests, and Mann-Whitney U tests.

The findings indicated that, following the experiment, the average postoperative recovery score for the experimental group was 12, whereas the comparative group only achieved an average postoperative recovery score of 6, which is statistically significant at the .01 significance level. Regarding the ability to perform daily activities, after the experiment, the experimental group had an average score of 95, while the comparative group had an average score of 90, which is statistically significant at the .01 significance level. Therefore, it can be concluded that the self-efficacy guideline approach can be utilized to encourage desired behaviors in open-heart surgery patients in order to specifically promote good postoperative recovery and enable them to return to performing their daily activities as close to their preoperative normal.

Keywords: self-efficacy, postoperative recovery, activities of daily living, open heart surgery

¹Registered Nurse (Senior Professional Level), Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

²Registered Nurse (Expert Level), Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

³Registered Nurse (Professional Level), Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

⁴Registered Nurse (Practitioner Level), Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

⁵Corresponding author, E-mail: jang5499@hotmail.com Tel: 063-6324222



บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขไทยและทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรโลก^{1,2} ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 17.90 ล้านราย หรือร้อยละ 32 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด¹ สอดคล้องกับสถิติของประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2560-2564 อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น จากอัตรา 31.80 เพิ่มขึ้นเป็น 33.50 รายต่อแสนประชากร² ปัจจุบันการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจ เป็นหนึ่งในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นของหัวใจ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคลิ้นหัวใจ เพื่อให้ระบบการไหลเวียนและการทำงานของหัวใจดีขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิต ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2562-2564 มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจทั้งหมด จำนวน 16,421, 15,447 และ 13,879 ราย ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 14,798, 13,847 และ 12,480 ราย ตามลำดับ³

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) เป็นวิธีการผ่าตัดที่ต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมช่วยทำหน้าที่แทนหัวใจและปอด ทำให้เลือดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดไม่ผ่านหัวใจ ข้อดีคือศัลยแพทย์สามารถมองเห็นพยาธิสภาพที่ต้องการแก้ไขได้ชัดเจน และทำการผ่าตัดได้สะดวก อย่างไรก็ตามกระบวนการผ่าตัดส่งผลกระทบหลังผ่าตัดต่อระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ ระบบประสาท ระบบไต ระบบทางเดินอาหาร⁴ อาการปวดแผลหลังผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทำให้กล้ามเนื้อและกระดูกกลางทรวงอกได้รับบาดเจ็บ ภายหลังผ่าตัด 3 วันแรก ผู้ป่วยจะต้องใส่ท่อระบายทรวงอกและท่อระบายในช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ด้านจิตใจเกิดความวิตกกังวล ความเครียด และนอนไม่หลับ⁴⁻⁶ ซึ่งกระบวนการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยส่งผลต่อความคิดและความมั่นใจในการปฏิบัติตัว ทำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวน้อยลง ไม่กล้าขยับร่างกาย ไม่กล้าหายใจลึก⁷ สอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของเบนคูราที่กล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนระดับต่ำจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง⁸ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้⁹

การฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นกระบวนการที่ร่างกายภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลับเข้าสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนการผ่าตัดมากที่สุด เป็นการกลับมาทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ สังคม และการกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ถือเป็นเป้าหมายหลักในกระบวนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ^{9,10} จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สามารถส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้วยการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีการฟื้นตัวที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับไปทำหน้าที่หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงกับปกติเร็วขึ้น^{11,12}

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีความสำคัญที่ต้องปฏิบัติในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจทุกรายเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ช่วยเพิ่มสมรรถภาพของระบบหัวใจและปอด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับไปทำหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติโดยเร็วที่สุด ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ส่งเสริมการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการดูแลด้านจิตสังคม โดยเฉพาะระยะแรกที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นช่วงที่มีความสำคัญมาก ไม่ควรให้ผู้ป่วยนอนติดเตียงโดยไม่จำเป็น ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะผู้ป่วยใน^{11,12} ซึ่งมีการศึกษาพบว่า การส่งเสริมการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้การฟื้นตัวด้านร่างกายหลังผ่าตัดหัวใจดีขึ้น¹³

จากสถิติการให้บริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ในปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจทั้งหมดจำนวน 464, 384 และ 435 ราย เป็นการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 346, 261 และ 295 ราย ตามลำดับ³ ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทรวงอกเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีวันนอนเฉลี่ย 5.38, 5.86 และ 7.44 วันนอน/ราย และมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจที่จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจนานขึ้น ภาวะปอดแฟบและปอดติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 24, 26 และร้อยละ 24.50 ตามลำดับ¹⁴ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่า มีการสอนและปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยทีมกายภาพบำบัด หลังผ่าตัดทุกวัน ๆ ละ 1 ครั้ง แต่จากการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม



พบปัญหาว่าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องหลังจากที่มียาภาพกลับไป จึงสุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า กลัวการเคลื่อนไหวจะทำให้ปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น ปวดแผลจึงไม่กล้าเคลื่อนไหว ไม่กล้าหายใจลึก กลัวว่าจะมีอาการเจ็บหน้าอก หัวใจวาย เสียชีวิต และไม่มั่นใจว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้หลังผ่าตัด ผลกระทบของการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไม่ต่อเนื่องนั้น โดยเฉพาะการไอและการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการคั่งค้างของเสมหะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะปอดแฟบ ปอดติดเชื้อ และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น¹⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า คำพูดและปัญหาดังกล่าวแสดงถึงการที่ผู้ป่วยขาดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมาย⁸ คือ การเคลื่อนไหวร่างกายและปฏิบัติตามกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังผ่าตัด และมีการศึกษาพบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะผู้ป่วยในยังทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ¹⁶ ในขณะที่เดียวกันการนำแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตามกิจกรรมฟื้นฟูสภาพส่งผลให้หลังจำหน่ายมีสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น⁶ ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และต้องการศึกษาผลของการใช้แนวทางดังกล่าวต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เปรียบเทียบการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เปรียบเทียบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

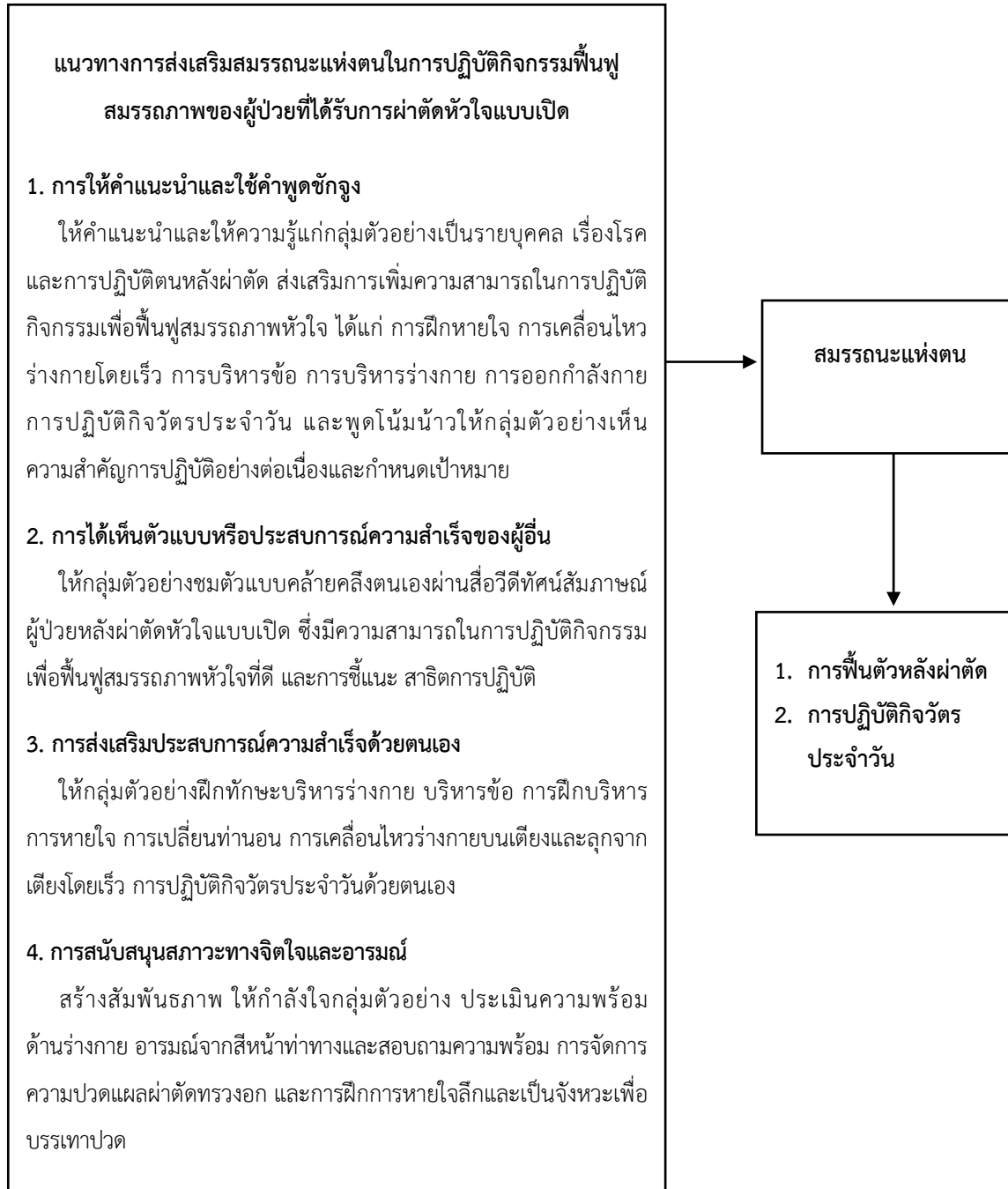
การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ในช่วงเดือนมกราคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 จำนวน 50 ราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura⁸ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตามกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยหวังผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีการฟื้นตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ อันเป็นเป้าหมายหลักที่ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ความสำคัญและกำหนดให้เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการรักษาพยาบาล โดยแนวคิดสมรรถนะแห่งตนเป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดورا



เป็นแนวคิดในการเพิ่มความเชื่อมั่นในการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรมเป้าหมายให้ประสบความสำเร็จ เชื่อว่าบุคคลที่มีกรรับรู้ความสามารถจะคิด ประเมิน ตัดสินใจพิจารณาเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ผ่านกระบวนการทางปัญญาในการที่จะกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาเพิ่มขึ้นได้ หากได้รับการสนับสนุนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ การใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น ประสบการณ์ของความสำเร็จด้วยตนเองจากการลงมือกระทำ และการสนับสนุนสภาวะทางจิตใจและอารมณ์^๖ โดยมีแนวคิดว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มสมรรถนะแห่งตน ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงกับปกติ แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ทั้งเพศชายและเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดอายุ 18 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดแบบนัดวันผ่าตัด (Elective surgery) ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 50 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G Power¹⁷ กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of analysis) เท่ากับ 0.8 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ .05 ผู้วิจัยนำค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยครั้งนี้ เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 1 ต่อสมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ¹⁸ โดยระดับความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม ได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.72 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่นัดผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเป็นครั้งแรก 2) ระดับความรู้สึกตัวดี 3) สามารถพูด ฟัง อ่าน ภาษาไทยได้เข้าใจ 4) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีโรคร่วมที่รุนแรงหรือเฉียบพลัน ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือมีภาวะไตวายเรื้อรังที่ต้องรักษาด้วยการล้างไต หรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน 24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด ภาวะหัวใจล้มเหลวหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง 2) ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจในวัยผู้ใหญ่ อยู่ใน Class IV 3) มีโรคหรือภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือสัญญาณชีพไม่คงที่หลังผ่าตัด ต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำ เกิดภาวะหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ และเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือเสียชีวิต และเพื่อหลีกเลี่ยงประเด็นเรื่องการเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันในการให้การพยาบาลของผู้ป่วย และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนจนครบจำนวน 25 คน หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบจำนวน 25 คน อย่างไรก็ตามทั้งสองกลุ่มจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจากทีมกายภาพบำบัดเช่นเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ดัชนีมวลกาย และประวัติการสูบบุหรี่ ข้อมูลภาวะสุขภาพและการผ่าตัด ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของคุสส์วีสต์ พิลาก⁶ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายที่มีลักษณะเป็นเส้นตรง (Numeric rating scale) แนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตร จำนวน 35 ข้อ การแปลความหมายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับน้อย (1-3) ระดับปานกลาง (4-6) และระดับมาก (7-10)



3. แบบสอบถามการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของ ทิปตัน ชินตาปัญญากุล และคณะ⁹ ซึ่งพัฒนาจากแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของ ออลวิน และคณะ¹⁹ เป็นแบบประเมินการฟื้นตัว 5 ด้าน คือ อาการทางกาย ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ คือ อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นประจำ อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นบ่อย ๆ อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง อาการหรือความรู้สึกนั้นไม่เกิดเลย คะแนนรวมของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีค่าตั้งแต่ 0-19 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน 5 ระดับ คือ มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างสมบูรณ์ เกือบจะสมบูรณ์ ฟื้นตัวบางส่วนและฟื้นตัวหลังผ่าตัดเล็กน้อย

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้แบบประเมิน Barthel Index²⁰ ซึ่งแบ่งระดับความสามารถของผู้ป่วยออกเป็นทั้งหมด 10 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมมีคะแนน 4 ระดับ คือ 0, 5, 10 และ 15 คะแนน คะแนนเต็ม 0-100 การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 1) ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0-20 คะแนน) 2) ภาวะพึ่งพารุนแรง (25-45 คะแนน) 3) ภาวะพึ่งพาปานกลาง (50-70 คะแนน) 4) ภาวะพึ่งพาน้อย (75-90 คะแนน) และ 5) ไม่มีภาวะพึ่งพา (100 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura⁸ และใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง²¹ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวทาง ดังนี้ 1) ค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) ทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และส่งผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อประเมินความมีมาตรฐานของแนวทางที่พัฒนาขึ้น 3) นำแนวทางส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 10 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและปัญหาอุปสรรค 4) ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดลองใช้ โดยแนวทางประกอบด้วย 1) สื่อการสอน (Power point) สำหรับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด แนวทางการดูแลรักษา และการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนและหลังผ่าตัด 2) สื่อวีดิทัศน์สำหรับการนำเสนอตัวแบบและสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ความยาวของสื่อวีดิทัศน์ 10 นาที 3) คู่มือเกี่ยวกับความสำคัญ หลักการ ขั้นตอน วิธีการและเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 4) แบบบันทึกการประเมินความพร้อมและแบบเฝ้าระวังในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ของบุปผา อินทรัตน์ และลัทพมา กิจรุ่งโรจน์¹⁸

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบสอบถามการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผ่านการตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และ 0.87 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและแบบประเมิน Barthel Index โดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 10 ราย ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ซึ่งนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่า 0.87, 0.83 และ 0.87 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอกเชี่ยวชาญ พยาบาลชำนาญการพิเศษการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ พยาบาลชำนาญการพิเศษด้านฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุศาสตร์-ศัลยศาสตร์และสาขาผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และอาจารย์พยาบาล ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98 องค์ประกอบย่อยของแนวทาง ได้แก่ สื่อการสอน สื่อวีดิทัศน์ คู่มือปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และแบบบันทึกการประเมินความพร้อมและแบบเฝ้าระวังในการปฏิบัติกิจกรรม ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98, 0.97, 0.98 และ 0.98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล เลขที่โครงการวิจัย 65169 ผู้วิจัยชี้แจงการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้ สามารถแจ้งขอยกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลการนำข้อมูล



ไปอภิปรายหรือเผยแพร่ทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยวางแผนการป้องกันและลดความเสี่ยงต่ออาสาสมัคร โดยมีการประเมินอาการ ความพร้อมและติดตามอาการใกล้ชิดตลอดการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการทดลอง

เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 ท่าน ในการใช้แนวทาง และแบบสอบถามเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จนสามารถปฏิบัติตามแนวทาง และขั้นตอนการวิจัยได้เช่นเดียวกับผู้วิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลและสำรวจผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จากตารางนัดผ่าตัด ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้

ขั้นดำเนินการทดลอง

1. กลุ่มเปรียบเทียบ

1.1 พบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ข้อมูลการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1.2 เก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.3 ได้รับการพยาบาลตามปกติในการเตรียมผ่าตัด ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยนักกายภาพบำบัดตามปกติทุกวัน

1.4 ครั้งที่ 2 วันแรกที่ย้ายมาหอผู้ป่วยสามัญ และครั้งที่ 3 วันจำหน่าย พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อกล่าวทักทาย พูดคุยซักถามอาการทั่วไป ในวันจำหน่ายกล่าวขอบคุณ แนะนำและมอบคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

2. กลุ่มทดลอง

2.1 พบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ข้อมูลการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2.2 เก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.3 ครั้งแรกให้ความรู้โดยผ่านสื่อการสอน แนะนำขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังผ่าตัด ประโยชน์ที่ได้รับและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคผ่านทางสื่อวีดิทัศน์ สอนการประเมินและการจับชีพจรด้วยตนเองและฝึกกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที มอบคู่มือให้ผู้ป่วยได้อ่านทำความเข้าใจและทบทวนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

2.4 ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป พบกลุ่มตัวอย่างทุกวัน วันละ 1 ครั้ง หลังจากผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครั้งละประมาณ 20 ถึง 30 นาที เพื่อเยี่ยมกล่าวทักทายพูดคุย ซักถามอาการ ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พร้อมกับดูแลความไม่สุขสบายต่าง ๆ บรรเทาอาการปวดแผล ให้การดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและกระตุ้นให้มีการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อเนื่องตามแนวทาง

ขั้นประเมินผล

ในวันจำหน่ายเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 โดยใช้สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้



1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลภาวะสุขภาพและการผ่าตัด ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพและการผ่าตัด ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) สำหรับข้อมูลนามบัญญัติและเรียงอันดับ (Nominal and ordinal scale) ใช้สถิติทีอิสระสำหรับข้อมูลอัตราส่วนและอัตราส่วน (Interval and ratio scale) และใช้สถิติแมนน์-วิทเนย์ ยู (Mann-whitney U test) สำหรับข้อมูลอัตราส่วนและอัตราส่วนที่มีการแจกแจงไม่ปกติ

2. เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง เป็นข้อมูลอัตราส่วนและอัตราส่วน (Interval and ratio scale) และข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติแมนน์-วิทเนย์ ยู (Mann-whitney U test)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60) อายุเฉลี่ย 54.48 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.02 kg/m² ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 56) ร้อยละ 60 ไม่มีโรคประจำตัว รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 52 ส่วนใหญ่วินิจฉัยโรคเป็นโรคลิ้นหัวใจ ร้อยละ 56 ค่าการบีบตัวของหัวใจมากกว่า 50% (ร้อยละ 72) NYHA functional class I ร้อยละ 64 และส่วนใหญ่ทำผ่าตัดลิ้นหัวใจ (ร้อยละ 56) รองลงมาเป็นการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 24) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชายเช่นกัน (ร้อยละ 68) อายุเฉลี่ย 55.12 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.36 kg/m² ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48) ร้อยละ 64 ไม่มีโรคประจำตัว รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 52 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นโรคลิ้นหัวใจ ร้อยละ 32 มีค่าการบีบตัวของหัวใจมากกว่า 50% (ร้อยละ 84) NYHA functional class I ร้อยละ 80 และส่วนใหญ่ทำผ่าตัดลิ้นหัวใจ (ร้อยละ 28) เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และค่าเฉลี่ยระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Variable	กลุ่มทดลอง n=25 (%)	กลุ่มเปรียบเทียบ n=25 (%)	p-value
เพศชาย	15 (60)	17 (68)	0.55 ^{ns}
อายุ (ปี) Mean (S.D.)	54.48 (13.50)	55.12 (11.82)	0.85 ^{ns}
ดัชนีมวลกาย Mean (S.D.)	24.02 (4.51)	24.36 (4.24)	0.78 ^{ns}
โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	15 (60)	16 (64)	0.77 ^{ns}
ความดันโลหิตสูง	13 (52)	12 (52)	1 ^{ns}
ไขมันในเลือดสูง	7 (28)	7 (28)	1 ^{ns}
การวินิจฉัยโรค			0.15 ^{ns}
CAD	6 (24)	5 (20)	
VHD	14 (56)	8 (32)	
ASD/VSD	1 (4)	5 (20)	
มากกว่า 1 การวินิจฉัยโรค	4 (16)	7 (28)	
NYHA functional class			0.44 ^{ns}
I	16 (64)	20 (80)	
II	6 (24)	3 (12)	



Variable	กลุ่มทดลอง n=25 (%)	กลุ่มเปรียบเทียบ n=25 (%)	p-value
III	3 (12)	2 (18)	
EF			0.77 ^{ns}
> 50%	18 (72)	21 (84)	
40-50%	2 (8)	1 (4)	
< 40%	3 (12)	2 (8)	
ไม่ได้ประเมิน	2 (8)	1 (4)	
ชนิดการผ่าตัด			0.12 ^{ns}
CABG	6 (24)	6 (24)	
Valve repair or replacement	14 (56)	7 (28)	
ASD closure	1 (4)	5 (20)	
มากกว่า 1 ชนิดการผ่าตัด	4 (16)	7 (28)	
ระยะเวลาการผ่าตัด (นาที) Mean (S.D.)	258.64 (149.80)	232.04 (127.64)	0.50 ^{ns}
ระยะเวลาที่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (นาที)	92 (54.02)	84.92 (54.07)	0.64 ^{ns}
จำนวนวันนอนหลังผ่าตัดก่อนจำหน่าย (วัน)	8.6 (3.59)	10.32 (4.29)	0.13 ^{ns}

ns = non significant

2. เปรียบเทียบการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($z = -1.37; p > .05$) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.73; p < .01$) โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดบางส่วน (Median = 12; IQR = 13) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับไม่มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Median = 6; IQR = 9.5) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			Z	p-value
	Median	IQR	Mean rank	Median	IQR	Mean rank		
ก่อนการทดลอง	18	4	28.28	17	3.5	22.72	-1.37	.168 ^{ns}
วันแรกที่ย้ายมา หอผู้ป่วยสามัญ	8	13.5	28.06	8	10.5	22.94	-1.24	.213 ^{ns}
วันจำหน่าย (หลังการทดลอง)	12	13	31.12	6	9.5	19.88	-2.73	.006**

ns = non significant, ** $p < .01$

3. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($z = -.74; p > .05$) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.00; p < .05$) โดยเริ่มเห็นความแตกต่างตั้งแต่วันที่ย้ายผู้ป่วยมาที่หอผู้ป่วยสามัญ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 95 คะแนน (IQR = 10) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 90 คะแนน (IQR = 22.5) ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			Z	p-value
	Median	IQR	Mean rank	Median	IQR	Mean rank		
ก่อนการทดลอง	100	0	26.48	100	0	24.52	-0.745	.456 ^{ns}
วันแรกที่ย้ายมา หอผู้ป่วยสามัญ	55	30	30.62	45	27.5	20.38	-2.49	.013*
วันจำหน่าย (หลังการทดลอง)	95	10	29.52	90	22.5	21.48	-2.00	.045*

ns = non significant, * $p < .05$

การอภิปรายผล

1. การฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งการฟื้นตัวหลังผ่าตัดจะต้องมีการกลับมาทำหน้าที่ขององค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน ทั้งด้านอาการทางกาย ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ^{10,19} การที่ผู้ป่วยได้รับส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วยการประเมินความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ การจัดการความปวดและการประเมินความพร้อมก่อนปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ การได้รับคำพูดชักจูงให้เห็นถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยเมื่อพิจารณาคะแนนสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มทดลองยังคงมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนหลังการผ่าตัดอยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสมรรถนะแห่งตนเป็นความมั่นใจที่จะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมเป้าหมาย^{8,22} และพบว่าในกลุ่มเปรียบเทียบที่มีอาการปวดแผลผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด¹⁵

ผลการศึกษาสอดคล้องกับ การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะแรกหรือระยะผู้ป่วยในต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพิ่มขึ้น และมีสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้นซึ่งประเมินสมรรถภาพทางกายจากระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที (6-minute walk distance: 6MWD) หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁶ และ การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 1 ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีสมรรถภาพทางกายสูงขึ้น¹⁸ ซึ่งแสดงถึงการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ดี⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจพบว่า การส่งเสริมการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวร่างกายทำให้การฟื้นตัวด้านร่างกายหลังผ่าตัดหัวใจดีขึ้น¹³

2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ก่อนการทดลองคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า การได้รับแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยการฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และการได้รับคำแนะนำจากคำพูดชักจูงของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยไม่มีการแทรกซ้อนยังทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับ การศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะผู้ป่วยในต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นก่อนการจำหน่ายและหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยยังคงมีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมากซึ่งสอดคล้องกับ



การศึกษาในครั้งนี้ และยังทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ¹⁶ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดนอกจากจะเป็นการประเมินการกลับไปทำหน้าที่ของร่างกายแล้ว ยังเป็นปัจจัยหนึ่งในการทำนายอัตราการตายและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ โดยมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีอัตราการตายในทุกสาเหตุ และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้อาบน้ำเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ²³ ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจึงมีความสำคัญตั้งแต่ระยะผู้ป่วยใน

สรุปการวิจัย

แนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สามารถช่วยเพิ่มการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยที่ได้รับการประเมินความพร้อมอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลสามารถนำแนวคิดสมรรถนะแห่งตนมาใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังการผ่าตัด จะช่วยให้มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจที่ดีและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ

ข้อจำกัดการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงข้อจำกัดอันอาจเกิดจากงานวิจัย ดังนี้ 1) การทดลองไม่สามารถปกปิดได้ (Blindness) เนื่องจากธรรมชาติของเครื่องมือทดลองที่ไม่สามารถปกปิดได้ 2) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้มีการสุ่มเข้าสู่การทดลอง (Non-randomization) ที่ไม่สามารถนำผลการทดลองไปอ้างอิงได้ (Generalizability) อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยไม่พบความแตกต่าง ข้อค้นพบจากการวิจัยจึงมีประโยชน์และคุณค่าในการนำไปใช้และต่อยอดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการให้บริการพยาบาล สามารถใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อการฟื้นตัวที่ดีหลังผ่าตัดและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ ลดภาวะพึ่งพา
2. ด้านศึกษาและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล สามารถต่อยอดผลการวิจัยในการศึกษาวิจัยการฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ทั้งด้านระยะเวลา ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวและการคงอยู่ของสมรรถนะแห่งตน ใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ได้เสียสละเวลามาเป็นอาสาสมัคร ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณาในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ขอขอบพระคุณสถานที่การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

Reference

1. Nowbar AN, Gitto M, Howard JP, Francis DP, Al-Lamee R. Mortality from ischemic heart disease. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2019;12(6): e005375
2. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2021. Bangkok: The war veterans affairs office printing; 2021. (in Thai)



3. The Association of Thoracic Surgeons of Thailand. Statistics of Cardiovascular and Thoracic Surgery Patients [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 10]. Available from: <https://thaists.org/en/stat-surgery/> (in Thai)
4. Hardin SR, Kaplow R. Cardiac surgery essentials for critical care nursing. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2020.
5. Kunahong Y, Ua-kit N. The effect of preparatory information program on anxiety in patients undergoing open heart surgery [Internet]. 2018 [cited 2022 Dec 01]. Available from: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/3143> (in Thai)
6. Pilab S, Binhosen V, Pakdevong N. Effectiveness of an enhancing self-efficacy in phase I cardiac rehabilitation program on physical fitness among older persons post open heart surgery. *Journal of Nursing and Health care*. 2019;37(3):192-200. (in Thai)
7. Srikaew S, Khuwatsamrit K, Monkong S, Chaiyaraj S. Pain during chest physical therapy in patients with open heart surgery. *Rama Nurs J*. 2013;19(3):333-48. (in Thai)
8. Bandura A. Self-Efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
9. Chintapanyakun T, Wongsri P, Chaiyaraj S. Predictive factors in quality of recovery among patients after coronary artery bypass graft surgery. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2021;32(2): 30-43. (in Thai)
10. Allvin R, Berg K, Idvall E, Nilsson U. Postoperative recovery: A concept analysis. *J Adv Nurs*. 2007;57(5): 552-8.
11. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation [AACVPR]. Guidelines for cardiac rehabilitation programs. 6th ed. Champaign, IL: Human Kinetics; 2020.
12. Pelliccia A, Sharma S, Gati S, Bäck M, Börjesson M, Caselli S, et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. *Eur Heart J*. 2021;42(1):17-96.
13. Salenger R, Holmes SD, Rea A, Yeh J, Knott K, Born R, et al. Cardiac Enhanced Recovery After Surgery: Early Outcomes in a Community Setting. *Ann Thorac Surg*. 2022;113(6):2008-17.
14. Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Statistics of heart disease patients 2019-2022. Nakhon Ratchasima: Patient database Maharat Nakhon Ratchasima Hospital; 2022. (in Thai)
15. Babamohamadi H, Karkeabadi M, Ebrahimian A. The Effect of rhythmic breathing on the severity of sternotomy pain after coronary artery bypass graft surgery: a randomized controlled clinical trial. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2021;2021:9933876.
16. Borzou SR, Amiri S, Salavati M, Soltanian AR, Safarpour G. Effects of the first phase of cardiac rehabilitation training on self-efficacy among patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *J Tehran Heart Cent*. 2018;13(3):126-31.
17. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91.



18. Intarat B, Kritrungrote L. Effect of an enhancing self-efficacy in phase I cardiac rehabilitation program on physical fitness and satisfaction of patients with coronary artery bypass graft surgery [Thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2013. (in Thai)
19. Allvin R, Ehnfors M, Rawal N, Svensson E, Idvall E. Development of a questionnaire to measure patient-reported postoperative recovery: Content validity and intra-patient reliability. *J Eval Clin Pract*. 2009; 15(3):411–9.
20. Neurological institute of Thailand. Department of medical services. Ministry of Public Health. Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke. Bangkok: Tana press; 2015. (in Thai)
21. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *Nurs Clin North Am*. 2000;35(2): 301-9.
22. Piathip D, Liangchawengwong S, Satdhabudha O. The effects of enhancing self-efficacy in early cardiac rehabilitation program on physical outcomes and anxiety among patients post coronary artery bypass graft surgery. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2018;38(3):12-24. (in Thai)
23. Sato M, Mutai H, Yamamoto S, Tsukakoshi D, Takeda S, Oguchi N, et al. Decreased activities of daily living at discharge predict mortality and readmission in elderly patients after cardiac and aortic surgery: A retrospective cohort study. *Medicine*. 2021;100(31):e26819.



ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง น้ำตาลสะสม และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง

เปรมณัฐชา บุญยอ พย.ม^{1,2}

นิรมล สุธาวรรณ พย.บ¹

ประภาพิพย์ แสนทวีสุข พย.บ¹

(วันรับบทความ: 1 ธันวาคม พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 22 ธันวาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 27 ธันวาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง น้ำตาลสะสม และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 48 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง การตรวจระดับน้ำตาลสะสม วัดความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามได้เท่ากับ .91 และ .93 ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .78 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, paired t-test, Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าความดันซิสโตลิกและค่าความดันไดแอสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมและความดันโลหิตดีขึ้น ดังนั้นควรนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสมกับโรค ช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง เบาหวานและความดันโลหิตสูง

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: premnut09@gmail.com Tel: 098-6289154



Effects of a Health Literacy Promotion Program on Health Literacy knowledge, Self-Care Behavior, Glycated hemoglobin, and Blood Pressure among Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension

Premnutchaya Boonyor M.N.S.^{1,2}

Niramon Suthawan B.N.S.¹

Prapatip Saentaweek B.N.S.¹

(Received Date: December 1, 2023, Revised Date: December 22, 2023, Accepted Date: December 27, 2023)

Abstract

This quasi-experimental, two group, pre-posttest design research aimed to study the effects of a health literacy promotion program on health literacy knowledge, self-care behavior, Glycated hemoglobin (HbA1C), and blood pressure in patients with diabetes mellitus (DM) and hypertension (HTN). Data were collected from 48 patients with DM and HTN who came for follow up at the Wat tai medical care unit at Sunpasitthiprasong hospital in Ubon Ratchathani province, Thailand. They were randomly assigned into two groups. The 24 participants assigned to the experimental group received the health literacy promotion program for 12 weeks and the 24 participants in the control group received usual care. Data were collected using the health literacy and the self-care behavior questionnaires, HbA1C checks, and monitoring the participants' blood pressure before and after the experiment. The content validity indexes (CVI) of the instruments were .91 and .93, respectively. Regarding the reliability testing, Cronbach's alpha coefficients of the research instruments were .78 and .82, respectively. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, paired t-tests, and independent t-tests.

The results showed that, after participating in the program, the experimental group had a statistically significant higher mean score for health literacy than before participating in the program and that it was also higher than the control group's mean score. Additionally, the mean scores for self-care behavior were significantly higher than before participating in the program and significantly higher than the control group. After participating the program, the average HbA1C of the experimental group was significantly lower than before the intervention and lower than the control group. Furthermore, the systolic and diastolic blood pressures of the experimental group were significantly lower than that before the intervention, and lower than control group. The results point out that the health literacy promotion program should be applied to care-giving among the high-risk group of patients with diabetes mellitus and hypertension As it yields improvements in their control of their sugar levels and blood pressure. Therefore, it should be used in the care of patients with diabetes and hypertension so that patients can engage in self-care behaviors which are appropriate for their disease and which will reduce severity and complications.

Keywords: health literacy, self-care behavior, diabetes mellitus hypertension

¹Registered Nurse, Professional level, Wat Tai medical care unit Sunpasitthiprasong Hospital Ubon Ratchathani

²Corresponding Author, Email: premnut09@gmail.com Tel: 098-6289154



บทนำ

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลกจากสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก ในปี พ.ศ.2564 มีผู้ป่วยจำนวน 573 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน¹ ในปี พ.ศ. 2562 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุโดยตรงของการเสียชีวิต 1.50 ล้านคน และร้อยละ 48 ของการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานทั้งหมดเกิดขึ้นก่อนอายุ 70 ปี การเสียชีวิตด้วยโรคไต 460,000 ราย เกิดจากโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้นเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณร้อยละ 20² สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการรายงานขององค์การอนามัยโลกปีพ.ศ. 2559 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1 พันล้านคน เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจำนวน 7.50 ล้านคน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงการตายถึง 7.20 เท่า³ โรคความดันโลหิตสูงทำให้เพิ่มอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน⁴

สำหรับประเทศไทยผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนชาวไทยในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.90 ในปี พ.ศ.2557⁵ เป็นร้อยละ 9.30 ในปี พ.ศ.2563⁶ ส่วนความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.70 ในปี พ.ศ.2557⁵ เป็นร้อยละ 25.40 ในปี พ.ศ.2563⁶ เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงคือ การควบคุมน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ⁷ จากรายงานการติดตามคุณภาพบริการโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีคิดเป็นร้อยละ 28.32, 29.42 และ 28.28 ตามลำดับ (เป้าหมายคือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีคิดเป็นร้อยละ 59.23, 58.61 และ 56.52 ตามลำดับ (เป้าหมายคือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60)⁸ จะเห็นได้ว่าการควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดไม่ดีจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคไตจากประสาทตาอักเสบ ตาบอด โรคระบบประสาท การตัดแขนขา และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร^{9,10} เช่นเดียวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจล้มเหลว และโรคไตเรื้อรัง ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ นอกจากนี้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคเบาหวานที่ไม่มีความดันโลหิตสูงซึ่งส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น¹¹

จากความสำคัญดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายสุขภาพให้โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและรักษา ซึ่งในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2565-2570) มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ลดอัตราการป่วย การตาย และความพิการ¹² และประเทศไทยได้มีการกำหนดเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2559-2579) เพื่อก้าวสู่สังคมอุดมปัญญาและการเป็นคนไทยที่อุดมปัญญา ซึ่งคนไทยทุกกลุ่มวัยต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีการจัดการสุขภาพของตนเองได้ และสภาพภูมิปัญญาได้เสนอให้มีการยกระดับการปฎิรูปความรู้ด้านต่าง ๆ ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ กำหนดให้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยและความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพทุก 3-5 ปี¹³

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นระดับสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและปรับใช้ข้อมูล ความรู้ และบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ 2) การเข้าใจด้านสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศหรือการบอกต่อ¹⁴ ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้บุคคลมีความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ



ประเมินและประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น¹⁵ การมีความรอบรู้ขั้นพื้นฐานระดับต่ำจะส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ต่ำเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น และในกลุ่มผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพโดยรวมลดลงและมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น¹⁶ การที่จะสามารถควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จะต้องมีการจัดการดูแลตนเองที่เหมาะสมซึ่งพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมและการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆเพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการปรับเปลี่ยนชีวิตและความรับผิดชอบในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิถีการดำเนินชีวิต การเรียนรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันตามสภาวะแวดล้อมที่เกิดขึ้น¹⁷

จากการศึกษาของวรรณรัตน์ รัตนวราห์ และวิทยา จันทร์หา¹⁸ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกโดยตรงกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงหรือเพียงพอจะสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายและเข้าใจความรู้ข่าวสารทางสุขภาพ สามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลทางสุขภาพ และสามารถนำความรู้มาดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมได้ จากการศึกษาของจันสุตา สืบพันธ์ และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการศึกษาของสุวิดา ลิ้มเริ่มกุล และคณะ²⁰ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับปานกลางหลังการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองระดับสูง แต่ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากข้อมูลสถิติของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของคลินิกหมอครอบครัววัดใต้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่าง ปี พ.ศ.2563–2565 จำนวน 345, 459 และ 547 คน ตามลำดับ แสดงถึงแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตได้จำนวน 135, 152 และ 186 คน ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยยังมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่เพียงพอ ซึ่งจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตไม่ได้ ยังมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่ถูกต้องในด้าน การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย จากการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 20 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำและมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. (3อ. ได้แก่ อาหาร อารมณ์ดี ออกกำลังกาย) (2ส. ได้แก่ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา) ไม่รู้แจ้งและไม่แตกฉาน และได้ทบทวนผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสม 3 เดือนย้อนหลังเฉลี่ยเท่ากับ 9.30 ซึ่งมีผลน้ำตาลสะสมในเลือดสูงประกอบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนวัดใต้ มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 28.50 และ 50.20 ซึ่งไม่เป็นตามเกณฑ์เป้าหมายคือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 และ ร้อยละ 60 ตามลำดับ ผู้ป่วยจึงควรได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และสามารถเข้าถึง เลือกใช้ความรู้ และประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อที่จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิตควบคู่ไปกับการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมและค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

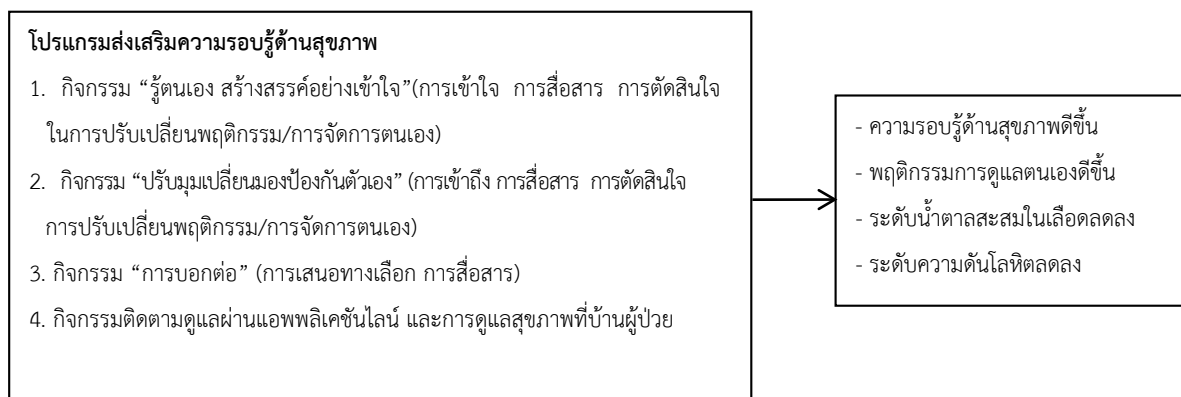
1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมและค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดและงานวิจัยของกองสุศึกษา¹⁴ ซึ่งได้ออกแบบโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีความเชื่อความสามารถแห่งตน (Self-efficacy theory) และแนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment) มุ่งเน้นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย โดยกองสุศึกษาได้กำหนดคุณลักษณะที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพมี 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร (พูดคุย ได้ตอบ/ซักถาม) 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/การจัดการตนเอง 6) ทักษะการบอกต่อที่จะช่วยส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองและเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ ใช้ในโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ที่กล่าวมา แบ่งเป็น 4 กิจกรรมคือ 1) กิจกรรมรู้ตนเอง สร้างสรรค์อย่างเข้าใจ 2) กิจกรรมปรับเปลี่ยนมองป้องกันตัวเอง 3) กิจกรรมการบอกต่อ 4) กิจกรรมติดตามดูแลผ่านกลุ่มแอปพลิเคชันและการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยและครอบครัว โดยคาดหวังให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้สามารถดูแลตนเองและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Two group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เข้ารับการรักษาที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนวัดใต้

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยนำรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เรียงตามหมายเลขแล้วทำการจับฉลากแบบไม่คืนที่ตามหมายเลขรายชื่อผู้ป่วย เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน

เกณฑ์คัดเข้าการวิจัย 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นทั้งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 35-70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนวัดใต้ 2) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด 7.50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป และ มีระดับความดันโลหิตช่วงซิสโตลิก 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือ ระดับความดันโลหิตช่วงไดแอสโตลิก 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป 3) ช่วยเหลือตนเองได้ มีสติ สัมผัสปัญญะ พูด เขียน อ่าน และสื่อสารภาษาไทยได้ 4) มีคะแนนจากการประเมินภาวะสมองเสื่อม 3 คะแนนขึ้นไป 5) ไม่ตั้งครรภ์ 6) ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาไม่มีประวัติความผิดปกติทางจิต (คัดกรองจากเวชเชเบียน) 7) มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ได้ 8) รับการรักษาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี ณ วันที่เข้าร่วมโครงการวิจัย 9) สม่ครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม/ขอยกออกจากโปรแกรม/ย้ายภูมิลำเนา 2) มีภาวะแทรกซ้อนหรือผู้ป่วยเสียชีวิต 3) ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยได้รับการปรับยาชนิดเม็ดเป็นยาฉีดควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือปรับเปลี่ยนยาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับคำถามการวิจัยที่ว่า “โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่” ข้อมูลก่อนหน้าจากผลงานวิจัยของบุญญธิดา ยาอินทร์²¹ พบว่า หลังให้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง 35 (S.D.=2.50) และ 29.20 (S.D.=9.40) ตามลำดับ ที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และอำนาจในการทดสอบ (Power of test) .80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 17 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มกลุ่มละ 7 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 24 คน รวมทั้งสิ้นเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ใช้สำหรับดำเนินการทดลอง (Intervention) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดและโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ของกองสุศึกษา¹⁴ มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1-3 ไม่ได้ปรับปรุงเนื้อหาแต่ปรับเรื่องระยะเวลาและการแบ่งกลุ่มเพื่อสะดวกในการทำกิจกรรมและให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมมากขึ้น ผู้วิจัยได้เพิ่มกิจกรรมที่ 4 ได้แก่ กิจกรรมติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยผู้วิจัยสื่อสารผ่านทางกลุ่มไลน์ และกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยผู้วิจัยร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สำหรับกิจกรรมที่ 1-2 ตามโปรแกรมเดิมของกองสุศึกษานั้นเป็นการจัดกิจกรรม 2 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง และกิจกรรมที่ 3 ใช้เวลา 1-2 โมง รวมเป็นการจัดกิจกรรม 3 วัน ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่มๆละ 12 คน ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 1 และ 2 สลับกันจนครบทั้งสองกลุ่ม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาทีต่อกลุ่ม หลังจากนั้นรวมผู้ป่วยเป็นกลุ่มเดียวเข้าร่วมกิจกรรมที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง มีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (ที่ผ่านการเตรียมความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม) เป็นผู้ดำเนินการดำเนินกิจกรรม มีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้



กิจกรรมที่ 1 กิจกรรม “รู้ตนเอง สร้างสรรค์อย่างเข้าใจ” ประกอบด้วยการพัฒนาทักษะด้านความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร (พูดคุย ได้ตอบ ชักถาม) การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การจัดการตนเอง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เมื่อเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ฝึกทักษะกิจกรรมอ่านคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ การประเมินความเครียด ด้วยตนเอง แจกแผ่นพับและแจกสมุดสุขภาพประจำตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สื่อที่ใช้ในการเรียนรู้ ได้แก่ โปรแกรมการนำเสนองานด้วยระบบคอมพิวเตอร์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติดูแลตนเองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงตามหลัก 3อ2ส สรุปและเพิ่มเติมประเด็นการเรียนรู้ ประเมินผลโดยการถาม-ตอบ การสาธิตย้อนกลับ

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรม “ปรับมุมมองป้องกันตัวเอง” ประกอบด้วยการพัฒนาทักษะด้านการเข้าถึงและรู้เท่าทันสื่อ การติดต่อ สื่อสาร การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การจัดการตนเอง (การทบทวน/ปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติ) โดยการบรรยาย/สาธิตอาหารแลกเปลี่ยน การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การอ่านฉลากโภชนาการ การใช้ธงโภชนาการ การจัดตั้ง กลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ การสืบค้นข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต สื่อที่ใช้ในการเรียนรู้ ได้แก่ โมเดลอาหาร ตัวอย่างอาหาร แลกเปลี่ยน และโทรศัพท์สมาร์ทโฟน สรุปและเพิ่มเติมประเด็นการเรียนรู้ ประเมินผลกิจกรรมโดยการถาม-ตอบ

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรม “แลกเปลี่ยน เรียนรู้ สู้ภัยโรค” ประกอบด้วย ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น (การบอกต่อ) ทักษะ การสื่อสาร โดยรวมผู้ป่วยเป็นกลุ่มเดียว ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง เป็นการยกตัวอย่างกรณีศึกษา และ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนแชร์ ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง การบอกต่อเรื่องการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยสื่อสารผ่านทางกลุ่มไลน์ และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ร่วมกับ อสม. จำนวน 3 ครั้งห่างกันครั้งละ 4 สัปดาห์ เพื่อทบทวน ชี้แนะแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการควบคุมความเสี่ยง ประเมินผลพฤติกรรม การดูแลตนเองในแบบบันทึกกิจกรรมประจำวัน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม Mini-Cog (ฉบับภาษาไทย) แปลโดยสุภาพร ตรึงสกุล²² พัฒนาโดย Borson และคณะ²³ เป็นการทดสอบ 1) ความจำระยะสั้น คะแนนเต็ม 3 คะแนน 2) การวาดรูปนาฬิกา คะแนนเต็ม 2 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน คะแนน 3-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะบกพร่องในการรู้คิด ผู้ป่วยที่มีคะแนน 3 คะแนนขึ้นไป จะได้รับการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ได้แก่

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลา การเจ็บป่วยและข้อมูลค่าน้ำตาลสะสม อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต สำหรับผู้วิจัย

3.2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ²⁴ โดยปรับข้อความและตัดออกบางข้อ ประกอบด้วย 1) ความต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) และ ไม่เคย (4 คะแนน) 2) ความสามารถในการอ่านและการคิดจำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนมี 2 ตัวเลือก ได้แก่ อ่านได้ถูกต้อง (1 คะแนน) อ่านไม่ถูกต้องหรืออ่านไม่ได้ (0 คะแนน) 3) ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนมี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) 4) ความสามารถในการอ่านและเข้าใจ (ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ) ความรู้ ความเข้าใจโรคและการปฏิบัติตัว (ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 33 ข้อ แบบสอบถามให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 16 ข้อ แบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก จำนวน 17 ข้อ) และความสามารถตัดสินใจที่ถูกต้อง (ข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ) เกณฑ์การให้คะแนนมี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ตอบถูก (1 คะแนน) ตอบผิด (0 คะแนน) 5) ความสามารถในการปฏิบัติที่ถูกต้อง (จำนวน 7 ข้อ) คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ทำ (1 คะแนน) เป็นไปได้ยาก (2 คะแนน) พอเป็นไปได้ (3 คะแนน) และ เป็นไปได้มาก (4 คะแนน) การแปลผลคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (ต่ำกว่า 60 คะแนน) ระดับปานกลาง (60-79 คะแนน) และ ระดับมาก (80 คะแนนขึ้นไป)



3.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงใช้แบบประเมินของ กองสุศึกษา¹⁴ ข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย การบริโภค (7 ข้อ) การใช้ยา (5 ข้อ) การออกกำลังกาย (4 ข้อ) การดูแลเท้า (9 ข้อ) โดยผู้วิจัยเพิ่มข้อคำถามการจัดการความเครียด (3 ข้อ) และปรับข้อคำถามบางข้อให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ทั้งข้อความทางบวกและข้อความทางลบ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3-6 วันต่อสัปดาห์) และ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน แปลพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็น 4 ระดับตามค่าคะแนนเฉลี่ยดังนี้ พฤติกรรมเหมาะสมมากที่สุด (คะแนนตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป) เหมาะสมมาก (คะแนน 2.50–3.49) พอใช้ (คะแนน 1.50–2.49) หรือต้องปรับปรุง (คะแนนน้อยกว่า 1.5)

3.4 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอทชนิดตั้งโต๊ะ และหูฟัง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยส่งโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเอง เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .91 และ .93 หลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิเคราะห์ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ค่าความเที่ยง .78 และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ค่าความเที่ยง .82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี (CA code 063/2566) โดยผู้วิจัยได้แจ้งกลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ไม่เปิดเผย ชื่อ ที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง การเผยแพร่กระทำในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับตามมาตรฐานบริการเดิม การดำเนินการ วิจัยและการเก็บข้อมูลจะเริ่มหลังจากกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ การเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย อธิบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือวิจัย ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและการรวบรวมข้อมูล มีการฝึกทักษะก่อนการปฏิบัติงานจริงในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม

2. การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยปฏิบัติงานที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้ คัดกรองกลุ่มตัวอย่างตาม เกณฑ์ที่กำหนด ในการติดต่อขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ป่วยโดยตรงหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษา ที่คลินิกแล้ว ชี้แจงข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กรณีผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นแจกแบบสอบถาม (Pre-test) โดยมีผู้ช่วยวิจัยช่วยในการแจกแบบสอบถามและรวบรวมข้อมูล และนัดหมาย วัน เวลา ในการเข้าร่วมกิจกรรม สถานที่ในการจัดกิจกรรมคือ ห้องประชุมใหญ่ของศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้

3. ขั้นตอนการ ดำเนินการ มีรายละเอียดการเข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้

3.1 กลุ่มทดลอง 1) ระยะเตรียมการทดลองและระยะทดลอง (สัปดาห์ที่ 1-10) ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม และวัดความดันโลหิตกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง/คน วัดซ้ำห่างจากครั้งที่ 1 ประมาณ 5 นาที ส่วนค่าระดับน้ำตาลสะสมใช้ผลตรวจเดิม (ตรวจไว้ไม่เกิน 3 เดือน) หลังจากนั้นจัดกิจกรรมกลุ่ม 1 ครั้ง แบ่งกลุ่ม



เป็น 2 กลุ่ม (กิจกรรมที่ 1.1 และ 1.2) ให้ผู้ป่วยแต่ละรายเข้ากลุ่มจนครบ 2 กลุ่ม หลังจากนั้นรวมกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียว จัดกิจกรรม “การบอกต่อ” และส่งข้อมูลกระตุ้นเตือนผู้ป่วยทางกลุ่มไลน์และติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านคนละ 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3,6 และ 10 2) ระยะสิ้นสุดการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12) ตรวจระดับน้ำตาลสะสม วัดความดันโลหิตกลุ่มตัวอย่าง ประเมินการปฏิบัติการดูแลตนเองในสมุดสุขภาพประจำตัว ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (Post-test)

3.2 กลุ่มควบคุม 1) สัปดาห์ที่ 1 ประชุมชี้แจงการจัดทำกิจกรรมและวัดความดันโลหิตกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง/คน วัดซ้ำห่างจากครั้งที่ 1 ประมาณ 5 นาที ส่วนค่าระดับน้ำตาลสะสมใช้ผลตรวจเดิม (ตรวจไว้ไม่เกิน 3 เดือน) ให้สุศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างตามปกติที่ทำกิจกรรมก่อนเข้ารับบริการ 2) สัปดาห์ที่ 12 ตรวจระดับน้ำตาลสะสม วัดความดันโลหิต ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (Post-test) และแจกสมุดสุขภาพประจำตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป 1) ข้อมูลทั่วไป ค่าน้ำตาลสะสมและความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การเปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปร ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง น้ำตาลสะสมและความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test 3) การเปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปร ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง น้ำตาลสะสมและความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.10 และ 63.80 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 50-65 ปี อายุเฉลี่ย 56.83 ปี และ 57.83 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75 และ 62.50 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.33 และ 54.17 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.67 และ 37.50 รองลงมาอาชีพค้าขาย ร้อยละ 33.33 และ 29.17 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 5-10 ปี ร้อยละ 51.17 และ 58.33 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 และ 41.67 ไตเสื่อมระยะที่ 1 ร้อยละ 75 และ 70.83 ไตเสื่อมระยะที่ 2 ร้อยละ 25 และ 29.70 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ร้อยละ 9.54 และ 9.74 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน 153.67 และ 152.29 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง 92.46 และ 91.63

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงในตารางที่ 1

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับมาก หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับมาก ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย



คะแนนระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับมากทั้งสองกลุ่ม ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	71.54	7.17	ปานกลาง	86.29	5.42	มาก	6.131	.001
กลุ่มควบคุม	71.04	6.92	ปานกลาง	74.75	6.27	ปานกลาง	1.733	.097
พฤติกรรมการดูแลตนเอง								
กลุ่มทดลอง	3.18	0.12	มาก	3.49	0.09	มาก	7.428	.001
กลุ่มควบคุม	3.15	0.11	มาก	3.17	0.15	มาก	1.044	.307

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	71.54	7.17	ปานกลาง	71.04	6.96	ปานกลาง	.090	.928
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	86.29	5.42	มาก	74.75	6.27	ปานกลาง	1.314	.001
พฤติกรรมการดูแลตนเอง								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.18	0.12	มาก	3.15	0.11	มาก	.803	.426
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.49	0.09	มาก	3.17	0.15	มาก	3.78	.001

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างใกล้เคียงกัน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยค่าความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลงจากเดิมประมาณ 9 และ 6 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของทั้งสองกลุ่มก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมและค่าความดันโลหิตทั้ง 2 ค่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้ง 2 ค่า ของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .014$, $p < .01$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) แสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของของค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับน้ำตาลสะสมและความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
น้ำตาลสะสมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	9.53	1.47	9.67	1.27	-0.243	.809
น้ำตาลสะสมหลังเข้าร่วมโปรแกรม	8.72	0.76	9.41	1.10	-2.534	.014
ความดันโลหิตตัวบนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	154.11	9.62	152.29	5.94	.595	.554
ความดันโลหิตตัวบนหลังเข้าร่วมโปรแกรม	145.04	9.25	149.28	4.29	-2.432	0.01
ความดันโลหิตตัวล่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	92.42	2.57	91.63	2.53	1.792	.089
ความดันโลหิตตัวล่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม	84.67	5.83	90.08	1.35	-3.862	.000

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ น้ำตาลสะสมและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยอภิปรายได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งก่อนเข้าร่วมโปรแกรมได้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและมีพฤติกรรมสุขภาพ 302ส ไม่รู้แจ้งและไม่แตกฉาน จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาทักษะด้านความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้ฝึกทักษะการอ่าน การจับคู่คำศัพท์ การฟังข้อมูลสุขภาพจากสื่อวิดีโอที่ส่งผ่านกลุ่มไลน์ และฝึกทักษะการอ่านฉลากโภชนาการช่วยให้สามารถเลือกประเภทและปริมาณสารอาหารที่เหมาะสมในการบริโภค การสัธยารอาหารแลกเปลี่ยน กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน การพูดคุยซักถามระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพผ่านทางกลุ่มไลน์ รวมถึงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยกล้าสอบถามและแสดงความคิดเห็น มีความเข้าใจและเพิ่มความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง เป็นไปตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา¹⁴ ที่กำหนดคุณลักษณะจำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร (พูดคุย ตอบ/ซักถาม) 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/การจัดการตนเอง 6) ทักษะการบอกต่อ ที่จะช่วยส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองและเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการให้สุศึกษาตามปกติก่อนที่จะเข้ารับบริการตรวจรักษา จึงทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bains และ Egede²⁵ ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพน้อยกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ จากการศึกษาของอัจฉราวดี ศรียศศักดิ์ และคณะ²⁶ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 52.70 ส่วนในด้านประสิทธิผลของโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.20 แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของสุพัตรา เชาวไวย์ และคณะ²⁷ ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ยกเว้นค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร



2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรม โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และฝึกทักษะด้านสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากเพื่อนที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติดูแลตนเอง การกระตุ้นเตือนทางกลุ่มไลน์ และการติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติดูแลตนเองเป็น การกระตุ้นให้มีการเสริมแรงตนเองนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้ที่ได้อย่างเป็นระบบร่วมกับแนวคิดของ โอเร็มที่เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ต้องเรียนรู้และเป็นกิจกรรมที่จะทำด้วยความตั้งใจในวัยผู้ใหญ่ บุคคลจะปรับหน้าที่และ พัฒนาการของตนเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุมกำจัดโรคและการบาดเจ็บต่างๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้ วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และ พัฒนาการของตนเอง¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิดา ลิ้มเริ่มกุล และคณะ²⁰ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง หลังการทดลองมี พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง และกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจากการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วย เบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกโดยตรงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่ผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับสูงหรือเพียงพอจะช่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากการได้รับข้อมูล ทางสุขภาพและมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะให้เกิดความสามารถส่งผลให้เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และเข้าใจความรู้ ข่าวสารทางสุขภาพ สามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลทางสุขภาพ และสามารถนำความรู้มาดูแลสุขภาพของตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้^{19,28}

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม และค่าความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมและค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมและค่าความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่าหลังเข้าร่วม กิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น มีความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งในด้าน การเลือกรับประทานอาหาร การลดอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง การรับประทานยาถูกต้อง และสม่ำเสมอ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การฝึกทักษะคลายเครียด ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมและระดับความดันโลหิตให้ลดลงได้ การศึกษาของสมจิตต์ สินธุชัย และคณะ²⁹ ศึกษาแบบการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการ ศึกษาของอัจฉราวดี ศรียศศักดิ์ และคณะ²⁸ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและหัวใจคลายตัวของกลุ่ม ทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปจากการเข้าร่วม โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และควรมีการตรวจระดับน้ำตาลสะสม วัดความดันโลหิต 6 เดือน และ 1 ปี ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองปีละครั้ง เพื่อติดตามผลของ โปรแกรม คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง



ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ในโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีกิจกรรมให้ความรู้ผ่าน application line ซึ่งจะใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีสมาร์ทโฟนและสามารถใช้งาน application line ได้ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างของประชากรมีโอกาสสัมผัสได้ไม่เท่ากันและลักษณะการวิจัยเป็นการให้ความรู้ก่อนที่จะวัดทักษะทางปัญญาและความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งมีการใช้ application line ปัจจัยเรื่องอายุและการศึกษาอาจส่งผลต่อการเรียนรู้และการดูแลตนเองได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนให้การดำเนินการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

Reference

1. American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes-2019. Diabetes Care 2019;42(Suppl.1):S13-28.
2. World Health Organization. Diabetes. [Internet]. [cited 2023 Jan 30] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
3. Vargas-uricoechea H, Cáceres-acosta MF. Control of blood pressure and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. Open Med. 2018;13:304–23.
4. Grossman A, Grossman E. Blood pressure control in type 2 diabetic patients. Cardiovasc Diabetol. 2017;16(3):1-15.
5. Aekplakorn W, Puckcharoen H, Thaikla K, Satheannopakao W. Thai national health examination survey, NHES V, 2014. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016. (In Thai)
6. Aekplakorn W, Puckcharoen H, Satheannopakao W. Thai national health examination survey, NHES VI, 2019-2020. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2020. (In Thai)
7. Hypertension Association of Thailand. Hypertension in diabetic patients. [Internet]. [cited 2023 Jan 30] Available from: <http://www.thaihypertension.org/files/11.08Dec200618-AttachFile1165550538.pdf>
8. Division of Non communicable Diseases. Details of indicators for monitoring and monitoring the quality of non-communicable disease operations services (Diabetes and Hypertension) 2022.[Internet]. [cited 2023 Jan 30] Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1186620211006043036.pdf>
9. Forbes A, Murrells T, Sinclair AJ. Examining factors associated with excess mortality in older people (age ≥70 years) with diabetes -a 10-year cohort study of older people with and without diabetes. Diabet Med. 2017;34:387–95.
10. Pan American Health Organization. Diabetes. “Event World Diabetes Day”2022. [Internet]. [cited 2023 Jan 30] Available from: <https://www.who.int/campaigns/world-diabetes-day/2022>
11. Pavlou DI, Paschou SA, Anagnostis P, Spartalis M, Spartalis E, Vryonidou A, et al. . Hypertension in patients with type 2 diabetes mellitus: Targets and management. Maturitas. 2018;112:71–7.



12. Division of Non communicable Diseases. National 5-year strategic plan for prevention and control of non-communicable diseases[2022-2026] . Bangkok:Emotion Art; 2022. (in Thai)
13. Kaewsamrit A. Driving health literacy and health communication. 2018 [cited 2023 Jan 30] Available from: https://doh.hpc.go.th/data/HL/HL_DOH_drive.pdf (in Thai)
14. Division of Health Education. Health education program to promote health literacy among people with diabetes and Hypertension, new case. Bangkok: 25 Media Limited; 2020. (in Thai)
15. Nutbeam D. Defining, measuring and improving health literacy. HEP. 2015;42(4):450-5.
16. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. Ann Intern Med. 2011;155(2):97-107.
17. Hanucharornkul S, editor. Self-care: the art and science of nursing care. 4th ed. Bangkok: V.J. printing; 2001. (in Thai)
18. Rattanawarang W, Janta W. Health literacy of self-care behaviors for blood glucose control in patients with type 2 diabetes, Chainat province. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. 2018;24(2):34-51. (in Thai)
19. Suebpan J, Boonyamalik P, Kerdmongkol P. Effects of a health literacy promotion program on health behaviors in older adults with uncontrolled type 2 diabetes. Thai Red Cross Nursing Journal. 2021; 14(1):109-24. (in Thai)
20. Limrerssakul S, Saneha C, Wattanakitkrileart D, Buranasupkajorn P. Effects of a health literacy development program on self-care behaviors in the elderly with type 2 diabetes mellitus. Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(1):84-98. (in Thai)
21. Ya-in B. The effects of health literacy enhancement program on self-care behaviors of patients with uncontrolled diabetes type II, Chumsaeng hospital in Nakhonsawan province. Sawanpracharak Medical Journal. 2021;18(1):35-48. (in Thai)
22. Trongsakul S. The prevalence of undiagnosed cognitive impairment and prevalence of undiagnosed depressive mood in over 60's with type 2 diabetes in a Thai community: a cross-sectional study [doctoral thesis]. Norwich: University of East Anglia; 2013.
23. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. J Am Geriatr Soc. 2003;51(10):1451-4.
24. Thanasukarn T, Neelapaijit N. Development of a tool to measure health literacy for patients diabetes mellitus and hypertension. Bangkok : Division of Health Education, Department of Health Service Support Ministry of Public Health in collaboration with Mahidol University; 2015. (in Thai)
25. Bains SS, Egede LE. Associations between health literacy, diabetes knowledge, self-care behaviors, and glycemic control in a low income population with type 2 diabetes. Diabetes Technol Ther. 2011;13(3):335-41.



26. Sriyasak A, Sarakshetrin A, Tongphet J, Ket-in V, Utaitum N, Mookui S, et al. The development of health literacy for health management of older persons with diabetes and hypertension in Primary Care Cluster Context: case study in Phetchaburi Province. *Journal of Health Systems Research*. 2021;15(2):155-73. (in Thai)
27. Chaowai S, Nimitanan N, Rujanawej S. The effect of health literacy enhancement program in new cases with type II diabetes mellitus patients in community. *Chonburi Hospital Journal*. 2019;44(1):25-34. (in Thai)
28. Moura NDS, Lopes BB, Teixeira JJD, Oriá MOB, Vieira NFC, Guedes MVC. Literacy in health and self-care in people with type 2 diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):700-6.
29. Sinthuchai S, Namdej N, Kittiboonthawal P, Dejpitaksirikul S, Chuencham J, Ubolwan K, et al. Health literacy development model to promotesSelf-management behaviours and its health impact on older adults with both type 2 diabetes and hypertension, in Primary Care Clusters in Saraburi Province. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2022;37(1):58-74. (in Thai)



การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสน เฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน APN.¹ กฤตภรณ์ ประกอบแสง ศศ.ม.²

ศรินรา ทองมี ศษ.ม.² กัลยา อุณรัตน์ พย.บ.²

เกษร ราชีวงศ์ พย.ม.³

(วันรับบทความ: 11 ธันวาคม พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 18 ธันวาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 27 ธันวาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ 2) ทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยพัฒนา 2 วงรอบ วงรอบที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของชูชีพ วงรอบที่ 2 ทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ ฯ โดยใช้รูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่มเปรียบเทียบวัดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือวิสัญญีพยาบาล 30 คนและพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน ร่วมทดลองใช้และประเมินแนวปฏิบัติ และทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ กลุ่มที่ 2 คือผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัด โดยร่วมในการทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน 30 คน และระย่นำแนวปฏิบัติไปใช้ กลุ่มเปรียบเทียบเป็นข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยสูงอายุ 66 คน และผู้ป่วยสูงอายุ 66 คนเป็นกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติ ฯ เครื่องมือวิจัยที่ใช้คือ 1) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น 2) แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน Confusion Assessment Method Thai version (CAM-T) 3) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน 4) แบบประเมินความคิดเห็นวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพหลังทดลองใช้แนวปฏิบัติ 5)แบบประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ 6)แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย 7) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแนวปฏิบัติการพยาบาล ของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูล สถิติพรรณนา Chi-square test และ Mann-Whitney U Test

ผลการศึกษา 1) ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีคุณภาพดีและคู่มือการใช้ จาก 18 งานวิจัยมีสาระสำคัญ 6 หมวด ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยใช้ AGREE II พบว่าคะแนนคุณภาพโดยรวมเท่ากับร้อยละ 83.60 ความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติ เห็นด้วยระดับมากถึงมากที่สุด 2) ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ พบว่า ก) ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 15.20 เหลือร้อยละ 7.60 ข) ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ค) ความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแนวปฏิบัติการพยาบาล สามารถปฏิบัติได้ครบทุกคนในร้อยละ 70.60 ง) ร้อยละ 72.50 ของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพพึงพอใจการใช้แนวปฏิบัติในระดับมาก จ) ร้อยละ 86.70 ของผู้ป่วยพึงพอใจต่อการบริการระดับมาก สรุปได้แนวปฏิบัติที่สามารถป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด มีคุณภาพดี พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นและสามารถปฏิบัติได้ง่ายและเข้าใจ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการ

คำสำคัญ: ภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้สูงอายุ แนวปฏิบัติทางคลินิก การให้ยาระงับความรู้สึก

¹หัวหน้าวิสัญญีพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

²วิสัญญีพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

³พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: ssiritip@gmail.com Tel: 081-8780373



The Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Anesthesia to Prevent Postoperative Delirium in Elderly Patients in Sunpasitthiprasong Hospital

Siritip Sanguanwongwan APN.¹ Krittaphon Prakobsang M.A.²

Sarinara Thongmee M.Ed.² Kanlaya Unrattana P.B.²

Kesorn Rachiwong M.N.S.³

(Received Date: December 11, 2023, Revised Date: December 18, 2023, Accepted Date: December 27, 2023)

Abstract

This action research aimed to 1) develop nursing guidelines for providing anesthesia to prevent postoperative delirium in elderly patients and 2) test the effectiveness of the nursing guidelines developed in a two cycle process. Cycle 1 was the development of the nursing guidelines according to Soukup's model for using evidence-based practices in nursing. Cycle 2 provided testing of the effectiveness of the nursing guidelines using a quasi-experimental study to evaluate the practice guidelines. The study participants included a group of 30 nurse anesthetists and 10 professional nurses who provided care based on the guidelines and a group of 30 elderly surgery patients who received care based on the guidelines. To test the effectiveness of the guidelines, data was retrieved from the medical records of 132 elderly patients who were randomly selected from the hospital's database, 66 of the patients were assigned to the comparison group and 66 were assigned into the experimental group. The research tools were: 1) the nursing practice guidelines that were developed; 2) the Confusion Assessment Method Thai version (CAM-T); 3) the patient information records and POD assessment forms; 4) an opinion evaluation form for the nurse anesthetists and registered nurses who followed the guidelines; 5) a satisfaction assessment form for the nurse anesthetists and registered nurses; 6) a patient satisfaction assessment form; and 7) an assessment of ability to follow the recommendations within nursing practice guidelines collected from the nurse anesthetists and registered nurses. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and Mann-Whitney U Tests.

Results: The quality of the guidelines that were developed was assessed based on criteria from 18 prior studies and the AGREE II standards, which yielded an overall score of 83.60%, indicating high quality. Nurse and healthcare professional opinions on the practices were highly agreeable. After implementation of the guidelines, the effectiveness of the practices resulted in a) an immediate reduction of postoperative confusion from 15.20% to 7.60%, b) no complications, c) 70.60% compliance by the nurses with the nursing practice guidelines, d) 72.50% of nurses anesthetists expressing high satisfaction with the guidelines, and e) 86.70% of patients expressing that they were highly satisfied with the guidelines. In conclusion, the implemented nursing practices effectively prevented immediate postoperative confusion, indicating increased knowledge and ease of application among nurses and high satisfaction levels among patients.

Keywords: delirium, elderly, clinical practice guideline, anesthesia

¹Chief of Nurse Anesthetist, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

²Nurse anesthetist, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

³Registered nurse, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

¹Corresponding Author, E-mail: ssiritip@gmail.com Tel: 081-8780373



บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Postoperative Delirium: POD) หมายถึงภาวะที่สติสัมปชัญญะของผู้ป่วยถูกรบกวนอย่างเฉียบพลัน และผันผวน สมาธิลดลง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล รวมทั้ง การรบกวนทางจิต การรบกวนของวงจรการนอนหลับ-ตื่น และการรบกวนทางอารมณ์^{1,2} ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด (Postoperative delirium: POD) เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่พบบ่อยที่สุด มีอัตราการเกิดร้อยละ 7.80 – 87²⁻⁵ เริ่มเกิดอาการได้ตั้งแต่ 10 นาที หลังหยุดให้ยาระงับความรู้สึก จนถึง 7 วันหลังผ่าตัด หรือจนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล⁶ ผู้ป่วยที่เกิดภาวะนี้จะแสดงอาการที่ห้องพักรักษาตัวร้อยละ 45^{4,7,8} พบว่าประมาณร้อยละ 70 จะเกิดภาวะนี้ใน 24 ชั่วโมงแรก และพบได้ร้อยละ 80 ถึง 90 ภายใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด^{7,9} ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยยังคงมีอาการขณะออกจากโรงพยาบาล การแสดงอาการมี 3 แบบ คือ แบบกระวนกระวาย (Hyperactive delirium) พบร้อยละ 1-10 แบบเชื่องซึม (Hypoactive delirium) พบร้อยละ 56-68 และแบบผสม (Mixed delirium) พบร้อยละ 21-34^{10,11} POD อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเอง ญาติ และบุคลากรของโรงพยาบาล ผู้ให้บริการ POD ส่วนใหญ่จะเกิดอาการให้ตรวจพบได้ที่ห้องพักรักษาตัวหลังการผ่าตัดหลังได้ยาระงับความรู้สึก กระสับกระส่าย (Agitation) อาการอาจหายไปหลังการรักษา หรืออาจมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ต่อเนื่องประมาณ 5-7 วัน เมื่อเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วย POD กับผู้ป่วยปกติภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วย POD จะมีอัตราตายสูงกว่า 3 เท่า ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 5.7 เท่า¹² ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่า 1.5 เท่า อัตรากลับมานอนโรงพยาบาลใหม่มากขึ้น ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า ระยะเวลาอยู่ในหอผู้ป่วยหนักนานกว่า¹³ มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 10 เท่า ค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น ปัจจัยเสี่ยงของ POD แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย (Predisposing factors) เช่น อายุ โรคประจำตัว การดื่มสุรา เป็นต้น 2) ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการให้บริการของบุคลากรโรงพยาบาล (Precipitating factors) เช่น การเสียเลือดมาก ระหว่างผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ได้แก่ 1) Confusion Assessment Method (CAM) 2) Delirium Detection Score (DDS) 3) Nurses' Delirium Screening Checklist (NuDESC) ส่วนใหญ่จะใช้ CAM เนื่องจากใช้ง่ายและมีค่า Sensitivity และ Specificity สูง¹⁴

จังหวัดอุบลราชธานีกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนประชากร 1,869,806 คน เป็นผู้สูงอายุ 314,828 คิดเป็นร้อยละ 16.80 โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวน 168,347 คนเพศชายมี 143,206 สัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรระหว่างปีพ.ศ. 2561-2565 พบว่ามีค่าร้อยละ 14.10, 14.70, 15.50, 16.10 และ 16.80 ตามลำดับ¹⁵ ส่งผลให้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัดสูงขึ้นต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับร้อยละ 30.80, 33.30 และ 34.60 ตามลำดับ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,188 เตียง มีการผ่าตัดในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 28,873 26,828 และ 25,627 รายตามลำดับ เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 8,890 8,935 และ 8,860 ราย ตามลำดับ ข้อมูลสถิติจากหน่วยเวชสถิติของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในปี พ.ศ.2563-2565 พบการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุเท่ากับ 993, 982 และ 961 ราย จากการสัมภาษณ์และการสำรวจด้วยแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติในวิสัญญีพยาบาลที่ห้องพักรักษาตัวหลังผ่าตัด และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่า 1) พยาบาลส่วนใหญ่ยังต้องเพิ่มเติมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด 2) หน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหรือมาตรฐานการเฝ้าระวัง วินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จากการทดสอบความรู้โดยแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 20 ข้อ ประเมินความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่า CVI = 1 พบว่าได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 64.70 (S.D.=9.10) จากการสืบค้นจากเว็บไซต์ของหน่วยงานและสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ ชมรมวิสัญญีพยาบาล ยังไม่พบว่ามีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหรือมาตรฐานการป้องกันดูแลการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานที่สามารถนำมาใช้งานได้ 3) การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในปัจจุบันของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ยังไม่มีการกำหนดให้ใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น CAM-T, CAM-ICU มาใช้ หากผู้ป่วยเริ่มมีอาการพยาบาลจะให้ยาแก้ปวดและรักษาตามอาการ ถ้าดีขึ้นจะไม่บันทึกว่าเกิดภาวะนี้



4) ส่วนใหญ่ของการการบันทึกคำวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดเป็นความรับผิดชอบของกลุ่มงานจิตเวชที่ให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง 5) จากรายงานการวิจัยผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจะมีอาการแบบ Hypoactive จะไม่แสดงอาการเอะอะโวยวาย ทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ส่งผลให้รายงานสถิติการเกิดภาวะดังกล่าวจึงอาจต่ำกว่าความเป็นจริง

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นวิสัญญีพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด โดยดูแลทั้ง 3 ระยะคือ ระยะก่อน ระยะระหว่าง และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก มีหน้าที่ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาระงับความรู้สึก ต้องการลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และพบมากที่สุด จึงพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ และรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดของชูชีพ¹⁵ เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนดำเนินงาน เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ รพ.สรรพสิทธิประสงค์
2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ต่อ
 - 2.1 ประเมินกระบวนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
 - 2.1.1 ความสามารถของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
 - 2.1.2 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้
 - 2.2 ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก
 - 2.2.1 อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.2.2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด
 - 2.2.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุหลังการผ่าตัด

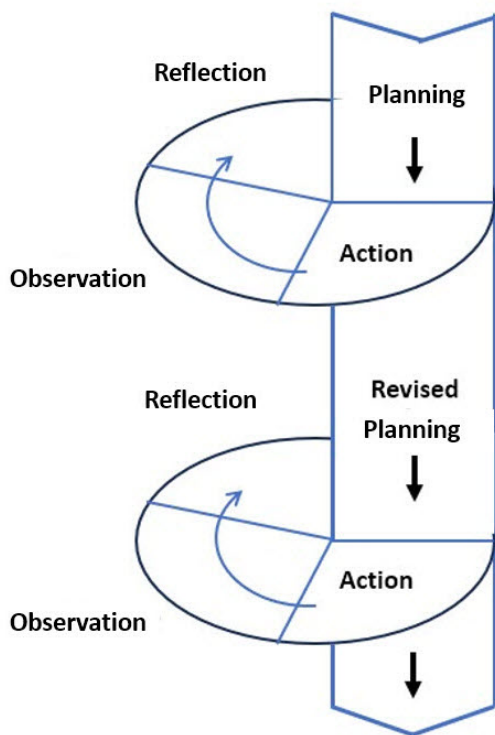
ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis S. และ McTaggart¹⁶ ร่วมกับรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของชูชีพ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยมีอาสาสมัครวิสัญญีพยาบาล 30 คน พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรม 10 คน ผู้ป่วยสูงอายุ 30 คน ร่วมทดลองใช้แนวปฏิบัติ การทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบก่อน-หลังการใช้แนวปฏิบัติ 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Pre-test post-test quasi-experiment, 2 independent group) อาสาสมัครคือ ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มละ 66 คน ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566



กรอบแนวความคิดการวิจัย

การพัฒนาการให้บริการโดยการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติเพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม และการใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของซุคัพ¹⁶ ช่วยให้แนวปฏิบัติที่ได้มีคุณภาพที่ดี



วงรอบที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (CNPg)

ตาม Evidence based practice ของ Soukup 4 ขั้นตอน

Planning: ค้นหาปัญหา วางแผนแก้ไข

ขั้นตอนที่ 1 (Soukup) Evidence triggered phase

1) Practice trigger 2) Knowledge trigger

ขั้นตอนที่ 2 (Soukup) Evidence supported phase

ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาสร้าง CNPg

Action: ขั้นตอนที่ 3 (Soukup) Evidence observed phase ทดลองใช้ CNPg

Observation: เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์

Reflection: พิจารณาแก้ไข ปรับปรุง CNPg

ขั้นตอนที่ 4 (Soukup) Evidence based phase

นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้จริง (Implementation)

วงรอบที่ 2 ประเมินประสิทธิผล ของ CNPg

Planning : ประเมิน POD ในผู้ป่วย 66 คน จากฐานข้อมูลปีพ.ศ.2565

Action: ใช้แนวปฏิบัติ ประเมิน POD ในผู้ป่วย 66 คน

ประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำของ CNPg

ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยสูงอายุ

Observation: เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

Reflection: ประเมินผลลัพธ์ พิจารณา

ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart¹⁶ ซึ่งมี 4 ขั้นตอนได้แก่ Planning, Action, Observation และ Reflection ดำเนินการ 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 : เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุคัพ¹⁷ ซึ่งมี 4 ขั้นตอนคือ Evidence triggered phase, Evidence supported phase, Evidence observed phase และ Evidence based phase

Planning: ค้นหาปัญหา และวางแผนแก้ไข

ขั้นตอนที่ 1 : การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase) โดยได้มาจาก 2 แหล่ง

1. ปัญหาที่พบในการปฏิบัติงาน (Practice triggered) จากการสำรวจการปฏิบัติงานก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่ายังไม่มีแนวทาง และรูปแบบการดูแลป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ การสำรวจความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดโดย แบบสอบถามความรู้ออนไลน์จำนวน 20 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คำตอบเป็นแบบถูกหรือผิด โดยเชิญชวนให้ตอบแบบไม่เจาะจง พบว่าวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถามกลับมาจำนวน 45 คน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 64.70 (S.D. = 9.1) แสดงว่าวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดมาก หน่วยงานยังไม่มีกำหนดมาตรฐานการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ การเตรียมและประเมินผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้ยาระงับความรู้สึกเป็นการประเมินเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป ไม่มีการประเมินเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ดังนั้นภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุจึงยังคงเกิดขึ้นส่งผลให้เกิดการเสียชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น



2. จากแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Knowledge triggered) จากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา งานวิจัย บทความวิชาการที่เกี่ยวข้องการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เป็นภาวะแทรกซ้อนหลัง การให้ยาระงับความรู้สึกที่สามารถใช้การพยาบาลป้องกันได้บางส่วน

ขั้นตอนที่ 2 การตั้งประเด็นคำถามที่ชัดเจน ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อตอบคำถาม (Evidence-supported phase)

1. สรุปประเด็นของงานวิจัยตามกรอบ PICO

P= Population = ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (Elective case)

I = Intervention = แนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

C= Compare = การดูแลผู้ป่วยก่อนนำแนวปฏิบัติมาใช้

O= Outcome = ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

2. การสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ (Search strategy)

2.1 ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic databases) ได้แก่ PubMed, Google Scholar, CINAHL, Cochrane Collaboration, Thai Index Medicus และ Thai Online Journal

2.2 การสืบค้นจากเว็บไซต์ของหน่วยงานและสถาบันที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย และ American Geriatrics Society European Society of Anesthesiology and Intensive Care

2.3 เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ สอดคล้องและตรงประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนา ผู้วิจัยได้กำหนด คำสำคัญในการสืบค้นคือ Postoperative delirium, POD, Elderly, Geriatric, consultation, Incidence, Prevention, Diagnosis, Tools, Risk factors, Nursing, intervention, Pre-Anesthesia, Post Anesthesia care, Surgery, Meta-analysis, Intraoperative, Preoperative preparation, Outcome of postoperative delirium, Outcome of postoperative delirium

3. กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

3.1 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ของหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ

3.1.1 Clinical practice guideline, Evidence-based practice, Nursing practice guideline และ Policy เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2013-2023

3.1.2 งานวิจัยทุกระดับ ทั้งงานวิจัยที่เป็น Meta-analysis, Systematic review, Experimental study, Analytical study และ Expert's opinions เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ

3.2 กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรับ (Exclusion criteria) ของหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ ค้นหาไม่พบ ฉบับเต็ม

4. นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก และคัดออกไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน (อาจารย์แพทย์ 1 ท่าน และวิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน) ถ้าความเห็นไม่สอดคล้องกัน ก็จะให้คนที่ 3 เป็นผู้ตัดสิน และตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ในการนำมาใช้พัฒนาแนวปฏิบัติ

5. การประเมินระดับของความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Joanna Briggs Institute¹⁹ เนื่องจากมีรายละเอียดในการประเมินหลักฐานงานวิจัย สามารถประเมินได้ทั้งหลักฐานงานวิจัยทั่วไป และหลักฐานจากความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ ระดับ 1 จากการวิจัยเชิงทดลอง แบ่งย่อยเป็น 4 ระดับ คือ 1a, 1b, 1c, 1d ระดับ 2 จากการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งย่อยเป็น 4 ระดับคือ 2a, 2b, 2c, 2d ระดับ 3 จากหลักฐานการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบ่งย่อยเป็น 5 ระดับ คือ 3a, 3b, 3c, 3d, 3e ระดับ 4 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนา แบ่งย่อยเป็น 4 ระดับ คือ 4a, 4b, 4c, 4d ระดับ 5 หลักฐานที่ได้จากความเห็นผู้เชี่ยวชาญ แบ่งย่อยเป็น 3 ระดับ คือ 5a, 5b, 5c

6. ยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ทั้งหมด 18 ฉบับ เป็น แนวปฏิบัติทางคลินิกของต่างประเทศจำนวน 3 ฉบับ (ระดับ 1b, 1b, 1b)



การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จำนวน 6 ฉบับ (ระดับ 1a, 1a, 2b, 3a, 4a, 4a) การทบทวนแบบบูรณาการ (Integrative review) จำนวน 1 ฉบับ (ระดับ 1b) การวิจัยเชิงวิเคราะห์ จำนวน 3 ฉบับ (ระดับ 3c, 3c, 3c) แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) จำนวน 1 ฉบับ (ระดับ 1b) การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment) จำนวน 2 ฉบับ (ระดับ 2d, 2d) การทดสอบวินิจฉัย (Diagnostic test) จำนวน 2 ฉบับ (ระดับ 4b, 4b) รวมทั้ง 18 ฉบับ สารสำคัญมีองค์ประกอบ 6 หมวด ได้แก่ 1) การให้ความรู้แก่ทีมสุขภาพ 2) การค้นหาปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด 3) การลดปัจจัยเสี่ยงที่ค้นพบ 4) การป้องกันการเกิดปัจจัยเสี่ยงระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก 5) การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด และ 6) ประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

Action: ดำเนินการแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (Evidence observed phase)

ระยะนี้เป็นการนำกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ของขั้นตอนที่ 1 มาทดลองใช้โดย มีรายละเอียดดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาคุณภาพ ความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามเกณฑ์ The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II)²⁰ การตรวจสอบรูปแบบของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันภาวะสับสนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ และคู่มือการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน ศัลยแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน วิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน)

2. การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัด โดยมีขั้นตอนคือ

2.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติเรื่องการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้และการใช้คู่มือ โดยจัดอบรมมีทั้งแบบ นอกสถานที่ (onsite) ให้แก่ วิสัญญีพยาบาล จำนวน 70 คน และ อบรมแบบออนไลน์ ให้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม เรื่องที่อบรม คือ 1) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ และคู่มือการใช้แนวปฏิบัติเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ประชุมชี้แจงทีมผู้ช่วยวิจัยในการประเมินกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติ (วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม) เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง 2) การใช้ CAM-T และ CAM-ICU ซึ่งกำหนดให้เป็นเครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ ให้แก่อาสาสมัครวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมเพื่อความเข้าใจและให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2.2 ทดลองใช้แนวปฏิบัติกับผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 30 คน โดยวิสัญญีพยาบาล 30 คน พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรม 10 คน

Observation: สำนวความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ของวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน

Reflection: นำความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และปัญหาที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ มาวิเคราะห์ และปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดย 1) เพิ่มปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัจจัยกระตุ้น คือภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ขณะให้ยาระงับความรู้สึก และหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น 2) เพิ่มคำอธิบายกลไกการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิด 3) ปรับปรุงคู่มือการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยกำหนดผู้รับผิดชอบในหน่วยบริการที่จะต้องปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 การนำแนวปฏิบัติมาใช้จริง (Evidence based phase)

วงรอบที่ 2 ทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ ภายหลังจากนำไปใช้จริงในหน่วยงาน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบ 2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน ก่อน-หลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Before and after experimental design with 2 independent group)

Planning: ปัญหาคือการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุยังคงอยู่ เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล จึงวางแผนนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุมาใช้แก้ปัญหาโดย 1) ประเมินอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 66 คน จากเวชระเบียนผู้ป่วยปี พ.ศ.2565 2) ประชุมวิสัญญีพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประกาศใช้ “แนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์” ที่ได้ปรับปรุงแก้ไข หลังจากทดลองใช้ในวงรอบที่ 1 มาใช้เป็นมาตรฐาน และแนะนำคู่มือการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล



Action: 1) ประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ และการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยจำนวน 66 คน และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน 30 คน 2) ประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำของ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยคำนวณค่า ร้อยละของผู้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้ครบถ้วน และประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในวิสัญญีพยาบาล 30 คนและพยาบาลวิชาชีพ 10 คน

Observation: รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลความพึงพอใจ และวิเคราะห์ข้อมูล

Reflection: แบ่งปันข้อมูลที่พบคืนข้อมูลให้ผู้ปฏิบัติงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและตัวอย่างที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ

ประชากร ประกอบด้วย วิสัญญีพยาบาลของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 60 คน และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วย ศัลยกรรมของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 102 คน

กลุ่มตัวอย่าง จากกลุ่มประชากร ดังกล่าวผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม อาสาสมัครเป็นวิสัญญีพยาบาลจำนวน 30 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน รวม 40 คน เข้าร่วมวิจัย 1) ทดลองใช้แนวปฏิบัติ 2) ทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

เกณฑ์คัดเข้าคือ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ นานกว่า 1 ปี

เกณฑ์คัดออกคือ ปฏิเสธการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยสูงอายุที่รับบริการทางวิสัญญี และผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (Elective case)

ประชากร ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

เกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) มีระดับความเสี่ยงในการให้ยาระงับความรู้สึกตามเกณฑ์ American Society of Anesthesiologist (ASA) ที่ระดับ 2 หรือ 3 3) มารับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า 4) ได้รับความรู้ความเข้าใจแบบทั่วไป ร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ

เกณฑ์คัดออก 1) ใส่ท่อช่วยหายใจยาก 2) หลังผ่าตัดอยู่ในภาวะวิกฤติหรือเสียชีวิต 3) ปฏิเสธการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร จำนวนผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่รวมเป็นอาสาสมัครกำหนดดังนี้

1) ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลกับผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 30 คน

2) ทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ใช้อาสาสมัครจำนวน 132 คน แบ่งเป็น กลุ่มเปรียบเทียบ คือกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการในปี พ.ศ.2565 ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ จำนวน 66 คน และกลุ่มทดลอง คือกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดภายหลังจากนำแนวปฏิบัติมาใช้แล้ว จำนวน 66 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันเป็นการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการ สับสนแบบเฉียบพลัน (POD) ก่อน และหลังนำแนวปฏิบัติการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ ใช้สูตรเปรียบเทียบค่าสัดส่วนระหว่างประชากร 2 กลุ่ม²¹

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 p(1-p)}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$\text{โดยที่ } p = (p_1 + p_2)/2$$

P_1 = สัดส่วนของ POD ในกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ

P_2 = สัดส่วนของ POD ในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ

n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม



พบว่าอัตราการเกิดอาการสับสนเฉียบพลันเท่ากับร้อยละ 7.30 - 87 เฉลี่ยให้เท่ากับร้อยละ 50 เมื่อนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้ดูแลผู้ป่วย สามารถลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ร้อยละ 50^{12,22}

อัตราการเกิดอาการสับสนเฉียบพลันก่อนใช้แนวปฏิบัติ $P_1 = 0.50$

อัตราการเกิดอาการสับสนเฉียบพลันหลังใช้แนวปฏิบัติ $P_2 = 0.25$

เมื่อแทนค่าตัวแปร คำนวณได้ ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 66 คน

พื้นที่ดำเนินการศึกษา

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่จะได้รับยาระงับความรู้สึก จะต้องดูแลทั้ง 3 ระยะ คือระยะก่อน ระยะระหว่าง และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก และดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยใน ดังนั้นหน่วยบริการที่ดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

1) ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (คลินิกวิสัญญี) เป็นหน่วยบริการที่ทำหน้าที่ตรวจสภาพร่างกายผู้ป่วย เตรียมความพร้อมผู้ป่วยเป็นจุดที่ค้นหา และแก้ไขปัจจัยเสี่ยงในตัวผู้ป่วย (Predisposing factors)

2) ห้องผ่าตัด เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัด เป็นจุดที่ต้องหลีกเลี่ยงการเกิดปัจจัยกระตุ้นอาการ (Precipitating factors)

3) ห้องพักฟื้น เป็นหน่วยบริการที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะหลังเสร็จจากการให้ยาระงับความรู้สึก เป็นจุดที่ต้องหลีกเลี่ยงการเกิดปัจจัยกระตุ้นอาการ (Precipitating factors) มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 45

4) หอผู้ป่วยศัลยกรรม เป็นหน่วยดูแลผู้ป่วย ส่งกลับมาจากห้องพัก เป็นจุดที่ต้องหลีกเลี่ยงการเกิดปัจจัยกระตุ้นอาการ (Precipitating factors)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้มีการใช้เครื่องมือ โดยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีการใช้เครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลอาสาสมัครผู้ป่วยสูงอายุ แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล 5 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลความเสี่ยง 17 ข้อ และการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันที่ห้องพักฟื้น และหอผู้ป่วยศัลยกรรม บันทึกโดยวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรม ใน 4 หน่วยบริการ ได้แก่ 1) ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (คลินิกวิสัญญี) 2) ห้องผ่าตัด 3) ห้องพักฟื้น 4) หอผู้ป่วยศัลยกรรม

2. แบบสอบถามความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรม ภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล 3 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นความคิดเห็น คำตอบมีให้เลือก 3 ข้อ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ จำนวน 6 ข้อ และเป็นคำถามแบบปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรค ของผู้ป่วยและ ในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลของพยาบาล จำนวน 2 ข้อ การประเมินผล ใช้ค่าร้อยละของผู้เห็นด้วย เกณฑ์การประเมิน ค่าร้อยละ 90-100=เห็นด้วยมากที่สุด ค่าร้อยละ 80-89= เห็นด้วยมาก ค่าร้อยละ 70-79=เห็นด้วยปานกลาง ค่าร้อยละ 60-69=เห็นด้วยน้อย ค่าร้อยละน้อยกว่า 60=ไม่เห็นด้วย

ระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีการใช้เครื่องมือ 4 ชุด ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลอาสาสมัครผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล 5 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลความเสี่ยง 17 ข้อ และการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันที่ห้องพักฟื้น และหอผู้ป่วยศัลยกรรม บันทึกโดยวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมใน 4 หน่วยบริการ ได้แก่ 1) ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (คลินิกวิสัญญี) 2) ห้องผ่าตัด 3) ห้องพักฟื้น 4) หอผู้ป่วยศัลยกรรม

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลตามข้อแนะนำของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ ใน 4 หน่วยบริการ ได้แก่ 1) ห้องตรวจผู้ป่วยนอก 2) ห้องผ่าตัด 3) ห้องพักฟื้น 4) หอผู้ป่วยใน ประเมินการปฏิบัติ 17 กิจกรรมตามข้อแนะนำของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การบันทึกมี 2 คำตอบให้เลือกคือ ได้ปฏิบัติ และไม่ได้ปฏิบัติ การประเมินใช้ค่าร้อยละของกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติได้ร้อยละ 90-100= มีความสามารถในการปฏิบัติงานดีมาก ปฏิบัติได้ร้อยละ 80-89= มีความสามารถในการปฏิบัติงานดี



ปฏิบัติได้ร้อยละ 70-79= มีความสามารถในการปฏิบัติงานปานกลาง ปฏิบัติได้ร้อยละ 60-69=มีความสามารถในการปฏิบัติงานน้อย ปฏิบัติได้น้อยกว่าร้อยละ 60= ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติงาน

3. แบบประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรม ต่อการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเกิดอาการสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ 5=พึงพอใจมากที่สุด 4=พึงพอใจมาก 3=พึงพอใจปานกลาง 2=พึงพอใจน้อย 1=ไม่พึงพอใจ แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามวัดความพึงพอใจจำนวน 6 ข้อ เกณฑ์การประเมินผล คะแนน 1-1.50 = ไม่พึงพอใจ คะแนน 1.51-2.50 = พึงพอใจน้อย คะแนน 2.51-3.50 = พึงพอใจปานกลาง คะแนน 3.51-4.50 = พึงพอใจมาก คะแนน 4.51-5 = พึงพอใจมากที่สุด

4. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ 5=พึงพอใจมากที่สุด 4=พึงพอใจมาก 3=พึงพอใจปานกลาง 2=พึงพอใจน้อย 1=ไม่พึงพอใจ เนื้อหาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านขั้นตอนการให้บริการ 2) ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 4) ด้านคุณภาพการให้บริการ เกณฑ์การประเมินผล คะแนน 1-1.50 = ไม่พึงพอใจ คะแนน 1.51-2.50 = พึงพอใจน้อย คะแนน 2.51-3.50 = พึงพอใจปานกลาง คะแนน 3.51-4.50 = พึงพอใจมาก คะแนน 4.51-5 = พึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 2 ชุดคือ

1. แบบบันทึกข้อมูลอาสาสมัครผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) = 0.85

2. แบบสอบถามความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรม ภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า CVI = 1

ระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 4 ชุด ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลอาสาสมัครผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.85

2. แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรม ต่อการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเกิดอาการสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประเมินความตรง ได้ค่า CVI = 1 และทดสอบความเชื่อมั่นในอาสาสมัครวิสัญญีพยาบาล 10 คน และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรม 10 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

3. แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประเมินความตรง ได้ค่า CVI = 0.90 ทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 20 คน แล้วทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลตามข้อแนะนำของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประเมินความตรง ได้ค่า CVI = 1

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ระยะ

ระยะที่ 1 เป็นการเก็บข้อมูลหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

1. แบบสอบถามความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้ช่วยวิจัยจะส่งให้อาสาสมัครวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถาม และเก็บคืน ภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลกับผู้ป่วยสูงอายุครบ 30 คน



2. แบบบันทึกข้อมูลอาสาสมัครผู้ป่วย จำนวน 30 คน (ข้อมูลชุดนี้ใช้เป็นตัวอย่งของการทดลองใช้แนวปฏิบัติเท่านั้น จึงไม่นำไปวิเคราะห์)

ระยะที่ 2 เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลภายหลังจากนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้จริง (Implementation)

1. สุ่มข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดจากฐานข้อมูลผู้ป่วยปีพ.ศ.2565 จำนวน 66 คน เพื่อใช้เป็นกลุ่มควบคุม คือกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการก่อนการใช้นโยบายปฏิบัติ

2. แบบบันทึกข้อมูลอาสาสมัครผู้ป่วย จำนวน 66 คนเป็นข้อมูลของกลุ่มทดลอง คือกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการภายหลังจากนำนโยบายปฏิบัติไปแล้ว การบันทึกข้อมูลจาก 4 หน่วยบริการ เริ่มต้นที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก/ก่อนผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพจะลงทะเบียนบันทึกข้อมูลส่วนตัว และสอบถามปัจจัยเสี่ยงตามแบบบันทึก จากนั้นแบบบันทึกจะถูกส่งไปเก็บไว้ที่ห้องผ่าตัด เมื่อถึงวันผ่าตัดแบบบันทึกจะถูกนำมาแนบไว้กับเวชระเบียนผู้ป่วย วิทยาลัยพยาบาลในท้องผ่าตัดปฏิบัติตามข้อแนะนำและบันทึกข้อมูลต่อ หลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องพักรักษาตัว วิทยาลัยพยาบาลที่ห้องพักรักษาตัวจะปฏิบัติตามข้อแนะนำและบันทึกข้อมูลต่อ เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่จะถูกส่งกลับไปหอผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมปฏิบัติตามข้อแนะนำและบันทึกข้อมูลต่อ เมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน แบบบันทึกจะถูกแยกออกเก็บไว้ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้เก็บแบบบันทึกคืน

3. แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของวิทยาลัยพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้ช่วยวิจัยจะส่งให้อาสาสมัครวิทยาลัยพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถาม และเก็บคืน ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้จริงกับผู้ป่วยสูงอายุครบ 66 คน

4. แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ส่งแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบในวันที่ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน

5. แบบประเมินการปฏิบัติงานของพยาบาลตามข้อแนะนำของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล หัวหน้าหอของ 4 หน่วยคือห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัด ห้องพักรักษาตัว และหอผู้ป่วยศัลยกรรม จะเป็นผู้สังเกตการณ์ปฏิบัติและบันทึกผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Chi-square test และ Mann-Whitney U Test เปรียบค่าสัดส่วนของภาวะสับสนเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในกลุ่มควบคุม (ก่อนใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล) กับกลุ่มทดลอง (หลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้แล้ว)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เอกสารรับรองเลขที่ CA code 066/2565 ลงวันที่วันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ.2565 และต่ออายุตามเอกสารรับรองเลขที่ CA code 064/2566 ลงวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ทั้งนี้ผู้วิจัยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของ อาสาสมัคร อาสาสมัครมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหลังจากได้รับข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยไม่เปิดเผย ความลับของอาสาสมัคร ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมไม่สามารถโยงไปถึงอาสาสมัครได้ ผู้เข้าถึงข้อมูลมีเพียงนักวิจัยเท่านั้น ข้อมูลการวิจัยจะเก็บไว้เป็นเวลา 1 ปี ภายหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้น หลังจากนั้นจะขออนุญาตทำลาย ด้านหลัก ความยุติธรรม การคัดเลือกอาสาสมัครใช้การสุ่ม ด้านหลักการได้ประโยชน์ อาสาสมัครแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ และจะถูกนำไปใช้ปรับปรุงระบบบริการซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยที่มารับบริการ

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 2) การทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้



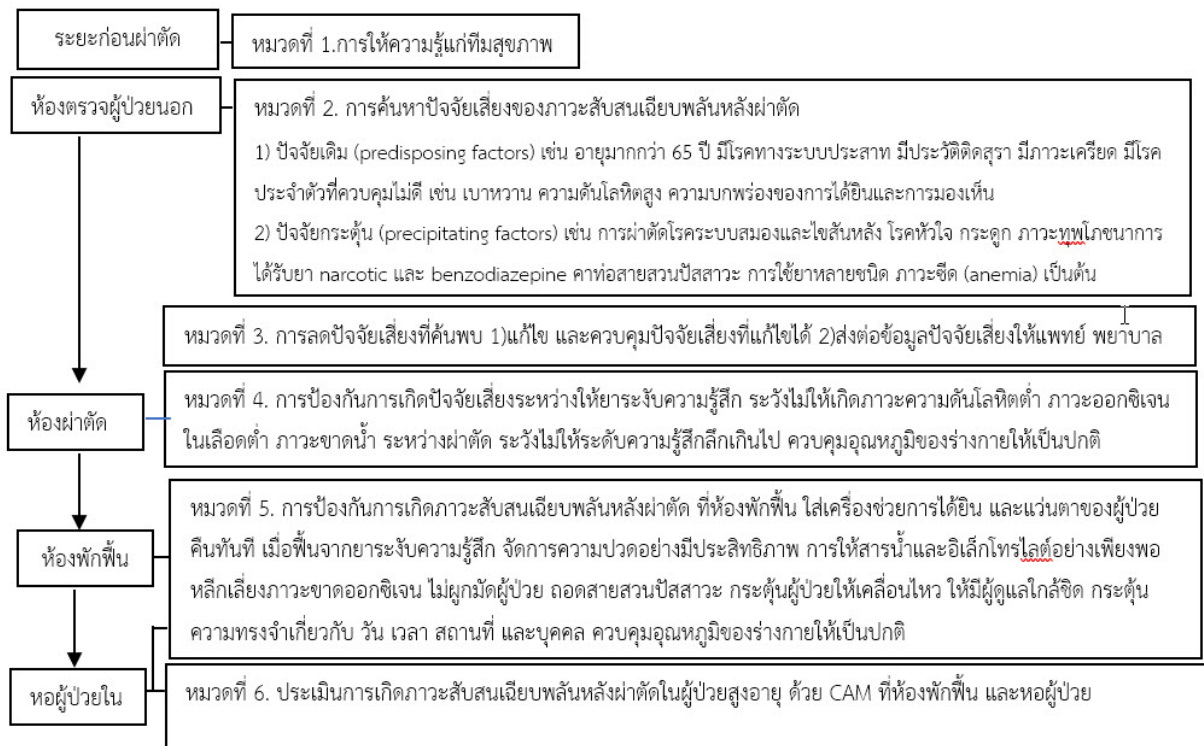
1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้ผลลัพธ์ 3 ประการ

1. ได้เอกสาร 2 ชุด คือ ก) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้าระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วยสาระสำคัญ 6 หมวด แบ่งเป็น ระยะก่อนผ่าตัด ได้แนวปฏิบัติ หมวดที่ 1 การให้ความรู้แก่ทีมสุขภาพ หมวดที่ 2 การค้นหาปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดคือ ปัจจัยเดิม และปัจจัยกระตุ้น และหมวดที่ 3 การลดปัจจัยเสี่ยงที่ค้นพบ ซึ่งจะใช้ในระยก่อนผ่าตัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (คลินิกวิสัญญี) หมวดที่ 4 เป็นการป้องกันการเกิดปัจจัยเสี่ยงระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก จะใช้แนวปฏิบัติในห้องผ่าตัด หมวดที่ 5 การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด หมวดที่ 6 การติดตามประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ ด้วยแบบประเมินภาวะเฉียบพลันหลังผ่าตัด CAM-T ใช้แนวทางปฏิบัติในห้องพักรฟื้นและหอผู้ป่วย ดังภาพที่ 2

ข) ได้คู่มือการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย

1) รายละเอียดการใช้เครื่องมือประเมิน ภาวะสับสนเฉียบพลัน CAM-T และ CAM-ICU

2) การกำหนดรูปแบบกิจกรรมพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ตามหน่วยบริการ เพื่อความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามได้ง่ายขึ้น



ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้าระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

2. ผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางการพยาบาลด้วย AGREE II โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ใช้นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจริงจำนวน 5 ท่าน คะแนนของ 6 หมวดของ AGREE II ได้แก่ หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ ได้คะแนนร้อยละ 90 หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้คะแนนร้อยละ 81.10 หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ได้คะแนนร้อยละ 84.20 หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ ได้คะแนนร้อยละ 85.60 หมวดที่ 5 การนำไปใช้ ได้คะแนนร้อยละ 82.50 หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ ได้คะแนนร้อยละ 78.30 ตามลำดับ คะแนนโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 83.60



ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ

ความคิดเห็น	จำนวนผู้เห็นด้วย (ร้อยละ) (n=40)	การแปลผล
1. ความเข้าใจวิธีใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล	34 (85)	เห็นด้วยมาก
2. มีความสอดคล้องกับการนำไปปฏิบัติ	33 (82.50)	เห็นด้วยมาก
3. มีความครอบคลุมตามความเป็นจริง	33 (82.50)	เห็นด้วยมาก
4. มีความสะดวกในการนำไปใช้	36 (90)	เห็นด้วยมากที่สุด
5. มีความเหมาะสมในการนำไปใช้	36 (90)	เห็นด้วยมากที่สุด
6. สามารถนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติงานจริง	36 (90)	เห็นด้วยมากที่สุด

จากตารางที่ 1 แสดงผลความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาล 30 คนและพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรม 10 คน ต่อการทดลองใช้แนวปฏิบัติเป็นแนวทางทั้งหมด อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.80 (S.D. = 8.30) ปี ประสบการณ์เฉลี่ย 17.50 (S.D. = 9.80) ปี ส่วนใหญ่มีความเห็นด้วยมากและมากที่สุดต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทั้ง 6 ประเด็น ส่วนของคำถามปลายเปิด ปัญหาอุปสรรค ที่เกิดกับผู้ป่วย ได้แก่ “ผู้ป่วยบางรายไม่มีผู้ดูแล แยกอาการฤทธิ์ดักค้ำแยกไม่ออก การสื่อสารผู้สูงอายุบางคนได้ยินและรับรู้ในสิ่งที่อธิบายได้ไม่ชัดเจน สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย นอนไม่หลับ” ปัญหาอุปสรรคที่เกิดกับบุคลากร ได้แก่ “ระยะเวลาที่อยู่ในห้องพักฟื้นสั้นยังขาดความรู้เรื่องการประเมินการแยกอาการปวดและภาวะสับสนได้อย่างไร การดำเนินการผ่าตัดรวดเร็วบางครั้งทำให้ลี้ภัยผู้ป่วยกับศัลยแพทย์” เป็นต้น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

	กลุ่มควบคุม (n=66)	กลุ่มทดลอง (n=66)	P - value
1. อายุ: (ปี) : Mean (S.D.)	68.50 (5.80)	67.70 (6.40)	0.06*
2. เพศ			
ชาย: n (%)	19 (27.30)	21 (31.80)	0.85**
หญิง: n (%)	47 (72.70)	45 (68.20)	
3. สถานะภาพ			
สมรส: n (%)	55 (83.30)	58 (87.90)	0.46**
โสด: n (%)	11 (16.70)	7 (12.10)	
4. เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน: n (%)	10 (15.20)	5 (7.60)	0.27**
5. เกิดโรคแทรกซ้อน: n (%)	0	0	

*Mann-Whitney U Test **Chi-square test

จากตารางที่ 2 พบว่า การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดลดลง โดยเปรียบเทียบผู้ป่วยสูงอายุ 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง (กลุ่มที่มารับบริการภายหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุมาใช้ในโรงพยาบาลแล้ว) และกลุ่มควบคุม (กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการในปีพ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นระยะก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีอายุเฉลี่ย 68.50 ปี (S.D. = 5.80) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.70 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 83.30 ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 67.70 ปี (S.D. = 6.40) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.20 มีสถานภาพ สมรส ร้อยละ 87.90 เมื่อนำข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ สถานภาพ เปรียบเทียบกันพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนข้อมูลการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดลดลงจาก ร้อยละ 15.20 เหลือร้อยละ 7.60 เท่ากับลดลงร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.27$)



ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ

หัวข้อ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1.เนื้อหาแนวปฏิบัติที่ใช้อ่านเข้าใจง่าย	3.97	0.47	พึงพอใจมาก
2.ขั้นตอนการปฏิบัติไม่ซับซ้อน	3.85	0.48	พึงพอใจมาก
3.การนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วย	3.85	0.53	พึงพอใจมาก
4.เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มารับบริการ	3.97	0.47	พึงพอใจมาก
5.เชื่อว่าจะสามารถลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุได้	3.82	0.54	พึงพอใจมาก
6.คุ้มค่ากับการนำแนวปฏิบัติไปใช้	3.90	0.54	พึงพอใจมาก
คะแนนโดยรวม	3.89	0.45	พึงพอใจมาก

จากตารางที่ 3 พบว่าผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามข้อแนะนำของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ โดยมอบหมายให้หัวหน้าเวรของหน่วยบริการเป็นผู้สังเกต จำนวน 17 กิจกรรมตามข้อแนะนำ ปฏิบัติได้ครบถ้วนทุกคนร้อยละ 70.60 ปฏิบัติได้ร้อยละ 90 ของกิจกรรมร้อยละ 17.60 และปฏิบัติได้ร้อยละ 80 ของกิจกรรมร้อยละ 11.80

3) ผลการประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 40 คน ประกอบด้วยวิสัญญีพยาบาล 30 คน พยาบาลวิชาชีพ 10 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.80 (S.D. = 8.30) ปี ประสบการณ์ทำงานนานเฉลี่ย 17.50 (S.D. = 9.80) ปี พบมีความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 7.5 และพึงพอใจมากร้อยละ 72.50 คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับพึงพอใจมาก (Mean = 3.89, S.D. = 0.45)

4) ผลการประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 30 คน อายุเฉลี่ย 69.40 (S.D. = 6.40) ปี เพศหญิงร้อยละ 60 สถานภาพสมรสร้อยละ 93.30 เคยผ่าตัดร้อยละ 13.30 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากร้อยละ 86.70 พึงพอใจปานกลางร้อยละ 13.30 คะแนนความพึงพอใจคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับพึงพอใจมาก (Mean = 3.8, S.D. = 0.20)

การอภิปรายผล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 2 ข้อคือ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และการทดสอบประสิทธิภาพ

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ระบับความรู้สึกละเอียดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉบับนี้มีลักษณะเป็น แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ไม่ใช่ยาเพื่อป้องกัน (Non-pharmacological preventive guidelines) และใช้กิจกรรมหลายรูปแบบ (Multicomponent intervention) เนื่องจากการใช้เฉพาะกิจกรรมทางการพยาบาลหลายรูปแบบในการดูแล ป้องกัน จะไม่มีการใช้ยาในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด แนวปฏิบัตินี้ใช้หลักการในการค้นหาปัจจัยเสี่ยง (Predisposing factors) ของภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อเพิ่มความระวังในการหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้มีคุณภาพสูง จากคะแนน AGREE II โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 83.60 โดยทั่วไปคะแนนที่มากกว่าร้อยละ 70 ถือว่าเป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพสูง²³ แนวปฏิบัตินี้สามารถนำมาใช้ได้จริง เนื่องจากถูกพัฒนาขึ้นจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ตามแนวคิดของซูคัพ ที่เชื่อว่าแนวปฏิบัติที่ดีต้องสร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดในช่วงเวลานั้น (The best evidence) มีความน่าเชื่อถือ ทันสมัย และยังคงแสดงถึงมาตรฐานการพยาบาล (Nursing standard) อีกด้วย สอดคล้องกับข้อเสนอแนะการพัฒนาแนวปฏิบัติของ Saunders และคณะ²⁴ ที่กล่าวว่าแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพจะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น (Quality of care) และเกิดผลลัพธ์ผู้ป่วย (Patient outcomes) ที่ดีขึ้น และมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมากมายที่พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเมื่อนำใช้กับผู้ป่วยจริง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เช่น การศึกษาของ อัมพร คำหล้า และคณะ²⁵ และสมาลี ธรรมะ และคณะ²⁶ ซึ่งจุดเด่นของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้คือ มีคำอธิบายกลไกการทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุของแต่ละปัจจัย และได้จัดทำคู่มือการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลแจกให้กับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดบุคลากรและหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ให้ปฏิบัติตามข้อแนะนำของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล



2. การทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเมื่อนำมาใช้จริง

2.1 การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ รูปแบบการวิจัยจะเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มก่อนหลัง (Before and after experimental study) กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุก่อนการใช้นโยบายปฏิบัติและเก็บข้อมูลโดยการสุ่มจากฐานข้อมูลผู้ป่วยปีพ.ศ. 2565 และกลุ่มทดลองคือกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดภายหลังใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลแล้ว แม้ว่า不会有การสุ่มผู้ป่วยพร้อมกันทั้ง 2 กลุ่ม แต่จากตารางที่ 2 พบว่าลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) ดังนั้นผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นน่าจะเกิดจากการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งพบว่า อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 15.20 เป็นร้อยละ 7.60 คิดเป็นลดจรร้อยละ 50 การลดลงนี้ การเกิดข้อผิดพลาดคล้อยกับการศึกษาของ Janssen และคณะ²²และการศึกษา Zhao และคณะ²⁷ ในปีค.ศ. 2018 Janssen และคณะ²² ศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ โดยรวบรวมการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trials) 31 เรื่อง และการวิจัยกึ่งทดลอง (Pretest posttest experimental design) 4 เรื่อง พบว่า การใช้กิจกรรมที่ไม่ใช่ยา หลายกิจกรรมร่วมกัน (Non-pharmacological intervention and multicomponent) สามารถป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ ในปีค.ศ. 2023 Zhao และคณะ²⁷ ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ รวบรวมรายงานการวิจัยชนิดการทบทวนการวิจัยอย่างเป็นระบบได้ 24 เรื่อง พบว่า 21 เรื่องยืนยันว่าการใช้กิจกรรมที่ไม่ใช่ยา หลายกิจกรรมร่วมกันสามารถป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุได้ร้อยละ 27 ถึง 54

2.2 ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พบว่ายังพยาบาลวิชาชีพบางส่วนไม่ได้ปฏิบัติ จากการสอบถามได้รับเหตุผลว่าวันที่ประเมินมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมากจึงลืม และเกิดจากความไม่คุ้นชิน ดังนั้นจึงควรพิจารณาปรับรูปแบบการบริการที่เน้นการดูแลผู้ป่วยสูงอายุก่อน

2.3 ผลสำรวจ ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ มีความพึงพอใจภายหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในระดับมากถึงมากที่สุดถึงร้อยละ 80 แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้เป็นที่ยอมรับของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้จริง การยอมรับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นเพราะในทางปฏิบัติรูปแบบการทำงานของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมไม่มากนัก เพียงเป็นการเพิ่มการปฏิบัติตามคำแนะนำที่เน้นการป้องกันการเกิดภาวะสับสน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก ทั้งยังทำให้เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ มีการอบรมให้ความรู้ในเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลัน เรื่องแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะนี้ และยังมีคู่มือวิธีใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ทำให้เกิดความเข้าใจ ความมั่นใจ จึงทำให้เกิดความพึงพอใจ สอดคล้องกับ การศึกษาของชุดิมา รัตนบุรี และคณะ²⁸ และวิภาดา ดวงพิทักษ์ และคณะ²⁹ โดย ชุดิมา รัตนบุรี และคณะ ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจมากขึ้นกว่าการใช้วิธีเดิม เนื่องจากมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนไปในแนวทางเดียวกัน วิภาดา ดวงพิทักษ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจระดับมากถึงร้อยละ 85.70

2.4 ผู้ป่วยสูงอายุมีความพึงพอใจต่อบริการด้านการพยาบาลภายหลังการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในระดับมากถึงร้อยละ 86.70 เนื่องจากกิจกรรมพยาบาลตามคำแนะนำในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนั้น จะทำให้วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพห่อผู้ป่วยศัลยกรรมจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากขึ้นในการเฝ้าระวัง และการประเมินระดับความรู้สึก ความรู้ตัวตน เวลา สถานที่ การพูดคุยสอบถามผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยและพึงพอใจในบริการ

สรุปผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดที่มีคุณภาพดีช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุและ สามารถป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดได้จริง ลดภาวะแทรกซ้อน และบุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในให้ยาระงับความรู้สึกและการเฝ้าระวังในและการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษา ระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด ที่มีปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ใช้วิธีการสร้างแนวปฏิบัติภายใต้การสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ



ข้อเสนอแนะ

การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้จริง จากการสังเกตการปฏิบัติตามข้อแนะนำของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลยังปฏิบัติไม่ได้ครบร้อยละ 100 แสดงว่ายังมีปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้ทบทวนวิธีการใช้แนวปฏิบัติ ตลอดจนมีการณรงค์ให้นำแนวทางปฏิบัติขยายไปใช้ในหอผู้ป่วยต่างๆ ให้มากขึ้นพร้อมทั้งมีการนิเทศ ติดตามกำกับ

ข้อจำกัดการวิจัย

การใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดก่อนหลังการทดสอบ (Before-after experimental design) เนื่องจากเมื่อมีการประกาศใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแล้ว การให้บริการผู้ป่วยจะเหมือนกันหมด ทำให้ไม่สามารถดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไปพร้อมกัน และข้อมูลในกลุ่มควบคุม (ก่อนการประกาศใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสุ่มจากเวชระเบียนผู้ป่วยของปีพ.ศ.2565 ควรพิจารณาเพิ่มขนาดตัวอย่างเนื่องจาก การคำนวณครั้งนี้ใช้ค่าเฉลี่ยจากงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งอาจทำให้ขนาดตัวอย่างไม่มากพอ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ หัวหน้าพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิจากโรงพยาบาลศิริราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลจิตเวชพระศรีมหาโพธิ บุคลากรกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลด้านวิสัญญี กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา และผู้ป่วยสูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัย

Reference

1. Vijayakumar B, Elango P, Ganessan R. Post-operative delirium in elderly patients. Indian J Anaesth. 2014;58(3):251-6.
2. Iamaroon A, Wongviriyawong T, Suraarunsumrit P, Wiwatnodom N, Rewuri N, Chaiwat O. Incidence of and risk factors for postoperative delirium in older adult patients undergoing noncardiac surgery: a prospective study. BMC Geriatrics. 2020;20(1):40.
3. Wang C, Qin Y, Wan X, Song L, Li Z, Li H. Incidence and risk factors of postoperative delirium in the elderly patients with hip fracture. J Orthop Surg Res. 2018;13:186.
4. Hernandez BA, Lindroth H, Rowley P, Boncyk C, Raz A, Gaskell A, et al. Post-anaesthesia care unit delirium: incidence, risk factors and associated adverse outcomes. Br J Anaesth. 2017;119(2):288–90.
5. Abate SM, Checkole YA, Mantedafo B, Basu B, Aynalem AE. Global prevalence and predictors of postoperative delirium among non-cardiac surgical patients: A systematic review and meta-analysis. Int J Surg Open. 2021;32:100334.
6. Janjua MS, Spurling BC, Arthur ME. Postoperative Delirium [internet]. 2022 [cited 2023 May 17]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534831/>
7. Chaiwat O, Chanidnuan M, Pancharoen W, Vijitmla K, Danpornprasert P, To-Aditthep P, et al. Postoperative delirium in critically ill surgical patients: incidence, risk factors, and predictive scores. BMC Anesthesiol. 2019;19:39.
8. Neufeld KJ, Leoutsakos JMS, Oh E, Sieber FE, Chandra A, Ghosh A, et al. Long-term outcomes of older adults with and without delirium immediately after recovery from general anesthesia for surgery. Am J Geriatr Psychiatry. 2015;23(10):1067–74.



9. Zhang W, Hu W, Shen M, Ye X, Huang Y, Sun Y. Profiles of delirium and the clinical outcomes of patients who underwent coronary artery bypass grafting: a prospective study from China. *J Clin Nurs*. 2016;25(5-6):631-41.
10. Goodson CM, Chang Y, Arora RC. What type of delirium would you like: Hyperactive, hypoactive, or mixed? None, thanks. *J Thorac Cardiovasc Sur*. 2018;155(1):240-1.
11. Robinson TN. Ask the expert: Prevention and treatment of post-operative delirium [internet]. 2022 [Cited 2023 May 17]. Available from: <https://www.healthinaging.org/tools-and-tips/ask-expert-prevention-and-treatment-post-operative-delirium>
12. Lin L, Zhang X, Xu S, Peng Y, Li S, Huang X, et al. Outcomes of postoperative delirium in patients undergoing cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis. *Front Cardiovasc Med*. 2022;9:884144.
13. Park EA, Kim MY. Postoperative delirium is associated with negative outcomes and long-term mortality in elderly Koreans: A retrospective observational study. *Medicina*. 2019;55(10):618.
14. Cunningham J, Kim LD. Post-operative delirium: a review of diagnosis and treatment strategies. *J Xiangya Med*. 2018;3(2):8.
15. National Statistical Office, statistics are only consumption and housing statistics. [Internet] 2022 [Cited 2023 May 15]. Available from: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx> (In Thai)
16. Kemmis S, Mc Taggart R. Participatory action research. In Denzin N, Lincoln Y, Editors. *Handbook of qualitative research*. 2nd eds. Thousand Oaks: CA: Sage 2000; PP: 567-605.
17. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. *Nurs Clin North Am*. 2000;35(2):301-9.
18. Leonardo R. PICO: Model for Clinical Questions. *Evid Based Med Pract*. 2018;3:115.
19. Joanna Briggs Institute. JBI levels of Evidence [internet]. 2013 [Cited 2023 May 17]. Available From: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf.
20. The AGREE Next Steps Consortium. AGREE II instrument [Internet]. 2013 [Cited 2023 May 20]. Available aFrom: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf.
21. Jirawatkul A. Health science statistics for research. Bangkok: Witthayapat; 1979. (in Thai)
22. Janssen TL, Alberts AR, Hooft L, Mattace-Raso FUS, Mosk CA, van der Laan L. Prevention of postoperative delirium in elderly patients planned for elective surgery: systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2019 [Cited 2022 May 17]. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/cia.s201323>
23. AGREE-HS Research Team. The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation-Health Systems (AGREE-HS) [Internet]. 2018 [Cited 2023 May 17]. Available from <http://www.agreetrust.org>.
24. Saunders H, Gallagher-Ford L, Kvist T, Vehviläinen-Julkunen K. Practicing healthcare professionals' evidence-based practice competencies: an overview of systematic reviews. *Worldviews Ev Based Nurs*. 2019 ;16(3):176-85.



25. Khamla A, Wongwatanarek W, Chularee S, Chairanai C, Kaewta K. The development of care model to prevent surgical site infection for patients undergoing coronary artery bypass graft using evidence-based Practice. *Journal of nursing and health care*. 2017;35(2):34-44. (in Thai)
26. Thamma S, Thipayarak A, Sirinat S, Chiaranai C, Chularee S. The Development of a nursing care model for patients with intracerebral aneurysm undergoing aneurysm clipping surgery. *Journal of Health and Nursing Education*. 2023;29(1):e260397 (in Thai)
27. Zhao Q, Liu S, Zhao H, Dong L, Zhu X, Liu J. Non-pharmacological interventions to prevent and treat delirium in older people: An overview of systematic reviews. *Int J Nurs Stu*. 2023;148:104584.
28. Rattanaburi C, Noimuenwai P, Cheevakasemsook A. Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for caring of patients weaning from mechanical ventilator at intensive care unit In Thung Song Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*. 2018;21(2):164-73. (in Thai)
29. Duangpita W, Imnamkhao I. The development of a clinical nursing practice guideline for hemoculture puncture in Pediatric Department Mahasarakham Hospital. *Mahasarakham Hospital Journal*. 2021;18(1):132-41. (in Thai)



ผลของการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้นต่อความดันโลหิตและ คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จินตนา สุวิวัฒน์ ปร.ด.¹

จรินยา ขุนทรวาด ปร.ด.²

วรินทร์ โอนอ่อน ปร.ด.³

(วันรับบทความ: 13 ธันวาคม พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 22 ธันวาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 27 ธันวาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้นต่อความดันโลหิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม สุ่มเข้ากลุ่มควบคุม 12 คน กลุ่มทดลอง 12 คน กลุ่มควบคุมปฏิบัติตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติ และได้รับการฝึกกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้น 4 ท่า ได้แก่ ท่าหวดกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ท่าแก้ปวดท้องและข้อเท้าและกล้ามเนื้อปดศีรษะ ท่าแก้ไหล่และแก้เข่าขัด และท่าแก้ไหล่ปดคาคอ วันละ 60 นาที ทุกวัน เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกค่าความดันโลหิต คุณภาพของเครื่องมือ โดยหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.75-1 และความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต (ซิสโตลิก) และคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต (ไดแอสโตลิก) ของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต (ไดแอสโตลิก) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาแรงจูงใจการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้น 4 ท่าดังกล่าวอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: ฤๅษีตัดต้น ความดันโลหิต คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

¹ นักศึกษาการแพทย์แผนไทยมหาบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

³ อาจารย์ สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: schint@kku.ac.th Tel:081-5921132



The effects of THAI YOGA (RUE SI DAD TON) on blood pressure and the quality of life in elderly persons with hypertension

Chintana Suwittawat Ph.D.¹

Jarinya Khunthawas Ph.D.²

Warin Ohn-on Ph.D.³

(Received Date: December 13, 2023, Revised Date: December 22, 2023, Accepted Date: December 27, 2023)

Abstract

This Quasi-experimental research was conducted to compare the effects of an intervention based on THAI YOGA (RUE SI DAD TON) on the blood pressure and quality of life of elderly persons with high blood pressure with a control group. Participants were selected and randomly assigned to the intervention group (n=12) and control group (n=12). The intervention group participated in a 60-minutes session of THAI YOGA (RUE SI DAD TON) every day for 12 consecutive weeks. The control group only received routine hospital education. Data were collected using interviews and record forms. The content validity of the questionnaires were evaluated using the Index of item-objective congruence (IOC) yielding results of 0.75 - 1.00. The reliability was tested using Cronbach's Alpha Coefficient, which produced a reliability of 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, inferential statistics, Paired t-tests, and Independent t-tests.

The results showed that, after the intervention, there were significant differences in the mean scores for both the systolic and the diastolic blood pressures of the participants in the intervention group ($p < 0.05$). There were also significant differences in the mean score for quality of life between the two groups ($p < 0.05$). As for further research, the motivation to practice Thai Yoga (RUE SI DAD TON) 4 postures, as used in this research, should continue to be studied elderly people with high blood pressure.

Keywords: THAI YOGA (RUE SI DAD TON), blood pressure, quality of life, elderly person

¹Master's degree student of Thai Traditional Medicine, Faculty of Natural Resources, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Naknon Campus.

²Assistant Professor, Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Natural Resources, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Naknon Campus.

³Lerturer, Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Natural Resources, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Naknon Campus.

¹Corresponding author, E-mail: schint@kku.ac.th Tel:081-5921132



บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลก ปี ค.ศ. 2019 มีผู้สูงอายุ 1 พันล้านคน จะเพิ่มเป็น 14,000 ล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2030 และ 21,000 ล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2050¹ ส่วนสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุ จำนวน 13,358,751 คน จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 5,974,022 คน คิดเป็น ร้อยละ 44.70 เพศหญิง จำนวน 7,384,729 คน คิดเป็น ร้อยละ 55.30 แบ่งเป็นช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 7,645,141 คน เพศชาย ร้อยละ 46.50 เพศหญิง ร้อยละ 53.50 คิดเป็น ร้อยละ 57.20 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 3,942,668 คน เพศชาย ร้อยละ 44.10 เพศหญิง ร้อยละ 55.90 คิดเป็น ร้อยละ 29.50 ของผู้สูงอายุทั้งหมด อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1,770,942 คน เพศชาย ร้อยละ 38.40 เพศหญิง ร้อยละ 61.60 คิดเป็น ร้อยละ 13.30 ของผู้สูงอายุทั้งหมด²

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลง เช่น หลอดเลือดแดงตีบแข็ง ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีเกลือ และโคเลสเตอรอลมากเกินไป ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ มีน้ำหนักเกิน มีความเครียด ทำให้ปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น³ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 60.70⁴ โรคความดันโลหิตสูง จะไม่แสดงอาการในระยะแรกคล้ายกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆ ได้แก่ สมอง ตา หัวใจ และไต⁵

โรคความดันโลหิตสูง จากแนวทางการแพทย์แผนไทย เกิดจากความไม่สมดุลของวาตะที่พัดในร่างกายนี้อาจเกิดจากความเครียด ส่งผลให้ปิตตะกำเริบ ทำให้ช่องทางเดินลมแห่ง จึงไปเสริมฤทธิ์วาตะ ส่งผลให้วาตะกำเริบขึ้น ทำให้ลมเคลื่อนที่แรงขึ้น เกิดโรคความดันโลหิตสูง⁶ การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้สูงอายุ ได้แก่ หงุดหงิด รำคาญใจ ส่งผลกระทบต่อร่างกายผู้สูงอายุ คือ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66⁷ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สามารถลดความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการลดน้ำหนัก บริโภคอาหารที่มีประโยชน์ ลดปริมาณเกลือและโซเดียม การเลือกดื่มเครื่องดื่มอย่างฉลาด เลิกบุหรี่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลดความเครียด ผักสดสมุนไพรให้เป็นกิจวัตรประจำวัน และหลีกเลี่ยงภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของณัฐณิย สดคมชา⁹ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ พบว่าการออกกำลังกายสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถทำนายได้ ร้อยละ 82 กล่าวได้ว่า การออกกำลังกายช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ที่ผ่านมา พบว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโครงสร้างและสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ เช่น รำมวยจีน¹⁰ รำไม้พลอง¹¹ อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายดังกล่าวพบข้อจำกัดของผู้สูงอายุคือ ต้องมีครูฝึกที่ดี มีกลุ่มที่เหมาะสม ต้องมีอุปกรณ์คือไม้พองที่มีขนาดและน้ำหนักพอเหมาะกับกำลังแขน เพื่อให้ทำงานง่ายและถนัดในการบริหาร และจากการศึกษาค้นคว้าพบว่า การออกกำลังกายด้วยการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดตน เป็นกายออกกำลังกายที่มีความหนักในระดับเบา ไม่ใช่ท่าผาดโผนหรือฝืนตนจนเกินไป เป็นท่าตัดตนตามอริยาบทของคนไทย สามารถปฏิบัติได้โดยคนทั่วไป เพียงลำพัง ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ ช่วยเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และการทรงตัวของผู้สูงอายุ จึงเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ¹²

กายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดตน เป็นภูมิปัญญาไทยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ¹² เป็นการกายบริหารที่ใช้หลักการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การกด บีบ นวดและดัดอวัยวะ ร่วมกับการบริหารระบบหายใจ¹³ กายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดตน จึงเป็นการบริหารร่างกายที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิต¹⁴ การศึกษาผลของการบริหารร่างกายฤๅษีตัดตน (ท่าแก้โรคในอก) ต่อความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ สมรรถภาพหัวใจและปอดในผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ พบว่าภายหลังการฝึกเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ค่าความแตกต่างของอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวและค่าความเหนื่อยล้าหลังจากเดินในท่อน้ำที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001, .001, .05, .01$ ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับก่อนการฝึก¹⁵



นอกจากนี้ยังพบรายงาน การศึกษาผลทันทีของการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้นต่ออุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของชีพจร และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุปกติ โดยใช้ท่าฤๅษีตัดต้นของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 15 ท่า พบว่า การกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้นมีผลต่อความดันโลหิต (ซิสโตลิก) เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ความดันโลหิต (ซิสโตลิก) หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 60 นาที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 131.27, 125.36 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ (S.D.=7.28, 8.05) ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 123.27, 116.55 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ (S.D.=10.76, 9.43) ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05¹⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีตัดต้นต่อความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย โดยใช้ท่าฤๅษีตัดต้นของวัดโพธิ์ จำนวน 16 ท่า พบว่า การออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีตัดต้น ช่วยให้ความดันโลหิตของผู้สูงอายุลดลง¹⁷ และจากการ ศึกษารูปแบบการดูแลตนเองด้านโภชนาการและการออกกำลังกายด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน พบว่า การดูแลตนเองด้านออกกำลังกาย โดยการบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้น ได้แก่ ท่าหวดกล้ำมเนื้อบริเวณใบหน้า ท่าแก้ปวดท้องและข้อเท้า และแก้ลมปวดศีรษะ ท่าแก้กล่อนและแก้เข้าขัด และท่าแก้กล่อนปัดคาด ซึ่งเป็นท่าที่มีความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ มีจำนวนท่าเพียง 4 ท่า ซึ่งผู้สูงอายุสามารถจำท่ากายบริหารได้¹⁸

วัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต¹⁹ จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานีและนนทบุรีพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง²⁰ ส่วนการศึกษาผลออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดต้นต่อภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี²¹ แต่ยังไม่พบการศึกษาผลของการบริหารร่างกายฤๅษีตัดต้นของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเฉพาะ 4 ท่า คือท่าหวดกล้ำมเนื้อบริเวณใบหน้า ท่าแก้ปวดท้องและข้อเท้าและแก้ลมปวดศีรษะ ท่าแก้กล่อนและแก้เข้าขัด และท่าแก้กล่อนปัดคาด ต่อความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งเป็นท่ากายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้นที่มีความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุสามารถจำท่ากายบริหารได้

ดังที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยลดความดันโลหิต และเพิ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุคือ การกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาผลของการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้นของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเฉพาะ 4 ท่า คือท่าหวดกล้ำมเนื้อบริเวณใบหน้า ท่าแก้ปวดท้องและข้อเท้าและแก้ลมปวดศีรษะ ท่าแก้กล่อนและแก้เข้าขัด และท่าแก้กล่อนปัดคาด ต่อความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการควบคุมความดันโลหิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังที่ได้รับการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้น
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังที่ได้รับการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้น
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้นต่อความดันโลหิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 24 คน ที่มารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า และหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ในช่วงระหว่างเดือนกันยายน - เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566

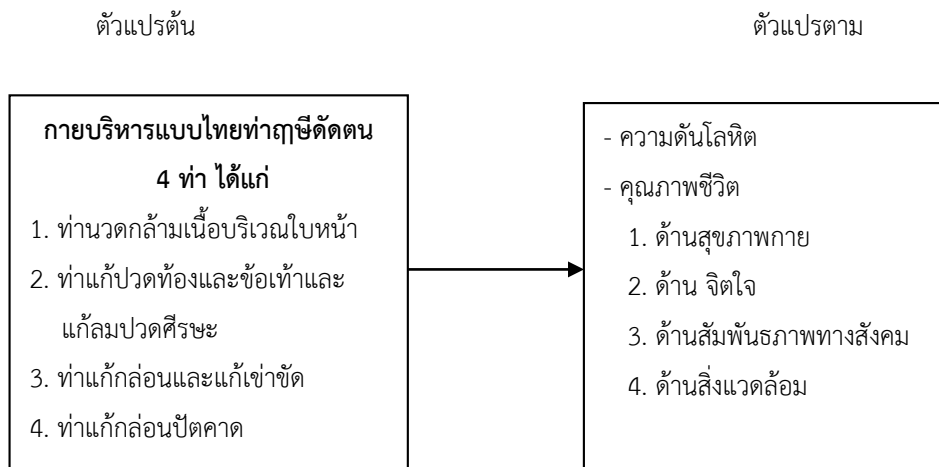


กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีความต้องการที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยความสุข การที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุขได้นั้น ผู้สูงอายุจะต้องเกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเอง หรือรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งจะนำไปสู่การยอมรับความสามารถของตนเอง โดยผู้สูงอายุจะต้องออกกำลังกายเป็นประจำเนื่องจาก การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยลดปัญหาการเจ็บป่วย โดยลดระดับความดันโลหิต และเพิ่มคุณภาพชีวิต¹⁹

การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ คือการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีดัดตน¹² เนื่องจากการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีดัดตน เป็นการยืดความสัมพันธ์ระหว่างท่าทาง การเคลื่อนไหว และการหายใจเป็นหลักสำคัญ และท่าช้า ๆ หายใจเข้าและหายใจออกลึก ๆ ให้ถูกต้อง¹³ ซึ่งการหายใจ เป็นการนำออกซิเจนเข้าไปฟอกโลหิตหล่อเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย ทำให้อวัยวะที่เกี่ยวข้องแข็งแรง และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควรเริ่มต้นด้วยการนั่งสมาธิและฝึกการหายใจให้ถูกต้อง โดยการทำจิตใจให้เกิดความสงบ ปราศจากสิ่งรบกวนทางจิตใจ ปราศจากความทุกข์ ซึ่งเป็นภูมิปัญญาตะวันออก เป็นวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นมานาน การปฏิบัติสมาธิทำให้จิตใจสบาย ร่างกายผ่อนคลาย ลดฮอร์โมนความเครียด ทำให้ความดันโลหิตลดลง เพิ่มคุณภาพชีวิต²²

คุณภาพชีวิต ตามกรอบแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก²³ คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับจุดยืนในชีวิต ในบริบทของวัฒนธรรมและระบบคุณค่าที่บุคคลอาศัยอยู่ สัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง และข้อตระหนักของบุคคล คุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1. ด้านสุขภาพกาย เป็นการรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน 2. ด้านจิตใจ เป็นการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม เป็นการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น และ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของตน²⁴



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดตัวแปรเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest posttest design) ใช้ระยะเวลาทดลอง 12 สัปดาห์²⁵

ในช่วงการทดลองกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีดัดตน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีดัดตน โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ซึ่งมีรูปแบบการทดลองเป็นดังนี้



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษานี้ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเมืองเก่าและตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเมืองเก่า และตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 24 คน ขนาดตัวอย่าง ได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน²⁶ จากรายงานผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คน Mean = 5, S.D. = 2.92²⁷ กำหนดให้แอลฟา = 0.05, Z 0.05 = 1.65, Power = 90, Z 0.1 = 1.28 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 7 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม (Drop out) และการสรุปผลการศึกษาไม่กระทบกับอำนาจในการทดสอบทางสถิติที่กำหนดไว้ จึงมีการปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 30²⁸ ดังนั้น สรุปได้ว่าจะต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 9 คน แต่จากงานวิจัยที่ผ่านมา²⁷ ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน งานวิจัยนี้จึงจะใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละจำนวน 12 คน

นำประชากรจากตำบลเมืองเก่าที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ไม่มีโรคร่วม ตามเกณฑ์คัดเข้า มาแบ่งกลุ่มเพศชาย เพศหญิง แบ่งกลุ่มช่วงอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี และ นำประชากรจากตำบลในเมืองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ไม่มีโรคร่วม ตามเกณฑ์คัดเข้า มาแบ่งกลุ่มเพศชาย เพศหญิง แบ่งกลุ่มช่วงอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี แล้วสุ่มประชากรจากตำบลเมืองเก่า เข้ากลุ่มควบคุม และสุ่มประชากรจากตำบลในเมืองเข้ากลุ่มทดลอง (Random assignment) โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) แบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) กลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน

เกณฑ์คัดเข้า

เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ค่าความดันโลหิต (ซิสโตลิก) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และน้อยกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท และ ค่าความดันโลหิต (ไดแอสโตลิก) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท และน้อยกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท หรือได้รับยาลดความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิต (ซิสโตลิก) มากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิเมตรปรอท และน้อยกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิต (ไดแอสโตลิก) มากกว่าหรือเท่ากับ 80 มิลลิเมตรปรอท และน้อยกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท ดัชนีมวลกาย 18.5-29.9 กิโลกรัม/เมตร² ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ที่รับประทาน ได้แก่ Captopril, Enalapril, Perindopril, Ramipril ไม่มีโรคร่วม ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การถอนตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

การถอนตัวผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อค่าความดันโลหิต (ซิสโตลิก) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิต (ไดแอสโตลิก) น้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท

กลุ่มควบคุม: ปฏิบัติตัวตามปกติ ได้แก่ การควบคุมอาหารรสหวาน มัน เค็ม และการรับประทานยาลดความดันโลหิต ตามแผนการรักษา เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 12 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง: ปฏิบัติตัวตามปกติ ได้แก่ การควบคุมอาหารรสหวาน มัน เค็ม การรับประทานยาลดความดันโลหิต ตามแผนการรักษา และได้รับการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดตน 4 ท่า ได้แก่ ท่าวนดกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ท่าแก้ปวดท้องและข้อเท้าและกล้ามเนื้อศีรษะ ท่าแก้ไหล่และแก้เข่าขัด และท่าแก้ไหล่ปิดคอต ท่าละ 15 ครั้ง ระยะเวลา 40 นาที ทุกวันหลังตื่นนอนอบอุ่นร่างกาย (Warm up) โดยการแกว่งแขน ระยะเวลา 10 นาที ก่อนกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดตน และทำให้ร่างกายเย็นลง (Cool down) โดยการแกว่งแขน ระยะเวลา 10 นาทีหลังกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดตน รวมระยะเวลา 60 นาที¹⁶ ทำทุกวันที่บ้าน เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 12 สัปดาห์



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. คู่มือเรื่องโรคความดันโลหิตสูง
2. คู่มือเรื่องกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีดัดตน 4 ท่า

ผู้วิจัยบรรยาย ให้ความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูงและเรื่อง กายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีดัดตน 4 ท่า

เครื่องมือที่มอบให้กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คู่มือการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีดัดตน 4 ท่า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรักษา สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกความดันโลหิต

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ใช้แบบสอบถามขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI)²⁴ โดยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุงให้ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

แนวทางแก้ไขหากมีปัญหาก่อขึ้นจากการตอบคำถามโดยเปลี่ยนไปใช้วิธีสัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่มีอยู่แล้วให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินคำตอบด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยไม่เข้าใจผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ ตามกรอบหรือขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเอาไว้ในแต่ละหมวด

แบบสัมภาษณ์ จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นองค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12 และ 24 เป็นข้อคำถามการรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การเจ็บปวดตามร่างกาย มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน การนอนหลับ ความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล ความสามารถในการทำงาน ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9 และ 23 เป็นการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต มีสมาธิในการทำงาน พอใจในตนเอง ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ความรู้สึกไม่ดี รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14 และ 25 เป็นการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น ได้แก่ การผูกมิตร การช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน พอใจในชีวิตทางเพศ และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22 เป็นการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัย มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน ได้พักผ่อนคลายเครียด สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ พอใจกับการคมนาคม

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

ข้อความทางบวก 23 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,4,5,6,7,8,10,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24 และ 25

ข้อความทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 9 และ 11

แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ข้อความทางบวก

ตอบไม่เลย	เท่ากับ	1	คะแนน
ตอบเล็กน้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
ตอบปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
ตอบมาก	เท่ากับ	4	คะแนน
ตอบมากที่สุด	เท่ากับ	5	คะแนน



ข้อความทางลบ

ตอบไม่เลย	เท่ากับ	5	คะแนน
ตอบเล็กน้อย	เท่ากับ	4	คะแนน
ตอบปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
ตอบมาก	เท่ากับ	2	คะแนน
ตอบมากที่สุด	เท่ากับ	1	คะแนน

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2) เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐาน ชนิดปรอท

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) หาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) ซึ่งดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ อยู่ระหว่าง 0.75 - 1.00 และหาความเชื่อมั่น (Reliability) คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)²⁹ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐาน ชนิดปรอท ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวัดความดันโลหิต โดยให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบอุปกรณ์การแพทย์ของโรงพยาบาลขอนแก่นตรวจสอบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

กลุ่มทดลอง

เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีดัดตน ในวันแรกของสัปดาห์ที่ 1 โดยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป วัดความดันโลหิต และคุณภาพชีวิต และเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างหลังการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีดัดตน ในวันสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 โดย วัดความดันโลหิต และคุณภาพชีวิต

กลุ่มควบคุม

เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในวันแรกของสัปดาห์ที่ 1 โดยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป โดยวัดความดันโลหิต และคุณภาพชีวิต และเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในวันสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 โดยวัดความดันโลหิต และคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต (ซิสโตลิก) ความดันโลหิต (ไดแอสโตลิก) และคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติอนุมาน (Inferential statistic) ใช้สถิติ Paired t-test

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต (ซิสโตลิก) และความดันโลหิต (ไดแอสโตลิก) และคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติอนุมาน (Inferential statistic) ใช้สถิติ Independent t-test



จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เลขที่ HEC-04-66-007

ผลการวิจัย

พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.33 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 58.33 สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้อยู่ในช่วง 5001-10,000 บาท มีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 6-10 ปี ทุกคนใช้สิทธิการรักษา คือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และใช้สิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนกลุ่มทดลอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.33 มีอายุอยู่ระหว่าง อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 58.33 สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้อยู่ในช่วง 5001-10,000 บาท ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 6-10 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สิทธิการรักษา คือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และใช้สิทธิการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ภายในกลุ่มควบคุม

ภายหลังการปฏิบัติตัวตามปกติต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต (ซิสโตลิก) คะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต (ไดแอสโตลิก) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต คุณภาพชีวิตภายในกลุ่มควบคุม

ความดันโลหิต	การทดลอง	n	Mean±S.D.	Paired t-test	p-value
คุณภาพชีวิต					
ความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง	12	141.33±15.48	1.143	.277
(ซิสโตลิก)	หลังการทดลอง		139.50±14.70		
ความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง	12	82.00±3.91	.098	.923
(ไดแอสโตลิก)	หลังการทดลอง		81.83±3.86		
คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง	12	3.21±21	.071	.307
	หลังการทดลอง		3.14±.15		

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต คุณภาพชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง

ภายหลังการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีคัตตะน 4 ท่า วันละ 60 นาที ทุกวัน ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต (ซิสโตลิก) และคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต (ไดแอสโตลิก) ของผู้สูงอายุแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$, $p=.001$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มทดลองแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต คุณภาพชีวิตภายในกลุ่มทดลอง

ความดันโลหิต	การทดลอง	n	Mean±S.D.	Paired t-test	p-value
คุณภาพชีวิต					
ความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง	12	151.17±19.1	5.467	<.001
(ซิสโตลิก)	หลังการทดลอง		132.50±13.33		
ความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง	12	82.50±4.52	4.233	.001
(ไดแอสโตลิก)	หลังการทดลอง		73.00±7.75		
คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง	12	3.36±.27	-1.090	.299
	หลังการทดลอง		3.46±.37		



ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภายหลังการปฏิบัติตัวตามปกติต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ในกลุ่มควบคุม ภายหลังการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษี ดัดตน 4 ท่า วันละ 60 นาที ทุกวัน ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต (ซิสโตลิก) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต (ไดแอสโตลิก) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$ และ $p=.014$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต คุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ความดันโลหิต	การทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	t-test	p-value
คุณภาพชีวิต		Mean±S.D.	Mean±S.D.		
		n=12	n=12		
ความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง	141.33±15.48	151.17±19.21	1.222	.235
(ซิสโตลิก)	หลังการทดลอง	139.50±14.70	132.50±13.33	.968	.344
ความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง	82.00±3.91	82.50±4.52	3.536	.001
(ไดแอสโตลิก)	หลังการทดลอง	81.83±3.86	73.00±7.75	3.536	.003
คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง	3.20±.21	3.36±.27±.27	-2.784	.014
	หลังการทดลอง	3.14±.15	3.46±.37	-2.787	.014

การอภิปรายผล

ภายหลังการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีดัดตน 4 ท่า ได้แก่ ท่านวดกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ท่าแก้ปวดท้องและข้อเท้าและท่าแก้ปวดศีรษะ ท่าแก้ไหล่และแก้มขาแข้ง และท่าแก้ไหล่ปวดคาง วันละ 60 นาที ทุกวัน ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต (ซิสโตลิก) และคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต (ไดแอสโตลิก) ของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$, $p=.001$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต (ไดแอสโตลิก) ของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) ซึ่งระยะเวลาและความถี่ในการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีดัดตนของกลุ่มทดลองปฏิบัติตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เสนอแนะว่าผู้สูงอายุจะต้องออกกำลังกายที่มีความหนักปานกลางทุกสัปดาห์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 150 นาที³⁰ ซึ่งการออกกำลังกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกายทั้งร่างกายและจิตใจ (Mind-body exercise) วันละ 30-40 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ สามารถลดระดับความดันโลหิต (ซิสโตลิก) และระดับความดันโลหิต (ไดแอสโตลิก) ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 10 มิลลิเมตรปรอท³¹

กายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีดัดตน เป็นท่าดัดตนตามอิริยาบถของคนไทย ไม่ใช่ท่าผาดโผนหรือฝืนร่างกายจนเกินไป ซึ่งสันนิษฐานว่าน่าจะเกิดจากฤๅษีซึ่งบำเพ็ญเพียรสมาธินานๆ แล้วเกิดอาการเมื่อยขบ จึงลองขยับเขยื้อนร่างกาย ยืด งอ เกร็ง ดัดตัวตนทำให้เกิดเป็นท่าดัดต่างๆ ส่งผลให้อาการเจ็บป่วย อาการเมื่อยขบหายได้ จึงบอกเล่าสืบต่อกันมา ต่อมาสถาบันการแพทย์แผนไทยได้ดำเนินการคัดเลือกท่าฤๅษีดัดตนพื้นฐาน จำนวน 15 ท่า ซึ่งท่านวดกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ท่าแก้ปวดท้องและข้อเท้าและท่าแก้ปวดศีรษะ ท่าแก้ไหล่และแก้มขาแข้ง และท่าแก้ไหล่ปวดคาง เป็น 4 ท่า ในจำนวน 15 ท่าพื้นฐานที่สถาบันการแพทย์แผนไทยคัดเลือก และคิดค้นโดยครูโกร เจนพาณิชย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกระดูกและข้อ กายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีดัดตนประกอบด้วยการบริหารข้อต่อ การหายใจเข้าออกลึก ๆ ร่วมกับการทำสมาธิ จึงเป็นทั้งการบริหารร่างกายและบริหารจิตใจ¹³ หลักการของกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีดัดตนจึงคล้ายกับหลักการของโยคะ ที่ประกอบด้วยการบริหารท่าต่าง ๆ การหายใจเข้าออกลึก ๆ ร่วมกับการทำสมาธิ จึงเป็นการออกกำลังกายทั้งร่างกายและจิตใจ (Mind-body exercise)^{32,33}



โยคะ ซึ่งเป็นการออกกำลังกายทั้งร่างกายและจิตใจ (Mind-body exercise) มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ โดยกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก และยับยั้งระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย ทำให้หลอดเลือดขยายตัว เพิ่มการหลั่งฮอร์โมนเอนโดรฟิน (Endorphins) ลดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ทำให้ระดับความเครียดลดลง จึงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง³⁴⁻³⁶ นอกจากนี้ การหายใจเข้าออกลึก ๆ เป็นการเพิ่มการไหลเวียนระดับออกซิเจนในกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย การเต้นของหัวใจเป็นปกติ ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง³⁷ ดังนั้นการบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดตนซึ่งมีหลักการเช่นเดียวกับหลักการของโยคะจึงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงเช่นเดียวกับกับโยคะ จากการศึกษาของจมาภรณ์ ไวกฤติ กมล อุดม และคณะ³⁸ ที่ศึกษาผลของการฝึกหายใจแบบลึกพร้อมกับกล้ามเนื้อคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความดันโลหิตและความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว และคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาของกนิษฐ ใจศิริ และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการออกกำลังกายแบบผสมผสานของไทยด้วยฤๅษีตัดตนต่อความดันโลหิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (ซิสโตลิก) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ กนิษฐ ใจศิริ และคณะ³⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดตน 4 ท่า ได้แก่ ท่านวดกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ท่าแก้ปวดท้องและข้อเท้าและแก้ลมปวดศีรษะ ท่าแก้ไหล่และแก้เข่าขัด และท่าแก้ไหล่ปวด คัดวันละ 60 นาที ทุกวัน ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p = .014$ โดยการออกกำลังกายเป็นประจำ โดยเฉพาะการออกกำลังกายด้วยการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดตน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จะช่วยลดปัญหาการเจ็บป่วย ลดระดับความดันโลหิต และเพิ่มคุณภาพชีวิต^{12,19} สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ นรสนธิ์ และคณะ²¹ ศึกษาผลการออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตนต่อภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับดี และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังออกกำลังกาย 3 เดือน ดีกว่าก่อนการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ กนิษฐ ใจศิริ และคณะ³⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของดารชา เทพสุริยานนท์ และภักศจิภรณ์ ชันทอง⁴⁰ ศึกษาคุณภาพชีวิตของการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีตัดตนในผู้สูงอายุบ้านทรายมูล จังหวัดยโสธร พบว่า หลังโปรแกรมการออกกำลังกาย 4 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่อร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การออกกำลังกายสามารถลดความดันโลหิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุคือ กายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดตน การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดตน 4 ท่า ได้แก่ ท่านวดกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ท่าแก้ปวดท้องและข้อเท้าและแก้ลมปวดศีรษะ ท่าแก้ไหล่และแก้เข่าขัด และท่าแก้ไหล่ปวด คัดวันละ 60 นาที ทุกวัน ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ สามารถลดความดันโลหิตและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดตน 4 ท่าดังกล่าวข้างต้น เพื่อลดระดับความดันโลหิตและเพิ่มคุณภาพชีวิต



ข้อเสนอแนะ

จากผลการกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้น 4 ท่า ได้แก่ ท่านวคกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ท่าแก้ปวดท้องและข้อเท้าและ
แก้ลมปวดศีรษะ ท่าแก้ไหล่และแก้เข่าขัด และท่าแก้ไหล่ปวดคัดตื้อ วันละ 60 นาที ทำทุกวันต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์
พบว่าสามารถลดความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ รวมทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
จึงควรนำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

References

1. World Health Organization. Ageing. [Internet] 2023 [Cited 2023 Feb 19] Available from https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1
2. National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society. Survey of the elderly population in Thailand 2021. Bangkok: Social Statistics Division, National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society; 2022. (in Thai)
3. Sinsap N, Chankara J, Jaiman B. High blood pressure in the elderly: a silent killer that you should be aware of. Journal of Phrapokklao College of Nursing, Chanthaburi. 2017;28(1):100-11. (in Thai)
4. Ekkapalakorn W. Report on the Thai people's health survey by physical examination, No. 6, 2019-2020. Bangkok: Graphic Fonts and Design; 2021. (in Thai)
5. Karun-ngamphan M, Suwaree S. Strengthen your own power Reducing the risk of high blood pressure: the important role of nurses. Songkla Nakarin Nursing Journal. 2016;36(3):222-33 (in Thai)
6. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine Development. 30 courses in Thai traditional medicine Heart health care. Nonthaburi: Institute of Thai Traditional Medicine Department of Thai Traditional and Alternative Medicine Development Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
7. Chamniansuk A, Dechbun P, Mingmai K, Phopak S, Phoha S, Panitcharoen S. Quality of life of elderly people with chronic diseases in Si Chom District Khon Kaen Province. Kalapruet Journal. 2017;15(2):16-26. (in Thai)
8. Puengsema R. Hypertension: The important role of the nurse. Thai Red Cross Nursing Journal 2022;15(1):40-9. (in Thai)
9. Sodkomkam N. Factors affecting the control of blood pressure levels in patients with primary hypertension in Samut Songkhram Province. Journal of Research for Health Promotion and Quality of Life. 2022;2(2):25-36. (in Thai)
10. Lertkoon-ation P. Tai-Chi: Science of life balance. Lib Arts Rev. 2022;17(2):175-89.
11. Jarupan S, Paokakanha R, Sapkrant R, Phiphatwanitcha N. Effectiveness of an applied fitness for older adults in nursing home. Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2011;19(1):42-56.



12. Suwiittawat C. Promoting the health of the elderly with Thai physical exercise, Ruesi Datton posture. *Nursing and Health Journal*. 2009;32(4):84-92. (in Thai)
13. Department of Thai Traditional Medicine Development and Alternative Medicine, Ministry of Public Health. Ruesi Datton move your body and have a comfortable life with Thai exercises. 15 basic Ruesi Datton postures. Bangkok: Post Publishing; 2013. (in Thai)
14. Mueanthong P. A study of Ruesi Datton as a concept for interior design in Thai traditional medicine service centers. [Thesis]. Bangkok: Silpakorn University; 2011. (in Thai)
15. Leelanantakul W, Saman N, Isasawin S, Aobsunthorn S, Manpuen S. Effects of Rishi Datton's body management (Position to cure diseases in the chest) on blood pressure heart rate Cardiac and lung function in elderly people with Primary hypertension. *Thammasat Medical Journal*. 2018;19(2):332-47. (in Thai)
16. Suwittawat C, Kaewchantha K. Immediate effect of Thai Ruesi Dutton exercise on body temperature. respiratory rate Pulse rate and blood pressure levels in the elderly people. Nong Khai: academic conference "Sustainable Rural Development" 2010 Office of the Higher Education Commission in collaboration with Khon Kaen University; 2010. (in Thai)
17. Ngowsiri K, Karuhadej P, Napapongsa K. Effectiveness of Thai mind-body exercise "Rusie Dutton" on blood pressure and quality of life in older adults in Bangkok, Thailand. *Journal of Public Health and Development*. 2018;16(3):41-53. (in Thai)
18. Suwittawat C. The self care styles of nutrition and exercise by Thai Traditional Medicine in older persons with diabetes mellitus under The Socio-Cultural Context of E-Saan. *Journal of Nursing and Health Care*. 2020;38(2):129-37. (in Thai)
19. Seong-Hi P, Han KS, Chang-Bum K. Effect of exercise programs on depressive symptoms, quality of life, and self-esteem in older people: a systemic review of randomized controlled trials. *Appl Nurs Res*. 2014;27(4):219-26.
20. Sangthongsuk A. The study of the quality of life of the elderly in Thailand, studying in Bangkok, Pathum Thani and Nonthaburi. Bangkok: Sripatum University; 2019. (in Thai)
21. Natason A, Khanthong P, Dechakhamphu A. The effect of "Ruesee Dutton" exercise postures on nutritional status and quality of life in older people. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2020;26(1):91-106. (in Thai)
22. Engebretson J. Alternative and complementary therapies. advance practice nursing changing roles and clinical. Application. Philadelphia: Lippincott Long; 2000.
23. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). [Internet] 2012 [Cited 2023 Feb 19] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
24. Mahattanirunkul S, Tantipiwattanasakul W, Phumpaisanchai W, Wongsuwan K, Pornmanachirangkul R. Meaning of quality of life, comparing quality of life measures. of the World Health Organization set of 100 indicators and 26 indicators. Chiang Mai: Suan Prung Hospital; 1997. (in Thai)



25. Noradechanunt C, Prasomsuk S, Kunalasiri P, Thamhiweth N. Effectiveness of low-intensity Thai Yoga exercise for improving functional fitness and quality of life in inactive older adults. *Rajabhat Journal of Sciences, Humanities and Social Sciences*. 2019;20(1):123-35. (in Thai)
26. Jirawatkul A. How to choose appropriate statistics in research. Bangkok: Witthayapat; 2014. (in Thai)
27. Elvira M. Influence of yoga on the blood pressure of elderly with hypertension. *Malaysian Journal of Medical Research*. 2018;2(3):30-5.
28. Pitisuttitham P, Phichiansunthon C. editor. Textbook of clinical research. Bangkok: Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University; 2021. (in Thai)
29. Srisathitnarakun B. Nursing research methods. 5th. Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; 2010.
30. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at glance. [Internet]. 2020. [Cited 2023 Feb 19] Available from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-eng.pdf?>
31. Marchanda SC, Madan K. Lifestyle changes, yoga and hypertension. *J Hypertens*. 2015;1(1):28-33.
32. Hagins M, Moore W, Rundle A. Does practicing hatha yoga satisfy recommendations for intensity of physical activity which improves and maintains health and cardiovascular fitness. *BMC Complement Altern Med*. 2007;7(1):1-9.
33. Buranruk O, La Grow S, Ladawan S, Makarawate P, Suwanich T, Leelayuwat N. Thai Yoga as an appropriate alternative physical activity for older adults. *J Complement Integr Med*. 2010;7(1):1-14.
34. McCall M. How might yoga work? An overview of potential underlying mechanism. *J Yoga Physical Therap*. 2013;3(1):130.
35. Pascoe MC, Thompson DR, Jenkins ZM, Ski CF. Mindfulness mediates the physiological makers of stress: systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2017;95:156-78.
36. Pascoe MC, Bauer IE. Asystematic review of randomized control trials on the effects of yoga on stress measures and mood. *J Psychiatr Res*. 2015;68:270-82.
37. Astin JA, Shapiro S, Eisenberg D, Forsys K. Mind-body medicine: State of the science, implications for practice. *J Am Board Fam Pract*. 2003;16(2):131-47.
38. Jaipakdee J, Udol K, Satitvipavee P, Ketumarn P. Effects of deep breathing and muscle relaxation on blood pressure and stress in hypertensive patients. Graduate Research Conference 2014. Khon Kaen: Graduate School, Khon Kaen University; 2014. (in Thai)
39. Ngowsiri K, Napapongsa K, Sonsanam W. The effect of holistic health promotion program on quality of life among the elderly in Bangkok. *Journal of Sports Science and Health*. 2020;21(3):418-31. (in Thai)
40. Thepsuriyanon D, Khanthong P. Quality of life in ascetic exercise among elderly in Ban Sai Mool Yasothon province. *Journal of Traditional Medicine Research*. 2017;3(2):2-5. (in Thai)

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (ฉบับปรับปรุง เริ่มใช้ตั้งแต่ฉบับที่ 3/2566)

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เป็นของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากงานวิจัย บทความวิชาการ เพื่อเพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนให้พยาบาลทุกท่านและผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งผลงานมาเผยแพร่ในวารสาร โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความทางวิชาการ (Academic article) เป็นบทความที่เรียบเรียงสาระความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ สาขาต่างๆ ที่มีเนื้อหาทันสมัย นำมาสรุปวิเคราะห์ เปรียบเทียบ สังเคราะห์โดยผู้เขียน นำเสนอองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
2. บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความเกี่ยวกับการรายงานการวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาต่าง ๆ ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) และการสังเคราะห์อภิมาน (Meta-synthesis)

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับที่จะส่งมาลงพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ต้องเป็นผลงานที่แล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี ไม่เป็นเรื่องที่เคยพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ผู้มีรายชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตผลงานวิชาการนั้นๆ และมีความเห็นพ้องต้องกันในเนื้อหาสาระของบทความก่อนส่งเข้ามาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่
3. ผู้เขียนต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาของบทความแล้วและไม่มีการลักลอบเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักวิชาการที่ถูกต้องครบถ้วน (แบบผลการตรวจสอบโดยใช้โปรแกรมมาตรฐาน เช่น Turnit-in, Copyleaks, อักขราวิสุทธิ์ เป็นต้น)
4. บทความที่เป็นผลงานของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ให้มีลายเซ็นของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความนั้นแล้ว ก่อนส่งบทความเข้ามาพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่
5. ต้นฉบับ ต้องส่งเข้าในฐานข้อมูล ICT Thaijo ของวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ (<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned>)

รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

การจัดเตรียมต้นฉบับให้มีเนื้อหาบทความที่มีความยาวไม่เกิน 12 - 14 หน้า (นับตั้งแต่บทคัดย่อ ครอบคลุมภาพและตารางและเอกสารอ้างอิง) พิมพ์จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป MS word for window พิมพ์ด้วยตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 14 pt. ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 เท่า เว้นระยะขอบบนล่าง ซ้าย และขวา 2.54 เซนติเมตร ในแต่ละหน้าขอให้ระบุเลขที่หน้าไว้ที่หัวกระดาษบนด้านขวา และไม่ต้องจัดคอลัมน์ ถ้าจำเป็นต้องใช้ชื่อย่อในเนื้อหา จะต้องพิมพ์ครั้งแรกแบบชื่อเต็มไว้ก่อน แล้วจึงใช้ชื่อย่อได้ในภายหลัง การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะเท่านั้นที่ตัวแรกใช้ตัวใหญ่

จัดทำ Title page แยกไฟล์ ซึ่งประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนและทีม พร้อมทั้งคุณวุฒิชื่อย่อ ภาษาไทย (ภาษาอังกฤษ) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ชิดขอบกระดาษด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 pt. พร้อมระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียนตามลำดับ ตัวอย่าง รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุลกลิง ปร.ด. (Runglawon Eamkusolkit, Ph.D.)¹ ตามแบบฟอร์มของวารสาร เพื่อให้สอดคล้องกับเชิงอรรถด้านท้าย โดยเชิงอรรถด้านท้ายประกอบด้วย

1. แหล่งทุน (ถ้ามี)
2. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระบุองค์กรที่พิจารณาจริยธรรมการวิจัย และรหัสหรือหมายเลขของเอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยที่ไม่ได้ขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจะไม่ได้รับการลงตีพิมพ์
3. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัย แต่มิได้เป็นผู้ร่วมงาน
4. ตำแหน่ง สถาบันต้นสังกัดที่ผู้เขียนปฏิบัติงาน อีเมลของผู้เขียนและทีมทุกคน โดยด้านหน้าให้ใส่ตัวเลขแบบตัวยกท้ายกำกับลำดับให้สอดคล้องกับชื่อผู้เขียนและทีมด้านบน
5. ระบุคำว่า “Corresponding author” หน้าชื่อผู้เขียนหลัก

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิชาการ เรียงลำดับดังนี้

- 1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทความ
- 1.2 บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (Abstract) ไม่เกินอย่างละ 350 คำ โดยให้ครอบคลุมหัวข้อดังนี้ เกริ่นนำสิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้รับค่าสำคัญไว้ด้านล่างไม่เกิน 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 1.3 ส่วนเนื้อหา (Content) ประกอบด้วยบทนำ เนื้อหาสาระ และบทสรุป โดยบทนำให้อธิบายความสำคัญ และวัตถุประสงค์ของบทความวิชาการ ส่วนเนื้อหาควรมีการจัดลำดับเนื้อหาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย แสดงการวิเคราะห์ วิจัยอย่างสมเหตุสมผลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ส่วนบทสรุปควรสั้น กระชับ ที่สะท้อนการนำไปใช้ประโยชน์ได้ชัดเจน
- 1.4 ส่วนเอกสารอ้างอิง (Reference) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

2. บทความวิจัย เรียงลำดับดังนี้

- 2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความ ระบุตัวแปรที่ศึกษา สะท้อนวิธีการวิจัยและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทความ
- 2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกินอย่างละ 350 คำ โดยนำเสนอเป็น 2 ย่อหน้า โดยย่อหน้าแรกประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญ (introduction), วิธีดำเนินการศึกษา (methods) ย่อหน้าที่สองประกอบด้วย ผลการศึกษา (results) ที่ไม่ต้องระบุค่าตัวเลขทางสถิติ, สรุปผลการวิจัยและการนำไปใช้ (conclusion and implications) ซึ่งไม่ต้องระบุการอ้างอิงในเนื้อหา
- 2.3 คำสำคัญ (keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้นๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้วไม่เกิน 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 2.4 บทนำ (Introduction) กล่าวถึง ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยอย่างสั้นๆ ที่ครอบคลุมตัวกระตุ้นจากความรู้ (knowledge trigger) จากการปฏิบัติงาน (practice trigger) และ/หรือจากผู้ให้บริการ (patient trigger) มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการเกี่ยวกับเรื่องที่ท่าย่างย่อๆ สะท้อนสถานะองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาและจุดอ่อนในองค์ความรู้ (gap of knowledge) และ/หรือจุดอ่อนในการปฏิบัติงาน (gap of practice)
- 2.5 วัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายเป้าหมายของการวิจัยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและชื่อเรื่อง ที่ครอบคลุมตัวแปรและประชากรที่ต้องการศึกษา
- 2.6 ขอบเขตการวิจัย อธิบายขอบเขตการศึกษาทั้งกลุ่มประชากร สถานที่ศึกษา และระยะเวลาการศึกษาที่ชัดเจน
- 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย อธิบายทฤษฎีหรือแนวคิดที่นำมาเป็นอธิบายตัวแปร หรือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยเขียนเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีหรือแนวคิดมาสู่การศึกษาวิจัยให้มีความชัดเจน ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษา
- 2.8 วิธีดำเนินการวิจัย (methods) ให้กล่าวถึง
 - 2.8.1 รูปแบบของการวิจัย (research design) อธิบายรูปแบบของการวิจัยที่นำมาศึกษา ทั้งนี้ต้องเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย
 - 2.8.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง อธิบายลักษณะ การกำหนดขนาดตัวอย่างและเกณฑ์การสุ่มหรือการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.8.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ควรอธิบายเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล อธิบายรายละเอียดเครื่องมือ การแปลผลคะแนน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งความตรง ความเชื่อมั่นและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หากมีเครื่องมือในการทดลองหรือแนวปฏิบัติ (กรณีการวิจัยแบบทดลอง) อธิบายองค์ประกอบ เนื้อหา วิธีการใช้ และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
 - 2.8.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ระบุวิธีการและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสะท้อนให้เห็นคุณภาพของข้อมูลและมาตรฐานในการดำเนินการศึกษา
 - 2.8.5 การวิเคราะห์ข้อมูล หากเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ระบุสถิติที่ใช้และขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพระบุวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์
- 2.9 ผลการวิจัย (results) เป็นการนำเสนอผลการศึกษามาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย
 - 2.9.1 ตาราง จะต้องไม่เกิน 3 ตาราง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตาราง และควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ โดยใช้เลขในการกำหนดลำดับของตาราง เส้นขอบตารางให้มีเพียงเส้นแนวนอน 3 เส้นได้แก่ เส้นขอบบนสุด เส้นด้านล่างของหัวตาราง และเส้นขอบล่างสุด ซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวนอน และให้บรรจุข้อมูลที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวนอน และตัวเลขให้ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง และใช้สัญลักษณ์ทางสถิติ ดังตัวอย่างนี้ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่า p-value ($p < .05$)
 - 2.9.2 รูปภาพและแผนภูมิ ใช้ภาพถ่ายและแผนภูมิที่มีความชัดเจน ที่ผู้เขียนเป็นเจ้าของภาพและแผนภูมิ คำอธิบายภาพและลำดับภาพและแผนภูมิให้ใส่ไว้ใต้ภาพและแผนภูมิ ทั้งนี้ภาพและแผนภูมิรวมจะต้องไม่เกิน 2 ภาพ/แผนภูมิ

2.10 การอภิปรายผล (discussion) อธิบายว่าผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยหรือไม่ ขยายความผลการวิจัยที่ได้ว่าสอดคล้องหรือไม่กับกรอบแนวคิดการวิจัย และสมมติฐานการวิจัยอย่างไร ข้อค้นพบสนับสนุนหรือขัดแย้งกับแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งผลการวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ของใครบ้าง และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ระบุหาผลการวิจัยมีสิ่งค้นพบใหม่และอธิบายที่มาหรือเหตุผลที่น่าเชื่อถือ

2.11 สรุปการวิจัย (conclusion) การสรุปผลการวิจัยสั้นๆ ระบุจุดแข็งของการวิจัย ข้อจำกัดของการวิจัย (ถ้ามี) และผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบของข้อจำกัดดังกล่าว

2.12 ข้อเสนอแนะ (suggestion) เป็นข้อเสนอแนะจากสิ่งที่ได้จากการวิจัย ทั้งในด้านการให้บริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ หรือการบริหารการพยาบาล หรือการศึกษาพยาบาล หากเป็นวิจัยเชิงทดลอง ระบุว่าทดลองมีผลมากน้อยเพียงใดต่อสถานการณ์ หรือปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการแก้ไข (clinical significance) และมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด (practical significance) และข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป ผู้วิจัยควรให้ข้อเสนอแนะที่มาจากผลการวิจัยเท่านั้น

2.13 เอกสารอ้างอิง (references) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

3. บทความการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) การวิเคราะห์ อภิमान (meta-analysis) และการสังเคราะห์อภิमान (meta-synthesis) ประกอบด้วยชื่อเรื่อง บทคัดย่อและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ การสืบค้นและแหล่งข้อมูล การคัดกรอง การประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเสนอผล การอภิปรายผล ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ ข้อจำกัด (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงต้องอ้างอิงเฉพาะเอกสารตรงกับสาระในบทความและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับเอกสารนั้นจะเป็นภาษาอื่นก็ตาม การเขียนเอกสารอ้างอิงต่างๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver's style) ดังนี้

1. การอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่อง (in-text citation) หากมีการอ้างอิงผลงานของผู้แต่งอื่น มาอ้างอิงในบทความให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงตามลำดับเนื้อหา โดยให้เริ่มต้นด้วยเลข 1 แล้วเรียงลำดับไปเรื่อย ๆ โดยใส่ตัวเลขไว้หลังชื่อผู้แต่ง หรือหลังข้อความที่อ้างอิง หากมีการอ้างอิงหรือคัดลอกข้อความนั้นซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้แต่งในเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังชื่อผู้แต่ง

ตัวอย่าง

ในปี ค.ศ.2016 Silberstein และ Litmanovitz¹ ได้ทำการศึกษาการนำ NIDCAP มาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกและพบว่าได้ผลในการป้องกันความเครียดสำหรับทารกได้

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังข้อความนั้น

ตัวอย่าง

การส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกในหอผู้ป่วยวิกฤตทารก จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ร่วมกับผู้ปกครองทารกในการร่วมกันป้องกันความเครียดในทารกและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นการป้องกันปัญหาด้านระบบประสาทและการเรียนรู้ของทารกในอนาคตได้เป็นอย่างดี⁸

1.3 การอ้างอิงในเนื้อเรื่องที่มีหลากหลายรายการพร้อมกัน หากเป็นการอ้างอิงตัวเลขที่ลำดับต่อกันให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) ระหว่างตัวเลข แต่หากเป็นการอ้างอิงที่ลำดับตัวเลขไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) ระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

ในปัจจุบันการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถทำได้ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล โดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครอง โดยเฉพาะมารดา^{2,4} ซึ่งเน้นการป้องกันสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไปและส่งเสริมสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด^{7,10,18}

2. การอ้างอิงเอกสารท้ายบทความ (reference) เอกสารอ้างอิงต้องอ้างอิงเฉพาะเอกสารที่ตรงกับสาระในบทความ และให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมดแม้ว่าต้นฉบับเอกสารจะเป็นภาษาอื่น โดยจัดเรียงเอกสารอ้างอิงเป็นลำดับตัวเลขตามลำดับในเนื้อหา ซึ่งการระบุตัวเลขในเอกสารอ้างอิงต้องตรงกับตัวเลขในเนื้อหา โดยมีวิธีการเขียนดังนี้

2.1 ผู้เขียนคนไทยหรือชาวต่างประเทศ ให้ใช้นามสกุลขึ้นก่อนตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง (ถ้ามี) ดังตัวอย่าง

Runglawon Eamkusolkrit

ใช้คำว่า Eamkusolkrit R

Adel F Almutairi, Maliha Nasim

ใช้คำว่า Almutairi AF, Nasim M

2.2 ผู้เขียนหลายคน ให้ใส่ชื่อทุกคนกรณีไม่เกิน 6 คน หากเกิน 6 คนให้ระบุเพียง 6 คนแรกต่อด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,)

เว้น 1 ตัวอักษรแล้วตามด้วยคำว่า “et al” ดังตัวอย่าง

McAnulty GB, Duffy FH. Butler SC, Bernstein JH, Zurakowski D, Als H, et al.

2.3 กรณีเป็นหนังสือ หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

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

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

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

2. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. P. 93-113.

2.4 กรณีเป็นวารสาร หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่ของวารสาร):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. Tharakham E, Chaichanasang T. Effects a self-help group on quality of life of caregivers of child with cerebral palsy. Journal of Nursing and Health Care. 2020;43(3):171-9. (in Thai)
2. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002;347(4):284-7.

*หมายเหตุ วารสารที่เป็นภาษาไทยให้ใช้ชื่อเต็ม ส่วนวารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อย่อ

2.5 กรณีบทความที่นำเสนอในการประชุม (Conference paper) หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

3. Eamkusolkit R, Watcharasin C, Thory SM. Maternal-Preterm Infant Attachment, Nakhon Phanom, Thailand. In: Knafel K, editor. Honoring the Past, Celebrating the Future. Proceedings of the 11th International Family Nursing Conference; 2013 June 19-22; Hyatt Regency. Minneapolis, Minnesota, United State: International Family Nursing Association; 2013. p. 15-24.

2.6 กรณีเป็นการอ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

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

4. Ministry of Public Health. Percentage of the elderly population with desirable health behaviors [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 05]. Available from: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=1492>.

ข้อตกลง

1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกเรื่องเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ
2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้สงวนลิขสิทธิ์ทุกประการ
3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน
4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน
5. การพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ จะประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2-3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญและไม่ใช่ว่าผู้ปฏิบัติงานในสถาบันเดียวกับผู้เขียน เป็นผู้ประเมินและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด โดยระยะเวลาในการตอบรับการตีพิมพ์ตั้งแต่ส่งต้นฉบับ จะใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน

สถานที่ติดต่อปรึกษา

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย บรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ สมาคมพยาบาลฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 095-6194916 E-mail: chantira@sut.ac.th
2. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 080-8952065 E-mail: jnatned@gmail.com

