ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2563

Vol.3 No.1 January – April 2020

# วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

# Nursing, Health, and Education Journal


| | | |
|---|---|---|
| **บทบรรณาธิการ** | 1 | **Editorial note** |
| **บทความวิจัย** | | **Research Articles** |
| 1. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันตนเองและการบริหารการหายใจต่อประสิทธิภาพการทำงานของปอดในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด<br>รินหทัย ธนพรสิทธิกูล | 3 | 1. The effect of self-efficacy perception on self-protecting and breathing exercise to lung capacity among mushroom growers<br>Rinhatai Tanapornsittikul |
| 2. การพัฒนาระบบการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี<br>อำไพ สารขันธ์, ธิตินัฐ อนุกูลประเสริฐ,<br>นิชาภา ตั้งหมั่น, ไพรินทร์ แข็งขัน | 10 | 2 Developing a model of pre-operative and preparation for anesthesia in Udon Thani Cancer Hospital<br>Ampai Sarakhan, Titinat Anuhoolprasert,<br>Nichapa Tangman, Pairin Khangkhun |
| 3.ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดโรงพยาบาลหนองคาย<br>วราภรณ์ ปู่วัง | 18 | 3. The Prevalence and Associate factors of anemia in pregnant women delivered in Nongkhai hospital.<br>Waraporn Poowung |
| 4. การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยโรงพยาบาลศรีสงคราม<br>กรมรี แพงดี | 28 | 4. The Development of A Caring System for Maternal Risk of Low Birth Weight Newborns, Sri Songkhram Hospital. Kromaree Pangdee |
| 5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร<br>วงจันทร์ เดชทองทิพย์ | 38 | 5. Factors Related to participation management of register nurses in the hospital quality improvement at Wanonniwas Hospital,Sakon Nakhon Province.<br>Wongchan dattongtip |
| 6. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยกระบวนการมีส่วนร่วม<br>จิตราวดี สอนวงศา | 46 | 6. Development of a health promoting behavior model for uncontrol diabetic patients by community participation<br>Jittrawadee Sornwongsa |
| 7.การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู<br>สุพิมล บุตรรัตนะ | 56 | 7. The Discharge Preparation Program for Main Caregiver of Stoke Patients at NongBualamphu Hospital.<br>SupimolBudratana |


ISSN 2630-0214

http://www.bcnu.ac.th/journal

# บทบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษาย่างเข้าปีที่ 3 ฉบับนี้เป็นปักษ์แรกของปี 2563 วารสารได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่อง สำหรับนักวิชาการ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขในการส่งบทความวิชาการ บทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ วารสาร..มี 3 ปักษ์ต่อปี คือ ปักษ์ที่ 1 มกราคม – เมษายน ปักษ์ที่ 2พฤษภาคม–สิงหาคม ปักษ์ที่ 3 กันยายน – ธันวาคม ทีมกองบรรณาธิการ ทำงานโดยยึดถือคุณภาพเป็นหลัก เพื่อให้วารสารของเราเป็นวารสารที่น่าเชื่อถือ เป็นไปตามคุณภาพ มาตรฐาน เพื่อให้วารสารเข้าสู่ฐาน TCI ต่อไป

ปักษ์นี้มีบทความวิชาการและบทความวิจัย จำนวน 7 เรื่อง ซึ่งเกี่ยวข้องกับประเด็น 1) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันตนเองและการบริหารการหายใจต่อประสิทธิภาพการทำงานของปอดในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด 2) การพัฒนาระบบการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี 3) ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดโรงพยาบาลหนองคาย 4) การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยโรงพยาบาลศรีสงคราม 5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 6) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยกระบวนการมีส่วนร่วม และ 7) การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ผู้ที่ สนใจสามารถดาวโหลดวารสาร online ได้ทาง https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/issue/archive และเราได้จัดส่งเอกสารวารสารไปยังสำนักงานสาธารณสุข ทั้ง 7 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 เพื่อประชาสัมพันธ์ไปยังหน่วยงานในพื้นที่ ท่านที่ต้องการเป็นสมาชิกวารสาร สามารถสมัครได้ที่วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ค่าสมัคร๓๐๐ บาทต่อปี ท่านที่สนใจส่งบทความวิชาการ บทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ ท่านสามารถดูรายละเอียดได้ที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/guidelines และสามารถส่งผลงานเข้ามาเพื่อรับการรพิจารณาตามขั้นตอน โดยไม่มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์เผยแพร่

ทางทีมกองบรรณาธิการขอบพระคุณทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน ทำให้วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษาเราก้าวมาสู่ ปีที่ 3 เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการศึกษา ด้านการพยาบาลและด้านการสาธารณสุข

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง
บรรณาธิการ

| สารบัญ | หน้า | Content |
|---|---|---|
| *ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม–เมษายน 2563* | Page | Vol.3 No.1 *January – April 2020* |


| | | |
|---|---|---|
| **บทบรรณาธิการ** | 1 | Editorial note |
| **บทความวิจัย** | | Research Articles |
| 1. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันตนเองและการบริหารการหายใจต่อประสิทธิภาพการทำงานของปอดในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด<br>รินหทัย ธนพรสิทธิกูล | 3 | 1. The effect of self-efficacy perception on self-protecting and breathing exercise to lung capacity among mushroom growers<br>Rinhatai Tanapornsittikul |
| 2. การพัฒนาระบบการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี<br>อำไพ สารขันธ์, ธิตินัฐ อนุกูลประเสริฐ,<br>นิชาภา ตั้งหมั่น, ไพรินทร์ แข็งขัน | 10 | 2 Developing a model of pre-operative and preparation for anesthesia in Udon Thani Cancer Hospital<br>Ampai Sarakhan, Titinat Anuhoolprasert,<br>Nichapa Tangman, Pairin Khangkhun |
| 3.ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดโรงพยาบาลหนองคาย<br>วราภรณ์ ปู่วัง | 18 | 3. The Prevalence and Associate factors of anemia in pregnant women delivered in Nongkhai hospital.<br>Waraporn Poowung |
| 4. การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลศรีสงคราม<br>กรมรี แพงดี | 28 | 4. The Development of A Caring System for Maternal Risk of Low Birth Weight Newborns, Sri Songkhram Hospital.<br>Kromaree Pangdee |
| 5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร<br>วงจันทร์ เดชทองทิพย์ | 38 | 5. Factors Related to participation management of register nurses in the hospital quality improvement at Wanonniwas Hospital,Sakon Nakhon Province.<br>Wongchan dattongtip |
| 6. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยกระบวนการมีส่วนร่วม<br>จิตราวดี สอนวงศา | 46 | 6. Development of a health promoting behavior model for uncontrol diabetic patients by community participation<br>Jittrawadee Sornwongsa |
| 7.การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู<br>สุพิมล บุตรรัตนะ | 56 | 7. The Discharge Preparation Program for Main Caregiver of Stoke Patients at NongBualamphu Hospital.<br>SupimolBudratana |

# ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันตนเองและการบริหารการหายใจต่อประสิทธิภาพการทำงานของปอดในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด

รินหทัย ธนพรสิทธิกูล

Received: 3 February 2020

Revised: 3 April 2020

Accepted: 29 April 2019

**บทคัดย่อ**

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันตนเองและการบริหารการหายใจต่อประสิทธิภาพการทำงานของปอดในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด กลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 32 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริหารการหายใจ คู่มือความรู้ด้านสุขภาพ การใช้เครื่องป้องกันตัวเองและการบริหารการหายใจ วีดิทัศน์การบริหารการหายใจ ระยะเวลาในการวิจัยทั้งหมด 16 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์อาการทางระบบทางเดินหายใจ แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจ ความรู้ในการประกอบอาชีพปลูกเห็ด ประเมินพฤติกรรมการป้องกันตัวเองและประเมินประสิทธิภาพการทำงานของปอด (forced vital capacity (FCV), forced expiratory volume in one second (FEV1)) ด้วยเครื่อง Spirometer วิเคราะห์ข้อมูลร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Paired t-test ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริหารการหายใจหลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประกอบอาชีพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตัวเองหลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ค่า FCV และ FEV1 หลังการทดลองเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

**คำสำคัญ:** การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การบริหารการหายใจ ประสิทธิภาพการทำงานของปอด การป้องกันตนเอง

## The effect of self-efficacy perception on self-protecting and breathing exercise to lung capacity among mushroom growers

Rinhatai Tanapornsittikul

**Abstract**

This quasi-experimental research design aimed to study the effect of self-efficacy perception on self-protecting while working and breathing exercise to lung capacity among mushroom growers. The purposive sampling was used to obtain 32 samples. The research tools consisted of the program of breathing exercise self-efficacy perception, the handbook of health knowledge, the guidelines for personal protective equipment and breathing exercise and the video providing and demonstrating of breathing exercise. The study periods were 16 weeks. Quantitative data include a personal information interview, respiratory symptoms interview, breathing exercise self-efficacy perception interview, working-knowledge interview, self-protecting behavior while working interview. Spirometry was used to evaluate the lung function capacity included forced vital capacity (FVC), forced expiratory volume in 1 second (FEV1). The data analyses in term of percentage mean and paired t-test. The results found that the mean score on the post-test of breathing exercise self-efficacy perception, the mean score on the post-test of working-knowledge, the mean score on the post-test of self-protecting behavior while working and the mean score on the post-test of FCV and $FEV_1$ were statistically significant ($p<0.05$).

**Key words:** self-efficacy perception, breathing exercise, lung capacity, self-protection

**บทนำ**

โรคระบบทางเดินหายใจจากการทำงาน (occupational respiratory diseases) เกิดจากการทำงานที่สัมผัสและหายใจเอาฝุ่นละออง ควัน และอณูสารพิษเข้าไปในปอดทำให้เกิดการระคายเคืองหรือเป็นอันตรายต่อทางเดินหายใจ ปอดถูกทำลายหรือเป็นพังผืดที่เนื้อปอดและสูญเสียการทำงานส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นและระบบทางเดินหายใจเป็นช่องทางแรกในการได้รับอันตรายจากการสูดดมอณูฝุ่นพิษการทำงานที่มีการสัมผัสฝุ่นอนินทรีย์มีส่วนเกี่ยวข้องกับทำให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจจากประกอบอาชีพเช่นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary disease) โรคหอบหืดจากการทำงาน (Occupational Asthma) หลอดลมอักเสบ (Bronchitis) โรคปอดจากการประกอบอาชีพ (Pneumoconiosis) ซิลิโคสิส (Silicosis) แอสเบสโตสิส (Asbestosis) และโรคปอด ที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นอินทรีย์ เช่น บิสสิโนซีส (Byssinosis) ฝุ่นชานอ้อย (Bagassosis) ฝุ่นไม้ต่างๆ เป็นต้น (Suganuma et al., 2018) และยังมีความสัมพันธ์กับอาการของระบบทางเดินหายใจและประสิทธิภาพการทำงานของปอดที่ลดลง (Kim and Kang, 2014) ปี พ.ศ. 2560 มีรายงานผู้ป่วยโรคปอดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จำนวน 2,939 รายอัตราป่วย 4.45 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต เมื่อเปรียบเทียบข้อมูล 5 ปีย้อนหลังระหว่าง ปี พ.ศ. 2556-2560 พบผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยมากกว่าปี พ.ศ. 2559 ประมาณ 1.6 เท่า มีรายงานผู้ป่วยตลอดทั้งปี สูงสุดในเดือนมกราคม 608 ราย รองลงมาคือ เดือนกุมภาพันธ์ (431ราย) มีนาคม (377ราย) และมิถุนายน (247ราย) ผู้ป่วยเป็นเพศชาย 1,658 ราย ร้อยละ 56.41 เพศหญิง 1,281 ราย (43.59) อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย 1:1.3 กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไปมีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 15.66 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา กลุ่มอายุ 55-64 ปี (10.27) 45-55 ปี (5.40) และ 35-44 ปี (3.08) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 49.10 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง (41.10) และอาชีพอื่น (สำนักระบาดวิทยา, 2561) อาชีพปลูกเห็ดเป็นอาชีพที่เสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสฝุ่นละออง โดยเฉพาะขี้เลื่อยที่นำมาใช้เป็นวัตถุดิบในการเพาะปลูกนอกจากยังมีการสัมผัสกับสปอร์เห็ดที่ฟุ้งกระจายอยู่ในโรงเพาะเห็ดการสัมผัสฝุ่นและสปอร์ของเห็ดส่งผลให้เกษตรกรผู้ปลูกเห็ดป่วยด้วยโรคทาง เดินหายใจบ่อยขึ้นและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหอบหืด ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง การบริหารการหายใจเป็นกลวิธีที่สำคัญในการป้องกันอาการหายใจลำบาก การป้องกันไม่ให้มีการดำเนินของโรครุนแรงมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกษตรกรมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องโรคจากการประกอบอาชีพ สิ่งคุกคามต่อสุขภาพและวิธีการ ป้องกันตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมกับสิ่งคุกคามที่พบในการประกอบอาชีพ

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ของ Bandura (1997) เป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดย Bandura กล่าวว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้บุคคลจะต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดขึ้นก่อนโดยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะ จงให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่คาดหวัง ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura ได้ถูกนำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาเชิงทดลองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคปอดอุดกันเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามรถของตนเองมี การรับรู้ความสามรถของตนเองเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้คะแนนการหายใจลำบากลดลง (Bentsen, S. B., Wentzel-Larsen, T., Henriksen, A. H., Rokne, B., & Wahl, A. K., 2010). ส่วนการนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้ในการสงเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงจากโรคจากการประกอบอาชีพยังมีน้อย ผู้วิจัยสนใจในการนำแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองมาพัฒนาโปรแกรมเพื่อที่จะส่งเสริมการบริหารการหายใจ การป้องกันตนเองต่อสิ่งคุกคามเพื่อช่วยให้เกษตรกรผู้ปลูกเห็ดมีแรงจูงใจในการปฏิบัติและบริหารการหายใจอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดดีขึ้น

**วัตถุประสงค์**

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันตนเองและการบริหารการหายใจต่อประสิทธิภาพการทำงานของปอดในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด

**วัตถุประสงค์เฉพาะ**

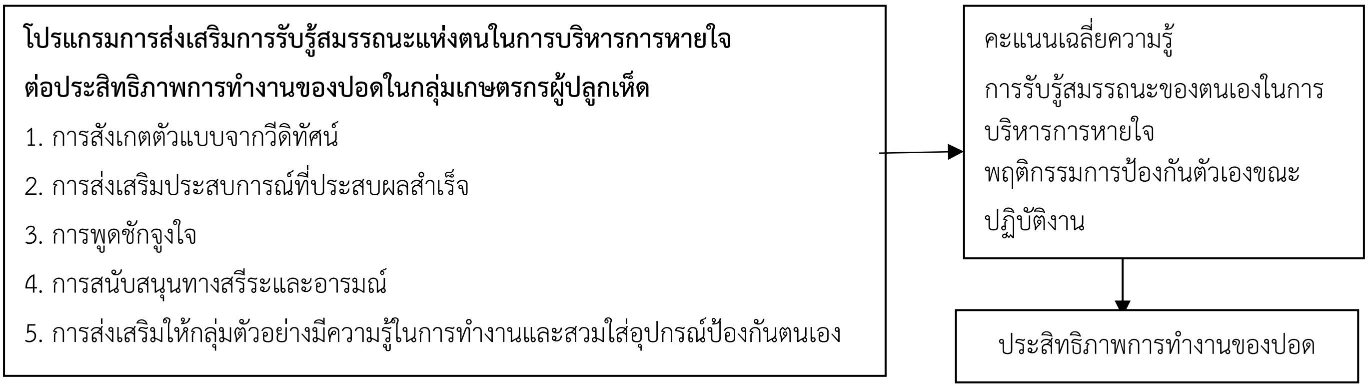
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการทำงานของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดก่อนและหลังทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดก่อนและหลังทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตัวเองขณะปฏิบัติงานของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดก่อนและหลังทดลอง

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการทำงานของปอดของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดก่อนและหลังทดลอง

**สมมติฐานการวิจัย**

1. เกษตรกรผู้ปลูกเห็ดภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการทำงานมากกว่าก่อนการทดลอง
2. เกษตรกรผู้ปลูกเห็ดภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจมากกว่าก่อนการทดลอง
3. เกษตรกรผู้ปลูกเห็ดภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตัวเองขณะปฏิบัติงานมากกว่าก่อนการทดลอง
4. เกษตรกรผู้ปลูกเห็ดภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการทำงานของปอดมากกว่าก่อนการทดลอง

**กรอบแนวคิดการวิจัย** จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษาตามกรอบแนวคิดการศึกษา ดังนี้




**ระเบียบวิธีการศึกษา**

**ประชากร** ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด ตำบลธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 42 ราย **กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากรทั้งหมด โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) เป็นเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดมาไม่ต่ำกว่า 1 ปี 2) ไม่มีประวัติป่วยด้วยโรคหอบหืด วัณโรคและถุงลมโป่งพอง 3) ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ 4 สื่อสารเข้าใจ 5) สามารถเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้ 6) ยินดีร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและร่วมกิจกรรม เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามี 10 รายไม่เข้าเกณฑ์ประกอบด้วย 8 รายมีประวัติสูบบุหรี่ 2 รายป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ จึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 32 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วยโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริหารการหายใจ คู่มือความรู้ด้านสุขภาพและการบริหารการหายใจ วีดิทัศน์การบริหารการหายใจ คู่มือการใช้เครื่องป้องกันตัวเองที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง การวัดประสิทธิภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่องตรวจสมรรถภาพปอด(spirometer)

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล** ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบประเมินความรู้ในการทำงานของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด มีข้อคำถามทั้งหมด15 ข้อ15 คะแนน เลือกตอบได้ 2 คำตอบคือ ใช่และไม่ใช่
2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจ มีข้อทั้งหมด 15 ข้อ คะแนนรวม 60 คะแนน เลือกตอบได้ 5 ระดับคือ 0 = ทำไม่ได้แน่นอน 1 = ทำได้เล็กน้อย 2 = ทำได้บางส่วน 3 = ทำได้ส่วนใหญ่ 4 = ทำได้แน่นอน
3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันตัวเองขณะปฏิบัติงาน มี 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่เคย ซึ่งข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ
4. แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของปอด

**คุณภาพของแบบสอบถาม**

ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) พบว่าทุกข้อคำถามได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหามากกว่า 0.60 หลังจากนั้นนำไปทดลอง ใช้ในกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 3และ4 ได้เท่ากับ 0.97 0.95 และ 0.97 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม หมายเลขโครงการ HE630004

**การดำเนินการวิจัย**

ระยะเวลาในการวิจัยทั้งหมด 16 สัปดาห์ ครั้งที่1 (เดือนที่ 1) สัมภาษณ์และประเมินก่อนการดำเนินการวิจัยในเดือนที่ 1 ทุกวันพุธเวลา 08.30-12.00 น. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและแนะนำตัวจากนั้นชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจ ประเมินพฤติกรรมการป้องกันตัวเองและประเมินประสิทธิภาพการทำงานของปอด ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 1) ให้ความรู้เรื่องสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการประกอบอาชีพปลูกเห็ด พฤติกรมการป้องกันตัวเอง การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 2) **ผู้วิ**จัยเปิดวิดีทัศน์ การดูแลสุขภาพและการบริหารการหายใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และฝึกปฏิบัติการบริหารการหายใจตามตัวแบบวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เปิดโอกาสให้ซักถามหากมีข้อสงสัยหลังการฝึกปฏิบัติเพื่อให้มีการปฏิบัติที่เข้าใจและถูกต้อง เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมในครั้งนี้กลุ่มทดลองจะได้รับคู่มือความรู้ด้านสุขภาพและการบริหารการหายใจ พร้อมทั้งแผ่นวีดิทัศน์การบริหารการหายใจกลับบ้านและแนะนำ ให้ปฏิบัติที่บ้านตามแบบวีดิทัศน์สอนการบริหารการหายใจทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 รอบ และนัดหมายครั้งต่อไปครั้งที่ 4 (เดือนที่ 3) เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้เล่าถึงประสบการณ์ และปัญหาที่พบระหว่างฝึกทำบริหารการหายใจที่บ้าน เริ่มโปรแกรมทบทวนความรู้และการบริหารการหายใจและเพิ่ม เติมการปฏิบัติท่าในการบริหารการหายใจ เน้นย้ำให้ปฏิบัติที่บ้านตามวิดีทัศน์สอนการบริหารการหายใจทุกวัน ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อยวันละ 1 รอบ พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป ครั้งที่ 5 (เดือนที่ 4) สัมภาษณ์และประเมินหลังการดำเนินการวิจัยในเดือนที่ 4 เมื่อรวบรวมข้อมูลเสร็จผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและกล่าวยุติโครงการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์อาการหายใจลำบาก อาการไอ ประเมินความรู้ในการทำงานของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจ ประเมินพฤติกรรมการป้องกันตัวเอง และวัดประสิทธิภาพการทำงานของปอด (forced vital capacity (FCV), forced expiratory volume in one second (FEV1)) ด้วยเครื่อง Spirometer วิเคราะห์ข้อมูลร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Paired t-test

**ผลการศึกษา**

**1. ข้อมูลทั่วไป** ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพปลูกเห็ด ส่วนใหญ่พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.12 อายุเฉลี่ย 43 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.50 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ81.25 รายได้ต่ำสุด 7,500 บาท/เดือน และรายได้สูงสุด 50,000 บาท/เดือน ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 71.87 และสิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่คือใช้บัตรทอง ร้อยละ 96.87

**2. อาการทางระบบทางเดินหายใจ** ผลการศึกษาพบว่า (1) อาการหายใจขัดหรือหายใจลำบาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.87ไม่เคยมีอาการหายใจขัดหรือหายใจลำบาก ส่วนในกลุ่มที่เคยมีอาการหายใจขัดหรือหายใจลำบากพบว่า มีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นขณะทำงาน ร้อยละ 31.25 เกิดขึ้นหลังตื่นนอนตอนเช้า ร้อยละ 28.13 และ เกิดขึ้นขณะพัก ร้อยละ 21.88 ตามลำดับ (2) อาการหายใจเสียงดังหวีดๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.50 ไม่เคยมีอาการหายใจเสียงดังหวีดๆ ส่วนกลุ่มที่มีอาการหายใจเสียงดังหวีดๆ พบว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดหลังจากทำงานที่ออกแรงมากๆ ร้อยละ 28.13 เกิดขึ้นเวลาที่เป็นหวัด ร้อยละ 21.88 และเวลาที่อากาศเย็น ร้อยละ 18.75 ตามลำดับ (3) อาการไอเรื้อรัง (ไอติดต่อกันมากกว่า 3 สัปดาห์ขึ้นไป) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.87ไม่มีอาการไอเรื้อรัง ในกลุ่มที่มีอาการไอเรื้อรังร้อยละ 61.54 มีลักษณะการไอแบบไอแห้งๆ และ (4) อาการเจ็บหน้าอกขณะหายใจ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.75 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกขณะหายใจ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.63 ไม่เคยเอ็กซ์เรย์ทรวงอก

**3. ความรู้ในการทำงานของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด** ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ในการทำงานของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดก่อนและหลังทดลองพบว่าค่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 18.93, P=0.02) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการทำงานของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดก่อนและหลังทดลอง

| ความรู้ในการทำงานของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด | ก่อนการทดลอง | | หลังการทดลอง | | Paired t-test | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{X}$ | S.D. | $\bar{X}$ | S.D. | | |
| | 9.84 | 0.80 | 12.7 | 0.70 | 18.93 | 0.02 |

**4. การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจ** ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดก่อนและหลังทดลองพบว่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.01) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจก่อนและหลังทดลอง

| การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจ | ก่อนการทดลอง | | หลังการทดลอง | | Paired t-test | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\overline{X}$ | S.D. | $\overline{X}$ | S.D. | | |
| | 41.20 | 11.26 | 53.60 | 10.26 | 7.90 | 0.01 |

**5. พฤติกรรมการป้องกันตัวเองขณะปฏิบัติงาน** ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตัวเองขณะปฏิบัติงานของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดก่อนและหลังทดลองพบว่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=17.37, P=0.01) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตัวเองขณะปฏิบัติงานก่อนและหลังทดลอง

| พฤติกรรมการป้องกันตัวเองขณะปฏิบัติงาน | ก่อนการทดลอง | | หลังการทดลอง | | Paired t-test | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\overline{X}$ | S.D. | $\overline{X}$ | S.D. | | |
| | 38.87 | 2.98 | 46.21 | 1.84 | 17.37 | 0.001 |

**6. ประสิทธิภาพการทำงานของปอด** ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการทำงานของปอดของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดก่อนและหลังทดลองพบว่าหลังการทดลองค่าประสิทธิภาพการทำงานของปอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (FVC: p=0.001, FEV1: , p=0.008) (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบประสิทธิภาพการทำงานของปอดก่อนและหลังทดลอง

| ประสิทธิภาพการทำงานของปอด | ก่อนการทดลอง | | หลังการทดลอง | | t-test | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\overline{X}$ | S.D. | $\overline{X}$ | S.D. | | |
| FVC | 89.84 | 16.92 | 92.93 | 12.81 | 3.25 | 0.001 |
| FEV1 | 87.71 | 11.70 | 90.46 | 7.21 | 2.49 | 0.008 |

**อภิปรายผล**

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการทำงานของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดก่อนและหลังทดลองพบว่าค่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) การให้ความรู้เกี่ยวกับการทำงานที่ถูกต้องจะช่วยลดปัญหาสุขภาพจากการทำงานได้ ที่สำคัญคือการทำให้เกษตรกรมีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับความเสี่ยงอันตรายจากการทำงานซึ่งได้แก่ 1) การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 2) การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดอันตรายและ 3) ความตระหนักถึงวิธีป้องกันอันตราย (รัตตินันท์ และคณะ, 2552) ทั้งนี้การรับรู้เป็นผลจากความรู้ ความเข้าใจและทักษะหรือประสบการณ์จากการทำงานของเกษตรกรคนนั้นๆ หากเกษตรกรมีการรับรู้ว่าตนเองอยู่ในความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายหรือไม่ปลอดภัย จะกระตุ้นให้ลงมือกระทำพฤติกรรมเพื่อลดหรือป้องกันการเกิดอันตรายจากการทำงานได้แก่ 1) วิธีปฏิบัติในการทำงาน 2)การจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงาน 3) การใช้อุปกรณ์ป้องกันหรือลดอันตราย และ 4) พฤติกรรมการป้องกันอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนัญชกร ช่วยท้าว (2558) เรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอด พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอด ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนั้นการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการทำงานของเกษตรกรจึงมีความสำคัญมากเพราะเป็นสิ่งบ่งบอกความตระหนักต่อความเสี่ยงการเกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงานซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดก่อนและหลังทดลองพบว่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) การเพิ่มขึ้นของของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด อาจเนื่องมาการได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจโดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน อาการของโรคทางระบบทางเดินหายใจ โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ การดูแลสุขสุขภาพ การพูดชักจูงใจให้เห็นประโยชน์ของการบริหารการหายใจ การออกติดตามกาปฏิบัติตนของเกษตรกรเพื่อชมเชยและเสริมแรงเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติและร่วม

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาวางแผนแก้ไขร่วมกัน นำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิรา ชัยสุขโกศล (2552) ทีปภา พุดปาและคณะ (2553) ธนัญชกร ช่วยท้าว (2558) ณัฏฐา ดวงตาและคณะ (2560) และสุนิสา ค้าขึ้น และคณะ (2561) พบว่าการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอุดกั้นเรื้อรังส่งผลให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยด้วยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตัวเองขณะปฏิบัติงานของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดก่อนและหลังทดลองพบว่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) การให้ความรู้แก่เกษตรกรเรื่องความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการได้รับอันตรายจากฝุ่นและสปอร์เห็ดเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกษตรกรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองโดยเฉพาะผ้าปิดปากปิดจมูก สอดคล้องการศึกษาของวิทยา เทิดไพรพนาวัลย์ (2557) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงต่ออันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์เชิงบวกกบพฤติกรรมการป้องกันอันตรายขณะปฏิบัติงาน และการศึกษาของ จีรภา จาศิล (2555) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงอันตรายจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร

ประสิทธิภาพการทำงานของปอดของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดก่อนและหลังทดลองพบว่าหลังการทดลองค่าประสิทธิภาพการทำงานของปอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันตนเองและการบริหารการหายใจต่อประสิทธิภาพการทำงานของปอดในกลุ่มเกษตรกรเป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ ตามกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ มีการติดตามการดำเนินกิจกรรม การให้ความรู้ในการทำงานและการใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวเองขณะปฏิบัติงาน การฝึกการบริหารปอดโดยเน้นการหายใจทางปาก การออกกำลังกล้ามเนื้อกระบังลม การออกกำลังกล้ามเนื้อชายโครงและการออกกำลังเพื่อเพิ่มการขยายตัวของทรวงอก นอกจากนี้ยังมีการมอบแผ่นวีดิทัศน์การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพปอดเพื่อให้เกษตรกรสามารถปฏิบัติที่บ้านได้ทุกวันอย่างน้อย 1 รอบต่อครั้ง มีการออกติดตามการฝึกการบริหารการหายใจ รับฟังปัญหาและอุปสรรคจากการฝึกปฏิบัติเพื่อนำมาวางแผนร่วมแก้ไขเพื่อให้การบริหารการหายใจเกิดประโยชน์สูงสุด การฝึกการบริหารปอดด้วยท่าการบริหารที่หลากหลายจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการระบายอากาศของปอดและการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดดีขึ้นส่งผลให้สมรรถภาพปอดดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Nui et al. (2014) พบว่าการออกกำลังกายแบบไทเก็กซึ่งเป็นการออกกำลังกายโดยใช้แรงของร่างกายในการเคลื่อนไหว สามารถเพิ่มสมรรถภาพของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ โดยหลังการออกกำลังกายด้วยไทเก็กเป็นระยะเวลา 6 เดือนกลุ่มทดลองมีค่า $FEV_1$ และ FEV1(%) predicted สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง การออกกำลังกายเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่มีปัญหาปอดโดยเฉพาะการออกกำลังกายที่เน้นการทำงานของปอด โดยเฉพาะการกำหนดลมหายใจเข้า-ออกขณะที่เคลื่อนไหวด้วยวิธีการหายใจแบบเป่าปาก การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายทำให้หัวใจได้สูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆได้ดียิ่งขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการระบายอากาศของปอดและการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดและทำให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันตนเองและการบริหารการหายใจต่อประสิทธิภาพการทำงานของปอดในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด โดยการติดตามและประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาว
2. เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการทำงานและการใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวเองอย่างต่อเนื่องมีการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

**สรุป**

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันตนเองและการบริหารการหายใจต่อ ประสิทธิภาพการทำงานของปอดในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดทำให้เกษตรกรผู้ปลูกเห็ดมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้นและมีปัญหาการหายใจลดลง การติดตามเฝ้าระวังและประเมินสุขภาพ การส่งเสริมและเพิ่มองค์ความรู้ที่ถูกต้องแก่เกษตรกรอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมการใช้เครื่องป้องกันตัวเองในขณะปฏิบัติงานจะช่วยให้เกิดวามเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพ ส่งผลต่อการลดความเสี่ยงจากการสัมผัสสิ่งคุกคามจากการทำงาน การส่งเสริมการออกกำลังกายที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องส่งผลสมรรถนะของปอดดีขึ้น

**กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)**

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมที่สนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

**เอกสารอ้างอิง (References)**


จันทิรา ชัยสุขโกศล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้น. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่. 2552.

จีรภา จาศิล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด ตำบลบ้านเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดลาปาง. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่. (2555).

ณัฏฐา ดวงตา, สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์, สมพล สงวนรังศิริกุล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริหารการหายใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและประสิทธิภาพการหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสาร สภาการพยาบาล 2560; 32(2) 95-110.

ทีปภา พุดปา, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และดวงฤดี ลาศุขะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการ สนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร 2553; 37(1): 152-164.

ธนัญชกร ช่วยท้าว. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2558.

รัตตินันท์ โภควินภูดิสนันท์ ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ วันเพ็ญ ทรงคำ. การรับรู้ภาวะเสี่ยงอันตรายจากฝุ่นและพฤติกรรม การป้องกันของคนงานโรงงานเซรามิก. วาราสารวิชาการสาธารณสุข 2552; 18(4): 587-596.

วิทยา เทิดไพรพนาวัลย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอ็นไซม์โคลีน เอสเตอเรส ของเกษตรกรบนพื้นที่สูง ตาบลบ้านหลวง อาเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศา สตรมหาบัณฑิต) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่. (2557).

สุนิสา ค้าขึ้น, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ แห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2561; 24(1): 57-71.

สำนักระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2560. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman. (1997).

Bentsen, S. B., Wentzel-Larsen, T., Henriksen, A. H., Rokne, B., & Wahl, A. K. (2010). Self-efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation—An exploratory study. Patient Education and Counseling, 81(1), 5-13. doi:https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.11.019

Kim EA and Kang SK. Historical review of the list of occupational diseases recommended by the international about Organization (ILO). Annals of Occupational and Environmental Medicine 2013, 25:1-14.

Niu R, He R, Luo BL, Hu C. The effect of tai chi on chronic obstructive pulmonary disease: a pilot randomized study of lung function, exercise capacity and diaphragm strength. Heart Lung Circulation 2014; 23:347-52.

Suganuma N, Natori Y, Kurosawa H, Nakano M, Kasai T and Morimoto Y. Update of occupational lung disease. Journal Occupational Health 2019, 61:10-18.

# การพัฒนาระบบการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

อำไพ สารขันธ์, ธิตินัฐ อนุกูลประเสริฐ,
นิชาภา ตั้งหมั่น, ไพรินทร์ แข็งขัน

Received: 3 February 2020
Revised: 3 April 2020
Accepted: 29 April 2019

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ 1) วิสัญญีพยาบาล จำนวน 5 คนและพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในจำนวน 5 คน 2) ผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 55 คนที่จะได้รับการผ่าตัดโดยการดมยาสลบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1. แบบประเมินผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก 2. แบบบันทึกอุบัติการณ์การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 3. แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย 4. แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึก 5. แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยและพยาบาลวิสัญญีต่อการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก และ 6. แบบบันทึกการสะท้อนคิด แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่า IOC เท่า0.60-1.00, Cronbachs Alpha Coefficient เท่ากับ 0.90 การวิจัยดำเนินการตามขั้นตอน คือ การวางแผนพัฒนารูปแบบ การทดลองใช้ การสังเกตผล และ การสะท้อนผล

ผลการวิจัย: ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ~~พ~~บว่า 1) วิสัญญีพยาบาลมีทักษะการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเพิ่มมากขึ้น 2) ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดอยู่ในระดับสูง 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดอยู่ในระดับสูง 4) ไม่พบอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด และ ความวิตกกังวลผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกอยู่ในปานกลาง

**สรุป:** การนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด มีผลลัพธ์ที่ดี สามารถนำไปใช้พัฒนาทักษะทางคลินิกต่อไป

**คำสำคัญ:** รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึก, การระงับความรู้สึก

## Developing a model of pre-operative and preparation for anesthesia in Udon Thani Cancer Hospital

Ampai Sarakhan, Titinat Anuhoolprasert, Nichapa Tangman, Pairin Khangkhun
Udonthani cancer Hospital

**Abstract**

This research and development study aimed to develop a model of pre-operative and preparation. The purposive sampling was conducted among five anesthetist nurses, five registered nurses, and 55 cancer patients who were undergoing elective surgeries under general anesthesia. Data were collected using six questionnaires as follows; 1) pre-operative and preparation guidelines, 2) pre-operative visit plan, 3) anxiety assessment form for patients, 4) satisfaction assessment form for pre-anesthesia preparedness for patients, 5) anesthetic risk reports and nursing risk report, and 6) reflective thinking diaries. These questionnaires showed content validity, with IOC 0.60-1.00. Cronbachs Alpha Coefficient were 0.90. This study was conducted in accordance with the process as follow: planning, developing of pre-operative and preparation model, applying the model, observation, and reflection.

**Result:** The study of effectiveness of applying a pre-operative and preparation model for patients revealed as follows: 1) anesthetist nurses improved their professional skills before giving anesthesia for patients undergoing surgery, 2) The satisfactions of the practitioners towards patient-pre-operative and preparation model were found at a high level, 3) The

satisfactions of patients towards the use of pre-operative and preparation model showed at a high level, 4) There were no incidences of postponed surgeries. The patient's anxiety before receiving anesthesia was at a moderate level.

**Conclusion:** The pre-operative and preparation model for patients undergoing surgery was effective as it improved professional knowledge and skills of anesthetist nurses with good clinical outcomes. Thus, the model was useful for clinical developing.

**Keywords:** Anesthesia preparation model, Anesthesia

**บทนำ**

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีหลายประเภท ได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสง การรักษาแบบประคับประคอง เมื่ออาการของโรคมีการลุกลามไปมากแล้ว (วิชาญ หล่อวิทยา และคณะ, 2544) การรักษาโรคมะเร็งโดยการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีในผู้ป่วยระยะเริ่มแรก สำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดใหญ่ มีความซับซ้อน ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ก็อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (พลเดช นารัตน์โท, 2560) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และกลัวการผ่าตัดได้ มากถึงร้อยละ 60-80 (Maranets and Kain, 1999; Valenzuela-Millan, 2010) โดยความวิตกกังวลส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด (Valenzuela-Millan, 2010) การระงับความรู้สึกเป็นหัตถการทางวิสัญญีที่มีความเสี่ยงสูง อุบัติการณ์แม้พบไม่มากแต่ก็เป็นอันตรายถึงชีวิต การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และวิตกกังวลจากความกลัว เช่น กลัวการเสียชีวิต กลัวไม่ฟื้น กลัวความไม่ชำนาญของทีมวิสัญญี และกลัวการผิดพลาดจากการให้ยาระงับความรู้สึก ส่งผลให้นอนไม่หลับ หลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกายหรือเคลื่อนไหวน้อยลง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดแฟบ ท้องอืด เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่าย และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่พึงพอใจต่อการบริการ ( Helms and Barone,2008)

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็งขนาด 120 เตียง ให้บริการสำหรับการผ่าตัดเฉลี่ย 40 รายต่อเดือน มีผู้ป่วยมะเร็งมาผ่าตัดและรับยาระงับความรู้สึกในปี พ.ศ.2559-2561 จำนวน 521 คน 526 คน 515 คนตามลำดับ (งานวิสัญญี โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี,2561) เฉลี่ย 520 รายต่อปี และเป็นการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเฉลี่ย 405 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 78 พบมีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนสำคัญทางวิสัญญีเฉลี่ย 6 รายต่อปี พบอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมทางห้องปฏิบัติการจำนวน 5, 4 และ 4 ครั้งในปีพ.ศ. 2559,2560 และ2561ตามลำดับ จากสาเหตุผู้ป่วยไม่ได้งดน้ำและอาหาร 3 ครั้ง ไม่ได้งดยาเบาหวาน 2 ครั้ง ไม่ได้งดยาละลายลิ่มเลือด 2 ครั้ง ไม่ได้รับยาลดความดันโลหิตในตอนเช้าของวันผ่าตัด 3 ครั้ง ผู้ป่วยมีผล EKG ที่ผิดปกติ แต่ไม่ได้ส่งอ่านหรือปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 4 ครั้ง นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมอื่นๆ เช่น การไม่ถอดฟันปลอม เครื่องประดับ ชุดชั้นใน และการไม่ล้างเล็บ (งานวิสัญญี โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี,2561)

สำหรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เริ่มตั้งแต่แพทย์มีการวางแผนการรักษาผ่าตัดชนิดรอได้ที่หอผู้ป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และแจ้งให้ห้องผ่าตัดทราบด้วยการส่งใบ set ผ่าตัด หลังจากนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลจะเข้าพบผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการ ซักถามข้อมูล พูดคุย ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพิ่มก่อนการผ่าตัดตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ไม่มีคู่มือในการให้ข้อมูล ไม่มีการประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด เมื่อค้นหาสาเหตุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของวิสัญญี พบว่าแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการให้การระงับความรู้สึกของวิสัญญีพยาบาลไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องมีลักษณะเฉพาะในการดูแล จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการให้การระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด เพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพบริการพยาบาลและให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีกับผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการบริการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมะเร็งก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมะเร็งก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

**ระเบียบวิธีการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development)เพื่อพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมะเร็งก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี และเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมะเร็งก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2562 ถึง 30 มิถุนายน 2562

**กลุ่มตัวอย่าง**

1) วิสัญญีพยาบาล จำนวน 5 คนและพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในจำนวน 5 คน

2) ผู้ป่วยมะเร็งที่ทุกรายที่เข้ารับการผ่าตัด แบบไม่เร่งด่วน (elective surgery) และใช้วิธีระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) จำนวน 55 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไปและ ASA classification 1-3 ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2562 ถึง 30 มิถุนายน 2562

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. แบบประเมินผู้ป่วยต่อการปฏิบัติกิจกรรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด
2. แบบบันทึกอุบัติการณ์การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด /อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด
3. แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย เป็นแบบวัดด้วยคำถามสั้นๆ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด จำนวน 20 ข้อ
4. แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก
5. แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยและพยาบาลวิสัญญีต่อการนำระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก
6. แบบบันทึกการสะท้อนคิด (reflective thinking diaries) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบประเมินทักษะการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมะเร็งก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดของผู้ปฏิบัติมีทั้งหมด 8 ข้อคำถาม

**คุณภาพของแบบสอบถาม** ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะ และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.90

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ ทักษะการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติต่อการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึก อุบัติการณ์การงดเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ข้อมูลผลการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่ม บันทึกการสะท้อนคิด บันทึกการประชุมการสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

**ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม และการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์**

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี รหัสโครงการ UCH 4/2562 โดยผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับของผู้ตอบแบบสอบถาม ประโยชน์ของการวิจัย หลังจากนั้นจึงขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการไม่เข้าร่วมวิจัย หรือต้องการถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม

**ผลการวิจัย**

ข้อมูลด้านผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.3 อายุเฉลี่ย 53.45 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-60 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 58.18 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อย

ละ 38.2 จบระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสมากสุดคิดเป็นร้อยละ 69.1 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย น้อยกว่า 5000 บาท/เดือน จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 56.36 เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดและได้รับยาสลบมากที่สุด จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7 ภาวะสุขภาพก่อนผ่าตัด ส่วนใหญ่อยู่ใน Class 2 จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5

ข้อมูลด้านวิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 35.80 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 2 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 60

ข้อมูลด้านพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 38.80 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 15 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 60

วิเคราะห์ผลลัพธ์ของการใช้ระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมะเร็งก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัด พบว่าวิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่ ปฏิบัติกิจกรรมการเตรียมความพร้อมเท่ากับร้อยละ 100 คือ 1. การเตรียมการก่อนให้ข้อมูล ได้แก่ 1) ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยจากข้อมูลที่ได้รับทราบจากระบบการ Set ผ่าตัด แฟ้มประวัติได้แก่ ประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด / การได้รับการระงับความรู้สึก / โรคประจำตัว / ยาที่ผู้ป่วยใช้ต่อเนื่อง การแพ้ยาได้แก่ 1) ประวัติการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก 2) ประวัติโรคประจำตัว 3) ประวัติการใช้ยาต่อเนื่องของผู้ป่วย 4) ประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี 5) ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา 6) การเตรียมร่างกายเมื่ออยู่ในห้องผ่าตัดก่อนระงับความรู้สึก 7) บันทึกการให้ข้อมูล ลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล และกิจกรรมที่พยาบาลวิสัญญีที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุดคือ การให้ข้อมูลว่ามีผู้ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละที่ทำคือ ร้อยละ 47.3 รองลงมากิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติคือการพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 40.0

ความพึงพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ( $\overline{X}$ =4.05)

ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อระบบการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ( $\overline{X}$ =3.92)

ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยต่อระบบการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก พบว่าอยู่ในระดับดีมาก ( $\overline{X}$ =3.72)

ความวิตกกังวลของป่วยหลังได้รับการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 54.54 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเล็กน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.46

อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าและงดผ่าตัด พบว่าในระหว่างการนำระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมะเร็งก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัด ไม่พบอุบัติการณ์การเลื่อนและงดผ่าตัด

**อภิปรายผล**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมะเร็งก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในช่วงเวลาที่พัฒนา ได้แก่ วิสัญญีพยาบาลจำนวน 5 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย ในจำนวน 5 คน และผู้ป่วยมะเร็งทุกรายที่เข้ารับการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน และใช้วิธีระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว จำนวน 55 คน

**1. การพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมะเร็งก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี**

รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมะเร็งก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดกระบวนการพัฒนาตามแบบจำลองของ IOWA ร่วมกับแนวคิดของการพยาบาลวิสัญญีระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก ทำให้องค์ประกอบของแนวปฏิบัติมีกระบวนการสร้างอย่างเป็นระบบภายใต้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง มีการประเมินความพร้อมการเตรียมความรู้และทักษะพยาบาลวิสัญญีพยาบาล การประชุมปรึกษาในการปฏิบัติงาน ซึ่งแตกต่างจากการปฏิบัติเดิมที่เป็นรูปแบบการให้สุขศึกษาและงานเชิงหัตถการของทีมสุขภาพ รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมานี้ จึงเป็นรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกที่เป็นระบบ และครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกอย่างมี

ประสิทธิภาพและต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผลการประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมะเร็งก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้ปฏิบัติมีทักษะการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัด เพิ่มขึ้นนอกจากนี้ จากผลการศึกษายังพบว่า วิสัญญีพยาบาลสามารถปฏิบัติทุกกิจกรรมการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมและมีความคิดเห็นว่าความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติทุกกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดโดยใช้ความร่วมมือระหว่างวิสัญญีพยาบาลกับพยาบาลประจำการ ผลการศึกษาพบว่า ได้รูปแบบการพยาบาลแบบใหม่ที่ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลประจำรวมถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้ทุกกิจกรรม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและพบอัตราการเลื่อนผ่าตัดหลังพัฒนาต่ำกว่าก่อนการพัฒนา จะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมและทักษะของวิสัญญีพยาบาล มีการใช้คู่มือแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเป็นแนวทางในการทบทวนความรู้ในการปฏิบัติ การมีคู่มือ และร่วมกำหนดแผนการเยี่ยมผู้ป่วยที่ชัดเจนเป็นที่ยอมรับของทีมพัฒนาคุณภาพ ตั้งแต่ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกจนกระทั่งหลังผ่าตัด และต่อแผนการดูแลต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติ นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติและทีมงานที่เกี่ยวข้องยังมีการประชุมปรึกษาหารือกันเป็นระยะๆ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติทุกคนมีความพึงพอใจและส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงานตามมา ทำให้เกิดการกระตือรือร้น มุ่งมั่นและอุทิศตนรับผิดชอบ และดำเนินงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานและสอดคล้องกับความหวังและความต้องการของผู้ป่วย

**2. ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติต่อการใช้ระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัด และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัด**

จากผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้ระบบการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ( $\overline{X}$ =3.92) และความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยต่อระบบการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี อยู่ในระดับดีมาก ( $\overline{X}$ =3.72) อาจเนื่องจากว่า การเตรียมความพร้อมและทักษะของวิสัญญีพยาบาล มีการใช้คู่มือแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเป็นแนวทางในการทบทวนความรู้ในการปฏิบัติ การมีคู่มือ และร่วมกำหนดแผนการเยี่ยมผู้ป่วยที่ชัดเจนเป็นที่ยอมรับของทีมพัฒนาคุณภาพ ตั้งแต่ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกจนกระทั่งหลังผ่าตัด และต่อแผนการดูแลต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช คลังบุญครอง ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า หลังการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมความพร้อมผู้ป่วยพบว่าวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่พัฒนาขึ้นใหม่อยู่ในระดับมาก (อรนุช คลังบุญครอง, 2558) นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติและทีมงานที่เกี่ยวข้องยังมีการประชุมปรึกษาหารือกันเป็นระยะๆ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติทุกคนมีความพึงพอใจและส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงานตามมา ทำให้เกิดการกระตือรือร้น มุ่งมั่นและอุทิศตนรับผิดชอบ และดำเนินงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานและสอดคล้องกับความหวังและความต้องการของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึก ทั้งนั้น อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างใส่ใจและใกล้ชิดตามรูปแบบที่กำหนดอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง รวมทั้งมีการประสานส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพในทุกระยะของการดูแลแกผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งในความรู้ ความเข้าใจ และการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ญาติ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทนา หรรษอุดม ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสำหรับการได้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ระดับสูงถึงร้อยละ 76.80 (นันทนา หรรษอุดม, 2555) นอกจากนี้รูปแบบการเตรียมความพร้อมที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเฉพาะรายอย่างสมบูรณ์ต่อเนื่องทั้งระบบ (Case management) ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพ มีการประสานงาน การติดตาม และประเมินผลการดูแล รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการจัดรูปแบบบริการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกที่มีมาตรฐานและคุณภาพ จึงส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมาก สอดคล้องกับการศึกษาของประหยัด พึ่งทิมและคณะ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการเร่งด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสระบุรีที่ใช้ทีมบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยด้วยการจัดการรายกรณีแล้วพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจมากต่อรูปแบบการบริการที่ได้รับ (ประหยัด พึ่งทิมและคณะ, 2557) และการศึกษาของกาญจนา อุบลพงศ์ ที่ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการ

บริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมโดยการใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้รับผิดช อบการดูแลผู้ป่วยแล้ว พบว่า ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจรับมาก (กาญจนา อุบลพงศ์, 2555)

**3. อุบัติการณ์การงดเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง**

ผลการศึกษาพบว่า ไม่พบการงดเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง อาจเป็นเพราะคู่มือการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วย จากกระบวนการการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน และมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้เพื่อปฏิบัติงานในวิชาชีพเนื่องจากเป็นการปฏิบัติการการเตรียมความพร้อ มของแต่ละหน่วยงาน และมีการประสานงานกันอย่างชัดเจนโดยกำหนดบทบาทพยาบาลในการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมของแต่ละหน่วยงาน และมีการประสานงานกันอย่างใกล้ชิดโดยกำหนดบทบาทพยาบาลในการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมไว้อย่างชัดเจน และมีการใช้แบบบันทึกการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทำให้เกิดผลลัพธ์ คือไม่พบอุบัติการณ์ของความไม่พร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการงด/เลื่อนผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา อุบลพงศ์ ที่ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (กาญจนา อุบลพงศ์, 2555) พบว่า ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนวิกฤติภายหลังการผ่าตัดจากการได้รับยาระงับความรู้สึก เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมครอบคลุมปัญหา /ความเสี่ยงก่อนให้ยาระงับคามรู้สึกเป็นอย่างดี ตองสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัว นอกจากนี้ ทีมสุขภาพสามารถเตรียมการป้องกันและเตรียมการให้ยาระงับความรู้สึกได้พร้อมและเหมาะสมกับผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึก

**4. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย**

จากผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของป่วยหลังได้รับการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่มีความวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 54.54 อาจเนื่องจากว่า การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดจากพยาบาลห้องผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ใจที่จะได้พบกับผู้ที่คุ้นเคยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด และรู้สึกมั่นใจในการช่วยเหลือจากพยาบาลใน ระยะที่อยู่ในห้องผ่าตัด รวมทั้งช่วยลดความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช คลังบุญครอง ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า หลังการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมความพร้อม ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม และวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่พัฒนาขึ้นใหม่อยู่ในระดับมาก (อรนุช คลังบุญครอง, 2558) เช่นเดียวกับการศึกษา เกี่ยวกับผลการเยี่ยมของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ที่พบว่า การเยี่ยมแบบมีแบบแผนประกอบด้วยคู่มือการเยี่ยม อุปกรณ์การเยี่ยม เช่น รูปภาพเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมต่างๆ ภายในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องเจอ ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ ยมแบบมีแบบแผนโดยพยาบาลห้องผ่าตัดสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ลดความวิตกกังวลได้มากกว่า และมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมแบบปกติ ซึ่งพยาบาลที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดจะแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยและรู้สึกอบอุ่นใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อข้องใจต่างๆ การเยี่ยมก่อนได้รับการผ่าตัดจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการผ่าตัด เนื่องจากมีการให้ความรู้และให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนได้รับการผ่าตัด นอกจากจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนแล้ว การเยี่ยมก่อนได้รับการผ่าตัดยังช่วยให้กระบวนการผ่าตัดเป็นไปตามแผนที่วางไว้ ลดความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจของผู้ป่วย การเยี่ยมก่อนได้รับการผ่าตัดเป็น การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนได้รับการผ่าตัด ขณะได้รับการผ่าตัด และหลังได้รับการผ่าตัดทางด้านจิตใจ ช่วยลดการเลื่อนหรือการยกเลิกการผ่าตัด (พุฒิพร ทับเกิด, สุวรรณา ทรัพย์สิน, วรางคณา เขียวไสว และทรรศนา มั่นแก้ว, 2555) ถึงแม้ว่าการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้ทั้งหมด หรือทุกราย แต่การเยี่ยมก่อนได้รับการผ่าตัดถือเป็นการเริ่มต้นของความสัมพันธ์และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้เยี่ยมกับผู้ป่วย ในการเยี่ยมผู้ป่วย 24 ชั่วโมงแรกก่อนได้รับการผ่าตัด พยาบาลจะมีเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยโดยตรง จากรายงานประวัติหรือญาติผู้ป่วย เป็นการประเมินสภาวะจิตใจ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ การที่พยาบาลห้องผ่าตัดได้พบและสนทนากับผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยกับพยาบาลมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกอุ่นใจที่ได้พบกับผู้คุ้นเคยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด และรู้สึกมั่นใจในการช่วยเหลือจากพยาบาล ดังนั้นการเยี่ยมก่อนผ่าตัดจึงเป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย การที่ผู้ป่วยได้รับการแจ้งข้อมูลเรื่องวิธีการผ่าตัด ผลดีของการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนได้รับการผ่าตัด ขณะได้รับการผ่าตัด

และหลังได้รับการผ่าตัด การได้รับการดูแลเมื่อมาอยู่ที่ห้องผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยอุ่นใจและมีความเชื่อมั่นในการดูแลว่าตนเองจะได้รับความปลอดภัย อีกทั้งการเยี่ยมก่อนได้รับการผ่าตัดทำให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยโดยแท้จริง สิ่งที่พยาบาลห้องผ่าตัดควรตระหนักก่อนเยี่ยมหรือแนะนำผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดคือ การศึกษาประวัติของผู้ป่วย การลงนามในใบยินยอมการผ่าตัด ผลการตรวจต่างๆ และต้องสอบถามกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเกี่ยวกับผู้ป่วยเสียก่อน เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นในขณะที่สนทนากับผู้ป่วยควรสังเกตรูปร่าง น้ำหนัก ท่าทางต่างๆ การแสดงออก สีหน้า ความผิดปกติอื่นๆ ไปพร้อมกัน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม การสัมภาษณ์ผู้ป่วยควรกระทำด้วยความนุ่มนวลและเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่เหมาะสม เข้าใจได้ง่าย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูด บอกเล่าหรือแสดงความรู้สึกได้เต็มที่ ถ้าในขณะที่ผู้ป่วยมีญาติหรือสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยควรกลับออกมาก่อนและเข้าไปเยี่ยมในภายหลัง ควรใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยตามลำพัง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เป็นตัวของตัวเอง แสดงออกได้เต็มที่ และซักถามสิ่งที่ต้องการ ทราบได้อย่างเปิดเผย เพราะในบางเรื่องผู้ป่วยอาจจะไม่ต้องการให้บุคคลในครอบครัวได้รับรู้ด้วย

**บรรณานุกรม**


กันยา ออประเสริฐ. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้ยาระงับความรู้สึก. ในเบญจมาศ ปรีชาคุณ เบญจวรรณ ธีระเทิดตระกูล,บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. กรุงเทพ:พีเอ ลิฟวิ่ง, 2546: 87-95.

กาญจนา อุบลพงศ์. ศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมโรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารกองการพยาบาล* 2555; 39 (3):51-64.

คงศักดิ์ เตชะวิบูลย์ผล,จิตราภรณ์ ความคนึง, อติคุณ ธนกิจ, เกศชาดา เอื้อไพโรจน์กิจ. ผลการให้ความรู้ทางวิดีทัศน์ร่วมกับการอธิบายต่อภาวะวิตกกังวลของหญิงที่รอผ่าตัดคลอดบุตร, การทดลองโดยวิธีสุ่ม. *วิสัญญีสาร* 2554; 37: 71-80.

จิราภรณ์ ทองดอนจุย. การดูแลผู้ป่วยนรีเวชที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง.*วารสารพยาบาลศิริราช* 2556; 6(1): 35-43.

นงเยาว์ สมพิทยานุรักษ์ (2553). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิสมัย อรทัย และศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติ์ตระกูล. (2551). พฤติกรรมเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลรามาธิบดี. *วารสารกองการพยาบาล,* 35(1), 115-122.

พละเดฑ นารัตน์โท, พลพันธ์ บุญมาก, สุหัทยา บุญมาก, วะนิชดา มาตย์สุด, วนารัตน์ ชิณพันธ์, สมบูรณ์ บุหลันเลี่ยมวงศ์, และคณะ. ระยะเวลาการบริหารจัดการห้องผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินในเวลาราชการของ โรงพยาบาลศรีนครินทร. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2560; 32(3)

เพ็ชรัตน์ อัธยาศัยงาม. ความรู้ ความวิตกกังวลและความคิดเห็นก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อ ทำผ่าตัดของผู้ป่วยที่ดูสื่อสถานีโทรทัศน์วิสัญญี. *วิสัญญีสาร* 2558; 41(2): 92-102

รัตนา เพิ่มเพ็ชร์ และ เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด Rama Nurs J. January - April 2016

รัตติมา ศิริโหราชัย และ พิกุลทิพย์ หงส์เหิร. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด. ใน อุษาวดี อัศดรวิเศษ (บรรณาธิการ), สาระหลักทางการพยาบาลศัลยศาสตร์ เล่ม 2 (หน้า 159-168). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วัฒนาการพิมพ์

เรณู อาจสาลี. (2553). การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. กลุ่มงานวิสัญญีพยาบาล. สถิติผู้ป่วยผ่าตัดปี 2561.อุดรธานี: โรงพยาบาล; 2561

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2556 สืบค้นจาก http://www.nci.go.th/th/downloadfilenci. html 10/1/2561

อรอุมา ชัยวัฒน์ และ ปวีนัสรุ่งวัฒนะกิจ. การประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก. ใน: มานีรักษาเกียรติศักดิ, บรรณาธิการ. ตำราวิสัญญีพื้นฐานและแนวทางปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ:เอ-พลัสพริ้น; 2558.อรนุช คลังบุญครอง. การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2558; 7(3):86-

Alex Macario. Are your operating rooms being run efficiently? Medscape Anesthesiology; 2010 Apr [serial on the Internet].cited 2018 Dec 11]. Available from:http://www.medscape.com Viewarticle/ 719542.

Bergman, M., Stenudd, M., & Engstrom, A. (2012). The experience of being awake during orthopaedic surgery under regional anaesthesia. Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, 16, 88-96.

Fisher SP, Bader AM, Sweitzer BJ. Preoperative evaluation. In: Miller RD, ed. Anesthesia, 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2010:1001-1066.

Gonzales, M. E. A., et al. Effects of guided imagery on postoperative outcomes in Patients undergoing same-day surgical procedures: A randomized, single-blind study. J Am Assoc Nurse Anesth 2010;78:181-8.

Lau H, Chen T, Liou C, Chou M, Hung W. Retrospective analysis of surgery postponed or cancelled in the operating room. J Clin Anesth 2010; 22:237-40.

Nehme J. et al. The use of multimedia consent programs for surgical procedures: A Systematic review. Surgl Innov 2015;20:13-23.

Nepote MH, Monteiro IU, Hardy E. Association between operational indexes and the utilization rate of general surgery center. Rev Lat Am Enfermagem 2009; 17:529-34.

Phillips NM.Berry&Kohn's operatingroom technique.12 th ed.St. Louis (MO): Mosby Elsevier; 2013.

Rothrock JC, Alexander SM. Alexander's surgical procedures. 14 th ed. Canada: St. Louis Mosby; 2011.

Schwarz P, Pannes KD, Nathan M, Reimer HJ, kleespies A, Kuhn N, et al. Lean processes for optimizing OR capacity utilization: prospective analysis before and after implementation of value stream mapping (VSM). Langenbecks Arch Surg 2011; 396:1043-53.

Smeltzer S. C., Bare B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). Brunner & Suddarth's texthbook of medical-surgical nursing (12 th ed.). China: n.p.

Spaulding NJ. Reducing anxiety by pre-operative education:make the future familiar. Occup Ther Int 2003;10: 278-93.

Suthasinee Potichan. PDCA: The important heart of continuous improvement. Productivity World 2015; 19 (15): 93-97.

Tolentino M. Perioperative patient education utilizing adjunctive nonpharmacological pain management interventions. Unpublished Master of nursing, Washington State University Vancouver college of nursing; 2011.

Tou S, Tout W, Mahi D, Karatassasi A, Hewetti P. Effect of preoperative two-dimensional animation on perioperative anxiety and knowledge retention in patients Undergoing bowel surgery: A randomized pilot study. Colorectal Dis 2013;15:256-65

# ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดโรงพยาบาลหนองคาย

วราภรณ์ ปู่วัง

Received: 3 February2020

Revised: 3 April, 2020

Accepted: 29April 2019

**บทคัดย่อ**

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในมารดาที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลหนองคาย **วิธีการศึกษา**: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาย้อนหลังในมารดาที่มาคลอดโรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2562 จำนวน 2,302 คน โดยกลุ่มศึกษาคือมารดาที่มีภาวะโลหิตจางเมื่อคลอด (ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงน้อยกว่า 33 %) จำนวน 712 คน กลุ่มควบคุมคือมารดาที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง (ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงตั้งแต่ 33 % ขึ้นไป) จำนวน 1,590 คน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบบันทึกการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่างและศึกษาความชุก และใช้สถิติ Chi square test เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโลหิตจางกับปัจจัยต่างๆ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$

**ผลการศึกษา:** พบว่ามารดาที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลหนองคาย มีความชุกของภาวะโลหิตจางเท่ากับร้อยละ 30.90 ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเลือด (Mean) ทั้งหมดร้อยละ 35.062 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 3.605 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี (p=0.009) ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป (p<0.001) ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง (p<0.001) ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ 23 กก./ม.$^2$ ขึ้นไป (p<0.001) มีภาวะโลหิตจางเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก (p=0.001) เคยคลอดบุตร (p=0.038) ผ่าตัดคลอด (p<0.001) ดัชนีมวลกายก่อนคลอดน้อยกว่า 23 กก./ม.$^2$ (p=0.001) มีภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์ (p=0.003) และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (p=0.010)

**สรุป:** ข้อมูลจากการศึกษาจะเป็นแนวทางให้หน่วยงานในระดับนโยบายและหน่วยบริการในพื้นที่นำไปใช้ในการกำหนดแนวทางการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ตรงกับกลุ่มเป้าหมายทั้งในด้านการเฝ้าระวังความเสี่ยง แก้ไขภาวะโลหิตจางเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อทารกและมารดาเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและหลังคลอด ต่อไป

**คำสำคัญ**: ภาวะโลหิตจาง มารดา ความชุก

## The Prevalence and Associate factors of anemia in mothers delivered In Nongkhai hospital.

Waraporn Poowung B.N.S.

Department of Obstetrics and Gynecology, Nongkhai Hospital.

Abstract

**Objective:** To investigate prevalence and factors related to anemia mothers who delivery in Nongkhai Hospital. **Research methods:** A descriptive retrospective study of 2,302 mothers who delivery in Nongkhai Hospital since January 1, 2019 to December 31, 2019. The study group consisted of 712 anemic mothers (hematocrit less than 33 % at labour) and control group consisted of 1,590 non-anemic mothers (hematocrit ≥ 33 % at labour.) .The data were collected from medical records and the birth registration forms. Descriptive statistics were employed to describe sample characteristics and prevalence. Inferential statistics such as Chi square test was performed for testing the relationship between anemia and related factors. The $p < 0.05$ was considered as a statistic significant.

**Results**: The prevalence of anemia in mothers who delivery in Nongkhai Hospital was 30.90 %. The mean value of hematocrit was 35.062 % (SD 3.605). The risk factors were mothers under the age 20 (p=0.009), first antenatal care at ≥ 12 weeks (p<0.001), number of antenatal care less than 5 times (p<0.001), BMI index before pregnancy ≥ 23 kg/m$^2$ (p<0.001), hematocrit

at first antenatal care less than 33% ( p<0.001), multiparity (p=0.038), cesarean section (p<0.001) , BMI index at labour < 23 kg/$m^2$ (p<0.001), premature rupture of membrane (p=0.003) and low birth weight of babies (p=0.010).

**Conclusion:** The prevalence and associate factors of anemia in mothers delivered in Nongkhai hospital are quite high. Therefore, pregnant women in Nongkhai would have been a guide for pregnant service systems. It is beneficial not only screening for high risk pregnancy but also searching for woman at reproductive age to reduce the prevalence of anemia in Nongkhai.

**Keywords :** Anemia, mothers , Prevalence

**บทนำ**

ภาวะโลหิตจางเกิดจากความผิดปกติในกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดงส่งผลให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงหรือฮีโมโกลบินน้อยลง เกิดจากหลายสาเหตุทั้งที่เป็นความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ของการสร้างฮีโมโกลบิน ภาวะขาดสารอาหารและโรคติดเชื้อหรือโรคเรื้อรัง (ชลธิชา ดานา, 2560) พบได้บ่อยที่สุดในระยะตั้งครรภ์ สาเหตุสำคัญของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์คือการขาดสารอาหารจำพวกธาตุเหล็กและกรดโฟลิก โดยพบถึงร้อยละ 95 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (พีรพงศ์ อินทศร และคณะ, 2548) ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเอเชียใต้ พบได้มากสุดถึงร้อยละ 65 (WHO, 2019: Online) ส่วนในประเทศไทยได้มีการศึกษาเรื่องความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์อยู่หลายครั้งได้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 4.1 - 38.6 (ชลธิชา ดานา, 2560) ในประเทศที่พัฒนาแล้วได้มีรายงานความชุกตั้งแต่ร้อยละ 23 – 52 (เฉลิมขวัญ ภู่เหลือ, 2559, ชลธิชา ดานา, 2560) เนื่องมาจากระยะเวลาที่ทำการศึกษาแตกต่างกัน สถานะทางเศรษฐกิจสังคมภาวะโภชนาการ โอกาสการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข หรือมีเกณฑ์การวินิจฉัยที่แตกต่างกัน ผลกระทบของภาวะโลหิตจางต่อมารดา เช่น อ่อนเพลีย ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำมีภาวะติดเชื้อได้ง่าย (WHO, 2019: Online) หากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีการเสียเลือดจากการตั้งครรภ์หรือการคลอดอาจทำให้เกิดอาการรุนแรง หรือเสียชีวิตสูงกว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีจำนวนเม็ดเลือดแดงปกติ (Ekstrom & et al., 2019: Online) ส่วนผลกระทบต่อทารกคือทารกมีน้ำหนักแรกคลอดน้อย คลอดก่อนกำหนด ภาวะแท้ง หรือทารกตายในครรภ์ พัฒนาการทางร่างกายและสมองไม่สมบูรณ์ ภาวะโตช้าในครรภ์ และเกิดการเจ็บป่วยง่ายภายหลังคลอด (ชลธิชา ดานา, 2560, WHO, 2019: Online)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ คือค่าฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ต่ำกว่า 11 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) น้อยกว่า 33 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เป้าหมายงานอนามัยแม่และเด็กตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กไม่เกินร้อยละ 10 จากรายงานทะเบียนคลอดโรงพยาบาลหนองคาย ปี พ.ศ. 2558-2562 พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 29.01, 32.80, 23.40, 16.75 และ 25.89 และพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางเมื่อคลอด ร้อยละ 11.68, 13.67, 19.71, 21.06 และ 32.96 ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลหนองคายประสบปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางเกินเกณฑ์ที่กำหนด และยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์มาโดยตลอด แต่ยังไม่สามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ลงได้ ส่วนหนึ่งเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ยังไม่ได้รับการตรวจรักษาอย่างชัดเจนถึงสาเหตุของภาวะโลหิตจางเพื่อที่จะได้รับการรักษา โรงพยาบาลหนองคายเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดมีขอบเขตการดูแลหญิงตั้งครรภ์ครอบคลุมทั้งจังหวัด และระดับอำเภอของจังหวัดที่ใกล้เคียง ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลหนองคายส่วนหนึ่งไม่ได้ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลหนองคาย จึงทำให้ไม่สามารถคัดกรองตรวจรักษาแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางของมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลหนองคายได้ทั้งหมด ผู้ทำการวิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาความชุกของภาวะโลหิตจางในมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลหนองคาย รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะนี้ เพื่อที่จะได้นำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ของจังหวัดหนองคายเพื่อให้บริการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางเชิงรุก อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะโลหิตจางในมารดาที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลหนองคาย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในมารดาที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลหนองคาย

**ขอบเขตการวิจัย**

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ (Descriptive retrospective and analytic study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบบันทึกการคลอดของมารดาที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลหนองคาย

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** เป็นมารดาที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2562 ระยะเวลา 1 ปี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ มีผลการตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงครบ 2 ครั้งไม่จำกัดอายุครรภ์ โดยตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงครั้งแรกเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และครั้งที่ 2 เมื่อมาคลอด เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีประวัติของการเป็นโรคเลือดอื่นๆ เช่น โรคธาลัสซีเมีย ภาวะพร่องเอ็นไซม์ G-6PD Systemic Lupus Erythematosus และ Aplastic anemia ได้กลุ่มศึกษาเป็นมารดาที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 712 คน กลุ่มควบคุมเป็นมารดาที่ไม่มีภาวะโลหิตจางจำนวน 1,590 คน รวมทั้งสิ้น 2,302 คน

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยทำหนังสือขอพิจารณาจริยธรรมเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย โดยโครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนโรงพยาบาลหนองคาย ในด้านการเก็บข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลเป็นความลับและการเปิดเผยข้อมูลเฉพาะในรูปแบบที่เป็นการสรุปผลการศึกษาทางวิชาการ

**เครื่องมือ**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามมี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1ปัจจัยส่วนบุคล ได้แก่ อายุ สัญชาติ ภูมิลำเนา อาชีพ ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ ได้แก่ ลำดับการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อ HIV ภาวะโลหิตจางเมื่อฝากครรภ์ โรคประจำตัว และส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการคลอด ได้แก่ ประวัติการคลอด อายุครรภ์เมื่อคลอด ดัชนีมวลกายก่อนคลอด น้ำหนักก่อนคลอด ภาวะน้ำคร่ำน้อย ภาวะถุงน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว วิธีคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด

เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยตรงและคัดลอกข้อมูลจากสมุดอนามัยแม่และเด็กของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอด รวมถึงประวัติการคลอด

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับข้อมูลประวัติการฝากครรภ์ การคลอดและภาวะโลหิตจาง ด้วย ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าต่ำ (minimum) และค่าสูง (maximum)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ และ ปัจจัยด้านการคลอด โดยใช้สถิติ Chi – square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

**นิยามศัพท์**

**ภาวะโลหิตจาง** หมายถึง ภาวะที่ระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัม/ดล. หรือค่าความ เข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าร้อยละ 33

**ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit)** หมายถึง ปริมาตรของเม็ดเลือดแดงที่อัดแน่น คิดเป็นร้อยละของปริมาตรเลือดทั้งหมด ซึ่งได้จากการปั่นแยก จากเครื่อง Zentrifugen Heamatokrit 24 ถือว่าระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงน้อยกว่าร้อยละ 33 ในหญิงตั้งครรภ์ เป็นผู้มีภาวะโลหิตจาง

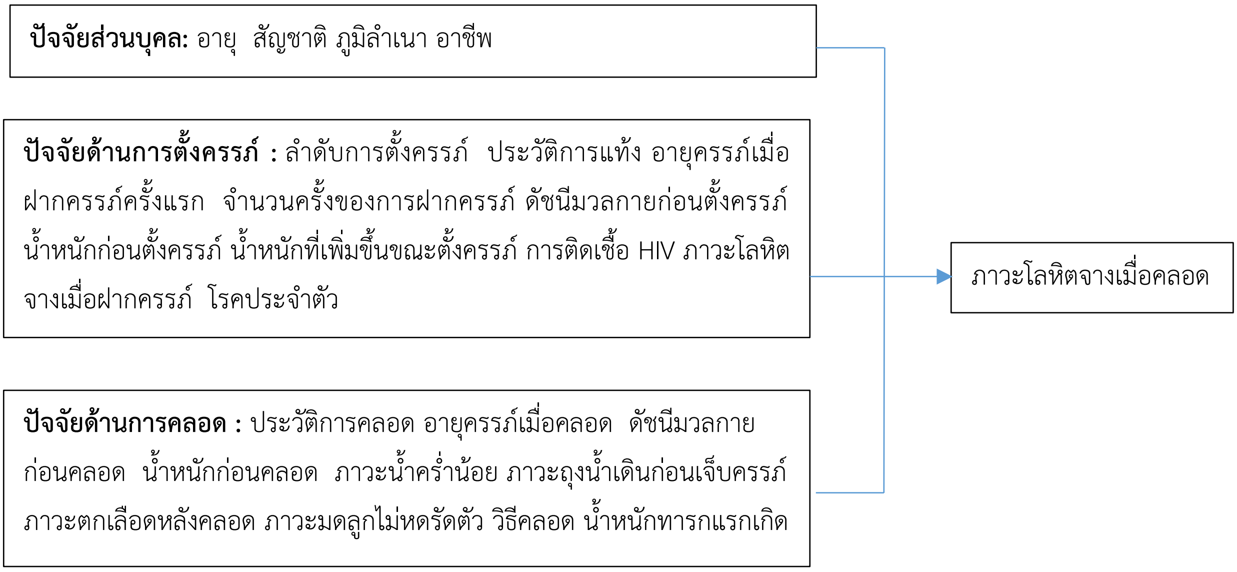
**ความชุกของภาวะโลหิตจาง** หมายถึง จำนวนมารดาที่มีภาวะโลหิตจางต่อจำนวนมารดาที่มาคลอดทั้งหมดในเวลาที่ศึกษา

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง** หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $P< 0.05$

**ประโยชน์ที่ได้รับ**

ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคคลากรในทีมสุขภาพในการจัดบริการหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจาง อันจะนำไปสู่ ภาวะสุขภาพที่ดีทั้งมารดาและทารก

**กรอบแนวคิดการวิจัย**




**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วย ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent)  ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าต่ำสุด (minimum) และค่าสูงสุด (maximum) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆโดยใช้สถิติ Chi – square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

**ผลการวิจัย**

ผลการศึกษามารดาที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลหนองคาย จำนวนทั้งหมด 2,302 คนพบว่าค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเลือด (mean) ทั้งหมดร้อยละ 35.062 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 3.605 พบมารดาที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 712 คน คิดเป็นร้อยละ 30.90 โดยความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจะนำเสนอ 3 ส่วนคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ และ ปัจจัยด้านการคลอด ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลพบความชุกของภาวะโลหิตจางมากในกลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี สัญชาติไทย ภูมิลำเนานอกเขตอำเภอเมืองหนองคาย และเป็นแม่บ้านไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 38.08, 31.25, 32.98 และ 33.68 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในมารดาที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลหนองคาย จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (N=2,302)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | กลุ่มศึกษา (n=712) | | กลุ่มควบคุม (n=1,590) | | รวม | ความชุกของภาวะโลหิตจาง | $\chi^2$ | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | ร้อยละ | | |
| **อายุ** | | | | | | | | |
| น้อยกว่า 20 ปี | 107 | 15.0 | 174 | 10.9 | 281 | 38.08 | 6.747 | 0.009* |
| 20-34 ปี | 516 | 72.7 | 1,197 | 75.3 | 1,713 | 30.12 | 1 | |
| 35ปี ขึ้นไป | 89 | 12.5 | 219 | 13.8 | 308 | 28.90 | 0.133 | 0.715 |
| | | | Mean (SD) 27.09 (6.335), Min 13, Max 47 | | | | | |
| **สัญชาติ** | | | | | | | 0.605 | 0.437 |
| ไทย | 621 | 87.2 | 1,366 | 85.9 | 1,987 | 31.25 | | |
| ลาว | 91 | 12.8 | 224 | 14.1 | 315 | 28.89 | | |

**ตารางที่ 1** ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในมารดาที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลหนองคาย จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (N=2,302) (ต่อ)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | กลุ่มศึกษา (n=712) | | กลุ่มควบคุม (n=1,590) | | รวม | ความชุกของภาวะโลหิตจาง | $\chi^2$ | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | ร้อยละ | | |
| **ภูมิลำเนา** | | | | | | | 0.052 | 0.820 |
| ในเขต | 310 | 43.5 | 702 | 44.2 | 1,012 | 30.63 | | |
| นอกเขต | 402 | 56.5 | 888 | 55.8 | 1,219 | 32.98 | | |
| **อาชีพ** | | | | | | | 2.180 | 0.536 |
| เกษตรกร/รับจ้าง/ค้าขาย | 592 | 83.1 | 1,328 | 83.5 | 1,920 | 30.83 | | |
| แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน | 67 | 9.5 | 132 | 8.3 | 199 | 33.68 | | |
| นักเรียน/นักศึกษา | 32 | 4.5 | 67 | 4.2 | 99 | 32.32 | | |
| รับราชการ | 21 | 2.9 | 63 | 4.0 | 84 | 25.00 | | |

* p <0.05

ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์พบความชุกของภาวะโลหิตจางมากในกลุ่มมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งที่สองขึ้นไป และมีประวัติการแท้ง ร้อยละ 32.39 และ 34.15 ตามลำดับ มารดาที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป และฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งพบความชุกมาก ร้อยละ 36.31 และ 36.85 ตามลำดับ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 18.5 กก./ม.$^2$ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 45 กิโลกรัม และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์น้อยกว่า 15 กิโลกรัม พบความชุกมากร้อยละ 37.87, 36.17 และ 32.30 ตามลำดับ มารดาที่ติดเชื้อ HIV พบความชุกมากร้อยละ50 แต่พบความชุกมากในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวมากกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวร้อยละ 31.10 และ 25.37 ตามลำดับ และยังพบว่ามารดาที่มีภาวะโลหิตจางเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกพบความชุกของภาวะโลหิตจางเมื่อคลอดร้อยละ 63.36 (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในมารดา ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลหนองคายจำแนกตามปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ (N=2,302)

| ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ | กลุ่มศึกษา (n=712) | | กลุ่มควบคุม (n=1,590) | | รวม | ความชุกของภาวะโลหิตจาง | $\chi^2$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | ร้อยละ | |
| **ลำดับการตั้งครรภ์** | | | | | | | 3.066 |
| ครรภ์แรก | 279 | 39.2 | 686 | 43.1 | 965 | 28.91 | |
| ครรภ์หลัง | 433 | 60.8 | 904 | 56.9 | 1,337 | 32.39 | |
| **ประวัติการแท้ง** | | | | | | | 1.941 |
| ไม่เคยแท้ง | 587 | 82.4 | 1,349 | 84.8 | 1,936 | 30.32 | |
| เคยแท้ง | 125 | 17.6 | 241 | 15.2 | 366 | 34.15 | |

**ตารางที่ 2** ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในมารดา ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลหนองคายจำแนกตามปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ (N=2,302)

| ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ | กลุ่มศึกษา (n=712) | | กลุ่มควบคุม (n=1,590) | | รวม | ความชุกของภาวะโลหิตจาง | $\chi^2$ | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | ร้อยละ | | |
| **อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์** | | | | | | | 26.840 | <0.001* |
| น้อยกว่า 12 สัปดาห์ | 322 | 45.2 | 906 | 57.0 | 1,228 | 26.22 | | |
| 12 สัปดาห์ ขึ้นไป | 390 | 54.8 | 684 | 43.0 | 1,074 | 36.31 | | |
| **จำนวนครั้งการฝากครรภ์** | | | | | | | 18.489 | <0.001* |
| ครบ 5 ครั้ง | 429 | 50.3 | 1,105 | 69.5 | 1,534 | 27.97 | | |
| ไม่ครบ 5 ครั้ง | 283 | 39.7 | 485 | 30.5 | 768 | 36.85 | | |
| **ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์** | | | | | | | | |
| น้อยกว่า 18.5 กก./ม.$^2$ | 167 | 23.5 | 274 | 17.2 | 441 | 37.87 | 3.739 | 0.053 |
| 18.5 -22.9 กก./ม.$^2$ | 379 | 53.2 | 784 | 49.3 | 1,163 | 32.59 | 1 | |
| 23 กก./ม.$^2$ ขึ้นไป | 166 | 23.3 | 532 | 33.5 | 698 | 23.78 | 15.911 | <0.001* |
| | | | Mean (SD) 21.891 (4.148), Min 11.69, Max 40.77 | | | | | |
| **น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์** | | | | | | | 4.653 | 0.310 |
| น้อยกว่า 45 กก. | 119 | 16.7 | 210 | 13.2 | 329 | 36.17 | | |
| 45 กก. ขึ้นไป | 593 | 83.3 | 1,380 | 86.8 | 1,973 | 30.06 | | |
| | | | Mean (SD) 54.505 (1.094), Min 33, Max 125 | | | | | |
| **น้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์** | | | | | | | 2.334 | 0.127 |
| น้อยกว่า 15 กก. | 408 | 57.3 | 855 | 53.8 | 1,263 | 32.30 | | |
| 15 กก. ขึ้นไป | 304 | 42.7 | 735 | 46.2 | 1,039 | 29.26 | | |
| | | | Mean (SD) 14.028 (5.549), Min 0.50, Max 49.0 | | | | | |
| **การติดเชื้อ HIV** | | | | | | | - | 0.262** |
| Negative | 708 | 99.4 | 1,586 | 99.7 | 2,294 | 30.86 | | |
| Positive | 4 | 0.6 | 4 | 0.3 | 8 | 50.00 | | |
| **โรคประจำตัว** | | | | | | | 0.747 | 0.387 |
| ไม่มี | 695 | 97.6 | 1,540 | 96.9 | 2,235 | 31.10 | | |
| มี | 17 | 2.4 | 50 | 3.1 | 67 | 25.37 | | |
| **ภาวะโลหิตจางเมื่อฝากครรภ์** | | | | | | | 448.55 | <0.001* |
| Hct น้อยกว่า 33 % | 415 | 58.3 | 240 | 15.1 | 655 | 63.36 | | |
| Hct 33 % ขึ้นไป | 297 | 41.1 | 1,350 | 84.9 | 1,647 | 18.03 | | |
| | | | Mean (SD) 37.767 (3.656), Min 20.50, Max 48.20 | | | | | |

* p <0.05, ** Fisher’s exact test

ปัจจัยด้านการคลอดพบความชุกของภาวะโลหิตจางในกลุ่มมารดาที่เคยคลอดบุตร อายุครรภ์เมื่อคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์และผ่าตัดคลอดร้อยละ 32.89, 36.80 และ 34.56 ตามลำดับ ดัชนีมวลกายก่อนคลอดน้อยกว่า 23 กก./ม.$^2$ และน้ำหนักก่อนคลอดน้อยกว่า 50 กก. พบความชุกร้อยละ 43.31 และ 38.89 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดพบความชุกของภาวะโลหิตจางมากในกลุ่มที่ไม่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยมากกว่ากลุ่มที่มีน้ำคร่ำน้อย ร้อยละ 31.06 และ15.79 ตามลำดับ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะมดลูกไม่หดรัดตัวและภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อน

กำหนดพบความชุกมากร้อยละ 36.36 , 50.0 และ 46.75 ตามลำดับ ส่วนผลลัพธ์จากการตั้งครรภ์พบความชุกของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 38.37 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในมารดาที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น p<0.05 ได้แก่ มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี (p=0.009) ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป (p<0.001) ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง (p<0.001) ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ 23 กก./ม.$^2$ ขึ้นไป (p<0.001) มีภาวะโลหิตจางเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก (p<0.001) เคยคลอดบุตร (p=0.038) ผ่าตัดคลอด (p<0.001) ดัชนีมวลกายก่อนคลอดน้อยกว่า 23 กก./ม.$^2$ (p<0.001) มีภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์ (p=0.003) และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (p=0.010) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในมารดาที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลหนองคายจำแนกตามปัจจัยด้านการคลอด (N=2,302)

| ปัจจัยด้านการคลอด | กลุ่มศึกษา (n=712) | | กลุ่มควบคุม (n=1,590) | | รวม | ความชุกของภาวะโลหิตจาง | $\chi^2$ | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | ร้อยละ | | |
| **ประวัติการคลอด** | | | | | | | 4.295 | 0.038* |
| ไม่เคยคลอด | 318 | 44.7 | 786 | 49.4 | 1,104 | 28.80 | | |
| เคยคลอด | 394 | 53.3 | 804 | 50.6 | 1,198 | 32.89 | | |
| **อายุครรภ์เมื่อคลอด** | | | | | | | 3.837 | 0.050 |
| น้อยกว่า 37 สัปดาห์ | 85 | 11.9 | 145 | 9.2 | 231 | 36.80 | | |
| 37 สัปดาห์ ขึ้นไป | 627 | 88.1 | 1,444 | 90.8 | 2,071 | 30.28 | | |
| | Mean (SD) 37.94 (2.029), Min 24, Max 42 | | | | | | | |
| **ประวัติการคลอด** | | | | | | | 4.295 | 0.038* |
| ไม่เคยคลอด | 318 | 44.7 | 786 | 49.4 | 1,104 | 28.80 | | |
| เคยคลอด | 394 | 53.3 | 804 | 50.6 | 1,198 | 32.89 | | |
| วิธีคลอด | | | | | | | | |
| ผ่าตัดคลอด | 413 | 58.0 | 782 | 49.2 | 1,195 | 34.56 | 14.245 | |
| | | | | | | | | <0.001* |
| คลอดทางช่องคลอด | 294 | 41.3 | 729 | 49.6 | 1,083 | 27.15 | 1 | |
| F/E, V/E | 5 | 0.7 | 19 | 1.2 | 24 | 20.83 | 0.208 | 0.648 |
| ดัชนีมวลกายก่อนคลอด | | | | | | | 22.587 | <0.001* |
| น้อยกว่า 23 กก./ม.2 | 123 | 17.3 | 161 | 10.1 | 284 | 43.31 | | |
| 23 กก./ม.2 ขึ้นไป | 589 | 82.7 | 1,429 | 89.9 | 2,018 | 29.19 | | |
| | Mean (SD) 37.525 (4.391), Min 17.24, Max 50.50 | | | | | | | |
| **น้ำหนักก่อนคลอด** | | | | | | | 1.280 | 0.285 |
| น้อยกว่า 50 กก. | 21 | 2.9 | 33 | 2.1 | 54 | 38.89 | | |
| 50 กก. ขึ้นไป | 691 | 97.1 | 1,557 | 97.9 | 2,248 | 30.64 | | |
| | Mean (SD) 68.525 (1.176), Min 41, Max 160 | | | | | | | |
| **ภาวะน้ำคร่ำน้อย** | | | | | | | 1.403 | 0.236 |
| มี | 3 | 0.4 | 16 | 1.0 | 19 | 15.79 | | |
| ไม่มี | 709 | 99.6 | 1,574 | 99.0 | 2,283 | 31.06 | | |

**ตารางที่ 3** ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในมารดาที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลหนองคายจำแนกตามปัจจัยด้านการคลอด (N=2,302) (ต่อ)

| ปัจจัยด้านการคลอด | กลุ่มศึกษา (n=712) | | กลุ่มควบคุม (n=1,590) | | รวม | ความชุกของภาวะโลหิตจาง | $\chi^2$ | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | ร้อยละ | | |
| **ภาวะตกเลือดหลังคลอด** | | | | | | | - | 0.747** |
| มี | 4 | 0.6 | 7 | 0.4 | 11 | 36.36 | | |
| ไม่มี | 708 | 99.4 | 1,583 | 99.6 | 2,291 | 30.90 | | |
| **ภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว** | | | | | | | - | 0.301** |
| มี | 5 | 0.7 | 5 | 0.3 | 10 | 50.00 | | |
| ไม่มี | 707 | 99.3 | 1,585 | 99.7 | 2,292 | 30.85 | | |
| **ภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์** | | | | | | | 8.586 | 0.003* |
| มี | 36 | 5.1 | 41 | 2.6 | 77 | 46.75 | | |
| ไม่มี | 676 | 94.9 | 1,549 | 97.4 | 2,225 | 30.38 | | |
| **น้ำหนักทารกแรกเกิด** | | | | | | | 6.716 | 0.010* |
| น้อยกว่า 2,500 กรัม | 94 | 13.2 | 151 | 9.5 | 245 | 38.37 | | |
| 2,500 กรัม ขึ้นไป | 618 | 86.8 | 1,439 | 90.5 | 2,057 | 30.04 | | |
| | | | Mean (SD) 2973.57 (507.210), Min 280, Max 4,770 | | | | | |
| **ภาวะโลหิตจางเมื่อคลอด** | | | | | | | | |
| Hct น้อยกว่า 33 % | 712 | 30.9 | | | | | | |
| Hct 33 % ขึ้นไป | 1,590 | 69.1 | | | | | | |
| | | | Mean (SD) 35.062 (3.605), Min 20.50, Max 48.20 | | | | | |

* $p < 0.05$, ** Fisher's exact test

**อภิปรายผล**

ความชุกของภาวะโลหิตจางในมารดาผลการศึกษาพบความชุกของภาวะโลหิตจางในมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปีร้อยละ 38.08 และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.009) สอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิมขวัญ ภู่เหลือ (2559) ที่พบความชุกมากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาของปรัชญา กาญจนโสภณ (2555) และจิตตระการ ศุกร์ดี และ ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร (2559) ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโลหิตจางได้แก่ อายุน้อยกว่า 20 ปี ส่วนสุนารี พิชญ์ชัยประเสริฐ (2558) ศึกษาพบว่ามารดาที่มีโลหิตจางมีอายุน้อยกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง อธิบายได้ว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี เป็นกลุ่มของ teenage pregnancy เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตของร่างกาย การตั้งครรภ์เพิ่มความต้องการใช้ธาตุเหล็กมากเพื่อใช้ในการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และการสร้างเม็ดเลือดแดง วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยเรียนการดูแลเรื่องสุขภาพและอาหารในขณะตั้งครรภ์น้อย วัยรุ่นมักเลือกรับประทานอาหารที่ตนเองชอบซึ่งอาจทำให้ได้รับสารอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมอาจมีการฝากครรภ์ช้าจึงเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจาง

ปัจจัยด้านการฝากครรภ์

ด้านการฝากครรภ์การศึกษาครั้งนี้พบความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์อายุครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ฝากครรภ์ไม่ครบ และพบว่าวะโลหิตจางเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 36.31, 36.85, และ 63.36 ตามลำดับ ทั้งสามปัจจัยนี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรัชญา กาญจนโสภณ (2555) ที่พบว่าปัจจัยการฝากครรภ์มีผลต่อภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ เฉลิมขวัญ ภู่เหลือ (2559) พบความชุกของภาวะโลหิตจางมากในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และยังพบว่าค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงครั้งแรกเมื่อมาฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะ

โลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับชบาไพร สุขกาย และ จิราพร เขียวอยู่ (2555) ศึกษาพบความชุกของภาวะโลหิตจางเท่ากับร้อยละ 26.1

ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจาง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางคือการมีประวัติเป็นโรคโลหิตจาง (OR= 3.66, 95% CI= 1.54-8.70) การฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์ 14 สัปดาห์ขึ้นไป (OR= 2.16, 95% CI=1.39-3.37) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริฉัตร รองศักดิ์ ประนอม พูลพัฒน์ และมยุรัตน์ รักเกียรติ (2559) ที่พบว่าช่วงอายุที่มีฝากครรภ์ครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) เช่นเดียวกับการศึกษาของจิตตระการ ศุกร์ดี และ ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร (2559) ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้แก่ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) สอดคล้องกับการศึกษาของผาสุข กัลย์จารึก (2558) ที่พบว่าหญิงที่มีภาวะโลหิตจางที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์พบภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสุนารี พิชญ์ชัยประเสริฐ (2558) ศึกษาพบว่ามารดาที่มีโลหิตจางฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่ามารดาที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง เนื่องจากพยาธิสรีระของหญิงตั้งครรภ์มีการเพิ่มของเลือด พลาสม่า และเม็ดเลือดแดงเพื่อใช้ในการสร้างเซลล์ร่างกายของทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพเมื่อมารับบริการฝากครรภ์ตามนัด เช่นการคัดกรองและติดตามประเมินภาวะผิดปกติต่างๆ การให้คำ แนะนำการปฏิบัติตนในการตั้งครรภ์ รวมถึงการให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กให้รับประทานตลอดการตั้งครรภ์ ดังนั้นการมาฝากครรภ์ช้า หรือฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์อาจทำให้ได้รับการคัดกรองช้า ได้รับ ยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันหรือรักษาภาวะโลหิตจางไม่เพียงพอ จนทำให้เกิดภาวะโลหิตจางขณะคลอดได้

การศึกษานี้ยังพบว่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ตั้งแต่ 23 กก./ม.$^2$ ขึ้นไป และดัชนีมวลกายก่อนคลอดน้อยกว่า 23 กก./ม.$^2$ ทั้งสองปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมขวัญ ภู่เหลือ (2559) ที่พบว่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ และน้ำหนักก่อนคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินอกจากนี้การศึกษาของสุนารี พิชญ์ชัยประเสริฐ (2558) พบว่ามารดาที่มีโลหิตจางมีน้ำหนักน้อยกว่า ฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่ามารดาที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ามารดาที่เคยคลอดบุตรและผ่าตัดคลอดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.038$) และ ($p<0.001$) ตามลำดับ สอดคล้องกับปรัชญา กาญจนโสภณ (2555) ที่ศึกษาพบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อายุ ($p=0.001$) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ($p<0.001$) จำนวนครั้งของการแท้งบุตร ($p=0.003$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของชบาไพร สุขกาย และ จิราพร เขียวอยู่ (2555) ที่พบว่าความชุกของภาวะโลหิตจางเท่ากับร้อยละ 26.1 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มากกว่าสามครั้งขึ้นไป (OR= 2.33, 95 CI=1.12-4.83) เป็นหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจาง สามารถอธิบายได้ว่าร่างกายจะมีการสูญเสียเลือดและธาตุเหล็กในแต่ละครั้งที่คลอดรวมทั้งการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่โดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะห่างระหว่างการคลอดน้อยกว่า 2 ปี อีกทั้งการมีบุตรมีผลถึงเศรษฐกิจค่าใช้จ่ายของครอบครัว หญิงที่มีบุตรแล้วมักให้ความใส่ใจกับการหาเลี้ยงชีพ จนอาจทำให้ลืมรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก หรือขาดความใส่ใจในการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงเพื่อให้ได้สารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

ส่วนผลลัพธ์การคลอดพบว่าทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมมีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.010$) สอดคล้องกับผาสุข กัลย์จารึก (2558) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) คือทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

**ข้อเสนอแนะ**

ผู้วิจัยนำผลการวิจัยเสนอคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health) ระดับจังหวัดเพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานในระดับนโยบายและหน่วยบริการในพื้นนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายการให้บริการ และจัดบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ตรงกับกลุ่มเป้าหมายทั้งในด้านการเฝ้าระวังความเสี่ยงตามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางและการดูแลเมื่อเกิดภาวะโลหิตจางเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อทารกและมารดาเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและหลังคลอด ดังต่อไปนี้

1. การบริการในชุมชน มีการค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่ม teenage pregnancy ผู้ให้บริการฝากครรภ์ควรประสานข้อมูลกับครอบครัวและเครือข่ายในชุมชน อสม. แกนนำแม่และเด็ก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ได้รับการฝากครรภ์เร็วที่สุดและฝากครรภ์สม่ำเสมอตามนัด

2. การบริการในคลินิก มีการจัดบริการตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ มีการทบทวนความรู้ ความสามารถบุคลากรให้มีความพร้อมในการบริการในคลินิก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงและรับการดูแลรักษาอย่างครบถ้วนเมื่อมารับบริการ มีการประสาน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่นโภชนากรในการส่งเสริมด้านอาหาร การดูแลเรื่องน้ำหนักที่เหมาะสมในข ณะตั้งครรภ์เพื่อให้ดัชนีมวลกายหญิงตั้งครรภ์เป็นไปตามความเหมาะสม เภสัชกรดูแลเรื่องการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกต้อง เป็นต้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริ การที่มีคุณภาพและมีบริการเสริมความรู้แก่ครอบครัวเพื่อให้มีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย หัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม ที่อนุญาตให้ทำวิจัยและนำเสนอการวิจัยนี้ ขอขอบคุณ ดร.มณฑิชา เจนพาณิชทรัพย์ และ นางสายใจ สุวรรณศรี ที่ให้ความช่วยเหลือเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณพยาบาลห้องคลอดที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

**เอกสารอ้างอิง** ( จัดรูปแบบใหม่)

จิตตระการ ศุกร์ดี และ ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. 2559. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของสตรีตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพ: วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.

เฉลิมขวัญ ภู่เหลือ. 2559. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา. กรุงเทพ: วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย.

ชลธิชา ตานา. 2017. ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์. (online).cited 2017 October 25). Available from: URL:http://www.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id

ชบาไพร สุขกาย, จิราพร เขียวอยู่ 2555. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. ขอนแก่น: ศรีนครินทร์เวชสาร.

ปรัชญา กาญจนโสภณ. 2555. ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่คลอด ณ โรงพยาบาลกระบี่ : ความชุกปัจจัยเสี่ยง กรุงเทพ: วารสารวิชาการแพทย์.

ผาสุข กัลย์จารึก. 2558. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลอู่ทองอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. กรุงเทพ: วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.

ศิริฉัตร รองศักดิ์ ประนอม พูลพัฒน์ และ มยุรัตน์ รักเกียรติ. 2560. ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. กรุงเทพ: วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.

สุนารี พิชญ์ชัยประเสริฐ. 2558. ความสัมพันธ์และความสำคัญทางคลินิกระหว่างทารกน้ำหนักน้อยและภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลสุรินทร์. กรุงเทพ: วารสารการแพทย์.

Buckley & Kulb. Handbook of maternal and new born nursing. 2019. (ออนไลน์ ) เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2562 Oct 24. สืบค้นจาก: http://www.chulabook.com/home.asp

Ekstrom & et al., 2019. Iron Deficiency Anemia and School Participation. (online) cited 2019 October 24. Available from: http://karlan.yale.edu/fieldexperiments/pdf

Treatments for iron-deficiency anemia in pregnancy. 2019. The WHO Reproductive Health Library (ออนไลน์ ) เข้าถึงเมื่อ 24 พฤษภาคม 2562 สืบค้นจากL:http://www.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/medical

World Health Organization. 2008. The WHO Reproductive Health Library ออนไลน์ ) เข้าถึงเมื่อ 24 พฤษภาคม 2562. สืบค้นจาก : http://www.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/anaemia

# การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยโรงพยาบาลศรีสงคราม

กรมรี แพงดี
โรงพยาบาลศรีสงคราม

Received: 3 February 2020
Revised:   3 April 2020
Accepted: 29 April 2019

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้  มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ดำเนินการวิจัยในเดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562  กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน คัดเลือกโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง  ดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ผู้ร่วมวิจัย 10 คน ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยศรีสงครามโมเดล ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงและแบบฟอร์มการดูแลรายบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพื้นฐานและ t-test ระหว่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดหลังการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมกับค่าเกณฑ์มาตรฐาน 2,500 กรัม

ผลการวิจัยพบว่า   1. การคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย 40 ราย  ซึ่งพบว่าเสี่ยงมาก 72.50% และเสี่ยงปานกลาง 27.50%   ได้รับการส่งต่อทุกรายไปยังหน่วยจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม  2. ระบบการดูแลตามแบบศรีสงครามโมเดล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) จัดตั้งหน่วยจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย   2) การวิเคราะห์ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย 3) การดูแลเพื่อจัดการปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยอย่างต่อเนื่อง 3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิด หลังการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย พบว่า ทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก (2,905 กรัม, SD. = 248.02) สูงกว่าค่าเกณฑ์ (2,500 กรัม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .00)

ผลการวิจัยครั้งนี้  สามารถแก้ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยได้จริง ควรนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ** : การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์, การคลอดทารกน้ำหนักน้อย

## The Development of A Caring System for Maternal Risk of Low Birth Weight Newborns, Sri Songkhram Hospital.

Kromaree  Pangdee

## Abstract

The purposes of this action research was to develop a caring system for maternal risk of low birth weight (LBW) newborns. 40 purposive participants were collected the data from October 2018 to September 2019. The research process consisted of three phases: Phase 1, analyzed situation, studied relevant research documents and managed a meeting to clarify ten collaborators regarding to collect the data.  Phase 2, developed the ‘Sri Songkhram’ caring system model for maternal risk for LBW babies. Phase 3, evaluated the ‘Sri Songkhram’ caring system model.  Data were collected using a risk screening and individualized care forms for pregnancy.  Collected data were analyzed by descriptive statistics: percentages, means and standard deviations. T-test was used to compare average birth weight between the newborns who weighed less than 2,500 grams to the standard weight of 2,500 grams after maternal attending the caring system program.

The findings revealed as follow: (1). 40 pregnant women who were at risk of giving underweight neonates were given consults at LBW unit (<2,500 grams). They were found at high and moderate risk at 72.50% and 27.50% respectively. (2) Sri songkhram model care system was developed by the researchers. It included three components which were 1) established a LBW management unit (LBW Unit); 2) Analyzed problems of pregnant women who were at risk of giving underweight infants and 3) developed good maternal care continuously to solve the problems of risk pregnancy of LBW babies. (3) After maternal attending the Sri Songkhram program, when compared results of the mean birth weight between the maternal risk of LBW newborns (2,905 grams) to the pregnancy of standard weight ones (2,500 grams), it was found statistically significant at 0.05 (p value = .00, SD. = 248.02)

Conclusions and suggestions: By attending Sri Songkhram' caring system model, pregnant women who are at risk of underweight newborns were aware of the causes of LBW and could manage good maternal care of themselves. This resulted in giving standard weight newborns. It was, therefore, recommended to apply this model to take care continuously of the pregnancy who were at risk of giving LBW newborns.

Keywords : Care system for pregnancy, Low birth weight newborn.

**บทนำ**

จากการประชุมสุดยอดโลก ในปี 2548 ได้มีการกำหนด แผนงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรที่เรียกว่า "เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ" (Millennium Development Goals หรือ MDGs) โดยกำหนดการบรรลุเป้าหมายภายในปี พ.ศ.2558 ซึ่งในเป้าหมายที่ 4 ระบุว่าต้องลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลงให้ได้ 2 ใน 3 ส่วน อย่างไรก็ดีขณะนี้ได้พบสถานการณ์ที่อาจทำให้การพัฒนาไม่บรรลุเป้าหมาย กล่าวคือในแต่ละปีมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตประมาณ 9 ล้านคน ในจำนวนนี้ร้อยละ 40 หรือประมาณ 4 ล้านคนเสียชีวิตภายใน 28 วันหลังคลอด (Neonatal Deaths) ทั้งนี้ สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในระยะนี้มาจาก 3 สาเหตุหลัก คือ การติดเชื้อ การขาดออกซิเจนหรือได้รับบาดเจ็บขณะคลอด และภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย (World Health Organization [WHO], 2019) ดังนั้น การแก้ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจะทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตของทารกได้ถึงร้อยละ 40-80 ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลดลงและทำให้บรรลุแผนการพัฒนาแห่งสหัสวรรษในเป้าหมายที่ 4 อีกด้วย นับได้ว่าเป็นการลงทุนด้านการพัฒนาคุณภาพประชากรที่คุ้มค่าและมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อทุกประเทศ จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่าทารกมากกว่า 20 ล้านคน มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (ร้อยละ 15.50) และสูงเป็น 2 เท่า ของประเทศที่พัฒนาแล้ว (ร้อยละ 7.00) นอกจากนี้ ทารกส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (ร้อยละ 95.60) สาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด และการเกิดภาวะการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intra Uterine Growth Retardation: IUGR) ซึ่งในประเทศไทยพบว่า 2 ใน 3 ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด และมีอัตราการเกิดภาวะ IUGR ร้อยละ 3 (กรมอนามัย, 2554)

สำหรับประเทศไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญของปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยนี้ จึงได้มีการกำหนดเป้าหมายตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 7 จนถึงปัจจุบันใช้แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) โดยให้มีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ไม่เกินร้อยละ 7 ซึ่งจากการกำหนดเป้าหมายดังกล่าว ส่งผลให้กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ ๕ ครั้ง โดยการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ส่งผลให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2557-2561 พบว่า ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 5.07, 5.86, 5.63, 5.88 และ 6.21 ตามลำดับ โดยมีทารกคลอดเฉลี่ย 305,920 คนต่อปี และทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ร้อยละ 5.73 ขณะที่จังหวัดนครพนมมีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในปี 2557 - 2561 ร้อยละ 5.27, 8.51, 5.10, 4.27 และ 6.35 ตามลำดับ พบว่า ปี 2558 อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีอัตราที่เกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ส่วนอัตราทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อำเภอศรีสงคราม ปี 2557-2561 ร้อยละ 8.62, 16.07, 4.66, 4.78 และ 6.82 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จะเห็นว่าในปี 2557 และปี 2558 อัตราทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500

กรัม เกินค่าเป้าหมายที่กำหนด ส่งผลต่อภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็ก (กรมอนามัย, 2554) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อำเภอศรีสงคราม ระบบการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยโดยเฉพาะรายบุคคล และการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight Management Unit : LBW Unit) ยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้อัตราทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเพิ่มสูงขึ้นในปี 2561 ดังนั้น ผู้วิจัยและคณะจึงสนใจที่จะศึกษา “การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลศรีสงคราม” เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของอำเภอศรีสงคราม และเกิดแนวทางหรือรูปแบบในการปฏิบัติงานที่เป็นแนวทางเดียวกัน เกิดคุณภาพการดูแลมารดาและทารกที่มีคุณภาพต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อศึกษาการพัฒนาและผลการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลศรีสงคราม

**วิธีดำเนินการวิจัย**

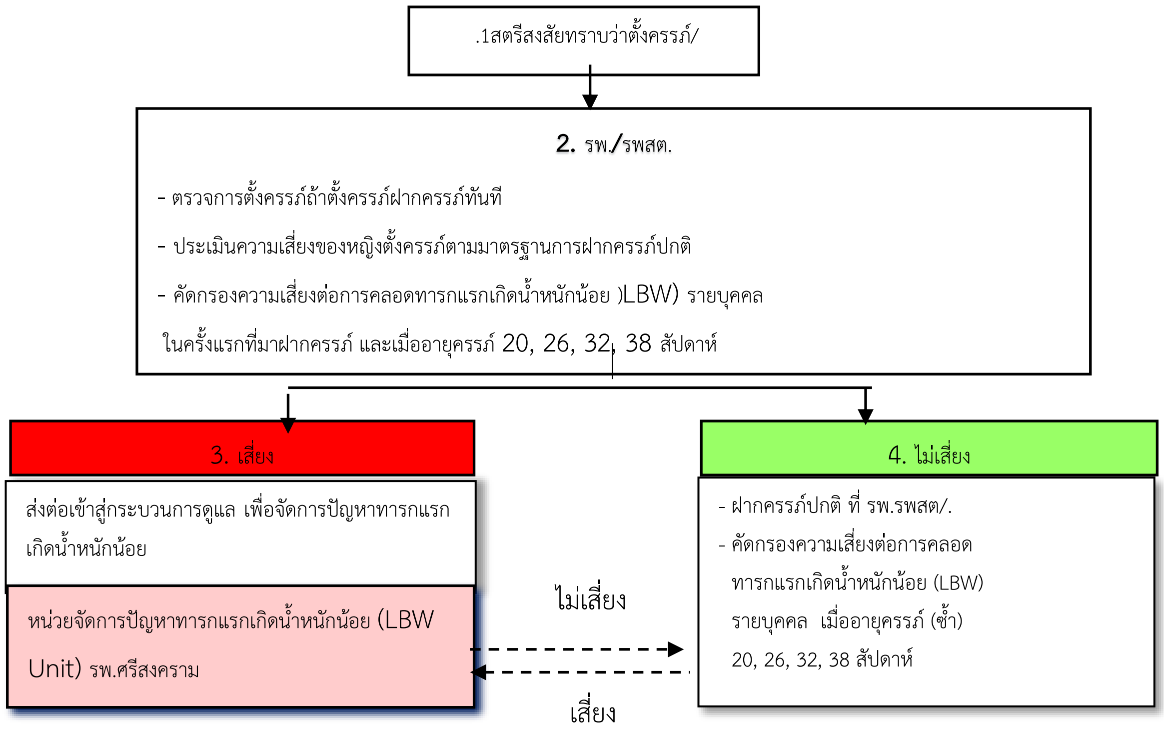
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะดังนี้

**ระยะที่ 1.** วิเคราะห์สถานการณ์และศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

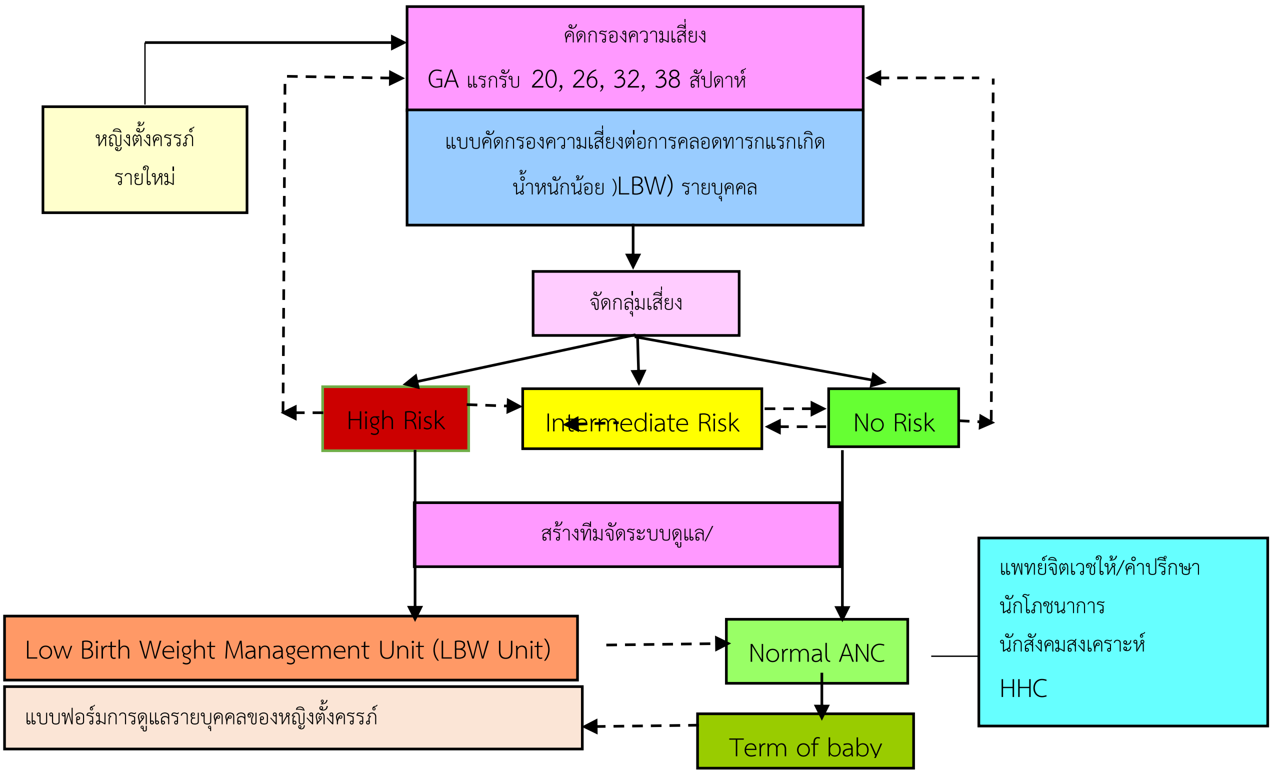
1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย
2. วิเคราะห์อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อำเภอศรีสงคราม 5 ปีย้อนหลัง เพื่อดูแนวโน้มการเกิดการคลอดทารกน้ำหนักน้อย
3. ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สูติแพทย์/พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกครรภ์เสี่ยง/ ห้องคลอด นักโภชนาการ จำนวน 10 คน ทบทวนการคัดกรองแบบเดิม ระดมความคิดเห็น วางแผนระบบคัดกรองและระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

**ระยะที่ 2** พัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลศรีสงคราม ประกอบด้วย

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการแก่ทีมดูแลหญิงตั้งครรภ์ (รพช./ รพสต.) และผู้ที่เกี่ยวข้อง รับทราบแนวทางปฏิบัติร่วมกันทั้งเครือข่ายสุขภาพอำเภอศรีสงคราม
2. รวบรวม/วิเคราะห์ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยรายบุคลของหญิงตั้งครรภ์
3. จัดตั้งหน่วยจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low Birth Weight Management Unit: LBW Unit): ANC เพื่อทำหน้าที่ดูแลและแก้ไขปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงสูงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยใช้แบบฟอร์มการดูแลรายบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อประเมินและติดตามการแก้ไขปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงสูงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ดังรายละเอียดตามผังการรวบรวม/วิเคราะห์ปัญหากลุ่มเสี่ยงรายบุคคล ภาพที่ 1 และกรอบการดูแลเพื่อจัดการปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Sri songkhram Model) ภาพที่ 2




ภาพที่ 1 แผนผังการรวบรวม/วิเคราะห์ปัญหากลุ่มเสี่ยงรายบุคคล(Sriongkhram Model)




ภาพที่ 2 กรอบการดูแลเพื่อจัดการปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Sri songkhram Model)

**ระยะที่ 3** ประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม โรงพยาบาลศรีสงคราม

3.1 ประเมินผลเชิงกระบวนการ ประกอบด้วย (1) วิเคราะห์สถานการณ์อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และระบบการดูแลเพื่อจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยระบบเดิม (2) ความรู้ในการดูแลครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ (3) ผลการคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และ(4) ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อระบบการดูแลศรีสงครามโมเดล

3.2 ประเมินผลเชิงผลลัพธ์ (1) ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในด้านน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด วิธีคลอด และผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภค (2) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดหลังการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมกับค่าเกณฑ์มาตรฐาน 2,500 กรัม

**ระเบียบวิธีวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โดยมีรายละเอียดผู้ร่วมการวิจัย ดังนี้

1. สูติแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่ และผู้ปฏิบัติงานในคลินิกครรภ์เสี่ยง ห้องคลอด และนักโภชนาการ จำนวน 10 คน
2. หญิงตั้งครรภ์แรกที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศรีสงคราม จำนวน 40 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยรายบุคลของหญิงตั้งครรภ์และแบบฟอร์มการดูแลรายบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ที่พัฒนาขึ้นโดยอุมาพร สังขฤกษ์ (2560) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ 0.88

**การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย**

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย จังหวัดนครพนม เลขที่ 620002 เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมมาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ผลเชิงกระบวนการ ประกอบด้วย (1) วิเคราะห์สถานการณ์อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และระบบการดูแลเพื่อจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยระบบเดิม (2) ความรู้ในการดูแลครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ (3) ผลการคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และ (4) ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อระบบการดูแลศรีสงครามโมเดล

2. วิเคราะห์ผลลัพธ์ ประกอบด้วย (1) ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในด้านน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด วิธีคลอด และผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภค และ(2) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดหลังการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมกับค่าเกณฑ์มาตรฐาน 2,500 กรัม

**ผลการวิจัย**

ผลการวิเคราะห์ผลเชิงกระบวนการ โดยวิเคราะห์สถานการณ์อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และระบบการดูแลเพื่อจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

1. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ของอำเภอศรีสงคราม ในปี 2557-2561 เท่ากับร้อยละ 8.62, 16.07, 4.66, 4.78 และ 6.82 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ส่วนระบบการดูแลเพื่อจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่ผ่านมา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพหรือเข้าถึงล่าช้า การประเมินความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่ได้รับการฝากครรภ์ไม่ครอบคลุม

2. ระบบการดูแลเพื่อจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย

2.1 การรวบรวม/วิเคราะห์ปัญหากลุ่มเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และทราบให้ได้ว่า สาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์รายนี้มีโอกาสคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จัดอยู่ในกลุ่มสาเหตุใด และประเมินซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 20, 26, 32 และ 38 สัปดาห์ ต่อเนื่องทุกระยะของการตั้งครรภ์ หากพบความเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงหรือเสี่ยงปานกลางหรือทั้งสองกลุ่ม จะได้รับการแนะนำให้เข้าสู่กระบวนการดูแลจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างเป็นระบบ

2.2 มีการจัดตั้งหน่วยจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย : ANC สร้างทีมงานเพื่อดูแลกลุ่มเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ผู้รับผิดชอบหลักซึ่งเปรียบเสมือนผู้จัดการ และผู้รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล/พยาบาลจิตเวช/ให้คำปรึกษา นักโภชนาการ สังคมสงเคราะห์ จัดระบบการดูแลในสถานบริการ โดยมีแนวทางการดูแลเพื่อจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย วิธีการปฏิบัติดังนี้ (1) หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ ANC โรงพยาบาลศรีสงคราม จะต้องได้รับการคัดกรองความเสี่ยงในการฝากครรภ์แรกรับ และอายุครรภ์ 20,26,32,38 สัปดาห์ โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยรายบุคล (2) จัดกลุ่มความเสี่ยงเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk) ติดสติ๊กเกอร์สีแดง กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (Intermediate Risk) ติดสติ๊กเกอร์สีเหลือง และ กลุ่มเสี่ยงต่ำหรือไม่เสี่ยง (No Risk) สีเขียว โดยกลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มเสี่ยงปานกลาง จะได้รับการดูแลจากหน่วยจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลจิตเวช/ให้คำปรึกษา นักโภชนาการ สังคมสงเคราะห์ ตามสภาพปัญหาที่พบ และกลุ่มเสี่ยงต่ำหรือไม่เสี่ยงให้ฝากครรภ์ตามปกติจนกระทั่งคลอด แต่จะได้รับการคัดกรองความเสี่ยงเป็นระยะตามอายุครรภ์ เมื่อ 20,26,32,38 สัปดาห์

2.3 จัดระบบเชิงรุกเพื่อการเข้าถึงบริการและการส่งต่อกลุ่มเสี่ยง โดยการจัดทำแผนบริการเชิงรุกในการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยง ให้ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม คือ (1) หน่วยจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยโดย Manager ประสานและส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ให้กับผู้รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์ ให้ได้รับทราบปัญหาของกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ (2) เมื่อรับทราบกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ผู้รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์ประสานกับเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อสม. ในการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เพื่อติดตามเยี่ยมครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ สนับสนุน/แนะนำครอบครัว ให้การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในการเฝ้าระวังความเสี่ยง ปฏิบัติตัวเหมาะสมและติดตามกลุ่มเสี่ยงเมื่อมีการขาดนัด

2.4 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ทีมดูแลหญิงตั้งครรภ์เครือข่ายสุขภาพอำเภอศรีสงครามและผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งโรงพยาบาลและ รพสต. เพื่อให้ทราบแนวทางปฏิบัติร่วมกันและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

3. ความรู้ในการดูแลครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ระดับความรู้ในการดูแลครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลครรภ์ในระดับมากที่สุดสูงสุด ร้อยละ 50.00 มีความรู้ในการดูแลครรภ์อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 37.50 และความรู้ในการดูแลครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 12.50 คะแนนเฉลี่ย = 15.70 คะแนน S.D. = 2.20

ผลการคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มความเสี่ยง/สาเหตุการเกิดความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (N = 40)

| กลุ่มความเสี่ยง/สาเหตุของการเกิดความเสี่ยง | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| • **เสี่ยงสูง (High Risk)** | | |
| - มีภาวะซีด Hct < 33 % | 11 | 27.50 |
| - น้ำหนักของมารดาเพิ่มขึ้น < 1 กก/เดือน เมื่อ GA 20, 26, 32 และ 36, HF-3 cm. | 4 | 10.00 |
| - มีความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ หรือ บวม | 2 | 5.00 |
| - ติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ UTI | 2 | 5.00 |
| - มีภาวะทารกเติบโตช้าในครรภ์ | 2 | 5.00 |
| - ตั้งครรภ์แฝด | 1 | 2.50 |
| - เคยคลอดบุตร Preterm | 2 | 5.00 |
| - อายุครรภ์เกิน 40 สัปดาห์ | 2 | 5.00 |
| - มารดาทำงานหนัก/ ใช้แรงงานมาก | 3 | 7.50 |
| • **เสี่ยงปานกลาง (Intermediate Risk)** | | |
| - อายุต่ำกว่า 17 ปี | 5 | 12.50 |
| - มากกว่า 35 ปี | 6 | 15.00 |

จากตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์ผลการคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมรายบุคคล พบว่า หญิงตั้งครรภ์อยู่ในกลุ่ม High Risk มากที่สุด ร้อยละ 72.50 รองลงมาคือกลุ่ม Intermediate Risk ร้อยละ 27.50 ส่วนสาเหตุความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมรายบุคคล พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่ม High Risk ที่พบมากที่สุดคือ มีภาวะซีด Hct ต่ำกว่า

33 % ร้อยละ 27.50 รองลงมาคือ น้ำหนักของมารดาเพิ่มขึ้น < 1 กก/เดือน เมื่อ GA 20,26,32,38 HF-3 cm. ร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ส่วน Intermediate Risk ที่พบคืออายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 15.00 และอายุต่ำกว่า 17 ปี ร้อยละ 12.50

1.4 ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อระบบการดูแลศรีสงครามโมเดล พบว่าระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อระบบการดูแลศรีสงครามโมเดล พบว่า หญิงตั้งครรภ์ มีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุดสูงสุด ร้อยละ 55.00 รองลงมาความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 37.50 และความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.50 โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ เท่ากับ 4.05 (S.D= 0.74 )

2. วิเคราะห์ผลลัพธ์

2.1 ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในด้านน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด วิธีคลอด และผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภค

ตารางที่ 2 ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (N=40)

| ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์รายด้าน | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์** | | |
| น้อยกว่า 1 กก./เดือน | 5 | 12.50 |
| 1 กก./เดือน | 33 | 82.50 |
| มากกว่า 1 กก./เดือน | 2 | 5.00 |
| **คลอดเมื่ออายุครรภ์** | | |
| น้อยกว่า 37 สัปดาห์ | 2 | 5.00 |
| 37 -40 สัปดาห์ | 36 | 90.00 |
| มากกว่า 40 สัปดาห์ | 2 | 5.00 |
| **วิธีคลอด** | | |
| คลอดปกติ | 36 | 90.00 |
| คลอดผิดปกติ | 4 | 10.00 |
| **ผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภค** | | |
| เพียงพอ | 35 | 87.50 |
| ไม่เพียงพอ | 5 | 12.50 |

จากตารางที่ 2 เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เข้าสู่กระบวนการดูแลตามระบบศรีสงครามโมเดลที่พัฒนาขึ้น ผลการดูแลพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 1 กิโลกรัม/เดือนมากที่สุด ร้อยละ 82.50 รองลงมาคือ น้อยกว่า 1 กก./เดือน ร้อยละ 12.50 อายุครรภ์เมื่อคลอดพบว่า คลอดเมื่ออายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 90.00 รองลงมาคือน้อยกว่า 37 สัปดาห์ และมากกว่า 40 สัปดาห์ ร้อยละ 5.00 ด้านวิธีคลอดพบว่า คลอดปกติมากที่สุด ร้อยละ 90.00 รองลงมาคือคลอดผิดปกติ ร้อยละ 10.00 ส่วนผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภค พบว่า บริโภคเพียงพอมากที่สุด ร้อยละ 87.50 และบริโภคไม่เพียงพอ ร้อยละ 12.50 ตามลำดับ

2.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดหลังการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมกับค่าเกณฑ์มาตรฐาน 2,500 กรัม

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดหลังการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมกับค่าเกณฑ์มาตรฐาน

| ตัวแปร | เกณฑ์มาตรฐาน (กรัม) | $\bar{X}$ กลุ่มตัวอย่าง (กรัม) | S.D. | t | p |
|---|---|---|---|---|---|
| น้ำหนักทารกแรกเกิด | 2,500 | 2,905 | 248.02 | 10.33 | .00* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่า (p value = .00)

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิด หลังการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมกับค่าเกณฑ์มาตรฐาน พบว่า หลังการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 2,905 กรัม (S.D.=248.02) สูงกว่าค่าเกณฑ์มาตรฐาน (2,500 กรัม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = .00)

**อภิปรายผล**

1. ผลการวิเคราะห์ผลเชิงกระบวนการ

1.1.วิเคราะห์สถานการณ์อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และระบบการดูแลเพื่อจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พบว่า อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีแนวโน้มสูงขึ้น และได้มีการคืนข้อมูลในการประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ทั้งสูติแพทย์ พยาบาล คลินิกครรภ์เสี่ยง ห้องคลอด นักโภชนาการ มีการทบทวนระบบการคัดกรองแบบเดิมที่ยังไม่ครอบคลุม ระดมความคิดเห็น ซึ่งเป็นข้อมูลตั้งต้นในการพัฒนาระบบ จัดระบบคัดกรองและการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยขึ้นใหม่ในปี 2562 และระบบการดูแลเพื่อจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทุกคน จะได้รับการวิเคราะห์ปัญหา/คัดกรองความเสี่ยง และทราบให้ได้ว่าสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์รายนี้มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมรายบุคคลของอุมาพร สังขฤกษ์ (2560) และนำมาจัดกลุ่มความเสี่ยงแล้วส่งเข้าสู่กระบวนการดูแลในหน่วยจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low birth weight management unit: LBW unit): โดยใช้แบบฟอร์มการดูแลรายบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ของอุมาพร สังขฤกษ์ (2560) ทีมงานเพื่อดูแลกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ผู้รับผิดชอบหลักซึ่งเปรียบเสมือนผู้จัดการ (manager) และผู้รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล/พยาบาลจิตเวช/ให้คำปรึกษา นักโภชนาการ สังคมสงเคราะห์ มีจัดระบบเชิงรุกเพื่อการเข้าถึงบริการและการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงทั้งในสถานบริการและชุมชน ทำให้ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 40 คนในปี 2562 มีผลที่ดี ทั้งการบริโภคเพียงพอ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ ส่งผลให้น้ำหนักแรกคลอดของทารกมากกว่า 2,500 กรัมถึงร้อยละ 95.00 และทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 2,905 กรัม (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 248.02) สูงกว่าค่าเกณฑ์มาตรฐาน (2,500 กรัม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรชัย พงศ์หล่อพิศิษฏ์ (2552)

1.2 ความรู้ในการดูแลครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่เข้าสู่กระบวนการดูแลตามระบบศรีสงครามโมเดลที่พัฒนาขึ้น มีความรู้ในการดูแลครรภ์ในระดับมากขึ้นไป (คะแนน 12.01 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 87.50 โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ 15.70 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.20) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย จะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ ได้แก่ แพทย์ แนะนำการกินยาอย่างไรให้ความเข้มข้นของเม็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ การป้องการคลอดก่อนกำหนด วิธีการคลอด พยาบาล แนะนำน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม การควณค่า BMI นักโภชนาการ สาธิตการทำอาหาร อาหารเสริม และการคำนวณพลังที่ควรได้รับ ซึ่งดำเนินการตามแบบฟอร์มการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยรายบุคคล เน้นตามปัญหาที่พบจากการคัดกรอง สอดคล้องกับการศึกษา ของธนวัฒน์ รุ่งศิริวัฒนกิจ (2561)

1.3 ผลการคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เมื่อวิเคราะห์ผลการคัดกรองความเสี่ยงรายบุคคล พบว่า หญิงตั้งครรภ์อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk) ร้อยละ 72.50 สาเหตุความเสี่ยงมีภาวะซีด Hct ต่ำกว่า 33 % น้ำหนักของมารดาเพิ่มขึ้น < 1 กก/เดือน เมื่อ GA 20, 26, 32 ส่วนเสี่ยงปานกลาง (Intermediate Risk) ที่พบคืออายุมากกว่า 35 ปี และอายุต่ำกว่า 17 ปี เมื่อระบุความเสี่ยงรายบุคคลได้ ผู้จัดการ (manager) ส่งต่อทีมดูแล ทำให้เกิดประสิทธิผลในการลดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของสราวุธ ใฝ่ชำนาญ (2561)

1.4 ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อระบบการดูแลศรีสงครามโมเดล หญิงตั้งครรภ์มีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุดขึ้นไป (คะแนน 3.41 ขึ้นไป) ร้อยละ 92.50 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ เท่ากับ 4.05 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.74 เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ ได้แก่ แพทย์ / พยาบาล / นักโภชนาการ/นักวิชาการสาธารณสุข ติดตามเยี่ยมบ้าน เน้นตามปัญหาที่ประเมินได้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์/สามีและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเองและลูกน้อยในครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา ทาทอง (2562)

**2. วิเคราะห์ผลลัพธ์**

2.1 ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในด้านน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด วิธีคลอด และผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภค พบว่า ระบบที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เข้าสู่กระบวนการดูแลรายบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 1 กิโลกรัม/เดือน ร้อยละ 82.50 คลอดเมื่ออายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ ร้อยละ 90.00 คลอดปกติ ร้อยละ 90.00 และมีการบริโภคที่เพียงพอ ร้อยละ 87.50 ส่งผลให้ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักมากกว่า 2500 กรัม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิ่นมณี แซ่เตีย (2555)

2.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดหลังการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมกับค่าเกณฑ์มาตรฐาน 2,500 กรัม หลังการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ทำให้ทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 2,905 กรัม (ค่าเบียงเบนมาตรฐานเท่ากับ 248.02) สูงกว่าค่าเกณฑ์มาตรฐาน (2,500 กรัม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากเมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านการคัดกรองว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk) และกลุ่มเสี่ยงปานกลาง (Intermediate Risk) จะได้รับการดูแลจากหน่วยจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight Management Unit: LBW Unit): ซึ่งมีทีมสหวิชาชีพ ที่มีความชำนาญ ทำหน้าที่ดูแลและแก้ไขปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาที่พบอย่างเป็นระบบ อีกทั้งมีการให้ความรู้ ประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมมีความมั่นใจและปฏิบัติตัวและเอาใจใส่การดูแลครรภ์เป็นอย่างดี ส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักสูงกว่าค่าเกณฑ์มาตรฐาน (2,500 กรัม)

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลศรีสงคราม สามารถแก้ปัญหาการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมได้จริง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดและเกิดความต่อเนื่อง ควรมีการทบทวนระบบและปรับปรุงตามสภาพปัญหาและบริบทอย่างสม่ำเสมอ จึงจะประสบผลสำเร็จและเกิดความยั่งยืนต่อไป

**ข้อเสนอแนะ**

1. ด้านการจัดบริการ ผลจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า หลังการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ทำให้ทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักสูงกว่าค่าเกณฑ์มาตรฐาน ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการบริหาร ผลการวิจัยที่พบสามารถนำไปวางแผนและจัดระบบในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลชุมชน และ รพสต. สามารถนำไปปรับใช้กับหญิงตั้งครรภ์ในพื้นของตนเองได้ตามความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการวิจัย การวิจัยครั้งนี้พบว่าปัญหาหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มครรภ์แฝด /กลุ่มคลอดก่อนกำหนดที่น้ำหนักทารกแรกเกิดยังต่ำ ดังนั้น ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มครรภ์แฝด /กลุ่มคลอดก่อนกำหนด และกลุ่มการเกิดภาวะการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intra Uterine Growth Retardation: IUGR)

**เอกสารอ้างอิง**

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). **ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม.** https://hdcservice.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5. [Internet] 2019 [Cited 2019 Feb 22].

กรมอนามัย. (2554). **คู่มือตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

จรรยา ทาทอง. (2562). คุณภาพการให้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐที่มีผลต่อความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดชลบุรี. **วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน,** 25(3): 1–13.

ธนวัฒน์ รุ่งศิริวัฒนกิจ. (2561). **การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จังหวัดเพชรบุรี.** วิทยานิพนธ์ ส.ด. (การส่งเสริมสุขภาพ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก.

ปิ่นมณี แซ่เตีย. (2555). ปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์,** 27(1): 65-76.

สราวุธ ใฝ่ชำนาญ. (2561). การพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเลย. **ชัยภูมิเวชสาร,** 38(3): 17–27.

สุรชัย พงศ์หล่อพิศิษฎ์. (2552). ปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลเถิน จังหวัด

ลำปาง. **ลำปางเวชสาร**, 30(3): 146-153.

อุมาพร สังขฤกษ์. (2560). **การจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในระยะตั้งครรภ์**. ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี.

World Health Organization. (2019). **Newborn: Reducing mortality**. Available from: http://www.who.int/mediacenter/factsheets/Fs333/en. [Internet] 2019 [Cited 2019 Feb 22].

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

วงจันทร์ เดชทองทิพย์

Received: 13 March 2020
Revised: 7 April 2020
Accepted: 29 April 2019

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นเชิงพรรณาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาส กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 107 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 3) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 4) แบบวัดการรู้หลักคิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 5) แบบสอบถามการสนับสนุนจากผู้นำ 6) แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.6 มีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี ร้อยละ 43.0 ( $\overline{X}$ = 38.86, S.D.=9.19, Max=57ปี, Min=23 ปี) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 50.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 93.5 ปฏิบัติงานระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 65.4 ( $\overline{X}$ =9.38,S.D.=8.74, Max=35 ปี ,Min=1 ปี) ตำแหน่งงานเป็นผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 81.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม พบว่าปัจจัยด้านเจตคติของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r=0.438, p=0.000) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r=0.535, p=0.000) การรู้หลักคิดและกระบวนการพัฒนาคุณภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (r=0.201, p=0.038) การสนับสนุนจากผู้นำมีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับสูง (r=0.715, p =0.000)
**ข้อสรุป** : การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จของการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาสอย่างเห็นได้ชัด **ข้อเสนอแนะ**: ผู้บริหารควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับเพื่อให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกงานบริการของโรงพยาบาล
**คำสำคัญ**: การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ,การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม, พยาบาลวิชาชีพ

**Factors Related to participation management of register nurses in the hospital quality improvement at Wanonniwas Hospital**,Sakon Nakhon Province.

Wongchan dattongtip.
Nursing Department of Wanonniwas Hospital.

**Abstract**

This descriptive research was aimed to explore the factors related to participation management of register nurses in the hospital quality improvement at Wanonniwas Hospital. The participants were 107 register nurses who worked at Wanonniwas Hospital. The data were collected during the month of January, 2020. The research instrument was a questionnaire including 6 parts; 1) personnel's information, 2) attitude, 3) perception, 4) knowledge, 5) support from leader of organization, 6) participation management. The data were analyzed by using descriptive statistics comprising frequency, percentage, mean and standard deviation. The sample correlation was analyzed by Pearson Product Moment Correlation Coefficient. Result showed; majority of the respondents were female (91.6%), the aged group between 20–29 year (43.0 %, $\bar{x}$=38.86, S.D.=9.19, Max=57 ,Min=23 ) status single (50.5%), with education level at bachelor's

degree (93.5%), working experienced less than 10 years (65.4%, $\bar{X}$=9.38, S.D.=8.74, Max=35 , Min=1), and position was worker (81.3%). Factors related to participation management found that the attitude factor were lower significantly (r=0.438, p=0.000), perception factor were significantly at the moderate level (r=0.535, p=0.000), knowledge factor were lower significantly (r=0.201, p=0.038) and support from leader of organization factor were significantly correlated at the high level (r=0.715, p=0.000).

**Conclusion**: The study showed successful of participation management of register nurses in the hospital quality improvement at Wanonniwas Hospital.

**Suggestions**: Leader should be support participant over all the department of the hospital that is effective of quality development of the hospital.

Key word: quality improvement, the participation management, registers nurses

**บทนำ**

การยกระดับคุณภาพการบริการให้ได้ตามมาตรฐานเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) (บุญฑริกา วรรณกลึง, 2555) เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจ ไว้วางใจและเลือกใช้บริการสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่การรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลเป็นการประกันคุณภาพโรงพยาบาลที่สำคัญให้เป็นที่ยอมรับทั้งในประเทศและต่างประเทศ กลยุทธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งในการนำพาโรงพยาบาลสู่การรับรองคุณภาพคือการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม (participative management) โดยให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน ร่วมตัดสินใจและร่วมรับผิดชอบ หรือยึดหลักปรัชญาว่า ร่วมคิด ร่วมทำและร่วมตัดสินใจ บริหารงานโดยให้ความสำคัญกับคนและเน้นการทำงานเป็นทีม (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2551)

การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม เป็นความพยายามที่จะจูงใจให้ผู้ที่ร่วมปฏิบัติในองค์กรได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมรับผิดชอบและร่วมมือกันพัฒนางานด้วยความเต็มใจ โดยเน้นเป้าหมายของการมีพันธสัญญา (Commitment) ร่วมกันระหว่างผู้บริหารและผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร ผู้บริหารแบ่งอำนาจหน้าที่การบริหารให้เข้ากับผู้อยู่ใต้บังคับบัญชา ทำให้ผู้ร่วมปฏิบัติงานมีโอกาสแสดงความคิดเห็น ใช้ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลร่วมกันในการปรับปรุง พัฒนางานให้ดีขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานและความพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้น ลดความสูญเสียและการขาดงานน้อยลง มีการศึกษาพบว่าความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อัจฉรา ชัยสันติตระกูล, 2552) และปัจจัยด้านความรู้ ซึ่งได้แก่การรับรู้ข้อมูล การรู้หลักการหรือแนวคิด และการรู้วิธีการหรือกระบวนการที่ต่างกัน มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่ง สู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแตกต่างกัน (อุไรวรรณ เมืองสุวรรณ, 2549) แนวคิดของ Likert (1961) ได้แสดงให้เห็นสาระสำคัญของการบริหารแบบมีส่วนร่วม คือผู้บังคับบัญชาฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชากระตุ้นจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชาให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติงาน ระบบการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรมีความคล่องตัวเป็นไปโดยอิสระ ผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชามีปฏิกิริยาโต้ตอบกันอย่างเปิดเผยและโดยกว้างขวางเกี่ยวกับเป้าหมายขององค์กร การปฏิบัติงานและกิจกรรมต่างๆภายในองค์กร การตัดสินใจต่างๆ กระทำโดยกลุ่มในทุกระดับขององค์กร เปิดโอกาสให้กลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน การควบคุมงานมีลักษณะกระจายไปในหมู่ผู้ร่วมงานให้มีการควบคุมกันเองและเน้นการแก้ไขปัญหาเป็นหลัก ผู้บังคับบัญชาเห็นความสำคัญของการพัฒนาบุคลากรโดยให้มีการฝึกอบรม เพราะบุคลากรที่มีคุณภาพจะนำมาซึ่งผลงานที่มีประสิทธิภาพและสำเร็จตามเป้าหมาย ทั้งนี้ทำให้ทุกคน ทุกระดับในองค์กรได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นร่วมปฏิบัติงานที่มีเป้าหมายและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

โรงพยาบาลวานรนิวาส ได้ยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 120 เตียง ที่ให้บริการประชาชนในเขตอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร และเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อผู้จากพื้นที่ใกล้เคียง ได้เริ่มดำเนินการพัฒนาคุณภาพ HA ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบันและยังคงมุ่งมั่นที่จะพัฒนาต่อไป ในระยะเวลาที่ผ่านมา โรงพยาบาลวานรนิวาสประสบความสำเร็จผ่านการประเมินในขั้นที่ 2 ในปี พ.ศ. 2551 แม้จะประสบกับปัญหาในเรื่องของบุคลากรมีภาระงานมาก ทำให้ไม่มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ แต่โรงพยาบาลวานรนิวาสยังมุ่งมั่นที่จะพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การรับรองและผ่านการประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน HA ในขั้น 3 ครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งปัจจุบันเตรียม

ความพร้อมในการรับรอง HA Reaccreditation ครั้งที่ 3 ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาส และรักษาการหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลวานรนิวาส จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาส เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลวานรนิวาสให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อองค์กรในอนาคต อันจะส่งผลกระทบในแง่ดีต่อผู้รับบริการมากขึ้น

**วัตถุประสงค์การศึกษา**: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเจตคติ ปัจจัยด้านปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ปัจจัยด้านการรู้หลักคิดและกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากผู้นำกับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

**วิธีดำเนินการศึกษา**:

**รูปแบบการศึกษา**: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ( Descriptive Research) **ประชากร**: ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลวานรนิวาส อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 107 คน

**กลุ่มตัวอย่าง**: พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ

1) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลวานรนิวาสอย่างน้อย 1 ปี

2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลวานรนิวาสขณะทำการศึกษาข้อมูล และ

3) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และสามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการพิจารณาความดีความชอบระหว่างปี หรือความก้าวหน้าในการงาน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

N = ขนาดประชากร

e = ความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ได้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณจำนวน 100 คน และเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ สูญหาย หรือกรณีอื่นๆจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด 107 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**: การศึกษานี้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งประยุกต์มาจากการศึกษาของจิรานีย์ สายสนั่น ณ อยุธยา (2556) แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ส่วนที่ 4 แบบวัดการรู้หลักคิด กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนจากผู้นำ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

**การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ** โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลวานรนิวาส ในเขตจังหวัดสกลนคร จำนวน 30 ชุด และนำมาวิเคราะห์หาค่าความน่าเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับแบบสอบถามมาตรวัด Interval scale และใช้ KR-20 ในการหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ Dichotomous ค่าความเชื่อมั่นที่ได้เป็นดังนี้ แบบสอบถามเจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ 0.79 แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ 0.81 แบบวัดการรู้หลักคิด กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ค่า KR-20 ได้ 0.71 แบบสอบถามการสนับสนุนจากผู้นำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ 0.93 และแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ 0.97

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**: ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 – 31 มกราคม 2563

**การวิเคราะห์ข้อมูล**: วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยใช้สถิติ ความถี่ร้อยละ (Percentage) ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) เพื่อทดสอบสมมติฐานดังนี้ 1) หาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่าง Fisher's Exact Test 2) หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน กับการบริหารจัดการ

แบบมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และ 3) หาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การรู้หลักคิดและกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และการสนับสนุนจากผู้นำกับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้สถิติค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**: งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2562 เอกสารเลขที่ SKN REC 2019 – 029 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

**ผลการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.6 มีอายุระหว่าง 20–29 ปี ร้อยละ 43.0 ($\bar{x}$=38.86, S.D.=9.19, Max=57 ปี, Min=23 ปี) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 50.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 93.5 ทำงานระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 65.4 ($\bar{x}$=9.38,S.D.=8.74, Max=35 ปี, Min=1 ปี) ด้านตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 81.3 ผู้บริหารระดับต้น ร้อยละ 16.9

ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมพบว่า เจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลวานรนิวาสของพยาบาลวิชาชีพโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$= 3.78, S.D.=0.92) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการพัฒนาคุณภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$=3.67, S.D.=0.69) ผลการวัดการรู้หลักคิด กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 5.5, S.D.=0.92) และด้านการสนับสนุนจากผู้นำมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$=3.82, S.D.=0.78) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

| ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม | $\bar{x}$ | S.D. | แปลผล |
|---|---|---|---|
| 1. เจตคติของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ | 3.78 | 0.92 | สูง |
| 2. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร | 3.67 | 0.69 | สูง |
| 3. การรู้หลักคิดและกระบวนการพัฒนาคุณภาพ | 5.5 | 0.92 | สูง |
| 4. การสนับสนุนจากผู้นำ | 3.82 | 0.78 | สูง |

จากตารางที่ 1 ด้านการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมในระดับสูง ($\bar{x}$= 3.95, S.D.=0.81) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ($\bar{x}$= 4.01, S.D.=0.72) รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ($\bar{x}$= 4.00, S.D.=0.86) และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($\bar{x}$= 3.89, S.D.=0.80) ตามลำดับ ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ($\bar{x}$= 3.88, S.D.=0.85)

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

| ข้อความ | $\bar{x}$ | S.D. | แปลผล |
|---|---|---|---|
| ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ | 3.89 | 0.80 | สูง |
| ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ | 4.00 | 0.86 | สูง |
| ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ | 3.88 | 0.85 | สูง |
| ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล | 4.01 | 0.72 | สูง |
| **ภาพรวม** | **3.95** | **0.81** | **สูง** |

การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ ซึ่งเป็นตัวแปรแบบ Nominal Scale กับค่าคะแนนเฉลี่ยกับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาส

ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ผลการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม หรืออีกนัยหนึ่งคือไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม เมื่อจำแนกเป็นกลุ่มตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน รายละเอียดดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 3** การทดสอบความแตกต่างระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และตำแหน่งงานที่ปฏิบัติกับค่าคะแนนเฉลี่ยการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติทดสอบ Fisher’s exact test

| ตัวแปร | การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม | | df | $\chi^2$ | p- value |
|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$ | S.D. | | | |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 3.69 | 0.78 | 138 | $148.799^F$ | .457 |
| หญิง | 3.98 | 0.81 | | | |
| สถานภาพสมรส | | | | | |
| โสด | 3.88 | 0.85 | 92 | $108.914^F$ | .414 |
| คู่ | 3.99 | 0.76 | | | |
| หม้าย/หย่า/แยก | 4.34 | 0.67 | | | |
| ระดับการศึกษา | | | | | |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี | 3.50 | 0.71 | 92 | $152.005^F$ | .897 |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | 3.95 | 0.80 | | | |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 4.17 | 0.85 | | | |
| ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน | | | | | |
| ผู้บริหารระดับกลาง | 4.15 | 0.74 | 92 | $137.984^F$ | .415 |
| ผู้บริหารระดับต้น | 4.41 | 0.69 | | | |
| ผู้ปฏิบัติ | 3.87 | 0.80 | | | |

F=fisher’s exact test

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคลกับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในระดับต่ำ (r=0.313) และระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในระดับต่ำ (r=0.307) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient

| ตัวแปร | การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม | |
|---|---|---|
| | r | p-value |
| อายุ | .313 | .001** |
| ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน | .307 | .001** |

** p – value <0.01

ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาส ใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient พบว่า เจตคติของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ

โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r=0.438) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r=0.535) การรู้หลักคิดและกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (r=0.201) และการสนับสนุนจากผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (r=0.715) อย่างมีนัยสำคัญ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient

| ตัวแปร | การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม | |
|---|---|---|
| | r | p-value |
| เจตคติของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ | 0.438 | 0.000** |
| การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร | 0.535 | 0.000** |
| การรู้หลักคิดและกระบวนการพัฒนาคุณภาพ | 0.201 | 0.038* |
| การสนับสนุนจากผู้นำ | 0.715 | 0.000** |

** p-value<0.01, * p-value<0.05

**อภิปรายผล** การอภิปรายผลการศึกษานี้ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการศึกษาดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาส

ผลการศึกษานี้พบว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในระดับต่ำ (r=0.313, p=0.001) และระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในระดับต่ำ ( r=0.307, p=0.001) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติและทิพยรัตน์ แก้วศรี, 2560) แต่มีการศึกษาที่ อายุ และระยะเวลาปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (สุปราณี เจียรพงษ์, 2554)

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจตคติของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การรู้หลักคิดและกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และการสนับสนุนจากผู้นำมีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาส

ผลการศึกษานี้พบว่า เจตคติของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในระดับต่ำ (r=0.438, p=0.00) ส่วนด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง (r=0.535, p=0.00) และด้านการรู้หลักคิดและกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในระดับต่ำมาก (r=0.201, p =0.038) และการสนับสนุนจากผู้นำมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในระดับสูง (r=0.715, p =0.00) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนจากผู้นำสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (จิรานีย์ สายสนั่น ณ อยุธยา, 2556) และการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สถาพร รัตนาวารีวงษ์และคณะ, 2557) และการสนับสนุนจากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (r=.661) กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (สุปราณี เจียรพงษ์, 2554) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลทางบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ส่วนการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7]

ผลการศึกษาในครั้งนี้มีประเด็นที่น่าสนใจคือการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลวานรนิวาสมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมในระดับสูง ($\bar{x}$=3.95, S.D.=0.81) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ($\bar{x}$= 4.01, S.D.=0.72) รองลงมาคือ ด้านการมีส่วน

ร่วมในการปฏิบัติ ($\bar{x}$=4.00, S.D.=0.86) และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($\bar{x}$=3.89, S.D.=0.80) ตามลำดับ ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ($\bar{x}$=3.88, S.D.=0.85) อีกทั้งยังพบความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือการสนับสนุนจากผู้นำมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง (r=0.715, p=0.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ดำเนินการหลังจากโรงพยาบาลวานรนิวาสได้รับการตรวจเยี่ยมเพื่อการรับรอง HA Reaccreditation ครั้งที่ 3 และผ่านการรับรอง HA Reaccreditation ครั้งที่ 3 แล้ว

**สรุปผลการศึกษา** การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาส ด้านปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และยังพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจตคติของการมีส่วนร่วม การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การรู้หลักคิดและกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และการสนับสนุนจากผู้นำมีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาสเช่นเดียวกัน การศึกษานี้ชี้ให้เห็นเด่นชัดว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนจากผู้นำมีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในระดับสูง

**ข้อเสนอแนะ**

1) **ด้านการบริหาร** ผู้นำหรือผู้บริหารทุกระดับ ควรเป็นผู้ชี้นำ ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ชัดเจนและมีความต่อเนื่องอย่างยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบุคลากรให้มีจิตสำนึก สร้างความตระหนักในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน และให้ความสำคัญกับประเด็นการสร้างขวัญและกำลังใจในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน เช่น ชมเชย ปรับระดับตำแหน่งงาน ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) **ด้านวิชาการ** ควรพัฒนารูปแบบการจัดการองค์ความรู้ขององค์กรให้กลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กรที่ยั่งยืน สามารถศึกษาจุดเด่นและจุดที่ควรพัฒนาความรู้ของบุคลากรได้อย่างชัดเจน ตรงกับความจำเป็นและความต้องการของบุคลาการเพื่อประโยชน์ของบุคลากรและองค์กรอย่างแท้จริง

3) **ด้านการวิจัย** ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ แรงจูงใจ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของบุคลาการทั่วทั้งองค์กร

**คำขอบคุณ**

ขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลวานรนิวาสทีสนับสนุนให้การศึกษาวิจัย และขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ลุล่วงไปได้ด้วยดี

**เอกสารอ้างอิง**

จิรานีย์ สายสนั่น ณ อยุธยา. (2556). **ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร**. ปริญญาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2551). ***ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่*** 21. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญฑริกา วรรณกลึง. (2555). **ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การได้รับการอบรม บรรยากาศองค์การกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยนาท.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สถาพร รัตนาวารีวงษ์และคณะ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ. **วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ**, **7**(26), 48-58.

สุปราณี เจียรพงษ์. (2554). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดปราจีนบุรี**. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยอิสเทิร์นเอเชีย.

อัจฉรา ชัยสันติตระกูล. ( 2552). **ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์สุขภาพ. สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติและทิพยรัตน์ แก้วศรี. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ. **วารสารคณะสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 7**(1), 40–54.

อุไรวรรณ เมืองสุวรรณ. (2549). **การมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลระยองในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**. ปริญญาศิลปะศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี.

Likert, R.Z. (1961). **New Pattern of Management**. New York: McGraw Hill.

**การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยกระบวนการมีส่วนร่วม**

จิตราวดี สอนวงศา

โรงพยาบาลกุดจับ อำเภอ กุดจับ จังหวัดอุดรธานี

Received: 3 February 2020

Revised: 10 April 2020

Accepted: 29 April 2019

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 15 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต เทปบันทึกเสียง และเครื่องมือวัดระดับน้ำตาลในเลือด ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่18 พฤศจิกายน 2562 ถึง มกราคม 2563 ดำเนินการวิจัย 2ระยะ ดังนี้ (1) ระยะเตรียมการ โดยการสำรวจ ศึกษาสภาพเบื้องต้น (2)ระยะดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) เสนอปัญหา ร่วมกันวางเป้าหมายและวางแผน 2) การนำแผนไปปฏิบัติตามความสำคัญของปัญหา 3) ร่วมกันสังเกตผลและปรับแผนให้เหมาะสมตามผล 4) การติดตามและประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยพื้นฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.78 (S.D.=0.42) ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) การศึกษานี้สรุปได้ว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลและครอบครัว และการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ที่ดูแล ทำให้ มีแนวทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหา มีการเสริมพลังและให้กำลังใจ ตามสภาพปัญหา และตามบริบทของชุมชนและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวาน เกิดความตระหนักในการควบคุมระดับน้ำตาล

**คำสำคัญ** : การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ, การมีส่วนร่วม, ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้

**Development of a health promoting behavior model for uncontrolled_diabetic patients using community participation**

Jittrawadee Sornwongsa

Kutchap Hospital Kutchap District Udon Thani Province

**Abstract**

The objective of this action research was to develop a model for promoting healthy behaviors of uncontrolled diabetic patients by applying community participation program. The purposive samples were conducted in 15 uncontrolled diabetic patients. Questionnaires: demographic and health care behavior data; focus group; observation; sound recorder; and a glucose meter were used to collect the data between November 2019 and January 2020. The research was conducted into two phases. Firstly, preparation phase which the preliminary health conditions of the patients were studied. Secondly, research phase which consisted of four steps: 1) presenting of current problems, setting desired goals and planning, 2) discussing appropriate and prioritizing interventions, 3) outcome observation and approach, and 4) monitoring and evaluation of the results.

The study found that the overall health care behaviors of the participants were at a moderate level, with a mean of 2.78 (S.D. = 0.42). There were significantly different in blood glucose levels before and after community participation ($p < 0.05$). This study concluded that by sharing knowledge among diabetic patients, families, caregivers and community participation among community leaders, health volunteers and health care providers, a joint solution was conducted. It was notable that community participation also enhance the participants' empowerment and encouragement to solve

blood sugar uncontrolled problems. Problem solving was done according to the problem conditions and community and family contexts. This resulted in increased awareness of blood sugar control among diabetic patients.

**Keywords**: Health Care Behavior, Participatory, uncontrolled diabetic patients

**บทนำ**

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) เป็นภาวะที่ร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากการขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือการดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน ส่งผลให้กระบวนการดูดซึมน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงานของเซลล์ในร่างกายมีความผิดปกติหรือทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ จนเกิดน้ำตาลสะสมในเลือดปริมาณมาก หากปล่อยให้ร่างกายอยู่ในสภาวะนี้เป็นเวลานานจะทำให้อวัยวะต่าง ๆ เสื่อม เกิดโรคและอาการแทรกซ้อนขึ้นจากข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF, คศ. 2017) พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกราว 425 ล้านคนในปี 2560 และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้มากถึง 629 ล้านคนในปี2588 สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่า คนไทยช่วงอายุ 20-79 ปี เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 8.3 หรือหมายความว่าใน 100 คน จะพบคนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 8 คน และจำนวนมากกว่าครึ่งไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน สถิติการพบผู้ป่วยด้วยโรคนี้ยังมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้ต้องมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องถึงภัยร้ายของโรค เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนลุกลามใหญ่โตจนต้องสูญเสียอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย และมีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จัดเป็น “มหันตภัยเงียบ” (Silence Killer) ที่เป็นปัญหาคุกคามคุณภาพชีวิตของคนทั่วโลกที่น่ากลัว (นิตยา พันธุเวทย์ เมตตา คาพิบูลย์ และนุชรี อาบสุวรรณ, 2553)

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าปกติ หากไม่มีการควบคุมในเรื่องของการรับประทานอาหารและดูแลรักษาสุขภาพอย่างถูกวิธี ปล่อยให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเป็นเวลานาน จะส่งผลต่อเส้นเลือดที่นำสารอาหารไปเลี้ยงอวัยวะในร่างกายจนนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งโรคแทรกซ้อนชนิดที่เกิดกับเส้นเลือดขนาดเล็ก เช่น เบาหวานขึ้นตา โรคไต เป็นต้น หรือโรคแทรกซ้อนชนิดที่เกิดกับเส้นเลือดขนาดใหญ่ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเส้นเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน เป็นต้น รวมไปถึงโรคแทรกซ้อนที่ระบบประสาทและที่สามารถทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยะบางส่วน นอกจากนี้สตรีมีครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ การแท้งบุตรได้

สถานการณ์ของโรคเบาหวานจังหวัดอุดรธานีพบว่ามีอัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆโดยในปี2556-2560 มีอัตราความชุกของโรคเบาหวานในกลุ่มประชากร15ปีขึ้นไปร้อยละ6.98, 6.99, 7.05, 7.09 และ7.37ตามลำดับ และรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีพบว่าในปี2556-2560ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้าตาลไม่ได้ (Hba1c>7) พบร้อยละ80.42, 76.24, 74.53, 76.07 และ 85.52ตามลำดับอัตราชุกโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดอุดรธานีในกลุ่มประชากร15ปีขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้นข้อมูลปี2556 – 2560 พบร้อยละ 10.4,10.03,10.46,10.69 และ11.09(สำนักงานสาธารณสุขดับจังหวัดอุดรธานี, 2561)

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลกุดจับ เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ( Primary Care Unite ) ของโรงพยาบาลกุดจับ รับผิดชอบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลกุดจับ คือ ตำบลเมืองเพีย ซึ่งไม่มีสถานีอนามัยรับผิดชอบประชากร 8,038 คน จำนวน1,708 หลังคาเรือน จำนวน 10 หมู่บ้าน ซึ่งมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน เพื่อให้การดำเนินงานเกิดผลยั้งยืน จำเป็นต้องมีการบูรณาการความร่วมมือ ทั้งในระดับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและองค์กรท้องถิ่น โดยมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องได้รับการดูแล ในปี พ.ศ. 2558-2562 จำนวน 375, 402, 434 ,473 และ424 ราย ตามลำดับ อัตราความชุก ปี พ.ศ. 2559-2561 เป็น 4.68,5.2 และ5.35 ตามลำดับ ปีพ.ศ. 2559-2561 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่16 ราย 27 ราย และ 32 ราย ตามลำดับ โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จากการคัดกรอง HbA1c>7) ปี พ.ศ 2559-2561 พบร้อยละ 82.79, 84.72 และ 89.45 ตามลำดับ และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาได้แก่ ตา ไต ประสาท หัวใจและหลอดเลือด ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวและของรัฐเป็นอย่างมาก ปีพ.ศ.2559-2561 มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ1.88,5.03 และ5.63 ภาวะแทรกซ้อนทางไต CKD Stage 4 – 5 จำนวนร้อยละ1.98,2.53และ2.66 ปีพ.ศ. 2561 มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (ระดับ3a 3b 4-5) ร้อยละ20 มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้าร้อยละ13.75,13.63 และ 14.65 ได้รับการตัดนิ้วเท้า 1,1 และ 0 ราย

กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและกระบวนการกลุ่มเพื่อนำไปสู่การดูแลตนเองที่ถูกต้องและช่วยเหลือกลุ่มสมาชิกในชุมชนที่เป็นโรคเบาหวาน ในการดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพให้ถูกต้อง ผลการศึกษาของนิยม ดีจันทร์และพนิฐา พานิชาชีวกุล (2557) ได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน โดยประยุกต์การใช้ทฤษฎีการรับรู้ตนเอง แนวคิดการจัดการ

ตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ การรับรู้และพัฒนาทักษะ การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนให้กำลังใจ และการให้แรงกระตุ้นเตือน รวมทั้งการให้แรงกระตุ้นเตือนจากอสม. หลังทำกิจกรรมพบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับน้ำตาล fasting blood sugar ดรรชนีมวลกาย ลดลง สอดคล้องกับ ระพีพร วาโยบุตรและพิมพา สุตรา (2557) ได้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา สาเหตุ จัดทำแผน ปฏิบัติตามแผน และการติดตาม ประเมินผล ทำให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่ม ที่ร่วมกันกำหนดไว้ ทำให้ชุมชนรู้ถึงปัญหาของผู้ป่วย รู้เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน อันตรายจากโรคเบาหวาน และตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหา

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ได้ผลดีนั้นจึงควรมีการจัดการองค์กร ระบบบริการที่ดี ตลอดจนการประสานงานเชื่อมโยงกับทีมผู้มีส่วนได้เสีย การใช้ทรัพยากรในชุมชน และสิ่งที่ควรทำคือการจัดระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองสามารถประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งรูปแบบการให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านมาเป็นเพียงการให้ความรู้ในคลินิก เบาหวานเป็นรายกลุ่ม ที่มีระยะเวลาไม่มากนักทำให้กระบวนการจัดการไม่เพียงพอในการให้ความรู้ ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับบริการใน กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลกุดจับโดยคาดว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองให้มากขึ้นอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง จนผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงสภาพปกติมากที่สุด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดภาวะพึ่งพิง มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

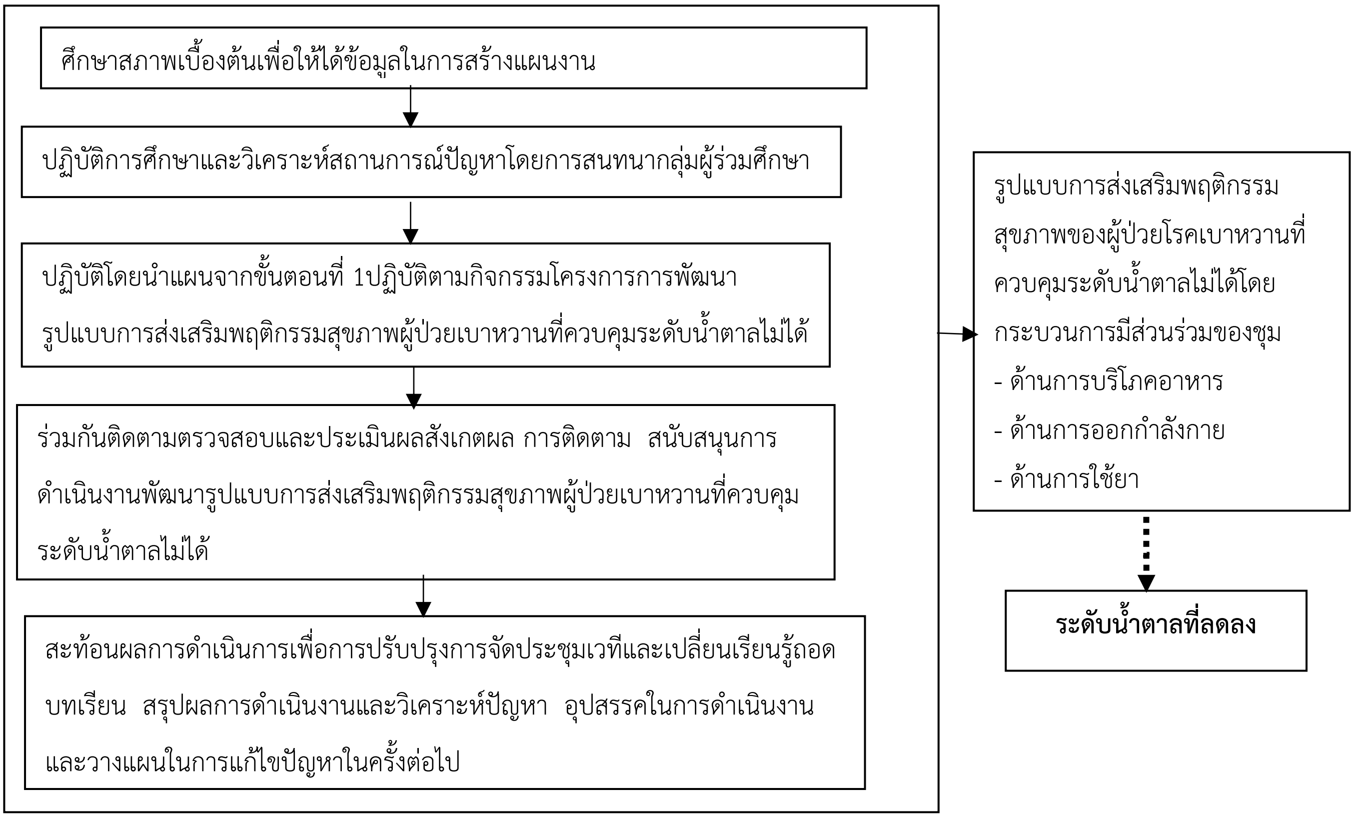
**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1.พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2.เพื่อศึกษา ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลก่อนและหลัง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**



**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดย มี 4 กระบวนการตามแนวคิดของKemmis& McTaggart (1988) กระบวนการวิจัยประกอบไปด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มีอายุ30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขต ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 15 คน (บุญชม ศรีสะอาด, 2535: 38) โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ ดังนี้

**เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)**

1. มีความสมัครใจและมีความพร้อมในการเข้าร่วมการวิจัยตลอดเวลา
2. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่2ที่มีค่าระดับน้ำตาล >154 mg% และไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไต และได้รับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวานของกลุ่มงานปฐมภูมิ โรงพยาบาลกุดจับ

**เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)**

(1) ไม่อยู่ในพื้นที่ช่วงทำวิจัย (2) ป่วยหนักไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ (3) เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 แบบแบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนระยะเตรียมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นนี้ ผู้วิจัยใช้แบบแบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่พัฒนาขึ้นโดย ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ ในรายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วยชุดคำถาม 2 ตอน คือ ตอนที่1ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจและแบบแผนการรักษาโรคเบาหวานมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) โดยมีหัวข้อ เพศ อายุ สถานภาพระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัวภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคเบาหวานโรคแทรกซ้อนที่เป็นร่วมกับโรคเบาหวานสิทธิในการรักษาพยาบาล การเดินทางไปรับการรักษาและวิธีการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบัน และตอนที่2ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

1.2 แบบประเมินระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ก่อน-หลัง การเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ร่วมกันวางแผน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม (Group Discussion Guideline) ประกอบด้วย2ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ได้จากการสำรวจในระยะเตรียมการวิจัย 2) แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มด้วยกระบวนการ AIC เพื่อพัฒนากิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ขั้นที่ 2 ร่วมกันปฏิบัติเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกประจำวันของผู้วิจัย (Daily filed note) เพื่อบันทึกข้อมูลจากการปฏิบัติการวิจัยในพื้นที่ตามการรับรู้ของผู้วิจัย และกล้องบันทึกภาพ

ขั้นที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์กลุ่มภาคีเครือข่าย (group interview) สำหรับการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้านการบริโภคอาหารด้านการออกกำลังกายและด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวานรวมถึงข้อคิดเห็นอื่นๆของภาคีเครือข่ายที่มีต่อกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้
2. แบบบันทึกประจำวันของผู้วิจัย เพื่อบันทึกข้อมูลจากการปฏิบัติการวิจัยในพื้นที่ตามการรับรู้ของผู้วิจัย และกล้องบันทึกภาพ

3. แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (Participant observation) เพื่อใช้ในการบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ด้านการบริโภคอาหารด้านการออกกำลังกายและด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลด้วยตนเอง

ขั้นที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล ขั้นตอนการประเมินผลสรุปเมื่อครบกำหนดเวลาการศึกษา คือการประเมินผลสรุปรวมการศึกษา การประเมินในขั้นนี้ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์หลังจากมีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งได้ดำเนินการแล้ว ว่าได้ผลเป็นอย่างไร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย (1) แนวทางการสนทนากลุ่ม (2) แบบสัมภาษณ์ภาคีเครือข่าย (3) แบบสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

ขั้นตอนการดำเนินการการวิจัย การควบคุมการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้และ ทฤษฎีความคาดหวังในการดำเนินการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา นำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกตพฤติกรรม ข้อมูลที่ได้ในแต่ละวันหลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้ว จะนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหาจากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 2862 ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลต่างๆ จัดทำเอกสารชี้แจงข้อมูลอาสาสมัคร (Information sheet) และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลต่างๆ จนเป็นที่เข้าใจ รวมถึงได้รับทราบสิทธิในการออกจากโครงการโดยไม่มีเงื่อนไขหรือผลกระทบต่อการรักษาที่จะได้รับแล้วจึงมีการลงชื่อในใบยินยอม และและข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม

**ผลการวิจัย**

**ผลการวิเคราะห์ในระยะเตรียมการ**

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.9 มีอายุ 51-60 ปี อายุเฉลี่ย (Mean.2.6S.D 0.59) ร้อยละ 65.5 สถานภาพสมรสร้อยละ 75.9 มีระดับการศึกษาชั้นประถมการศึกษา ร้อยละ 75.9 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 41.1 มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัว 1000-5000 บาท ร้อยละ41.4 ระยะเวลาเจ็บป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 44.8 มีระดับน้ำตาล ล่าสุด 154-200mg% ร้อยละ 87.9 การเดินทางไปรักษา โดยการไปคนเดียว ร้อยละ 62.1 การเดินทางไปรักษาใช้วิธี รถส่วนตัว ร้อยละ 87.9 การจ่ายค่ารักษา เข้าร่วมโครงการ30 บาท ร้อยละ 72.4 สถานที่ไปรักษา โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 91.4

2. ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลกุดจับ อำเภอจังหวัดอุดรธานีกุดจับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้

| ด้าน | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับพฤติกรรม |
|---|---|---|---|
| 1. การบริโภคอาหาร | 2.88 | 0.39 | ปานกลาง |
| 2. การออกกำลังกาย | 2.89 | 0.77 | ปานกลาง |
| 3. การใช้ยาโรคเบาหวาน | 2.86 | 0.34 | ปานกลาง |
| **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม** | **2.87** | **0.42** | **ปานกลาง** |

จากตารางที่ 2 พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.87(S.D.0.42)

**ผลการวิเคราะห์ในระยะดำเนินการวิจัย**

**1. ผลการสัมภาษณ์เจาะลึก**

การสัมภาษณ์เจาะลึกทีมสุขภาพ พบว่า ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนไม่มีความต่อเนื่อง ต้องปรับกิจกรรมเป็นวันๆไปตามสภาพ ผู้ป่วยในคลินิกแต่ละวันจำนวนมากทำให้การทำกิจกรรมการให้ความรู้ไม่เต็มที่ บางครั้งก็ไม่ได้คุยกับคนไข้ที่มีปัญหาจริงๆ และปัญหาที่พบส่วนใหญ่ผู้ป่วยขาดความสนใจและไม่ตั้งใจฟัง การส่งเสริมพฤติกรรมยังเป็นรูปแบบการตั้งรับมากกว่าเชิงรุก การให้ความรู้ เรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ไม่ต่อเนื่อง และไม่มีรูปแบบชัดเจนเนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ อยากให้เสริมกิจกรรมเชิงรุกให้มากขึ้น ติดตามเยี่ยมกลุ่มผู้ป่วยให้ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

**2. ผลการสนทนากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน**

การสนทนากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานพบว่า สภาพอาการส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยจะมีอาการหวิวๆ วิงเวียน ศีรษะ หน้ามืดตาลายปัสสาวะบ่อย ชามือชาเท้า ปากแห้งคอแห้ง หิวบ่อย การขับถ่ายไม่ปกติ ยังบริโภคน้ำหวาน ต้องกินยาตามหมอสั่ง และ ถูกเวลา พักผ่อนให้เพียงพอ ไม่เครียด ซึ่งผลกระทบที่เป็นแล้วต้องระวังเรื่องการบริโภคให้มาก ต้องระวังเรื่องบาดแผลกลัวถูกตัดนิ้วเท้าอีก ต้องกินยาตลอด ต้องรับยาตามนัด รูปแบบอยากให้ชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข จัดกลุ่มและกระตุ้นให้ออกกำลังกาย จัดสื่อประชาสัมพันธ์เรื่องเบาหวานและผลกระทบของการเป็นเบาหวานให้ชุมชนตระหนักรู้ จัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้และให้กำลังใจ จะดูแลตนเองโดยลดอาหารหวาน ลดข้าวเหนียว ต้องควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ ออกกำลังกายต่อเนื่อง และทานยาให้ตรงเวลาในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยการวางแผน 1.(Planning) 2.การปฏิบัติตามแผน (Action) 3.การสังเกตผล (Observation) และ4.การสะท้อนผล (Reflection) ผลการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

**1. การวางแผน**

การวางแผน และจัดทำแผน โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ให้ผู้ร่วมศึกษาสะท้อนความคิดเห็น เพื่อค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาตามศักยภาพและบริบทของชุมชน สรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

1.1 ด้านโภชนาการ พบว่าปัญหาหลักอยู่ที่ผู้ป่วยเอง ขาดการตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ในการบริโภคอาหาร คือรับประทานทุกอย่างตามที่ตนเองต้องการ เนื่องจากว่าต้องทำงานหนัก จึงต้องบริโภค เพื่อให้มีแรงทำงานโดยเฉพาะข้าวเหนียว ไม่มีการกำจัดปริมาณ รับประทานอาหารหวาน ผลไม้หวานตามฤดูกาลที่มีนอกจากนี้ยังซื้ออาหารตามสั่ง อาหารถุงปรุงสำเร็จรูปมาทานเพราะสะดวกไม่มีเวลาปรุงอาหารเอง และที่ดื่มเป็นประจำได้แก่ น้ำหวานและกาแฟสำเร็จรูป บางคนมีความเชื่อด้านการใช้พืชผักมาทานเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด บางคนยังดื่มสุรา สูบบุหรี่ เพราะเลิกไม่ได้

1.2 ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ไม่มีเวลาออกกำลังกายเลย เพราะทำงานแต่ละวัน กลับมาก็เหนื่อยมากแล้ว และในชุมชนก็ไม่มีกิจกรรมอะไรเลยในการช่วยกระตุ้นให้อยากไปออกกำลังกาย

1.3 ด้านการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยส่วนมากจะลืมทานยา ทานยาไม่ตรงเวลาที่แพทย์สั่ง หรือทานยาไม่ถูกขนาด บางคนแสวงหายาอื่นๆที่โฆษณาว่าช่วยลดระดับน้ำตาลได้ ถึงแม้ราคาจะแพงก็ตาม บางคนหยุดยาเองเพราะคิดว่า ตัวเองแข็งแรงดี ไม่กินก็ไม่เป็นไร

ดังนั้นที่ประชุม จึงได้สรุปเป็นประเด็นเป็นด้านๆและตามปัญหาที่พบและได้กำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ แบ่งเป็น 2 รูปแบบดังนี้

1) รูปแบบที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมในคลินิกเบาหวานทุกวันอังคาร มีกิจกรรมดังนี้

(1) กิจกรรมให้ความรู้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นรายบุคคล และใช้โมเดลเมนูอาหาร โดยนักโภชนาการ

(2) กิจกรรมตรวจเท้า ให้กับผู้ป่วยทุกคนโดยนักกายภาพบำบัด

(3) การให้ความรู้เรื่องยา โดยเภสัชกร

(4) กิจกรรมผ่อนคลายเพลงดอกไม้บาน ทุกครั้งก่อนพบแพทย์

(5) จัดทำแผ่นพับเอกสารเกี่ยวกับเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วย

2) รูปแบบที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน ดังนี้

(1)จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาล แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้โมเดลอาหารจำลอง บรรยายโดยนักโภชนาการ และพยาบาลวิชาชีพ ใช้เวลา 2.30 ชั่วโมง

(2) จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมและถูกวิธี และการผ่อนคลายความเครียด บรรยายโดยนักกายภาพบำบัด ใช้เวลา 1.00 ชม.

(3) จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร ที่ถูกวิธีและปลอดภัย โดยนักแพทย์แผนไทย ใช้เวลา 1.30 ชม.

(4) จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยา โดยเภสัชกร ใช้เวลาบรรยาย 1.30 ชม

**2.การปฏิบัติตามแผน**

ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เพื่อเข้าร่วมในการทดลองการวิจัยจำนวน 15 คน เพื่อทำการติดตามประเมินผลระหว่างวันที่ 18 พฤศจิกายน 2562 ถึง มกราคม 2563 ดังนี้

1) เจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือก

2) จัดอบรมให้ความรู้ตามแผนที่วางไว้

3) จัดทำแบบฟอร์มการกำกับการบริโภคอาหาร การรับประทานยา และกิจกรรมการออกกำลังกาย ที่ต่อเนื่อง เป็นเวลา 2 เดือน

**3.การสังเกตผล**

ในขั้นตอนการสังเกตผลการปฏิบัติการ มีกิจกรรมและผลการสังเกตผล ดังนี้

1) การสร้างเครือข่ายในชุมชน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข .และชาวบ้านร่วมกันกำหนดกิจกรรมการออกกำลังกาย ทุกวัน จันทร์ พุธ ศุกร์ ที่ ศาลากลางบ้าน พร้อมประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกันมาออกกำลังกายร่วมกัน กระตุ้นคนในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สร้างกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จัดรูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยใช้บุคคลต้นแบบเบาหวานมาร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2) ผู้ดูแล ได้แก่ บุตร สามี ภรรยา มีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้

3) เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ออกติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นและเสริมพลังให้ผู้ป่วย

4) เทศบาล จัดหาอุปกรณ์สถานที่ ในการออกกำลังกาย สนับสนุนงบประมาณในการทำกิจกรรม

**4. การสะท้อนผลการปฏิบัติการวิจัย**

หลังดำเนินกิจกรรมไปแล้ว 2 เดือน ผู้วิจัยได้ติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยการสอบถามและสังเกตและประชุมกลุ่มผลการดำเนินการสะท้อนได้ดังนี้

1) ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารตามสัดส่วนที่กำหนด ลดปริมาณแป้ง กินข้าวเหนียวลดลง กินข้าวจ้าวสลับ ลดการดื่มกาแฟ 3 in 1 ลง หันมากินกาแฟดำ แต่ก่อนเคยกินเครื่องดื่มเย็น ๆเช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน ประจำ เพราะทำให้สดชื่น ก็ต้องลดปริมาณลง ถึงแม้บางครั้งจะทำไม่ได้ แต่ก็มีความตระหนักถึงผลที่จะตามมาและจะพยายามปฏิบัติให้ถูกต้อง

2) การออกกำลังกาย ชุมชนมีการจัดกิจกรรมเต้นแอร์โรบิค บาสโลป ทุกวัน บางคนไม่สะดวก ก็ออกกำลังกายที่บ้านในรูปแบบที่ถนัด เช่น ปั่นจักรยาน วิ่ง เดิน วันละ 30-40 นาที สัปดาห์ละ 3-4 วัน

3) การรับประทานยา ผู้ป่วยตระหนักในการทานยามากขึ้น มีครอบครัว บุตรหลาน ช่วยกันกระตุ้นเตือน รับประทานยาสม่ำเสมอ มารับยาต่อเนื่อง ไม่มีการปรับลดยาหรือเพิ่มยาเอง

4) ผู้ดูแลและครอบครัว รับรู้ถึงโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งวิธีการดูแล ใส่ใจมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ จัดอาหารให้ถูกหลัก ทั้งชนิดและปริมาณ คอยสังเกตการทานยา คอยกระตุ้นเตือนในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

5) อาสาสมัครสาธารณสุข มีความตระหนัก ใส่ใจ ออกดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือน ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

6) ผู้นำชุมชน ให้ความใส่ใจและสนใจ คอยกระตุ้นเตือน ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย เป็นประจำ

**ผลการประเมินรูปแบบฯ**

ในการดำเนินการปฏิบัติการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินผล เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการปฏิบัติการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยศึกษาเปรียบเทียบระดับน้ำตาลของผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนและหลังการดำเนินการปฏิบัติการวิจัย ผลการดำเนินการได้ดังนี้

**ตารางที่ 2** ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโครงการ

| ระดับน้ำตาล | n | $\bar{x}$ | S.D | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนเข้าโครงการ | 15 | 202.93 | 42.876 | 8.489 | .000 |
| หลังเข้าโครงการ | 15 | 171.33 | 43.464 | | |

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยก่อนให้ความรู้และทำกิจกรรม($\bar{x}$=202.93)และหลัง($\bar{x}$=171.33 )เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าระดับน้ำตาลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**อภิปรายผล**

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มงานด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลกุดจับ อ.กุดจับ จ.อุดรธานีแบ่งเป็น2ระยะคือ ระยะเตรียมการ และระยะดำเนินการวิจัยในระยะดำเนินการใช้ กระบวนการกลุ่มใน 4 ขั้นตอนหลักและเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ชุมชนเกิดแนวทางการทำงานร่วมกันเป็นทีมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ทราบปัญหาผู้ป่วยและทำตามบทบาทแนวทางแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน มีการออกแบบการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ได้แก่การประชุมระดมสมองวิเคราะห์ปัญหาสร้างการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วย กิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจในชุมชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาวะที่เหมือนกัน ติดตามใส่ใจการดูแลและให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน จะช่วยให้การดำเนินการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งนี้เพราะลักษณะกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารวมกันนั้นกลุ่มที่เกิดจากความมุ่งหมาย (Group Goal ) สอดคล้องกับการศึกษาของระพีพร วาโยบุตรและพิมพา สุตรา (2557) ได้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทำให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่มที่ร่วมกันกำหนดไว้ ทำให้ชุมชนรู้ถึงปัญหาของผู้ป่วย รู้เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน อันตรายจากโรคเบาหวาน และตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหา ส่วนผลการติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปรียบเทียบระดับน้ำตาลก่อนและหลังเข้าโครงการ พบว่าระดับน้ำตาลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของนิยม ดีจันทร์ และพนิษฐา พานิชชาชีวะกุล (2557) ได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน โดยประยุกต์ใช้การรับรู้ตนเอง แนวคิดการจัดการตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสร้างเสริมความรู้ การรับรู้และพัฒนาทักษะ การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนให้กำลังใจ และการสร้างแรงกระตุ้นเตือน รวมทั้งการให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยอสม. หลังการทำกิจกรรมพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานระดับ Fasting Blood Sugar ความดันโลหิต ดัชนีมวลกายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ จุรีรัตน์เจริญจิตต์ (2556) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่ง อินซูลิน อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการ เสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ดังนั้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงมีบทบาทที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน รวมทั้งสามารถเผยแพร่ข้อมูลสู่คนในชุมชนได้

**ข้อเสนอแนะ**

1.การดำเนินกิจกรรมในการศึกษาทุกขั้นตอนต้องเป็นไปตามบริบทของชุมชนและวิถีชีวิตของผู้ร่วมศึกษาและชุมชน

2.การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วม ควรใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่หลากหลายและใช้เครื่องมือที่เหมาะสม การกระตุ้นให้ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างเหมาะสม

3.การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงการพัฒนาหรือนำรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่พัฒนาขึ้นนี้มาใช้ โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

**ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย**

1. ควรมีการศึกษาวิจัย โดยใช้ข้อมูลผลการตรวจระดับFlasting blood sugar อย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันเป็นระยะเวลา 3 เดือน ก่อนที่จะนำมาสรุปว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้หรือไม่ เพื่อไม่ให้เกิดอคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Selection Bias) ในการศึกษาได้

**เอกสารอ้างอิง**

กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2555). **รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อปี 25 [เอกสารอัดสำเนา].** อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.

กรรณิกา สายแดง. (2554). **กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนแม่หล่าย อาเภอเมืองจังหวัดแพร่.** เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทร์เพ็ญ ประยงค์. (2553). **การมีส่วนร่วมของผู้นาชุมชนในการป้องกันและควบคุมภาวะเบาหวานในชุมชนศรีดอนชัยตาบลบ้านธิจังหวัดลำพูน.** การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จุรีรัตน์ เจริญจิตต์ (2556) **ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่ง อินซูลิน อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี:วารสารพยาบาลสาธารณสุข**

ชลิตา ไชยศิริ. (2554). **การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยกลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคมจังหวัดมหาสารคาม**. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชายุทธศาสตร์พัฒนาภูมิภาค มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

ทัศนีย์ ขันทอง,แสงอรุณ อิสระมาลัยและพัชรี คมจักรพันธ์.(2556).**ผลของโปรแกรมสนับสนุน การจดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง**.วารสารสภาการพยาบาล.28(1),85-99.

นิสา จีนเกา. (2554). **ความชุกของไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงและปัจจัยที่มีผลต่อไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อ.กระสังจ.บุรีรัมย์.** วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นฤมล ผิวผาง.(2554).**การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2บ้านหัวฝายตำบลเปือยน้อยอำเภอเปือยน้อยจังหวัดขอนแก่น** (รายงานการศึกษาอิสระ). ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลชุมชนขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย

นิยม ดีจันทร์และพนิษฐา พานิชาชีวกุล.(2557).**การพัฒนาการดุแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับ น้ำตาลไม่ได้ ในชุมชน.** การศึกษอิสระพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชนคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นิตยา พันธุเวทย์, เมตตา คาพิบูลย์ และนุชรี อาบสุวรรณสุขภาพ. (2555). **ประเด็นการรณรงค์วันเบาหวาน โลก ปี 2553 (ปีงบประมาณ 2554).** สืบค้นจาก http://thaincd.com/document/hot%20news/diabetes.pdf.

ระพีพร วาโยบุตรและพิมพา สุตรา.(2557). การ**พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน.**บ้านหนองโดน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม วารสารกองการพยาบาล, 41(2),72-83**.**

รุ่งอรุณ พรหมดวงดี. (2554). **ผลลัพธ์ของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอ.เกาะจันทร์จ.ชลบุรี.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมหาวิทยาลัยบูรพา.

ภาวนา กีรติยุตวงศ์. (2554).**การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนมติสำหรับการดูแล.** พิมพ์ครั้งที่ 2.

ปกาสิต โอวาทกานนท์. (2554). **ผลการดูแลรักษาเบาหวานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทรายมูลอ.ทรายมูลจ.ยโสธร.** ศรีนครินทร์เวชสาร; 26(4): 339-49.

เพรียวพันธุ์ อุสาย. (2554). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้อยู่ ในเกณฑ์ปกติที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาล บ้านไผ่จังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ.(2555).**ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไปเล่ม 2.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ :โฮลิสติก.

สุกาญน์และคณะ. (2558).**ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองของพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2** .การประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 17.

เสกสรร หีบแก้วและคณะ. (2553). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอกุฉินารายณ์จังหวัดกาฬสินธุ์.** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวทองอำเภอกุฉินารายณ์จังหวัดกาฬสินธุ์.

สิริรัตน์ ปิยะภัทรกุล. (2554). **พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต รับผิดชอบของสถานีอนามัย อ.แก้งคร้อ จ.ชัยภูมิ.** วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 5(1), 1-

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (2561)**เอกสารรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด.**อุดรธานี่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

Ghazanfari Z et al. (2010). **Determinants of glycemic control in femalediabetic patients: a studyfromIran.**Lipidin Health and Disease; 9: 83.

Jame,O., Prochaska, J.C. N., & Carlo, C.D. (2013). **Applying the stages of change, Phychotherapy in Australia**, 19(2). 10-15.

American Diabetes Association. (2012). **Standards of medical care in diabetes-2012**. **Diabetes Care,** 35, s11-s63. doi:10.2337/dc12-s011

Cheung, B. M., & Li, C. (2012**). Diabetes and hypertension: Is there a common metabolic pathway?.** Current Atherosclerosis Reports, 14(2), 160-166.

Day, C., & Bailey, C. J. (2011**). Obesity in the pathogenesis of type 2 diabetes. The British Journal of Diabetes & Vascular Disease**, 11(2), 55-61.

DeFronzo, R. A. (2010**). Insulin resistance, lipotoxicity, type 2 diabetes, and atherosclerosis: The missing links.** The Claude Bernard Lecture 2009. Diabetologia, 53(7), 1270-1287

Whiting, D. R., Guariguata, L., Weil, C., & Shaw, J. (2011). **IDF diabetes atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. Diabetes Research and Clinical Practice,** 94(3), 311-321

**ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู**

สุพิมล บุตรรัตนะ

Received: 3 February 2020
Revised: 3 April 2020
Accepted: 29 April2020

**บทคัดย่อ**

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันมาก ดังนั้นผู้ดูแลหลักจึงมีบทบาทสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลบางรายเผชิญปัญหาด้านจิตใจและด้านสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เนื่องจากโปรแกรมเตรียมความพร้อมที่ผ่านมาของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันการปฏิบัติมีความหลากหลาย ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยยังไม่มีความพร้อมในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) เป็นการศึกษาแบบ Interrupted Time Series Quasi-Experimental Design ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จำนวน 108 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม คือผู้ดูแลหลักที่ได้รับการเตรียมความพร้อมตามมาตรฐานปัจจุบัน จำนวน 54 คน (ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2562) และกลุ่มทดลองคือผู้ดูแลหลักที่ได้รับการเตรียมความพร้อมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น จำนวน 54 คน (ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563) ภายหลังจากการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยเปรียบเทียบความพร้อมของผู้ดูแลหลัก และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Multivariable Risk Difference Regression

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีลักษณะทั่วไปแตกต่างกันเล็กน้อย ภายหลังปรับความแตกต่างดังกล่าว พบว่า กลุ่มทดลองมีความพร้อมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) แต่การกลับมารักษาซ้ำไม่แตกต่างกัน ($p=0.810$) ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลควรได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีความพร้อมและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำ

**คำสำคัญ (Keywords) :** ผู้ดูแลหลัก โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน

**Effects of Discharge Preparedness Program among Primary Caregivers of Patients with Ischemic Stroke in Nong Bua Lamphu Hospital**

Supimol Budratana

**Abstract**

Patients with ischemic stroke are struggling in preforming daily living activities. The patients' primary caregivers play a prominent role of caring as some stroke patients and caregivers face substantial psychosocial and health-related challenges upon discharge from the hospital setting. No discharge readiness program for primary caregivers of stroke patients exists in Nong Bua Lamphu Hospital. It resulted in developing complications and re-admission of some stroke patients as caregivers were not well prepared for taking care of the patients. This study aimed to study effectiveness of discharge readiness program for primary caregivers of patients with ischemic stroke. The Interrupted Time Series Quasi-Experimental Design was conducted between December 2019 and February 2020. The purposive sampling consisted of 108 primary caregivers who cared for patients with first time stroked admitted at Stroke Unit in Nong Bua Lamphu Hospital. They were divided into two

groups, 54 participants each for control and experimental groups. The 2-group design compares between receiving the general hospital discharge program in control group (Nov.-Dec., 2019), and receiving specific discharge readiness program for stroke patients, developed by the researchers, in the experimental one (Jan. – Feb., 2020). Then the preparatory literacy and re-admission rates of both groups were evaluated and compared using the multivariable risk difference regression analysis. Findings revealed that characteristics of two groups were slightly different. After adjusted the differences between them, it was found that the readiness of the experimental group was significantly higher than those in the control group (p<0.001). However, the re-admission rate of both groups showed no significant difference (p=0.810). It was suggested that the primary caregivers should be prepared for readiness in taking care of the stroke patients before discharge in order to enhance their readiness and confidence to take care of the stroke patients. The ultimate goal was to prevent complications and re-admission.

.**Keywords:** primary caregivers, discharge preparedness program, patients with ischemic stroke

**บทนำ**

ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคระบุว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี พ.ศ.2562 พบว่า ทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงสามารถป้องกันได้

สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2556-2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปีพ.ศ. 2559 พบผู้ป่วย 293,463 รายในปีพ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย ซึ่งสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (กรมควบคุมโรค,2562) สำหรับผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ บางรายมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ การประกอบกิจวัตรประจำวัน ต้องนอนอยู่บนเตียง ไม่สามารถกลั้นอุจจาระปัสสาวะ ได้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา ได้แก่การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ การติดเชื้อทางเดินระบบหายใจจากการสำลักอาหารเข้าปอด การเกิดแผลกดทับ ข้อติดแข็ง สูญเสียการทรงตัวทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม นอกจากส่งผลกระทบตัวผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลต่อครอบครัวและชุมชน เศรษฐกิจสังคม ของประเทศด้วย

จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆโดยในปี พ.ศ.2558 ถึง พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูจำนวน 492,593,621, 571และ 622 รายตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลหนองบัวลำภู, พ.ศ.2562 ) วันนอนเฉลี่ย 3.6,3.1,4.8,4.3และ 4.5 วันตามลำดับ และมีสถิติการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยภาวะแทรกซ้อนจาก พ.ศ.2558-2562 พบร้อยละ 1.4,0.8,1.46 , 1.67และ 1.48 ตามลำดับ จากการกลับมารักษาซ้ำทำให้โรงพยาบาลต้องสูญเสียค่ารักษาโดยเฉลี่ยแล้ว 10,162 บาทต่อราย (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลหนองบัวลำภู,2562) จากสถิติจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีการกลับมารักษาซ้ำก่อนวันนัด มักส่งผลกระทบต่อระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตลดลง กลายเป็นคนพิการต้องพึ่งพา ผู้ดูแลหลักยังขาดทักษะและมั่นใจในการดูแล ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ดังนั้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจาก การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก จึงเป็นสิ่งสำคัญ

การพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อม ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพได้นั้น มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้โปรแกรมเตรียมความพร้อม เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ลดความหลากหลายของการปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลหนองบัวลำภูที่ผ่านมา ยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันการปฏิบัติมีความหลากหลาย ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีแนวทางการดูแลที่หลากหลายในการปฏิบัติ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการ

เตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) เพื่อเชื่อมโยงการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนถึงที่บ้านการพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพนั้น ช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสนับสนุนในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องลดภาระการพึ่งพาของบุคคลในครอบครัวและผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามมาตรฐานปัจจุบัน

**คำถามการวิจัย**

สัดส่วนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และกลุ่มที่เตรียมความพร้อมตามมาตรฐานปัจจุบันของโรงพยาบาลแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

**ประโยชน์ที่จะได้รับ**

- นำมาใช้ในการพัฒนา การวางแผนจำหน่ายและกระบวนการพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพ มีการปฏิบัติที่ชัดเจน

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Interrupted Time Series Quasi-Experimental Design โดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลหลักใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีความพร้อมในทักษะการดูแลต่างๆและส่งผลต่อการกลับมารับการรักษาซ้ำลดลง

**โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น**

1 ประเมินปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัว
2. ดูวีดีทัศน์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
3. สอนและสาธิตทักษะในการดูแลขั้นพื้นฐาน
4. ให้สาธิตทักษะในการดูแลขั้นพื้นฐานย้อนกลับ
5. สอนและสาธิตทักษะการดูแลเฉพาะด้าน
6. ให้สาธิตทักษะการดูแลเฉพาะด้านย้อนกลับ
7. ให้ความรู้เกี่ยวการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด

→

- ความพร้อมของผู้ดูแลหลักก่อนจำหน่าย
- อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ

**แผนภาพที่ 1** กรอบแนวคิดของการวิจัย

**ระเบียบวิธีการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยรูปแบบ Interrupted Time Series Quasi-Experimental Design ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 4 เดือน

**กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา**

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ได้แก่ ผู้ป่วยประเภทเตียง 3 (Barthel Index = 0-4 คะแนน) ผู้ป่วยมีความพิการ/มีความผิดปกติมากถึงผิดปกติอย่างรุนแรง ต้องมีคนอื่นช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันหรือต้องนอนบนเตียงต้องการการดูแล

อย่างใกล้ชิด และผู้ป่วยประเภทเตียง 2 (Barthel Index  = 5-11 คะแนน) ผู้ป่วยมีความพิการ/มีความผิดปกติพอควร ต้องการคนอื่นช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองบัวลำภูระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2563 โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งอยู่ในห้วงเวลาที่ศึกษาต่างกัน

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ดูแลหลักที่ได้รับการเตรียมความพร้อมตามมาตรฐานปัจจุบัน ศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2562

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลหลักที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ศึกษาระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563

**การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง**

มีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันของผู้ดูแลหลักจากการวิจัยนำร่อง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (ร้อยละ 75) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามมาตรฐานปัจจุบัน (ร้อยละ 50) จากการวิจัยนำร่อง โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ร้อยละ 80 ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Alpha error) 0.05 เป็นการทดสอบทางเดียว กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวนเท่ากัน จะได้จำนวนผู้ดูแลหลักในแต่ละกลุ่มๆ 54 คน รวม 108 คน

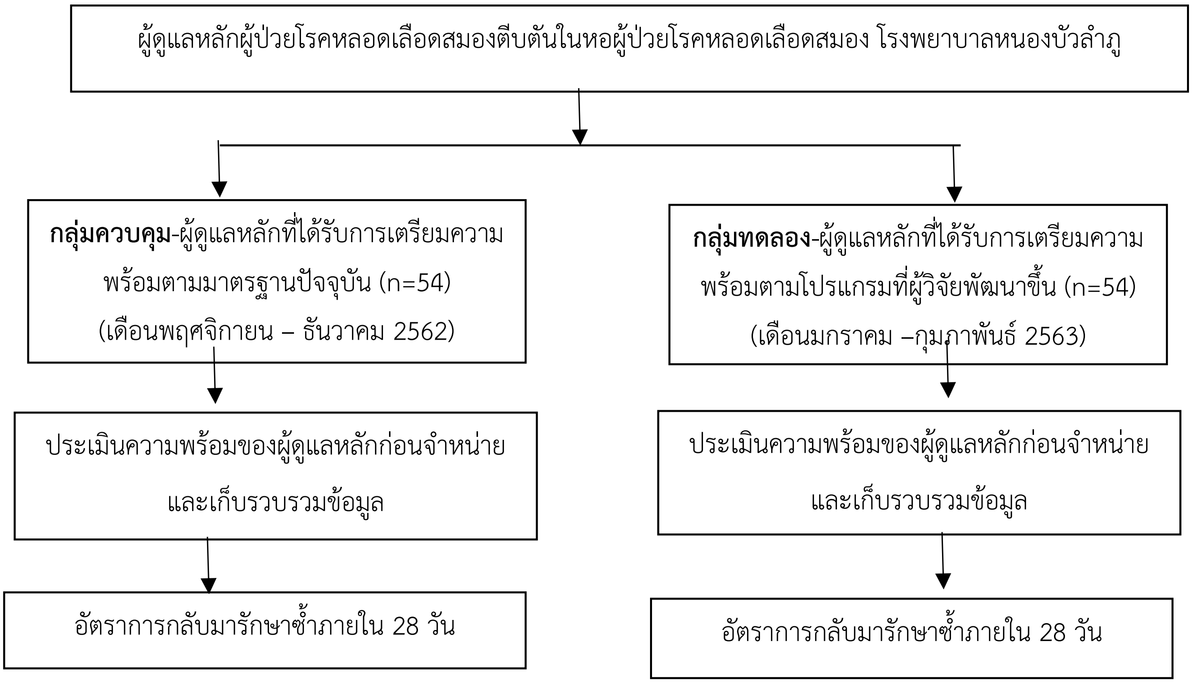
**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. แบบสอบถามลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา โรคประจำตัว ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความพร้อมในการดูแล
2. แบบสอบถามลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ได้แก่ เพศ อายุ ประเมิน Barthel Index แรกรับและวันจำหน่าย จำแนกประเภทเตียง  การคาอุปกรณ์การแพทย์/ภาวะแทรกซ้อน  การกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน
3. แบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแลหลัก จำนวน 48 ข้อ ประกอบด้วยการประเมิน 2 ด้านใหญ่ๆ ได้แก่ ด้านที่ 1 ประเมินทักษะในการดูแลขั้นพื้นฐาน  ซึ่งประกอบด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมและป้องกันอุบัติเหตุ การทำความสะอาดร่างกายและการสวมใส่เสื้อผ้า การพลิกตะแคงตัว การรับประทานอาหาร และการทำกายภาพบำบัด ด้านที่ 2 ประเมินทักษะการดูแลเฉพาะด้าน ซึ่งประกอบด้วยการให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ การทำแผลเจาะคอ/แผลกดทับ การดูดเสมหะ

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

ผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถามขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ  3  ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน มีการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะและนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.75

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**




**แผนภาพที่ 2** ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมตามมาตรฐานปัจจุบัน ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2562 โดยดำเนินการ ดังนี้ วันที่ 1 ประเมินประเมินปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัวประมาณ 20-30 นาที วันที่ 2 ให้ผู้ดูแลหลักดูวีดีทัศน์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ประมาณ 50-60 นาที วันที่ 3 ให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบตันและการดูแลตามสภาพและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย ประมาณ 50-60 นาที หลังจากนั้นในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลผู้ดูแลหลักและญาติสามารถซักถามข้อสงสัย วันสุดท้ายก่อนจำหน่ายมีการให้ความรู้เกี่ยวการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ประมาณ 20-30 นาที จากนั้นผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินที่สร้างขึ้น ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

ช่วงที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 โดยดำเนินการ ดังนี้ วันที่ 1 ประเมินประเมินปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัวพร้อมกับหาผู้ดูแลหลัก ประมาณ 20-30 นาที วันที่ 2 ให้ผู้ดูแลหลักดูวีดีทัศน์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ประมาณ 50-60 นาที วันที่ 3 สอนและสาธิตทักษะในการดูแลขั้นพื้นฐาน จำนวน 5 ทักษะ ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมและป้องกันอุบัติเหตุ การทำความสะอาดร่างกายและการสวมใส่เสื้อผ้า การพลิกตะแคงตัว การรับประทานอาหาร ประมาณ 40-60 นาที วันที่ 4 ให้ผู้ดูแลหลักสาธิตทักษะในการดูแลขั้นพื้นฐานย้อนกลับ ประมาณ 20-30 นาที วันที่ 5 สอนและสาธิตทักษะการดูแลเฉพาะด้าน จำนวน 4 ทักษะ ได้แก่ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ การทำแผลเจาะคอ/แผลกดทับ การดูดเสมหะ ประมาณ 30-40 นาที วันที่ 6 ให้ผู้ดูแลหลักสาธิตทักษะการดูแลเฉพาะด้านย้อนกลับ ประมาณ 20-30 นาที วันสุดท้ายก่อนจำหน่ายมีการให้ความรู้เกี่ยวการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ประมาณ 20-30 นาที จากนั้นผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินที่สร้างขึ้น ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 05/2562 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ของการวิจัย

ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ วิเคราะห์ผลในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบใดๆต่อการดูแลและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันและในอนาคต

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลทั่วไปของทั้ง 2 กลุ่มนำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการกระจายของลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Exact probability test สำหรับข้อมูลที่เป็นค่าสัดส่วน และ t – test สำหรับข้อมูลที่เป็นตัวเลขต่อเนื่อง
2. เปรียบเทียบความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันจากภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลไม่ถูกต้องระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุ Multivariable Risk Difference Regression

**ผลการวิจัย**

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้ดูแลหลัก

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง (n=54) | | กลุ่มควบคุม (n=54) | | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| เพศ | | | | | |
| หญิง | 54 | 100 | 54 | 100 | |
| อายุ (ปี) mean±sd | 46.6 | 8.3 | 47.5 | 9.5 | 0.627 |
| การศึกษา | | | | | 1.000 |
| - ไม่ได้เรียน | 1 | 1.9 | 0 | 0 | |
| - ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา | 51 | 94.4 | 52 | 96.3 | |
| - สูงกว่ามัธยมศึกษา | 2 | 3.7 | 2 | 3.7 | |
| โรคประจำตัว | | | | | |
| - ไม่มีโรคประจำตัว | 35 | 64.8 | 37 | 68.5 | 0.838 |
| - โรคความดันโลหิตสูง | 6 | 11.1 | 5 | 9.3 | 1.000 |
| - โรคเบาหวาน | 7 | 13.0 | 9 | 16.7 | 0.787 |
| มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย | 3 | 5.6 | 10 | 18.5 | 0.073 |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | | | | | 0.270 |
| - บิดา/มารดา | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| - สามี/ภรรยา | 12 | 22.2 | 8 | 14.8 | |
| - บุตร | 34 | 63.0 | 42 | 77.8 | |
| - ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก/ญาติ | 8 | 14.8 | 4 | 7.4 | |

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ดูแลหลักทั้ง 2 กลุ่ม เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุแตกต่างกันเล็กน้อย โดยกลุ่มทดลองมีอายุน้อยกว่าเล็กน้อย เฉลี่ย 46.6 ± 8.3 ปี ในขณะที่กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 47.5 ±9.5 ปี (p = 0.627) โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ไม่มีโรคประจำตัว สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัวจะเป็นเบาหวานมากที่สุด รองลงมาคือความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองพบว่าผู้ดูแลหลักมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 3 คน (5.6%) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมี 10 คน (18.5%) แต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.073) และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย ถึงแม้ส่วนใหญ่จะเป็นบุตรทั้งสองกลุ่ม แต่กลุ่มทดลองมีผู้ดูแลหลักเป็นญาติหรือบุคคลอื่นมากกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปผู้ป่วย

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง (n=54) | | กลุ่มควบคุม (n=54) | | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| เพศ | | | | | 0.846 |
| - ชาย | 30 | 55.6 | 32 | 59.3 | |
| - หญิง | 24 | 44.4 | 22 | 40.7 | |
| อายุ(ปี) mean± sd | 69.2(±12.2) | | 68.2 (±9.5) | | 0.625 |
| Barthel Index แรกรับ | 7.0 | 2.8 | 7.4 | 2.5 | 0.424 |
| Barthel Index จำหน่าย | 9.4 | 5.4 | 8.6 | 3.0 | 0.311 |
| การจำแนกประเภทเตียง | | | | | |
| - ประเภทเตียง 2 | 43 | 79.6 | 46 | 85.2 | 0.614 |
| - ประเภทเตียง 3 | 11 | 20.4 | 9 | 14.8 | |
| On nasogastric tube | 47 | 87.0 | 54 | 100 | 0.013 |
| On tracheostomy tube | 1 | 1.9 | 1 | 1.9 | 1.000 |
| On Foleys catheter | 4 | 7.4 | 3 | 5.6 | 1.000 |
| Bedsore | 5 | 9.3 | 5 | 9.3 | 1.000 |
| จำนวนกิจกรรมพิเศษที่ต้องการการดูแล | | | | | |
| - ไม่มี | 6 | 11.1 | 0 | 0 | 0.079 |
| 1 กิจกรรม | 41 | 75.9 | 47 | 87.0 | |
| 2 กิจกรรม | 5 | 9.3 | 5 | 9.3 | |
| 3 กิจกรรม | 2 | 3.7 | 2 | 3.7 | |

จากตารางที่ 2 พบว่าลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราส่วนระหว่างเพศชายและเพศหญิง มีปริมาณใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 69.2 ปี (±12.2 ) มากกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย 68.2 ปี (±9.5) (p=0.625) Barthel Index แรกรับและจำหน่ายไม่ต่างกันส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยประเภทเตียง 2 และใส่สายยางให้อาหารทางจมูก ส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม ต้องการการดูแลด้วยกิจกรรมพิเศษเพียงกิจกรรมเดียว กลุ่มทดลอง 41 ราย (75.9%) กลุ่มควบคุม 47 ราย (87% ) การดูแลเมื่อได้รับการให้อาหารทางสายยางมากที่สุด รองลงมาการทำแผลกดทับ การคาสายสวนปัสสาวะ และการทำแผลเจาะคอ ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลหลักก่อนจำหน่ายและการกลับมารักษาซ้ำ

| ทักษะและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล | กลุ่มทดลอง (n=54) | | กลุ่มควบคุม (n=54) | | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| ความพร้อมในการดูแล | 46 | 85.2 | 22 | 40.7 | <0.001 | <0.001 |
| การกลับมารักษาซ้ำ | 1 | 1.9 | 2 | 3.7 | 1.000 | 0.500 |

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายมีความพร้อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม (p<0.001) และการกลับมารักษาซ้ำทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลอง จำนวน 1 คน ร้อยละ1.9 กลุ่มควบคุมจำนวน 2 คน ร้อยละ 3.7 (p= 1.000)

ตารางที่ 4 ผลการใช้โปรแกรมการดูแล

| ทักษะและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลัก | เพิ่มขึ้น * (ร้อยละ) | 95% confidence interval lower | upper | p-value |
|---|---|---|---|---|
| ความพร้อมในการดูแล | 55.5 | 35.6 | 75.4 | <0.001 |
| การกลับมารักษาซ้ำ | 0.6 | -4.9 | +6.2 | 0.812 |

จากตารางที่ 4 ภายหลังปรับความแตกต่างของเพศ อายุ การใส่สายให้อาหารทางสายยาง จำนวนกิจกรรมพิเศษที่ต้องการการดูแล ประเภทของผู้ป่วย และประสบการณ์การดูแลและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยโดยสถิติ Multivariable Risk Difference Regression แล้ว ผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองมีความพร้อมสูงกว่าถึงร้อยละ 55.5 อย่างมีนัยสำคัญ (p< 0.001) โดยเชื่อมั่นร้อยละ 95 ว่าความพร้อมที่สูงกว่านี้อยู่ระหว่างร้อยละ 35.6 ถึง 75.4 ในขณะที่อัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ดูแลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย (ร้อยละ 0.6) แต่ไม่มีนัยสำคัญ (p =0.810)

**การอภิปรายผล**

จากผลของการศึกษาครั้งนี้ทำให้ หลังการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ส่งผลทำให้ทักษะและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมีมากขึ้นกว่าการใช้โปรแกรมเดิมถึงร้อยละ 55.5 สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทกาญจน์ ปักษี และคณะ (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียดการปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแล ของญาติผู้ดูแลในบริการที่ได้รับในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา มูลฐี และคณะ (2559) ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วยผลการวิจัย พบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการจำหน่าย 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่มไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และจากผลการวิจัยของ จิตชญา อยู่เย็น (2559) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในเรื่องการกลับมารักษาซ้ำนั้นอาจขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น พยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงขึ้น สิ่งแวดล้อมในการดูแลของผู้ดูแลต่อที่บ้าน จึงมีผลทำให้การกลับมารักษาซ้ำไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม

**สรุปการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยในรูปแบบ Interrupted Time Series Quasi-Experimental Design ในกลุ่มผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน สามารถเพิ่มความพร้อมของผู้ดูแลหลัก เสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลบางคน อาจไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน ผู้วิจัยจึงเห็นสมควร ให้นำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้อย่างต่อเนื่องและแพร่หลาย เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีตามสภาวะของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และการกลับมารับการรักษาซ้ำที่โรงพยาบาล

**เอกสารอ้างอิง**

กองโรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. (2562). รณรงค์วันอัมพาตโลก ให้ประชาชนรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ลดความเสี่ยงเป็นอัมพาต.

ข้อมูล หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. (2558 - 2561).จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลหนองบัวลำภู. สถิติโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู.

จิตชญา อยู่เย็น. (2559). ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ต่อความพร้อมในการดูแลและความพึงพอใจของผู้ดูแล .วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต.สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล .

นิชธิมา ศรีจำนงค์. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข,บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิภาภัคร์ คงเกียรติพันธุ์. (2556).การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต.
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา .

นันทกาญจน์ ปักษี และคณะ.(2559) ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียดการปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล .วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต.สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2553) . ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลสาสตร์ (เล่ม 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์ มีเดีย.

ปิยนุช ภิญโย และคณะ. (2560 ). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม –สิงหาคม2558 .

พรพรรณ พรหมทัตและดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 23(3),107-108.

พิราลักษณ์ ลาภหลาย.(2560) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ และความปลอดภัยในการรับประทานอาหารขอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต.สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม. (2553) . การดูแลตนเองและการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง.กรุงเทพฯ:คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

วาสนา มูลฐีและคณะ. (2559) ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล ,มกราคม – มีนาคม 2559

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์. (2553). การประเมินและบันทึกการพยาบาลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ.ในการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 20 การบันทึกทางการพยาบาลเพื่อการบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อ.(257-266) .ม.ป.ท.ผู้สูงอายุไทย,ณ ศูนย์ประชุมสภาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์.(2554). การพยาบาลผู้สูงอายุ:ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. (พิมพ์ครั้งที่ 3).กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์.(2555). ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ: ผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางในการประกันคุณภาพใน ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: วี พริ้น.

ศิโรรัตน์ นาคทองแก้ว. (2554) .ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน: รายงานการวิจัย ฝ่ายการพยาบาล. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.

สถาบันประสาทวิทยา.(2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับ พยาบาลทั่วไป.กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา
Nursing, Health, and Education Journal

**คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา**

.................................................................................

เพื่อให้การจัดทำวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ จึงขอให้ใช้คำแนะนำนี้ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

**ผู้ทรงคุณวุฒิ** หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

**ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์** หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2 คน ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพ สามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

**ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์** หมายถึง บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือ บทความปริทรรศน์

**<u>คำแนะนำของการเตรียมบทความ</u>**

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการใน วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำ เสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากโดยผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. อัตราค่าบำรุงวารสารฯ / ค่าธรรมเนียมในการนำผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารฯ

2.1. กรณีส่งตามปกติ อัตราค่าธรรมเนียม 2,000 บาท/ 1 บทความ

2.2. กรณีส่งแบบเร่งด่วน (Fast track) อัตราค่าธรรมเนียม 5,000 บาท/ 1 บทความ

โดยชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยการโอนเงินมาที่ บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี **401-3-63405-8** ชื่อบัญชี วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

3. การเตรียมต้นฉบับ บทความวิจัย มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2. บทคัดย่อ ภาษาไทย ไม่เกิน 250 คำ และภาษาอังกฤษ (Abstract) ไม่เกิน 250 คำ

3.3. ชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

3.4. คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.5. บทนำ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักการวิจัย เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

3.6. วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน

3.7. ระเบียบวิธีการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ

3.8. ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย หากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง ควรออกแบบตารางให้เหมาะสม และให้นำเสนอข้อมูลใต้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

3.9. อภิปรายผล เป็นการแปลความหมายของผลการวิจัย และอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3.10. สรุป ให้สรุปข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้อย่างย่อ

3.11. ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

4. การเตรียมต้นฉบับบทความปริทัศน์(Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

4.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ(Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

4.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่นำเสนอ เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

4.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่นำเสนอจะต้องกระชับ ตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

4.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่างๆมาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

4.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

4.8 เอกสารอ้างอิง

5. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ สำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA 6th edition ปี ค.ศ. 2010 รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องจุลภาค และต่อด้วย อักษรย่อของชื่อต้นและชื่อรอง ดังตัวอย่าง

**5.1 หนังสือ**

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด.(2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย.*(พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ :สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world.*(2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz., P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Health.

5.2 **วารสาร**

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. *ชื่อวารสาร,* ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เผชิญ กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index : E.I.).*วารสารการวัดผลการศึกษา* มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2),10-36.

**5.3 หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)**

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนืองเฉลิม.(2549). วิทยาศาสตร์พื้นบ้าน:การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่น การบูรณาการความรู้พื้นบ้านกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน :กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปู่ตา. ใน ฉลาด จันทรสมบัติ (บรรณาธิการ), *ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี 2548 – 2549* (หน้า 127– 140). มหาสารคาม : สารคาม-การพิมพ์-สารคามเปเปอร์

Coopper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005). Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

**5.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์**

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร.* สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550,จาก http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php

Wollman, N. (1999, November 12). *Influencing attitudes and behaviors for social change.* Retrieved July 6, 2005, from http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html

6. การตรวจสอบต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

7. การตั้งค่าหน้ากระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ TH SarabunPSK ขนาด 14 และ single space และมีเนื้อหารวมบทคัดย่อและเอกสารอ้างอิง 8-10 หน้า

8. การตีพิมพ์ ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์จะได้รับวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา1ฉบับ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับราคาฉบับละ120 บาท

9. การส่งต้นฉบับ ให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

9.1. ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเลคทรอนิคส์ไฟล์ (.doc) ไปที่ e-mail: journal@bcnu.ac.th เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสาร และดำเนินการส่งบทความเข้าฐานข้อมูลระบบออนไลน์ของ OPEN JOURNAL SYSTEMS ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่ www.bcnu.ac.th/journal หรือ https://www.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ ทั้งนี้ผู้เขียนสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำ เบื้องต้นสำหรับผู้นิพนธ์ที่เมนูด้านขวามือของหน้าเว็บไซต์ หรือตามคู่มือแนบท้าย

9.2. เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

9.3. ชำระเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในวารสารเมื่อได้รับหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการ

10. วารสารฯ มีกำหนดออกปี ละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
88 หมู่ 1 ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
รหัสไปรษณีย์ 41330 โทรศัพท์ 0-4229-5406 ต่อ 473
โทรสาร 0-4229-5407 E-mail : journal@bcnu.ac.th