



# วารสาร

วิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต  
Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564

Vol. 1 No. 1 January - April 2021

## บทความวิจัย

- ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
- การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านอย่างครบวงจร
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง
- ความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอด โรงพยาบาลหัวหิน
- คุณภาพบัณฑิตพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชบุรี ตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตปีการศึกษา 2561

## บทความกรณีศึกษา

- การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะติดเชื้อของเยื่อหุ้มช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย

## บทความวิชาการ

- การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ : บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน

ISSN : 2773-9279



วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต  
**Journal of Research for Health Improvement  
and Quality of Life**

วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต รับผิดชอบผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพในด้านการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ บทความวิจัย (Research articles) และบทความวิชาการ (Academic articles) และบทความกรณีศึกษา (Case study) โดยบทความดังกล่าวต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใด ไม่อยู่ระหว่างการส่งพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และต้องผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานที่ได้รับการรับรอง วารสารนี้มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer reviewers) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลายสาขาจากสถาบันต่างๆ ที่ร่วมกันพิจารณาคุณภาพบทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ อย่างน้อยบทความละ 2 ท่าน บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนวารสารทางวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี และคณะกรรมการวารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง และมีใช้ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ และวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการพัฒนาองค์ความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการในศาสตร์สาขาพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

**กำหนดการเผยแพร่วารสาร :** ทุก 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม - เมษายน พฤษภาคม - สิงหาคม กันยายน - ธันวาคม

**สำนักงาน :** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี 84/21 ถนน คทาวร์ ตำบลหน้าเมือง อำเภอ เมือง จังหวัด ราชบุรี 70000

**โทรศัพท์ :** 0-3231-4603 ต่อ 167 **โทรสาร :** 0-3231-4605 **email :** journal.rhq@gmail.com

**Website :** [www.bcnr.ac.th](http://www.bcnr.ac.th)

**พิมพ์ที่ :** ทูทวินพริ้นติ้ง สำนักงานใหญ่ 10/122 หมู่ที่ 8 ต.สำโรงเหนือ อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ 10270



วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต  
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564

**ที่ปรึกษา**

นางเพ็ญมาศ คำธนะ

ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังษี

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาคสกุล

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

รศ. พ.ต.อ.หญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พอ.หญิง ผศ.ดร. สายสมร เฉลยกิตติ

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

**บรรณาธิการ**

ดร.เยาวลักษณ์ มีบุญมาก

ผศ.ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร.วรเดช ช้างแก้ว

นักวิชาการอิสระ

ดร.อัจฉรา อ่วมเครือ

นักวิชาการอิสระ

ดร.นภาพร เอี่ยมละออ

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.อิศรา ศิริมณีนันท์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

ดร.พิชญ์วิวิร์ สิ้นสวัสดิ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

**ผู้ช่วยบรรณาธิการ**

ดร.ปริญญารักษ์ ณะบุญปวง

ดร.นงนุช วงศ์สว่าง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

ดร.รัชมี ศรีนนท์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

นางสาวจิรียา อินทนา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

นางกรรณิการ์ กิจนพเกียรติ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

นางสาวศรินธร มังคะมณี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

นางลักคณา บุญมี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

**ฝ่ายจัดการวารสาร**

นางสาววิไลรัตน์ กลั่นสกุล

**เจ้าของวารสาร**

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

## บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะผู้อ่านวารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต

วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตเผยแพร่ตีพิมพ์บทความวิจัย บทความกรณีศึกษา และบทความวิชาการในสาขาพยาบาลศาสตร์ พยาบาลศึกษา วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้องของคณาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ บุคลากรสถานศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย และผู้สนใจ โดยเริ่มดำเนินการฉบับนี้เป็นฉบับปฐมฤกษ์ ผลงานทุกเรื่องจะผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ (peer reviews) ในสาขานั้นๆ เรื่องละ 2 ท่าน ซึ่งการจัดทำวารสารเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ควบคู่กับตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม เพื่อเป็นช่องทางเผยแพร่ผลงานวิชาการและเป็นแหล่งค้นคว้าข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจ

วารสารฉบับปฐมฤกษ์นี้ขอนำเสนอบทความทั้งหมด 8 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิจัย จำนวน 6 เรื่อง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการ จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 2) การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร 3) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง 5) ความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอด โรงพยาบาลหัวหิน บทความวิจัยด้านพยาบาลศึกษา จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ คุณภาพบัณฑิตพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตปีการศึกษา 2561 บทความกรณีศึกษาเป็นการเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน จำนวน 2 ราย ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง: กรณีศึกษา 2 ราย บทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ: บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ขอขอบคุณผู้เขียนที่ร่วมเสนอบทความที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาให้ข้อเสนอแนะ และกลั่นกรองคุณภาพบทความทำให้บทความของวารสารมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อ่านและศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ



(ดร.เยาวลักษณ์ มีบุญมาก)

บรรณาธิการวารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต



วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต  
**Journal of Research for Health Improvement  
and Quality of Life**

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2564)

Vol. 1 No.1 January – April 2021

## สารบัญ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | หน้า |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>บทความวิจัย</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี<br/>Selected Factors Affecting Medication Adherence among Older Patients with Type 2 Diabetes in Mueang District, Ratchaburi Province</li> </ul> | 1    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร<br/>Development of Comprehensive Care of Patients Receiving One Day Surgery</li> </ul>                                                                                                               | 13   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์<br/>Factors Related to The Clinical Risk Management of Registered Nurses in Samroi yod District, Prachuap Khiri Khan Province</li> </ul>                    | 25   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง<br/>Relationship between Health Perceptions and Health Behaviors among Health Care Personnel with Metabolic Syndrome, Banpong Hospital</li> </ul>          | 37   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● ความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอด โรงพยาบาลหัวหิน<br/>Needed and Received Nursing Care among Mothers during early Postpartum Rooming-in, Hua Hin Hospital</li> </ul>                                            | 49   |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              | หน้า |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● คุณภาพบัณฑิตพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต<br/>ปีการศึกษา 2561<br/>Quality of Nursing Graduates of Boromarajonani college of nursing, Ratchaburi<br/>Perceived by the Superiors, Academic Year 2018</li></ul> | 58   |
| <b>บทความกรณีศึกษา</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง : กรณีศึกษา<br/>2 ราย<br/>Nursing Care for Patients with End-Stage Renal Disease (ESRD) and Peritonitis<br/>: A Comparison of 2 Case Studies</li></ul>                     | 68   |
| <b>บทความวิชาการ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ : บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน<br/>Home Environmental Management for Health among Older Adults: Roles of<br/>Community Health Nurses</li></ul>                                                          | 80   |



ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุ  
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี  
Selected Factors Affecting Medication Adherence among Older Patients  
with Type 2 Diabetes in Mueang District, Ratchaburi Province

วิภาวรรณ ชันธแก้ว<sup>1</sup>

Wipawan Khankaew

ปริญญารักษ์ ธนบุญปวง<sup>\*2</sup>

Parinyaporn Thanaboonpuang

จิรียา อินทนา<sup>3</sup>

Jiriya Intana

Corresponding Author: \*Email: thanaboonpuang.p.8354@gmail.com

(Received: March 28, 2021; Revised: April 13, 2021; Accepted: April 28, 2021)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ 2) อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 143 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ความร่วมมือในการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารทางสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสื่อสารทางสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M=2.98$ ,  $SD=0.48$ ;  $M=3.02$ ,  $SD=0.71$ ;  $M=2.87$ ,  $SD=0.61$ ) ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ( $M=2.46$ ,  $SD=0.55$ )

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารทางสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 39.50 ( $R^2_{adj} = .395$ ,  $p < .01$ ) โดยความเชื่อด้านสุขภาพมีความสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาสูงสุด ( $Beta = .513$ ;  $p < .01$ ) รองลงมา ได้แก่ การสื่อสารทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $Beta = .334$ ,  $p < .05$ ;  $Beta = .262$ ,  $p < .05$ ) ตามลำดับ

ดังนั้นการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานควรคำนึงถึงการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพเป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** ความร่วมมือในการรับประทานยา, ผู้ป่วยสูงอายุ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

<sup>1, \*2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี

Registered nurse (Professional level), Boromarajonani college of nursing, Ratchaburi

<sup>3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี

Registered nurse (Senior Professional level), Boromarajonani college of nursing, Ratchaburi



## Abstract

The purposes of this descriptive research were to study 1) the level of medication adherence among older patients with type 2 diabetes and 2) selected factors affecting medication adherence among older patients with type 2 diabetes. The research instruments collected through 143 older patients composed of 4-part questionnaire; medication adherence, health beliefs, social support and health communication. The data were then analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results were revealed as follows:

1. The overall medication adherence, health beliefs, and health communication were at moderate level ( $M = 2.98$ ,  $SD = 0.48$ ;  $M = 3.02$ ,  $SD = 0.71$ ;  $M = 2.87$ ,  $SD = 0.61$ , respectively), whereas the overall of social support was at low level ( $M=2.46$ ,  $SD=0.55$ ).

2. The health beliefs, social support, and health communication can statistically significantly predict medication adherence among older patients with type 2 diabetes at 49.80% at the level of .01. ( $R^2=.498$ ,  $p<.01$ ). Moreover, health beliefs were able to predict medication adherence at the highest (Beta = .513;  $p <.01$ ), followed by health communication and social support (Beta = .334,  $p <.05$ ; Beta = .262,  $p <.05$ ), respectively.

Therefore, to promote medication adherence among older patients with type 2 diabetes, there should be concerned about changing health beliefs and health communication for sustainably modified medication adherence behavior.

**Keywords:** Medication Adherence, Older Patients, Type 2 Diabetes

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเทคโนโลยีมีความก้าวหน้าส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในทุกๆ ด้าน ทั้งธุรกิจ การศึกษา และโครงสร้างทางสังคมที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการสำรวจประชากรในประเทศไทย ปี 2561-2562 พบว่า มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น จำนวน 10,666,803 คน และ 11,136,059 คน คิดเป็นร้อยละ 16.06 และ 16.73 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) โดยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีข้อจำกัดด้านความเสื่อมทางร่างกายรวมทั้งต้องดำเนินชีวิตอยู่กับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่หลากหลาย ซึ่งส่งผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และกลายเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข โรคเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและหากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรคไต โรคหัวใจ และสูญเสียการมองเห็น เป็นต้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีจำนวนผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากรายงานการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี 2560-2562 พบว่า ปี 2560 ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 1,460,212 คน ร้อยละ 18.54 ปี 2561 ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 1,563,082 คน ร้อยละ 19.07 และ ปี 2562 ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 1,660,423 คน ร้อยละ 19.67 (ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เมื่อพิจารณาสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ พบว่า เกิดจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกบุคคล ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการสื่อสารทางสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแล

ตนเองของผู้สูงอายุ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2562)

ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานครอบคลุมถึงการรับประทานยาที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ จึงต้องอาศัยความร่วมมือทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความเชื่อทางสุขภาพที่อยู่บนพื้นฐานการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ต่ออุปสรรค สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อบุคคลรับรู้และมีความเชื่อทางสุขภาพจะส่งผลให้มีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวก (Becker, 1974) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นสิ่งส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความสามารถและศักยภาพในการดูแลตนเองรวมทั้งการรับประทานยาให้ถูกต้อง โดยการอยู่ร่วมกับบุตรหลานสามารถส่งผลให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (วิไลภา บุญกลัศ, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่าในยุคปัจจุบันการสื่อสารมีบทบาทสำคัญในการดำรงชีวิตประจำวัน การสื่อสารทางสุขภาพจึงเป็นช่องทางเผยแพร่ข้อมูลทางสุขภาพและแนวทางปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม (ภมร ธรรม และประกันชัย ไกรรัตน์, 2562) เห็นได้ว่าความเชื่อทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยข้างต้น เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาทางบวกอย่างยั่งยืน

จังหวัดราชบุรีเป็นจังหวัดที่อยู่ในภาคกลาง อำเภอมะเขื่อนมีสถานบริการสาธารณสุขทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดราชบุรี จากข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี ในปีงบประมาณ 2560-2562 พบว่า ปี 2560 ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 7,149 คน คิดเป็นร้อยละ 23.02 ปี 2561 ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 7,571 คน คิดเป็นร้อยละ 23.98 และปี 2562 ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 7,654 คน คิดเป็นร้อยละ 23.91 เมื่อพิจารณาเห็นได้ว่าอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุป่วยโรคเบาหวานเขตอำเภอมะเขื่อน จังหวัดราชบุรี เพื่อนำข้อมูลจากการวิจัยมาใช้ในการประกอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอมะเขื่อน จังหวัดราชบุรีต่อไป

### คำถามการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารทางสุขภาพมีอิทธิพลในการทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในเขตอำเภอมะเขื่อน จังหวัดราชบุรีอย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารทางสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอมะเขื่อน จังหวัดราชบุรี



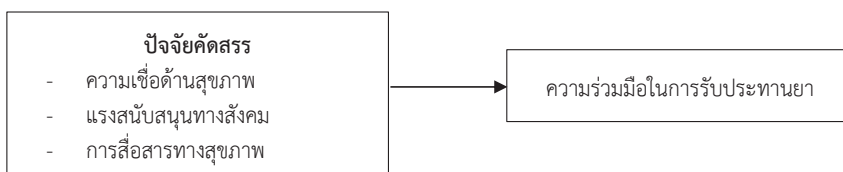
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารทางสุขภาพต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

### สมมติฐานการวิจัย

ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารทางสุขภาพสามารถทำนายความร่วมมือ ในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

### กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือ ในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเลือกปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความเชื่อ ทางสุขภาพจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Becker, 1974) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ต่อ อุปสรรค (Perceived Barriers) สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ (Cues to Action) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) 2) แรงสนับสนุนทางสังคมจากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) คลอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotional support) ด้านการประเมินคุณค่า (appraisal support) ด้านข้อมูลข่าวสาร (informative support) และด้านสิ่งของหรือทรัพยากร (instrumental support) และ 3) การสื่อสารทาง สุขภาพจากแนวคิดของ Ratzan, Payne และ Bishop (1996) แบ่งเป็น การสื่อสารระหว่างบุคคล และการ สื่อสารมวลชน กรอบแนวคิดการวิจัยแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2563 – พฤษภาคม พ.ศ.2563 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** การวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 7,654 คน (ข้อมูลจาก HDC สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562)

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จ G\*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) เลือก linear multiple regression: Fixed model,  $R^2$  deviation from zero กำหนดค่าขนาด

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัย จำนวน 1 คน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับกรอบการวัด (Item –Objective Congruence Index: IOC) มีค่าระหว่าง 0.60 - 1.00 และแก้ไขเฉพาะข้อคำถามที่ควรปรับปรุง แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามด้านความร่วมมือในการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารทางสุขภาพ ความเที่ยง เท่ากับ 0.84, 0.86, 0.81 และ 0.79 ตามลำดับ



### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี ผู้วิจัยทำหนังสือประสานและขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงกับหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข และกำหนดวัน เวลา สถานที่สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยและคณะชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง
4. ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการวิจัย ใช้เวลาตอบ ประมาณ 30 นาที หลังจากเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการตอบและรวบรวมไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และภาวะโรคร่วม โดยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ )
2. การวิเคราะห์ระดับความร่วมมือในการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารทางสุขภาพ ด้วยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)
  - คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก
  - คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับสูง
  - คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง
  - คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับต่ำ
  - คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับต่ำมาก
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรต่อความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 เกณฑ์จำแนกระดับความสัมพันธ์ ( $r$ ) แบ่งเป็น 5 ระดับ (Hinkle, 1998) รายละเอียดดังนี้
  - $r$  .91 - 1.00 หมายถึง ระดับสูงมาก
  - $r$  .71 - .90 หมายถึง ระดับสูง
  - $r$  .51 - .70 หมายถึง ระดับปานกลาง
  - $r$  .31 - .50 หมายถึง ระดับต่ำ
  - $r$  .10 - .30 หมายถึง ระดับต่ำมาก
4. การวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนแล้วจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

## การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี รหัส BCNR 008/ 2563 ลงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2563

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.87 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 65.02 ( $M = 65.02, SD = 11.98$ ) สถานภาพสมรส ร้อยละ 64.18 จบชั้นมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 37.63 อาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 40.72 และส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วม ร้อยละ 53.87

2. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสื่อสารทางสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.98, SD = 0.48$ ;  $M = 3.02, SD = 0.71$ ;  $M = 2.87, SD = 0.61$ ) และคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ( $M = 2.46, SD = 0.55$ ) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับของปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ( $n = 143$ )

| ปัจจัยคัดสรร                | $M$  | $SD$ | ระดับ   |
|-----------------------------|------|------|---------|
| ความร่วมมือในการรับประทานยา | 2.98 | 0.48 | ปานกลาง |
| ความเชื่อด้านสุขภาพ         | 3.02 | 0.71 | ปานกลาง |
| แรงสนับสนุนทางสังคม         | 2.46 | 0.55 | ต่ำ     |
| การสื่อสารทางสุขภาพ         | 2.87 | 0.61 | ปานกลาง |

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรต่อความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสื่อสารทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.682, p < .01$ ;  $r = 0.540, p < .01$ ) ตามลำดับ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.436, p < .05$ ) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ไม่เกิน 0.80 จึงไม่เกิดปัญหา Multicollinearity ดังตาราง 2

ตาราง 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( $r$ ) ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ( $n = 143$ )

| ปัจจัยคัดสรร                | 1       | 2       | 3      | 4    |
|-----------------------------|---------|---------|--------|------|
| ความร่วมมือในการรับประทานยา | 1.00    |         |        |      |
| ความเชื่อด้านสุขภาพ         | 0.682** | 1.00    |        |      |
| แรงสนับสนุนทางสังคม         | 0.436*  | 0.326*  | 1.00   |      |
| การสื่อสารทางสุขภาพ         | 0.540** | 0.361** | 0.211* | 1.00 |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$



4. ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้สูงสุด ( $Beta = .513, p < .01$ ) รองลงมา ได้แก่ การสื่อสารทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $Beta = .334, p < .05$ ;  $Beta = .262, p < .05$ ) ตามลำดับ โดยทั้ง 3 ปัจจัย สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือ ในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ได้ร้อยละ 39.50 ( $R^2_{adj} = .395, p = .007$ ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ( $n = 143$ )

| ตัวแปรทำนาย                                                           | <i>b</i> | <i>SE</i> | <i>Beta</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-----------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-------------|----------|----------|
| ความเชื่อด้านสุขภาพ                                                   | .631     | .063      | .513        | 7.26     | .000     |
| การสื่อสารทางสุขภาพ                                                   | .442     | .142      | .334        | 2.33     | .011     |
| แรงสนับสนุนทางสังคม                                                   | .322     | .180      | .262        | 1.31     | .024     |
| Constant = 12.241, $R^2 = .498, R^2_{adj} = .395, F = 4.12, p = .007$ |          |           |             |          |          |

## อภิปรายผล

1. ความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.98, SD = 0.48$ ) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานให้ความร่วมมือและรับประทานยาเป็นบางครั้ง เนื่องจากผู้สูงอายุบางส่วนที่มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาจะมีความหวังและแรงจูงใจในการรักษาการเจ็บป่วยให้หายจึงเต็มใจในการรับประทานยาเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสื่อมทางด้านร่างกายและความจำที่เป็นข้อจำกัด เมื่อมีกิจกรรมอื่นๆ เข้ามาคั่นกลาง ผู้สูงอายุบางส่วนจึงลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง รับประทานยาไม่ตรงเวลา และรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา จนอาจจะเลยในการรับประทานยาส่งผลให้การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุวรรณ ศรีอัสสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล และนิลุบล นันทา (2560) ศึกษาพฤติกรรมมารอดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากลืมรับประทานยาโดยเฉพาะหลังมือเย็นเนื่องจากติดภาระกิจหรือกิจกรรมที่เร่งรีบจากข้อจำกัดด้านร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยา อยู่ในระดับปานกลาง

ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.02, SD = 0.71$ ) อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาพอสมควร เกิดจากแรงจูงใจและทัศนคติที่ดีต่อการรักษา มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาพอสมควร แต่อาจเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในบางเรื่อง เช่น สามารถหยุดยา หรือปรับยาได้เมื่อระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงส่งผลให้รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพส่งผลให้เกิดการตัดสินใจที่ปฏิบัติตามหรือเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางบวก หากผู้ป่วยโรคเบาหวานรับรู้โอกาสเกิดโรคและผลกระทบจะเกิดความตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของการปรับพฤติกรรม โดยเฉพาะการรับประทานยาที่เป็นการดูแลสุขภาพตนเองขั้นพื้นฐาน

แต่เนื่องจากข้อจำกัดและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนจึงส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐนันท์ คำพิริยพงษ์ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2560) ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการใช้ยาของกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสื่อสารทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=2.87$ ,  $SD=0.61$ ) อธิบายได้ว่า การสื่อสารทางสุขภาพทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชนช่วยสร้างความเข้าใจจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน โดยปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวันเห็นได้จากระบบบริการของโรงพยาบาลเริ่มใช้การนัดหมายการตรวจรับยาประจำเดือน การประชาสัมพันธ์ และการให้ข้อมูลข่าวสารแบบออนไลน์ ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพมีหลายช่องทางแต่ละช่องทางมีความเหมาะสมกับบุคคลแตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุมีการสื่อสารผ่านช่องทางโซเชียลมีเดียไม่น้อยเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกับปัญหาเกี่ยวกับความเสื่อมทางสุขภาพ ส่วนใหญ่จึงใช้วิธีการสื่อสารระหว่างบุคคล เช่น การสื่อสารภายในครอบครัวที่เป็นพื้นฐานของการสร้างความเข้าใจและให้กำลังใจ การสื่อสารกับเพื่อนบ้านหรือเพื่อนสนิท เป็นต้น ด้านการสื่อสารมวลชนส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารรายการกลุ่มผ่านทางผู้นำชุมชน อสม. หรือการสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวของชุมชน ด้านการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีโอกาสดูคุยสื่อสารเมื่อผู้ป่วยไปรับบริการประจำเดือนหรือการเยี่ยมบ้านจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นการสื่อสารทางสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงอยู่ในระดับปานกลาง

แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ( $M=2.46$ ,  $SD=0.55$ ) อธิบายได้ว่า ปัจจุบันโครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ประกอบกับสภาพเศรษฐกิจที่แข่งขันสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันการพบปะพูดคุยกันน้อยลง ส่วนใหญ่ให้ความสนใจสื่อสารผ่านทางโซเชียลมีเดียมากกว่าการพบปะกันโดยตรง ผู้ป่วยสูงอายุจึงได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทั้งด้านทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร และการช่วยอำนวยความสะดวกในการไปตรวจรักษาน้อยลงส่งผลให้ขาดการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อประเมินอาการและได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนสำคัญในการสร้างความตระหนักอันจะนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยาต่อไป นอกจากการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวยังมีส่วนสำคัญในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รู้สึกว่าตนเองได้รับความห่วงใยและมีคุณค่าจะส่งผลให้ร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของวัลภา บุรณกลัศ (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวกับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า บุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลสูงต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลานจะส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ แต่เนื่องจากปัจจุบันสังคมมีการเปลี่ยนแปลงด้วยสภาพเศรษฐกิจและสังคมทุกคนในครอบครัวต่างมีบทบาทหน้าที่ทำให้การช่วยเหลือดูแลกันน้อยลง ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

2. ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้สูงสุด ( $Beta = .513$ ,  $p < .01$ ) รองลงมา ได้แก่ การสื่อสารทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $Beta = .334$ ,  $p < .05$ ;  $Beta = .262$ ,  $p < .05$ ) ตามลำดับ โดยทั้ง 3 ปัจจัย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา ได้ร้อยละ 39.50 ( $R^2_{adj} = .395$ ,  $p = .007$ ) อธิบายได้ดังนี้



ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้สูงสุด ร้อยละ 51.3 ( $Beta = .513, p < .01$ ) อธิบายได้ว่า ถ้าผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง ได้แก่ รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค รับรู้ต่ออุปสรรค สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยจะเข้าใจผลดีของพฤติกรรมต่อสุขภาพตนเองและส่งผลให้เกิดความร่วมมือปฏิบัติตาม สอดคล้องกับ ศิมาพรรณ หอมรส และอรรธรณ กิรติสิโรจน์ (2563) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา การรับรู้อุปสรรคต่อของการใช้ยา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควรได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง

การสื่อสารทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 33.4 ( $Beta = .334, p < .05$ ) อธิบายได้ว่า การสื่อสารทางสุขภาพเป็นจุดเริ่มต้นของความรู้และกระบวนการคิดอันจะนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจและความตระหนักในการรับประทานยาโรคเบาหวานทั้งในระดับบุคคล คือ การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยรายบุคคลหรือการให้คำแนะนำรายกลุ่ม รวมทั้งการสื่อสารความเข้าใจกับครอบครัว ล้วนเป็นกลวิธีสื่อสารเพื่อเพิ่มความเข้าใจรวมทั้งสร้างความตระหนักที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับงานวิจัย ปิยรัตน์ ฉายารัตน์, ศศิธร รุจนเวช และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในชุมชนแห่งหนึ่งพบว่า ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและมีพฤติกรรมชะลอความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารทางสุขภาพสามารถส่งผลกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ จึงควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารทางสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดการรับรู้และเข้าใจอันนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 26.2 ( $Beta = .262, p < .05$ ) อธิบายได้ว่า การได้รับความช่วยเหลือดูแลและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว บุคคลรอบข้าง บุคลากร ทางแพทย์ และชุมชนจึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณ คล้ายหงส์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ (2559) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัย พบว่า อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 48.70 จากที่กล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ ความเชื่อทางสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และควรได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรับประทานยาอย่างยั่งยืน

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมและควบคู่กันไปเนื่องจากตัวแปรทั้ง 3 ด้าน สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับต่ำควรได้รับการสนับสนุนอย่างเร่งด่วนเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลงานวิจัยไปดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างยั่งยืน

## Reference

- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Michigan: Charles B. Slack.
- Booranaklas, W. (2017). Correlation between self-care behaviors, family relationship, and happiness of thae elderly at community saimai destrict in Bangkok metropolitan. *Journal of The Police Nurse*, 9(2), 25-33. (in Thai).
- Chayarut, P., Roojanavech, S., & Chatdokmaiprai, K. (2019). The effects of health risk communication program among diabetic retinopathy patients in a community Samut Sakhon Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(3), 206-217. (In Thai).
- Darun, P., & Kairat, P. (2019). Health literacy factors influencing on health behavior of population in Bueng Kan Province. *Journal of Department of Health Service Support*, 15(3), 71-82. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2019). *The report of the situation of NCD (DM HT and risk factors in 2019)*. Available from <http://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>.
- Department of older persons. (2019). Measures to implement national agenda on aged society: 6 sustainable 4 change. [Internet]. Available from: [http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1551432930-155\\_0.pdf](http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1551432930-155_0.pdf).
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.



- Hinkle, D. E. (1998). *Applied statistics for the behavior sciences* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Houghton Mifflin.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Boston: Addison-Wesley.
- Homrot, S., & Keeratisiro, O. (2020). Factors affecting medication adherence of type 2 diabetic patients in Bang Krathum hospital, Phitsanulok province. *Journal of Safety and Health, 13*(1), 82-92. (in Thai).
- Khlahong, W., Jitramontree, N., & Wirojratana, V. (2016). Factors predicting medication adherence behaviors among older adults with type 2 diabetes. *The journal of faculty of nursing Burapha University, 24*(1), 65-75. (in Thai).
- Kumpiriyapong, N., & Sasat, S. (2017). The effect of health belief programme on medicine used behavior in older persons with Hypertension. *Royal Thai Navy Medical Journal, 44*(3), 67-83. (in Thai).
- Ratzan, S. C., Payne, J. G., & Bishop, C. (1996). The status and scope of health communication. *Journal of Health Communication, 1*(1), 25 -41.
- Sisa-aad, B. (2013). *Introduction to research* (9<sup>th</sup> Ed.). Bangkok : Suwiriyan Publisher. (in Thai)
- Sroisong, S., Rueankon, A., Apichantramethakul, & K., Nunta, N. (2017). Perceived self-care behavior among patients with type 2 diabetes mellitus with poor glycemic control. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 28*(2), 93-103. (In Thai).

## การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร Development of Comprehensive Care of Patients Receiving One Day Surgery

เบญจวรรณ มนูญญา\*<sup>1</sup>

Benjawan Manonya

สกวเดือน ขำเจริญ<sup>2</sup>

Sakawduean Khamcharoen

Corresponding Author: \*Email: benjawanm@gmail.com

(Received: February 2, 2021; Revised: March 10, 2021; Accepted: March 31, 2021)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร 2) ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน และผู้ป่วยรับบริการในโรงพยาบาลราชบุรีจำนวน 60 คน ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร แบบสอบถามความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วย และแบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง และด้านภาวะแทรกซ้อนที่พบภายใน 1 สัปดาห์ อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ 2) คะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง โดยรวมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) คะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบภายใน 1 สัปดาห์ โดยรวมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจึงควรเป็นการดูแลแบบครบวงจร ตั้งแต่เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจนถึงการติดตามผลการรักษา เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

**คำสำคัญ:** การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ, การดูแลแบบครบวงจร, ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

Registered nurse (Professional level), Nursing Outpatient Department, Ratchaburi Hospital

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลราชบุรี

Registered nurse (Senior Professional level), Nursing Anesthetist Department, Ratchaburi Hospital



## Abstract

The quasi-experimental research aimed to develop comprehensive care for one-day surgery and examine the effectiveness of nursing care by using comprehensive care for one-day surgery. The sample consisted of 10 registered nurses and 60 patients in Ratchaburi Hospital by using purposive sampling. Instruments were employed to collect data that comprised the guideline of comprehensive care for one-day surgery, an appropriate evaluation of the guideline of comprehensive care for one-day surgery questionnaire, and the nursing outcome form. Data were analyzed by using descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, and independent t-test.

The results revealed as follows: 1) The outcomes of nursing care in the experimental group for the incidence of complications after surgery within 24 hours and Incidence complications within one week were at the qualifying level. 2) Average scores for incidence of complications after surgery within 24 hours of the experimental group were significantly lower than a control group at the level of .05 ( $p < .05$ ). 3) Average scores for incidence complications within one week of the experimental group were significantly lower than a control group at the level of .05 ( $p < .05$ ).

Therefore, care for the patients who receive one day surgery services should be comprehensive care, from pre – operation preparation to follow-up sessions to reduce incidence of post-operative complications.

**Keywords:** One-day surgery, Comprehensive Care, Complications of surgery

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันจำนวนผู้ใช้บริการผ่าตัดมีจำนวนมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านต่างๆ จึงสามารถเข้าถึงระบบบริการได้สะดวกขึ้น โดยการเข้ารับการผ่าตัดต้องเริ่มดูแลตั้งแต่ขั้นตอนก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด หลังผ่าตัด จนกระทั่งติดตามอาการหลังผ่าตัดเพื่อให้เกิดบริการที่ครบถ้วน กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญจึงกำหนดนโยบายเรื่องการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (one-day surgery) แก่หน่วยบริการสุขภาพในสังกัด และกำหนดในยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560-2579 (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2563) ในส่วนบริการที่เป็นเลิศเรื่องการพัฒนากระบวนการผ่าตัดวันเดียวกลับนำสู่การปฏิบัติในรูปแบบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยกำหนดให้มีการจัดทำในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์อย่างเป็นรูปธรรม ตั้งแต่ พ.ศ. 2561 เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน สะดวกปลอดภัย ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัด การประหยัดเวลา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย (กรมการแพทย์, 2562) เมื่อทบทวนสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในประเทศไทย จากรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 รอบที่ 2 ประเด็นที่ 4 ลดแออัด ลดรอคอย สาขากการผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery) พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 3,837 ราย ปีงบประมาณ 2562

เป็นจำนวน 10,375 ราย ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 16,087 ราย และการเพิ่มจำนวนโรค/หัตถการ ที่ให้บริการ ในปีงบประมาณ 2561-2563 จำนวน 12 โรค 24 โรค และ 31 โรค ตามลำดับ (กรมการแพทย์, 2564) โดยให้แต่ละโรงพยาบาลสามารถเลือกให้บริการในโรค/หัตถการที่มีความพร้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

โรงพยาบาลราชบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งที่รับนโยบายในเรื่องการผ่าตัดวันเดียวกลับนำสู่การปฏิบัติ และกำหนดให้ศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการระงับความรู้สึกและดูแลหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบผู้ป่วยนอกเป็นศูนย์ประสานงานการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลราชบุรี เริ่มเปิดให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ แบบครบวงจรตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2561 หลังได้รับการประเมินจากกรมการแพทย์โดยมีภารกิจหลัก คือ การให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างมีมาตรฐาน ตามที่ทางกรมการแพทย์ได้มีการกำหนดขั้นตอนหลักของการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดหรือทำหัตถการ 2) การมารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการในโรงพยาบาล 3) การพักฟื้นหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ 4) การติดตามผลการรักษา (กรมการแพทย์, 2562) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการระบุรายละเอียดการดูแลในแต่ละขั้นตอนหรือแนวทางการดูแลที่ชัดเจนเพื่อการปฏิบัติงานที่สะดวกและปลอดภัย ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

จากการทบทวนสถิติผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลราชบุรีพบว่า มีปริมาณผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปีงบประมาณ 2561 จำนวน 520 ราย ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 602 ราย ปีงบประมาณ 2563 เป็นจำนวน 632 ราย โดยให้บริการในโรคและหัตถการ จำนวน 20 โรค ซึ่งโรคที่พบบ่อยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ Colorectal polyp, Pterygium Excision, Hernia และจากการทบทวนปัญหาในการปฏิบัติรวมกับการนิเทศหน่วยงานตามขั้นตอนหลักของการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลราชบุรีพบว่า โดยภาพรวมบุคลากรมีการปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน บางส่วนปฏิบัติไม่ครบขั้นตอนจากการขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติ รวมทั้งขาดสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ให้คำแนะนำหลังการผ่าตัด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์สาเหตุและขั้นตอนการปฏิบัติงาน พบปัญหาการดูแล 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดหรือทำหัตถการ เช่น การซักประวัติไม่ครบถ้วน การให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหรือหัตถการ รวมทั้งขาดการติดตามความพร้อมก่อนมารับ การผ่าตัดทางโทรศัพท์ จึงมักพบปัญหาเกี่ยวกับการรับประธานยาจนต้องเลื่อนผ่าตัด 2) การพักฟื้นหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ เช่น การให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตนและการสังเกตอาการผิดปกติหลังผ่าตัดไม่ครบถ้วน และการบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วน และ 3) การติดตามผลการรักษา ได้แก่ ขาดการติดตามผลการรักษาทางโทรศัพท์หลังผ่าตัดหรือทำหัตถการ 1 วัน และการติดตามอาการในวันนัดตรวจหลังผ่าตัดทำให้ไม่ทราบอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการของผู้ป่วย ส่วนขั้นตอนการมารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการในโรงพยาบาลไม่พบปัญหาในการปฏิบัติ

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับบริการระงับความรู้สึกแบบผู้ป่วยนอก และรับหน้าที่เป็นผู้จัดการพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี จึงสนใจศึกษาเรื่องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่มีความถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลราชบุรี รวมทั้งเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งจะสามารถยกระดับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อไป



### คำถามการวิจัย

1. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลราชบุรี ควรเป็นอย่างไร
2. ประสิทธิภาพของการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรเป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

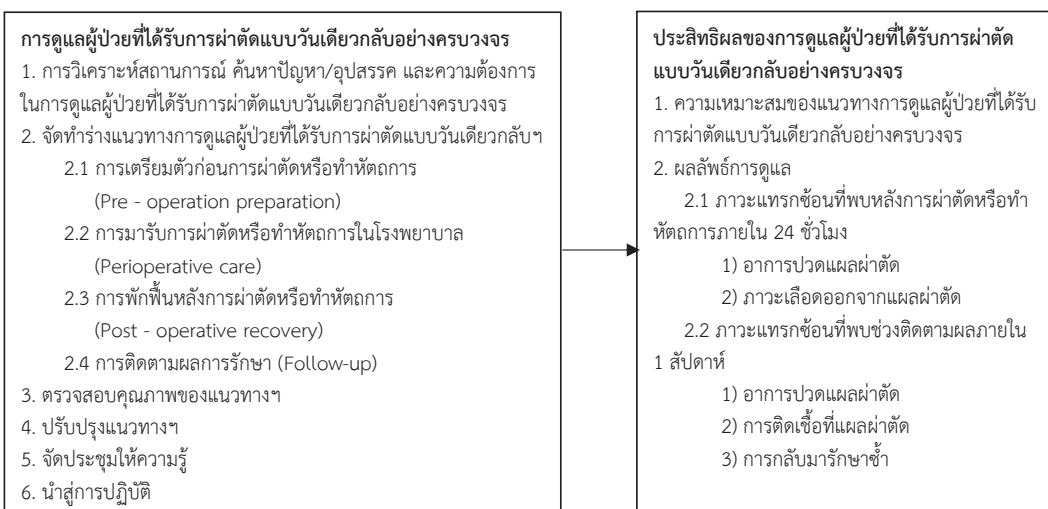
1. เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรของโรงพยาบาลราชบุรี
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรของโรงพยาบาลราชบุรี

### สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายใน 1 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ดูแลตามปกติ

### กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เรื่อง แนวคิดเรื่องการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day surgery) ของกรมการแพทย์ ปี 2562 โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลภายหลังการทดลอง (Posttest-Only Design with a Comparison Group) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านอย่างครบวงจรของโรงพยาบาลราชบุรี 2) ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านอย่างครบวงจรของโรงพยาบาลราชบุรี ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาประเด็นปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ระยะที่ 2 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านอย่างครบวงจร และระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านอย่างครบวงจร

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านอย่างครบวงจร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการระดับความรู้สึกและดูแลหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำนวนทั้งสิ้น 10 คน และ 2) กลุ่มศึกษาประสิทธิผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการระดับความรู้สึกและดูแลหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563– ธันวาคม พ.ศ.2563 จำนวน 86 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านอย่างครบวงจร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการระดับความรู้สึกและดูแลหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 10 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และ 2) กลุ่มศึกษาประสิทธิผลแนวทางการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่รับบริการในศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการระดับความรู้สึกและดูแลหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563 – ธันวาคม พ.ศ.2563 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*power version 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) เลือ ก Mean: Difference between two independent means (two group) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ Alpha = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of analysis) เท่ากับ 0.85 ค่า effect size 0.80 และเพื่อป้องกันการสูญหายเก็บเพิ่มอีก 20% รวมทั้งสิ้น จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 2) เข้ารับบริการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก (Ratchaburi Preanesthetic and Ambulatory center : RPAC) 3) เป็นผู้ที่มิสติดัมพ์ปัญญะดีพูดคุยสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการจับสลาก ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านอย่างครบวงจร 2) แบบสอบถามความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด



แบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร และ 3) แบบบันทึกผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร มีรายละเอียดดังนี้

**ส่วนที่ 1** แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

- การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดหรือทำหัตถการ (Pre –operation preparation)
- การมารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการในโรงพยาบาล (Perioperative care)
- การพักฟื้นหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ (Post-operative recovery)
- การติดตามผลการรักษา (Follow-up)

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านประโยชน์ในการนำไปใช้ ด้านความง่ายในการนำไปปฏิบัติ ด้านความครอบคลุม และด้านความถูกต้องและเหมาะสม รูปแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน มาก เท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

**ส่วนที่ 3** แบบบันทึกผลลัพธ์จากการดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามเกณฑ์ตัวชี้วัดสำคัญด้านการพยาบาลของกองการพยาบาล (กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและวิเทศสัมพันธ์ กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2563) แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัดและภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัด และ 2) ภาวะแทรกซ้อนที่พบช่วงติดตามผล ภายใน 1 สัปดาห์ ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และการกลับมารักษาซ้ำ รูปแบบเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 2 ระดับ ได้แก่ หากพบภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 1 คะแนน หากไม่พบภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 0 คะแนน

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร แบบบันทึกผลลัพธ์จากการดูแล และแบบสอบถามความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวัด (Item – Objective Congruence Index: IOC) มีค่าระหว่าง 0.60 - 1.00 นำมาแก้ไขเฉพาะข้อคำถามที่ควรปรับปรุง หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรเท่ากับ 0.89

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรีเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงกับพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานในศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการระดับความรู้และดูแลหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี โดยกำหนดวัน เวลา และสถานที่สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยและคณะแนะนำตนเองเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

4. จากนั้นได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามเพื่อรวบรวมไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ระดับความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับด้วยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ( $\mu$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\sigma$ ) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

2. การวิเคราะห์ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร ด้วยการใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (%)

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด และภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบช่วงติดตามผลภายใน 1 สัปดาห์ ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และการกลับมารักษาซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลราชบุรี หนังสือการรับรองเลขที่ COE-RBHEC 003/2020 ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน 2563

## ผลการวิจัย

การประเมินความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร โดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\mu=4.80$ ,  $\sigma=0.42$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านประโยชน์ในการนำไปใช้ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\mu=4.90$ ,  $\sigma=0.31$ ) รองลงมา คือ ด้านความง่ายในการนำไปปฏิบัติและด้านความถูกต้องและเหมาะสม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\mu=4.80$ ,  $\sigma=0.42$ ) ส่วนด้านความครอบคลุมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด แต่ยังอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\mu=4.70$ ,  $\sigma=0.48$ ) ดังตาราง 1

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร (N=10)

| ความเหมาะสมรายด้าน           | $\mu$ | $\sigma$ | การแปลผล  |
|------------------------------|-------|----------|-----------|
| ด้านประโยชน์ในการนำไปใช้     | 4.90  | 0.31     | มากที่สุด |
| ด้านความง่ายในการนำไปปฏิบัติ | 4.80  | 0.42     | มากที่สุด |
| ด้านความครอบคลุม             | 4.70  | 0.48     | มากที่สุด |
| ด้านความถูกต้องและเหมาะสม    | 4.80  | 0.42     | มากที่สุด |
| โดยรวม                       | 4.80  | 0.42     | มากที่สุด |

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร ด้านภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัด ( $PS \leq 3$  คะแนน) อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 96.33 และไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติจากแผลผ่าตัด ส่วนด้านภาวะแทรกซ้อนที่พบช่วงติดตามผลภายใน 1 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัด ( $PS \leq 3$  คะแนน) อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 โดยไม่พบผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและผู้ป่วยที่กลับมารักษารักษาซ้ำภายใน 1 สัปดาห์ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ร้อยละผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรเปรียบเทียบกับมาตรฐานการดูแล โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ( $n = 30$ )

| ผลลัพธ์การดูแลที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร     | เกณฑ์ | ผลลัพธ์ | การแปลผล  |
|-----------------------------------------------------------------|-------|---------|-----------|
| 1. ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง  |       |         |           |
| 1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการปวดแผลผ่าตัด ( $PS \leq 3$ คะแนน) | >80   | 96.33   | ผ่านเกณฑ์ |
| 1.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติจากแผลผ่าตัด        | 0     | 0       | ผ่านเกณฑ์ |
| 2. ภาวะแทรกซ้อนที่พบช่วงติดตามผลภายใน 1 สัปดาห์                 |       |         |           |
| 2.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการปวดแผลผ่าตัด ( $PS \leq 3$ คะแนน) | >80   | 100     | ผ่านเกณฑ์ |
| 2.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด                | 0     | 0       | ผ่านเกณฑ์ |
| 2.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการกลับมารักษารักษาซ้ำภายใน 1 สัปดาห์  | 0     | 0       | ผ่านเกณฑ์ |

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร มีคะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง โดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $M = 1.43, SD = 0.87; M = 2.23, SD = 0.78$ ) ตามลำดับ ดังตาราง 3

**ตาราง 3** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ( $n = 60$ )

| ตัวแปร                                                          | กลุ่มทดลอง (30) |     | กลุ่มควบคุม (30) |     | t     | df | p    |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------|-----|------------------|-----|-------|----|------|
|                                                                 | M               | SD  | M                | SD  |       |    |      |
| ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือ<br>ทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมง |                 |     |                  |     |       |    |      |
| - อาการปวดแผลผ่าตัด                                             | 1.43            | .87 | 2.20             | .71 | 2.465 | 58 | .017 |
| - ภาวะเลือดออกผิดปกติจาก<br>แผลผ่าตัด                           | 0.00            | .00 | 0.30             | .46 | 1.121 | 58 | .321 |
| โดยรวม                                                          | 1.43            | .87 | 2.23             | .78 | 2.477 | 58 | .016 |

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบในช่วงติดตามผลภายใน 1 สัปดาห์ โดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบช่วงติดตามผลภายใน 1 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $M = 0.30, SD = 0.46; M = 0.77, SD = 0.73$ ) ตามลำดับ ดังตาราง 4

**ตาราง 4** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบช่วงติดตามผลภายใน 1 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ( $n = 60$ )

| ตัวแปร                                       | กลุ่มทดลอง (30) |           | กลุ่มควบคุม (30) |           | <i>t</i> | <i>df</i> | <i>p</i> |
|----------------------------------------------|-----------------|-----------|------------------|-----------|----------|-----------|----------|
|                                              | <i>M</i>        | <i>SD</i> | <i>M</i>         | <i>SD</i> |          |           |          |
| ภาวะแทรกซ้อนที่พบช่วงติดตามผลภายใน 1 สัปดาห์ |                 |           |                  |           |          |           |          |
| - อาการปวดแผลผ่าตัด                          | 0.30            | 0.46      | 0.77             | 0.73      | 2.186    | 58        | .033     |
| - การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด                    | 0.00            | 0.00      | 0.00             | 0.00      | 0        | 0         | 0        |
| - การกลับมารักษาซ้ำ                          | 0.00            | 0.00      | 0.00             | 0.00      | 0        | 0         | 0        |
| โดยรวม                                       | 0.30            | 0.46      | 0.77             | 0.73      | 2.186    | 58        | .033     |



## อภิปรายผล

จากผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านอย่างครบวงจร โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า

1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านอย่างครบวงจรที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติโดยภาพรวมและรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากเป็นแนวทางที่ประกอบด้วยรายละเอียดในทุกขั้นตอนของการดูแลแบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านอย่างครบถ้วนตามที่กรมการแพทย์กำหนด อีกทั้งมีความเฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยกระบวนการพัฒนาเกิดจากการนำปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพตามบริบทของโรงพยาบาลราชบุรีมาวิเคราะห์ พร้อมทั้งมีการนำเนื้อหาสาระที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง มาประกอบการพัฒนาสร้างเป็นแนวทางฯ และผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปปรับปรุงเพิ่มเติมหลังจากนั้นจึงให้ความรู้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติและนำสู่การปฏิบัติสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุไรวรรณ พลชา และพรณรรดา สุวัน (2560) ศึกษาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า การพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริการ โดยช่วยกันวิเคราะห์ ซักถาม ปัญหาและนำเสนอสรุปปัญหาที่พบและข้อสงสัยเกี่ยวกับการให้การพยาบาลที่เคยปฏิบัติ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญในการพัฒนางานที่ทำอยู่เป็นประจำ และเกิดแนวปฏิบัติที่มีเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลได้ครอบคลุมเหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วย เมื่อพิจารณารายละเอียดรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านประโยชน์ในการนำไปใช้ เพราะเกิดผลต่อผู้ป่วยโดยตรงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในทุกขั้นตอนของการดูแล สอดคล้องกับงานวิจัยของเยาวเรศ ก้านมะลิ, ถนอมศิลป์ ก้านมะลิ และสละกาญจจิตร คงพันธ์ (2563) ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยสนับสนุนการให้บริการผู้ป่วยตามระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับให้เกิดความปลอดภัยได้

2. คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการภายใน 24 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านอย่างครบวงจร น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลที่เป็นลำดับขั้นตอนตามแนวทางที่กำหนดรายละเอียดการดูแล ตั้งแต่เตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ทั้งการแนะนำในวันแรกที่รับบริการที่ศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการระดับความรู้สึกละเลหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบผู้ป่วยนอกและวันที่มารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ อีกทั้งยังมีขั้นตอนการโทรศัพท์เน้นย้ำการปฏิบัติตัวที่สำคัญเป็นรายบุคคลตามโรค การผ่าตัดหรือหัตถการของผู้ป่วยรายนั้นในช่วงก่อนและหลังการทำผ่าตัดหรือทำหัตถการ 1 วัน แก่ผู้ป่วยทุกรายทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องที่บ้าน อีกทั้งยังมีระบบการติดต่อสอบถามได้ตลอดกรณีมีปัญหาหรือข้อสงสัยทำให้ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mitchell (2013) พบว่า การดูแลโดยใช้การติดต่อให้ข้อมูลหรือให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ เป็นหนึ่งในนวัตกรรมการดูแลรายบุคคลที่สะดวกและประหยัดเวลาเหมาะสมกับการดูแลแบบ One Day Surgery และการศึกษาของอวยพร จงสกุล, นาริรัตน์ อยู่สมบูรณ์ และศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์ (2563) พบว่า หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจร ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ

ต่อบริการในระดับดี ไม่มีการติดเชื้อหลังผ่าตัด และไม่จำเป็นต้องกลับ มารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่พบอาการปวด บวม หรือเลือดออก

3. คณะนศเฉลี่ยผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบช่วงติดตามผลภายใน 1 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติโดยภาพรวมถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เนื่องจากได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฯ ที่สร้างขึ้นที่มีความชัดเจนในการปฏิบัติ สอดคล้องกับงานวิจัยของนัยนา ผาณิตบุศย์, วิมลภา ช่างเจรจา และสุนันท์ นกทอง (2562) พบว่า การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานจะทำให้การพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ สำหรับภาวะแทรกซ้อนในเรื่องการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและการกลับมารักษาซ้ำ ไม่มีอุบัติการณ์ ซึ่งบ่งบอกถึงการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยังส่งผลในการลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่ยังคงพบคือในเรื่องอาการปวดแผลผ่าตัด แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด และมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องความรู้เรื่องการปวดแผลผ่าตัดหรือทำหัตถการและการจัดการความปวด ซึ่งบรรจุอยู่ในแนวทางการดูแลฯ ที่สร้างขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนิตย์ กมลวิทย์ และปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ (2557) พบว่า ภายหลังจากการปฏิบัติตามข้อกำหนดในแนวปฏิบัติทางคลินิกจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด คือ ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดและการจัดการความปวดเพิ่มขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์นี้ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรสามารถลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการขยายผลการวิจัยในส่วนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรแก่โรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อการดูแลที่ได้มาตรฐานและเป็นแนวทางเดียวกัน และเป็นการขยายเครือข่ายในการดูแลให้มีความต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีการดูแลต่อเนื่องกับโรงพยาบาลราชบุรีในขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยมาเพื่อรับการผ่าตัดหรือทำหัตถการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ หรือการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

1.2 ควรมีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรเป็นระยะและปรับปรุงความรู้ให้เป็นปัจจุบัน เพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้องเทียบเคียงกับมาตรฐานสากลได้

1.3 ควรมีการบรรจุเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเป็นหนึ่งในเรื่องที่จะต้องให้ความรู้และฝึกทักษะแก่พยาบาลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อการดูแลที่ครอบคลุม ตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยจนกระทั่งการติดตามการรักษาเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในกลุ่มโรคและหัตถการต่างๆ เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับรายโรคและรายหัตถการ



## Reference

- Chongsakul, A., Yoosomboon, N. & Karuncharearnpanit, S. (2020). Development of comprehensive care model for one day surgery of Phaholpolpayuhasaena hospital, Thailand. Region 4-5 Medical Journal, 39(1), 109-125. (in Thai)
- Department of medical services .(2020). *Annual inspection report of Ministry of Public Health: fiscal year 2020*. Retrieved from [https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho\\_web/document/200923160083590621.pdf](https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/200923160083590621.pdf).
- Division of Medical Technical and Academics Affairs, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2019). *Suggestion in the development of one day surgery 2019* (1<sup>st</sup>ed.). Nontaburi: The Printing Business Office of The War Veterans Organization of Thailand. (in Thai)
- Information Technology and International Relations Division. Nursing Division, Ministry of Public Health .(2019). Annual Nursing Report 2013-2019. Conference literature “*Workshop on Nursing Executive Network: Innovation and excellent nursing service system towards sustainable health system in New Normal lifestyle*”. Maruay Garden Hotel 23-25 November 2020. (in Thai)
- Kamolwit, S., & Rattanapathumwong, P. (2014). Development of clinical practice guidelines for pain management in postoperative patients in Ranonghospital. *Journal of Nursing Devision*, 41(2), 23-40. (in Thai)
- Kanmali, Y., Kanmali, T. & Kongpan, S. (2020). The development of one-day surgery model, Kalasin hospital. *Mahasarakham Hospital Journal*, 17(2), 183-195. (in Thai)
- Mitchell, M. (2013). Home recovery following day surgery. *Ambulatory Surgery*, 18(4), 158-174.
- Phanibut, N., Changjeraja, W., & Noktong, S. (2019). The result of development one day surgery to the satisfaction of clients at Buengkan hospital. *Nursing, Health, and Education Journal*, 2(4), 50-56. (in Thai)
- Pokpermddee, P. (2020). 20 Year national strategic plan for public health (B.E. 2561-2580). *Journal of Health Science*, 29(1), 173-186. (in Thai)
- Ponsa, U., & Suwan, P. (2017). Development of clinical nursing practice guideline for Complications prevention hip fracture in senile Udonthani hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 25(3), 259-282. (in Thai)
- Srisaard, B. (2013). *Statistics for Research* (5<sup>th</sup>ed.). Bangkok: Suweeviriyasarn. (in Thai)
- Tritrakarn, T., & Lertakyamanee, J. (1998). Growth of ambulatory surgery and anaesthesia in Thailand. *Ambulatory Surgery*, 12(6), 89-91. (in Thai)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ  
ในโรงพยาบาลสามร้อยยอด ประจวบคีรีขันธ์  
Factors Related to The Clinical Risk Management of Registered Nurses  
in Samroi-yod District, Prachuap Khiri Khan Province

รจนา เล้าบัณฑิต<sup>1</sup>

Rochana laobandit

ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง<sup>2</sup>

Parinyaporn Thanaboonpuang

Corresponding Author: \*Email: thanaboonpuang.p.8354@gmail.com

(Received: March 28, 2021; Revised: April 13, 2021; Accepted: April 28, 2021)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 41 คน เครื่องมือเป็นแบบทดสอบความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยง แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม และการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ ( $M = 2.46, SD = 0.56$ ;  $M = 2.48, SD = 0.66$ ;  $M = 2.41, SD = 0.59$ ) ส่วนความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 13.05, SD = 1.88$ )

2. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ( $r = .713, p < .01$ ) การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมและความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ( $r = .603, p < .05$ ;  $r = 0.522, p < .05$ )

ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมบริหารงาน ซึ่งจะสามารถส่งเสริมสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากร

**คำสำคัญ:** การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก, แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน, การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพยาบาลสามร้อยยอด

Registered nurse (Senior Professional level), Samroi-yod Hospital

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี

Registered nurse (Professional level), Boromarajonani college of nursing, Ratchaburi



## Abstract

The purposes of this descriptive research were to study 1) the level of clinical risk management, knowledge about clinical risk management, work motivation, and participative management of registered nurses, and 2) the relationship between factors related to clinical risk management of registered nurses. The data of 41 participants were collected through the research instruments which were the knowledge test about risk management and questionnaires of work motivation, participative management, and clinical risk management. The data were then analyzed by using descriptive statistics and Pearson's Product-Moment Correlation.

The study findings revealed as follows:

1. The mean scores on clinical risk management, work motivation, and participative management were at the low level ( $M=2.46$ ,  $SD=0.56$ ;  $M=2.48$ ,  $SD=0.66$ ;  $M=2.41$ ,  $SD=0.59$ , respectively). Whereas, the mean score on knowledge about clinical risk management was at the moderate level ( $M=13.05$ ,  $SD=1.88$ ).

2. The work motivation was high significantly positively correlated with clinical risk management ( $r=.713$ ,  $p<.01$ ). The participative management and knowledge about clinical risk management were moderate significantly positively correlated with clinical risk management ( $r=.603$ ,  $p<.05$ ;  $r=0.522$ ,  $p<.05$ , respectively).

Therefore, nursing administrators should encourage work motivation, knowledge about clinical risk management, and participative management that would promote the clinical risk management competencies of registered nurses.

**Keywords:** Clinical Risk Management, Work Motivation, Participative Management

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการพัฒนาคุณภาพระบบบริการทางการแพทย์ที่มีเป้าหมายหลักให้ผู้ป่วยบริการพึงพอใจและปลอดภัย พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีบทบาทดูแลผู้ป่วยบนพื้นฐานการคำนึงถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัย เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (เขาวรัตน์ ศรีวิสุธา, 2558) จากความก้าวหน้าตามวิวัฒนาการและความเปลี่ยนแปลงของโลก ประกอบกับอุบัติการณ์ของโรคที่เกิดขึ้นใหม่มีความซับซ้อนมากขึ้นร่วมกับความต้องการคุณภาพการรักษที่ดี ความรวดเร็ว และความคาดหวังจากผู้ป่วยบริการที่สูงขึ้น จึงส่งผลต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการพยาบาลมีโอกาสได้รับความเสี่ยงจากความผิดพลาดของการรักษาพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียและการถูกฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีช่องว่างระหว่างความต้องการของผู้รับบริการกับศักยภาพของผู้ให้บริการมาจนทำให้เกิดความเสี่ยงทางคลินิกที่มีระดับความรุนแรงแตกต่างกันตามบริบท ตั้งแต่ระดับ A ที่เป็นโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนจนถึงระดับ I ซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนที่รุนแรงจนอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (เขาวรัตน์ ศรีวิสุธา, 2558) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกและประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยง แรงจูงใจในการทำงาน และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถนำไปสู่ความสำเร็จในการบริหาร

ความเสี่ยงที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาล (สมลรัตน์ พงษ์ขวัญ, 2560; พร บุญมี, สุทธิณี มหามิตร วงศ์แสน และทิติยา กาวิละ, 2561; นงเยาว์ คำปัญญา และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร, 2562)

ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงเป็นพื้นฐานไปสู่กระบวนการจัดการเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน โดยหน่วยงานต้องผลักดันให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่องเพราะความเสี่ยงและความปลอดภัยเป็นหัวใจสำคัญของโรงพยาบาล (ศิริลักษณ์ ฤทธิ์โสง, 2560) ส่วนแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพการทำงานที่นำไปสู่ความสำเร็จและคุณภาพขององค์กร โดยความสำเร็จต้องมาจากกระบวนการที่ดีและได้รับความร่วมมือจากทีมงานที่มีเป้าหมายร่วมกัน ดังนั้นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานจึงเป็นวิธีสำคัญในการบริหารเพื่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ (อภิญา ศักดิ์ศรีพิยค์, 2558; เกศณรินทร์ งามเลิศ, 2559) ด้านการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมช่วยสร้างความสามัคคี ทำให้ทราบถึงความต้องการของทีมงาน เนื่องจากสามารถเปิดโอกาสให้บุคลากรร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องจึงทำให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร และมีความรับผิดชอบร่วมกัน (Swanburg, 2002) ในองค์กรพยาบาลการปฏิบัติงานเพื่อตอบโจทย์แก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนมีโอกาสเกิดความเสี่ยงและความผิดพลาดที่อาจส่งผลต่อผู้รับบริการได้ การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นส่วนหนึ่งของระบบป้องกันความผิดพลาด แต่การบริหารความเสี่ยงมักเจออุปสรรค เช่น ความขัดแย้ง ความยุ่งยาก การขาดความตระหนัก เป็นต้น (กนิษฐา สุขสมัย และประสพชัย พสุนนท์, 2558) จากที่กล่าวข้างต้นเห็นได้ว่าความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยง แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรและทีมพยาบาลวิชาชีพ (จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และเดชา ทำดี, 2559; อัครเดช ไม้จันทร์, 2559)

โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ให้บริการตรวจโรคทั่วไป คลินิกเฉพาะโรค และคลินิกโรคเรื้อรัง โดยข้อมูลการรายงานความเสี่ยงทางการแพทย์พยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2559-2561 พบว่า มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการแพทย์ตั้งแต่ระดับไม่รุนแรง (ระดับ A) จนถึงระดับอันตรายชั่วคราวต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น (ระดับ H) จำนวน 55, 67 และ 53 ครั้ง/ปี โดยอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่พบบ่อย ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 67.11 ผู้ป่วยไม่สมัครใจรักษา ร้อยละ 10.33 การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ ร้อยละ 8.45 ผลกดทับ ร้อยละ 5.66 และยังพบการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 4.77 และอื่นๆ ร้อยละ 3.68 ซึ่งอุบัติการณ์มักเกิดซ้ำๆ ทั้งที่สามารถป้องกันได้ นอกจากนี้ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการรายงานความเสี่ยงที่ยังไม่ครอบคลุมกับความเสี่ยงที่พบ รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติที่ยังขาดประสิทธิภาพ ความเสี่ยงดังกล่าวจึงยังไม่ได้รับการแก้ไข จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อนำสารสนเทศที่ได้ไปใช้พัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์พยาบาลต่อไป

### คำถามการวิจัย

ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์หรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์



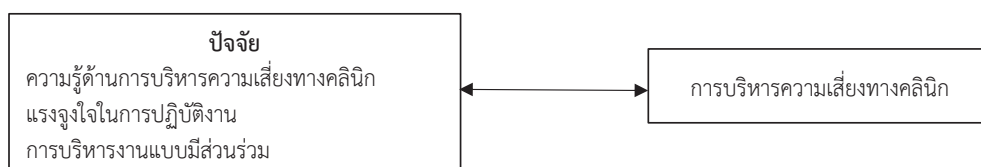
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

### สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด

### กรอบแนวคิด

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด ประจวบคีรีขันธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) แนวคิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ McClelland (1985) กล่าวถึงความต้องการ 3 ด้าน ได้แก่ ความสำเร็จ อำนาจ และความผูกพันในองค์กร 2) แนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson and Tingle (1999) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis) การจัดการกับความเสี่ยง (Risk Treatment) และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Risk Management evaluation) 3) แนวคิดการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของ Swanburg (2002) แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การไว้วางใจ (Trust) ความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) การตั้งเป้าและวัตถุประสงค์ร่วมกัน (Goals & objective) และความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน (Autonomy) กรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2562 – เมษายน พ.ศ.2562 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสามร้อยยอด จำนวน 52 คน (ข้อมูลจากกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสามร้อยยอด ณ วันที่ 30 มกราคม 2562)

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสามร้อยยอด คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จ G\*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) เลือก Correlation Bivariate Normal Model กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ 0.50 ค่าอำนาจการทดสอบ (Powers) เท่ากับ .95 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน และเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 20

เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายของข้อมูล รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 41 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสามร้อยยอด 2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสามร้อยยอด ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 3) ไม่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 5 ตอน รายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล ตำแหน่งในองค์กร จำนวนครั้งที่ได้เข้าร่วมอบรม/ ประชุมวิชาการด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง เป็นแบบสำรวจรายการ (check list) สร้างขึ้นตามแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson and Tingle (1999) เกณฑ์การให้คะแนนเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน สร้างตามแนวคิดของ แนวคิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ McClelland (1985) จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความต้องการความสำเร็จ ด้านความต้องการอำนาจ และด้านความต้องการความผูกพัน รูปแบบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน

ตอนที่ 4 การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม สร้างตามแนวคิด Swanburg (2002) จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การไว้วางใจ ความยึดมั่นผูกพัน การตั้งเป้าและวัดผลประจักษ์ร่วมกัน และความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน รูปแบบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 5 คะแนน ถึงไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก จำนวน 20 ข้อ สร้างขึ้นตามแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson and Tingle (1999) แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง รูปแบบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 5 คะแนน ถึงไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับกรอบการวัด (Item –Objective Congruence Index: IOC) มีค่าระหว่าง 0.60 - 1.00 นำมาแก้ไขเฉพาะข้อคำถามที่ควรปรับปรุง หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของด้านความรู้ในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก โดยใช้สูตร KR 20 เท่ากับ 0.76 ค่าความเที่ยงด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม และการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก เท่ากับ 0.84, 0.82, และ 0.86 ตามลำดับ



### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามร้อยยอดเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงกับพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยกำหนดวัน เวลา และสถานที่สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยและคณะชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธิตำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง
4. จากนั้นได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที หลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามแล้วจึงรวบรวมไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษายังได้สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล ตำแหน่งในองค์กร จำนวนครั้งที่ได้เข้าร่วมอบรม/ประชุมวิชาการด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ด้วยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Daniel, 1995)

| ช่วงคะแนนเฉลี่ย | การแปลผล            |
|-----------------|---------------------|
| 0.00 - 6.66     | มีค่าเท่ากับต่ำ     |
| 6.67 - 13.33    | มีค่าเท่ากับปานกลาง |
| 13.34 - 20.00   | มีค่าเท่ากับสูง     |

3. การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม และการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ด้วยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 | หมายถึง ระดับสูงมาก  |
| คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 | หมายถึง ระดับสูง     |
| คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 | หมายถึง ระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 | หมายถึง ระดับต่ำ     |
| คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 | หมายถึง ระดับต่ำมาก  |

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยมีเกณฑ์จำแนกระดับความสัมพันธ์ ( $r$ ) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Hinkle, 1998) รายละเอียดดังนี้

- $r$  .91 - 1.00 หมายถึง ระดับสูงมาก
- $r$  .71 - .90 หมายถึง ระดับสูง
- $r$  .51 - .70 หมายถึง ระดับปานกลาง
- $r$  .31 - .50 หมายถึง ระดับต่ำ
- $r$  .10 - .30 หมายถึง ระดับต่ำมาก

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ โรงพยาบาลหัวหิน รหัส RECHHH103/ 2562 ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 31.54 ( $M = 31.54$ ,  $SD = 0.61$ ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95.50 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 5.18 ปี ( $SD = 0.44$ ) มีตำแหน่งเป็นผู้ปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 89.15 ส่วนใหญ่อบรมด้านบริหารความเสี่ยงทางคลินิก 1-2 ครั้ง/ปี ร้อยละ 90.19 และไม่มีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก คิดเป็นร้อยละ 87.47

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 13.05$ ,  $SD = 1.88$ ) ส่วนด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม อยู่ในระดับต่ำ ( $M = 2.48$ ,  $SD = 0.66$ ;  $M = 2.41$ ,  $SD = 0.59$ ) ตามลำดับ ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับของปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ( $n = 41$ )

| ปัจจัยทางจิตวิทยา                       | $M$   | $SD$ | ระดับ   |
|-----------------------------------------|-------|------|---------|
| ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก | 13.05 | 1.88 | ปานกลาง |
| แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน                 | 2.48  | 0.66 | ต่ำ     |
| การบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม        | 2.41  | 0.59 | ต่ำ     |

3. คะแนนเฉลี่ยการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $M = 2.46$ ,  $SD = 0.56$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.54$ ,  $SD = 0.59$ ;  $M = 2.51$ ,  $SD = 0.44$ ) ตามลำดับ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง อยู่ในระดับต่ำ ( $M = 2.32$ ,  $SD = .55$ ;  $M = 2.41$ ,  $SD = 0.68$ ) ดังตาราง 2



ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ( $n = 45$ )

| การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก            | $M$  | $SD$ | ระดับ   |
|-----------------------------------------|------|------|---------|
| การค้นหาความเสี่ยง                      | 2.32 | 0.55 | ต่ำ     |
| การวิเคราะห์ความเสี่ยง                  | 2.54 | 0.59 | ปานกลาง |
| การจัดการความเสี่ยง                     | 2.51 | 0.44 | ปานกลาง |
| การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง         | 2.41 | 0.68 | ต่ำ     |
| พฤติกรรมบริหารความเสี่ยงทางคลินิกโดยรวม | 2.46 | 0.56 | ต่ำ     |

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผลการวิจัย พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการบริหารความเสี่ยง ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .713, p < .01$ ) การบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมและความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .603, p < .05$ ;  $r = .522, p < .05$ ) ตามลำดับดังตาราง 3

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัย ได้แก่ ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ( $n = 45$ )

| ปัจจัย                                  | $r$    | ระดับ   |
|-----------------------------------------|--------|---------|
| ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก | .522*  | ปานกลาง |
| แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน                 | .713** | สูง     |
| การบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม        | .603*  | ปานกลาง |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

## อภิปรายผล

1. การศึกษาระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด พบว่า การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $M=2.46, SD=0.56$ ) อธิบายได้ว่า การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนต้องผ่านการระดมสมองของทีมสุขภาพและประสบการณ์ในการจัดการอุบัติการณ์ซึ่งมีความรุนแรงและความเร่งด่วนแตกต่างกัน รวมทั้งการรายงานความเสี่ยงอาจส่งผลต่อสัมพันธภาพในการทำงานร่วมกันทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกยุ่งยากจึงหลีกเลี่ยงการรายงานความเสี่ยง ประกอบกับส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์และการอบรมด้านบริหารความเสี่ยงทางคลินิกน้อย คือ 1-2 ครั้ง/ ปี ความสามารถในการค้นหาความเสี่ยงจึงน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุมลรัตน์ พงษ์ขันธ์ (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม พบว่า พยาบาลอาวุโสที่มีประสบการณ์ด้านบริหารความเสี่ยงสูงจะสามารถบริหารความเสี่ยงได้ดีกว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มอายุอื่น

ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด ผลการวิจัย พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=13.05$ ,  $SD=1.88$ ) อธิบายได้ว่า ความรู้ความเข้าใจด้านการบริหารความเสี่ยงเป็นสิ่งสำคัญที่หน่วยงานต้องจัดอบรมให้พยาบาลวิชาชีพตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานและฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากความเสี่ยงและความปลอดภัย เป็นหัวใจสำคัญของโรงพยาบาล (ศิริลักษณ์ฤทธิ์ไธสง, 2560) แต่ปัจจุบันภาระงานของพยาบาลวิชาชีพมีมากขึ้นจากปัญหาความขาดแคลนบุคลากรจนส่งผลกระทบต่อความสมดุลของภาระงาน โดยพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสอบรมด้านบริหารความเสี่ยงน้อย จำนวน 1-2 ครั้ง/ปี รวมทั้งขาดประสบการณ์ในการค้นหาและจัดการความเสี่ยงทางคลินิกส่งผลให้ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด ผลการวิจัย พบว่า โดยรวม อยู่ในระดับต่ำ ( $M=2.48$ ,  $SD=0.66$ ) อธิบายได้ว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นแรงผลักดันให้เกิดพลังการทำงาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับค่าตอบแทน ภาระงาน ความผูกพันในองค์กร และความก้าวหน้า (McClelland, 1985) โดยการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของสมาชิกในหน่วยงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและการทำงานเป็นทีมจึงมีส่วนสำคัญในการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่ส่งผลประสิทธิภาพของหน่วยงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของจิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และเดชา ทาดี (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า การทำงานเป็นทีม องค์ประกอบและคุณลักษณะของทีม สามารถทำนายประสิทธิผลของการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพได้ ร้อยละ 55.60 เช่นเดียวกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกที่ต้องใช้กระบวนการทำงานเป็นทีมในการบริหารจัดการจึงจะประสบผลสำเร็จ แต่ในปัจจุบันภาระงานของพยาบาลวิชาชีพมีจำนวนมากจากปัญหาการขาดแคลนบุคลากร โดยระหว่างปี พ.ศ. 2553-2562 ประเทศไทยยังขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ประมาณ 33,112 คน (บุญช่วย ศิลาหม่อม, วรณีย์ เดียววิเศษ และอารีรัตน์ ขำอยู่, 2561) รวมทั้งปัญหาขาดความก้าวหน้าในวิชาชีพจนเกิดผลกระทบต่อความคงอยู่ในวิชาชีพและความร่วมมือในการทำงานเป็นทีมจากการมีเวลาไม่ตรงกัน ซึ่งส่งผลให้แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำ

ด้านการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด ผลการวิจัย พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $M=2.41$ ,  $SD=0.59$ ) อธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมบริหารงานเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในหน่วยงานได้ร่วมคิดวางแผนและตัดสินใจในการปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของกนิษฐา สุขสมัย และประสพชัย พสุนนท์ (2558) พบว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน ยังมีประสบการณ์ในการทำงานน้อยระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 5.18 ปี ( $SD = 0.44$ ) จึงมีโอกาสเป็นคณะกรรมการต่างๆ การเข้าร่วมประชุมวางแผนงานหรือร่วมตัดสินใจในการบริหารงานน้อยส่งผลให้การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับต่ำ

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด ผลการวิจัย พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกสูงสุด อยู่ในระดับสูง ( $r = 0.713$ ,  $p < .01$ ) รองลงมา ได้แก่ การบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $r = 0.603$ ,  $p < .05$ ) ตามลำดับ ส่วนความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $r = 0.522$ ,  $p < .05$ )



แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก อธิบายได้ว่า แรงจูงใจเป็นพลังผลักดันให้ปฏิบัติงานจนประสบความสำเร็จ จากแนวคิดของ McClelland (1985) ประกอบด้วยความต้องการ 3 ด้าน ได้แก่ ความสำเร็จ อำนาจ และความผูกพัน ซึ่งทั้ง 3 ด้าน สามารถสร้างความรู้สึภาคภูมิใจ มีความผูกพันกับองค์กรและผู้ร่วมงาน ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความสุขและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ช่วยเสริมสร้างคุณภาพและประสิทธิภาพของหน่วยงาน เช่นเดียวกับการบริหารความเสี่ยงหากพยาบาลวิชาชีพมีแรงจูงใจในการค้นหาและจัดการความเสี่ยงทางคลินิกเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและตอบสนองนโยบายขององค์กรก็มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ในองค์กร สอดคล้องกับงานวิจัยของเกศณรินทร์ งามเลิศ (2559) พบว่า แรงจูงใจภายนอก ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน นโยบายและการบริหาร และความมั่นคง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ดังนั้นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ

การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก อธิบายได้ว่า การมีโอกาสร่วมบริหารงานจะส่งผลให้บุคลากรรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน ในวิชาชีพพยาบาลก็เช่นกันเมื่อผู้บังคับบัญชามอบหมายให้มีส่วนร่วมวางแผนงาน การมีส่วนร่วมตัดสินใจบริหารงาน และการมีอิสระตัดสินใจตามขอบเขตหน้าที่ รวมทั้งการสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น การเข้ารับการอบรม การศึกษาเพิ่มเติมประสบการณ์ และสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจะสามารถสร้างความไว้วางใจ ความมั่นใจ และความรับผิดชอบร่วมกันที่ส่งผลต่อคุณภาพของงาน สอดคล้องกับแนวคิดของ Swanburg (2002) กล่าวว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้สูงขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของกนิษฐา สุขสมัย และประสพชัย พสุนนท์ (2558) พบว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และด้านความมีอิสระในการปฏิบัติงานส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมจึงมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ

ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก อธิบายได้ว่า การมีความรู้ความเข้าใจเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อกระบวนการคิดและตัดสินใจในการปฏิบัติงาน โดยการบริหารความเสี่ยงเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความสร้างความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ และเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่ได้รับการตรวจประเมินเพื่อรองรับคุณภาพของสถานพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561) หน่วยงานจึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมและผลักดันให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง (ศิริลักษณ์ ฤทธิ์โสง, 2560) โดยการมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยงจะช่วยให้สามารถค้นหาความเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของอัครเดช ไม้จันทร์ (2559) พบว่า ความรู้ความเข้าใจในงานเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายประสิทธิภาพการทำงานของพนักงานกลุ่มอุตสาหกรรม ดังนั้นความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ หากต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ จำเป็นต้องส่งเสริมทั้งแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม และความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงอย่างทั่วถึง เนื่องจากสามารถสร้างความเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและความรับผิดชอบร่วมกัน และควรให้กำลังใจหรือรางวัลแก่หน่วยงานที่สามารถรายงานความเสี่ยงและจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นต้นแบบในการบริหารความเสี่ยง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพมากขึ้น

2. ผู้บริหารควรนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โดยเน้นเสริมสร้างแรงจูงใจและเป้าหมายในการปฏิบัติงานร่วมกันด้วยการสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น ความรู้ สวัสดิการ เวลาในการทำงาน เป็นต้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานมีส่วนร่วมรายงานและจัดการความเสี่ยงที่พบ เพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ในการทำงานและความรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งถือเป็นการเพิ่มศักยภาพในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกอย่างยั่งยืนต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโดยเน้นส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกให้มีความยั่งยืนต่อไป

## Reference

- Boonmee, P., Wongsan, M. S., & Kawila, T. (2018). Knowledge, perception, awareness of risk management and patient safety towards nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Phayao. *Journal of Nursing and Education*, 11(3), 112-124. [in Thai]
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistic: A foundations for analysis in the health sciences*. New York: John Wiley.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Hinkle, D. E. (1998). *Applied statistics for the behavior sciences* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Houghton Mifflin.
- Khampanya, N., & Srijakkot, J. (2019). Factors influencing the clinical nursing risk management of professional nurses in the delivery room at the Community hospitals, District 7, Ministry of Public Health. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(3), 154-163. [in Thai]
- Maichan, A. (2016). *The factors affecting performance efficiency among employees in machine installed production line, Songkhla province*. Master thesis, B.A., Prince of Songkhla University, Thailand. [in Thai]
- McClelland, D. C. (1985). *Human motivation*. Cambridge: Cambridge University Press Management.



- Ngarmkert, N. (2016). *Motivation affecting to performance efficiency of staffs in Public Warehouse Organization*. Master thesis, M.B.A., Bangkok University, Thailand. [in Thai]
- Phongkwan, S. (2017). The factors influencing the risk management of professional nurses at Phutthamonthon hospital in Nakhonpathom province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(1), 130-140. [in Thai]
- Ritthaisong, S. (2017). Risk management of hospital in registered nurse context. *Public Health & Health Laws Journal*, 3(1), 77-87. [in Thai]
- Saksriphayak, A. (2016). *Factors related to the work performance of Thai employee working in Singapore's Service Industry*. Master thesis, M.A., Bangkok University, Thailand. [in Thai]
- Silamom, B., Deoisres, W., & Khumyu, A.(2018). Factor influencing the retention of generation y professional nurse at a hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(1), 62-71. [in Thai]
- Sisa-aad, B. (2013). *Introduction to research* (9th Ed.). Bangkok : Suwiriyan Publisher. [in Thai]
- Sriwasuta, C. (2015). *The factors influencing the clinical nursing risk management of professional nurses at a private hospital in Nonthaburi province*. Master thesis, M.N.S., Christian University, Thailand. [in Thai]
- Suksamai, K., & Pasunon, P.(2015). Participative management of employees affecting the work efficiency of employees at Siam Technology College. *Business Review*, 7(2), 9-25. [in Thai]
- Swansburg, R. C., & Swansburg, R.J. (2002). *Introduction to management and Leadership for nurse manager* (3<sup>rd</sup> ed.). Boston: Jone & Bartlett.
- Tachaudomdech, C., Noimuenwai, P., & Tamdee, D. (2016). Factors affecting team work effectiveness of registered nurses, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital. *Nursing Journal*, 43(3), 117-127. [in Thai]
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) .(2018). *Hospital and healthcare standards* (4<sup>th</sup>ed.). Bangkok: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization).
- Wilson J. & Tingle J. (1999). *Clinical risk modification: A route to clinical governance*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Wolman, B. B. (1973). *Dictionary of Behavioral Science*. London: Litton Educational.

## ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง

### Relationship between Health Perceptions and Health Behaviors among Health Care Personnel with Metabolic Syndrome, Banpong Hospital

นนทียา กาลิม

Nontiya Kalim

Corresponding Author: \*Email: nonykalim@gmail.com

(Received: March 14, 2021; Revised: April 3, 2021; Accepted: April 26, 2021)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่มี อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวน 130 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ความเที่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ เท่ากับ 0.90 และ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี ( $\mu = 4.02$ ,  $\sigma = 0.50$ ;  $\mu = 2.60$ ,  $\sigma = 0.30$ )

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กัน ( $r = 0.05$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ที่มีความสัมพันธ์สูงสุด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด ( $r = .34$ ;  $p < .01$ ) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมากกับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ( $r = .18$ ;  $p < .05$ )

ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ควรส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเพื่อเป็นสิ่งสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางบวก

**คำสำคัญ:** การรับรู้ภาวะสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง

Registered nurse (professional level), Occupational medicine department, Banpong hospital



## Abstract

The purpose of this descriptive research was to determine the relationship between health perceptions and health behaviors among health care personnel with metabolic syndrome, Banpong hospital. The subjects were 130 personnel who were over 35 years old and had been diagnosed with metabolic syndrome. The research instruments were health perception and health behavior questionnaire. The reliabilities approached by Cronbach's Alpha Coefficient were 0.90 and 0.84, respectively. The data were then analyzed by using descriptive and Pearson Product Moment Correlation Coefficient statistics. The study findings revealed as follows:

1. The overall health perceptions and health behavior were at good levels ( $\mu = 4.02$ ,  $\sigma = 0.50$ ;  $\mu = 2.60$ ,  $\sigma = 0.30$ , respectively).

2. There were no relationship between health perception and health behaviors ( $r=0.05$ ). As for considering in each aspect, the highest level of relationship was the relationship between perception towards severity of diseases and stress management behavior, with the low level ( $r=.34$ ;  $p < .01$ ). The perception towards risk of diseases was negatively correlated with personal health responsibility behavior, at very low level ( $r = .18$ ;  $p < .05$ ).

Therefore, to promote appropriate health behavior among health care personnel with metabolic syndrome, perception towards severity of diseases and advantages of disease prevention should be encouraged to support positive changing of health behavior.

**Keywords:** Health perception, Health behavior, Metabolic syndrome

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของทั่วโลกและประเทศไทย ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากการมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานหรือภาวะอ้วนลงพุง ทั้งนี้เกิดจากการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุราตลอดจนความเครียดที่สะสมจากสิ่งแวดล้อมและการทำงาน โดยภาวะอ้วนลงพุงหรือภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณ 5 เท่า (Allred, 2015) โดยภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มวัย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2559 พบว่าประชากรทั่วโลกที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี มีภาวะน้ำหนักเกิน (ค่า BMI >25) คิดเป็นร้อยละ 39 (องค์การอนามัยโลก, 2018) ในประเทศไทยจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทย พ.ศ. 2557 พบว่า ประชากรเพศชายมีภาวะน้ำหนักเกิน (ค่า BMI > 25) คิดเป็นร้อยละ 32.9 ส่วนประชากรเพศหญิงมีภาวะน้ำหนักเกิน (ค่า BMI > 25) คิดเป็นร้อยละ 41.8 และมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของประชากรชายและหญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 82.4 และ 81.1 เซนติเมตร ตามลำดับ ซึ่งให้เห็นว่าความชุกของภาวะอ้วนลงพุงมีแนวโน้มมากขึ้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559) ซึ่งภาวะเมตาบอลิกซินโดรมหรือภาวะอ้วนลงพุงส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรัง (NCD) เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมและจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนพิการและเสียชีวิต รวมทั้งความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมหรือภาวะอ้วนลงพุงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น (Banjare & Bhaleao, 2016) เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัว การรับรู้รูปร่างตนเอง พันธุกรรม รวมทั้งพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การจัดการความเครียด และขาดการออกกำลังกาย (ภิชฐจิรัญญ์ พัทธกุลธนา, กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม และวนิดา ตรงฤทธิชัย, 2558) อย่างไรก็ตามภาวะเมตาบอลิกซินโดรมสามารถป้องกันได้ด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพพร้อมกับส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ในการป้องกันโรคที่จะส่งผลให้เกิดการกระบวนกรคิด และการตัดสินใจปฏิบัติตามหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไปในทางบวก (Becker, 1974) ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจะนำไปสู่ความเข้าใจ กระบวนกรคิด และแรงจูงใจกระตุ้นให้บุคคลเอาใจใส่ต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี (Pender, 1996) ดังนั้นการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ จึงมีความสำคัญกับพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นต้นแบบทางสุขภาพหากมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังรวมทั้ง ขาดความน่าเชื่อถือในการให้คำแนะนำทางสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในที่ที่เหมาะสมเพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นต้นแบบสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน

โรงพยาบาลบ้านโป่ง เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 420 เตียง มีบุคลากรทั้งสิ้น 782 คน โรงพยาบาลมีนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ โดยกำหนดให้มีการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีแก่บุคลากรของโรงพยาบาลเพื่อการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ จากรายงานผลการตรวจสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง ปีงบประมาณ 2563 พบว่า บุคลากรที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป เข้ารับการตรวจสุขภาพ จำนวน 542 คน พบบุคลากรมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของ NCEP ATP III (The National Cholesterol Educational Program Adult Treatment Panel III, 2014) จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 30 แสดงให้เห็นว่า บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมค่อนข้างสูงซึ่งมีโอกาสเจ็บป่วย ทูพพลภาพ และเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้สูญเสียทั้งอัตราการจ้าง ค่าใช้จ่ายในการรักษา และขาดความน่าเชื่อถือในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั้งด้านการออกกำลังกายและการคุมอาหาร (ปริชมน พันธุ์ติยะ, 2563) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลโป่ง เพื่อนำสารสนเทศที่ได้จากการวิจัยไปใช้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม รวมทั้งเป็นแนวทางในการปรับกลยุทธ์ การดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรไปในทางที่เหมาะสม ซึ่งจะสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของภาครัฐ รวมทั้งเป็นต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพตนเองแก่ประชาชนต่อไป

#### คำถามการวิจัย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอยู่ในระดับใด
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีความสัมพันธ์กันอย่างไร



### วัตถุประสงค์การวิจัย

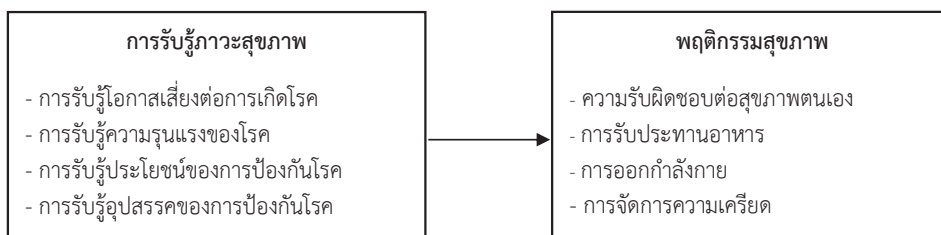
1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

### สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

### กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ผู้วิจัยศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Becker, 1974) เป็นแนวคิดที่นำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Health Behavior) ตามการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) โดยเลือกศึกษา 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคการป้องกันโรค และ 2) พฤติกรรมสุขภาพศึกษาตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) โดยเลือกศึกษา 4 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และพฤติกรรมจัดการความเครียด กรอบแนวคิดการวิจัยแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.2563 – กรกฎาคม พ.ศ.2563 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านโป่ง มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เข้ารับตรวจสุขภาพประจำปี 2563 ได้รับการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรมตามเกณฑ์ของ NCEP ATP III จำนวนทั้งสิ้น 136 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรทั้งหมด ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของ NCEP ATP III (The National Cholesterol Educational Program Adult Treatment Panel III, 2014) ซึ่งมีความผิดปกติอย่างน้อย 3 ข้อ ใน 5 ข้อ ได้แก่ 1) บุคลากรชายที่เส้นรอบเอวมากกว่า 90 ซม. และบุคลากรหญิงที่เส้นรอบเอวมากกว่า 80 ซม. 2) ความดันโลหิตสูง 130/85 มม.Hg. ขึ้นไป หรือผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิต 3) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมีค่า 100 มก./ดล. ขึ้นไป หรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 4) ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ตั้งแต่ 150 มก./ดล. ขึ้นไป หรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไขมันในเลือดสูงและได้รับยาลดไขมัน และ 5) บุคลากรชายที่มีระดับไขมัน เอชดีแอลน้อยกว่า 40 มก./ดล. และบุคลากรหญิงที่มีระดับไขมันเอชดีแอลน้อยกว่า 50 มก./ดล. โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 130 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (ตามเกณฑ์ NCEP ATP III) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว และยินดีเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีอาการของโรคแย่ง อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อหรือย้ายสถานที่ทำงาน และไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค จำนวน 5 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค จำนวน 5 ข้อ รูปแบบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง จำนวน 5 ข้อ การรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ และการจัดการกับความเครียดจำนวน 5 ข้อ รูปแบบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับกรอบการวัด (Item-Objective Congruence Index: IOC) มีค่าระหว่าง 0.50-1.00 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (tryout) กับบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.90 และ 0.84 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือประสานและขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่งเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงกับบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อขอกำหนดวัน เวลา สถานที่สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล



3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงรายละเอียดและขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยก่อนการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย และขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการตอบแบบสอบถามซึ่งใช้เวลาตอบ ประมาณ 20 นาที หลังจากเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการตอบและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\mu$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\sigma$ )

2. การวิเคราะห์ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ด้วยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\mu$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\sigma$ ) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

- คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพพระระดับดีมาก
- คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพพระระดับดี
- คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพพระระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพพระระดับน้อย
- คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพพระระดับน้อยที่สุด

3. การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ด้วยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\mu$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\sigma$ ) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (อัจฉรา ปุราคม, 2556)

- คะแนนเฉลี่ย 3.26 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพพระระดับดีมาก
- คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.25 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพพระระดับดี
- คะแนนเฉลี่ย 1.76 – 2.50 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพพอใช้
- คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.75 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพต้องปรับปรุง

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เกณฑ์จำแนกระดับความสัมพันธ์ ( $r$ ) รายละเอียดดังนี้ (Hinkle, 1998)

- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .90 - 1.00 ความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .70 - .90 ความสัมพันธ์กันในระดับสูง
- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .50 - .70 ความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .30 - .50 ความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .00 - .30 ความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

## การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง” ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลบ้านโป่ง การรับรองเลขที่ COA No.007-2020 ลงวันที่ 20 กรกฎาคม 2563 โดยก่อนการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมก่อนตอบทุกคน

## ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 130 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 76.9 มีอายุระหว่าง 41- 45 ปี จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6 มีสถานภาพคู่ จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 55.4 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 44.6 มีตำแหน่งข้าราชการ จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 50.8 มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 46.2 มีโรคประจำตัว จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 63.8 และมีการนอนหลับพักผ่อนมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 53.9

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\mu = 4.02, \sigma = 0.50$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับดี ( $\mu = 4.25, \sigma = 0.81$ ) การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับดี ( $\mu = 4.38, \sigma = 0.66$ ) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค อยู่ในระดับดี ( $\mu = 4.36, \sigma = 0.65$ ) ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ( $\mu = 3.08, \sigma = 0.79$ ) (ตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ( $n=130$ )

| การรับรู้ภาวะสุขภาพ               | $\mu$ | $\sigma$ | การแปลผล |
|-----------------------------------|-------|----------|----------|
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค | 4.25  | 0.81     | ดี       |
| การรับรู้ความรุนแรงของโรค         | 4.38  | 0.66     | ดี       |
| การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค | 4.36  | 0.65     | ดี       |
| การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค   | 3.08  | 0.79     | ปานกลาง  |
| การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม         | 4.02  | 0.50     | ดี       |

3. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยรวม อยู่ในระดับดี ( $\mu = 2.60, \sigma = 0.30$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการจัดการความเครียด อยู่ในระดับดี ( $\mu = 2.70, \sigma = 0.53$ ;  $\mu = 2.96, \sigma = 0.38$ ) ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับพอใช้ ( $\mu = 2.44, \sigma = 0.36$ ;  $\mu = 2.29, \sigma = 0.51$ ) (ตาราง 2)



ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ( $n=130$ )

| พฤติกรรมสุขภาพ              | $\mu$ | $\sigma$ | การแปลผล |
|-----------------------------|-------|----------|----------|
| ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง | 2.70  | 0.53     | ดี       |
| การรับประทานอาหาร           | 2.44  | 0.36     | พอใช้    |
| การออกกำลังกาย              | 2.29  | 0.51     | พอใช้    |
| การจัดการความเครียด         | 2.96  | 0.38     | ดี       |
| พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม        | 2.60  | 0.30     | ดี       |

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กัน ( $r = .05, p > .05$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด ( $r = .34, p < .01$ ) รองลงมา ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด ( $r = .29, p < .01$ ) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับพฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหาร ( $r = .20, p < .05$ ) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมากกับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ( $r = -.18, p < .05$ ) (ตาราง 3)

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ( $n=130$ )

| การรับรู้ภาวะสุขภาพ               | พฤติกรรมสุขภาพ              |      |                   |      |                |     |                     |       |        |      |
|-----------------------------------|-----------------------------|------|-------------------|------|----------------|-----|---------------------|-------|--------|------|
|                                   | ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง |      | การรับประทานอาหาร |      | การออกกำลังกาย |     | การจัดการความเครียด |       | โดยรวม |      |
|                                   | $r$                         | $p$  | $r$               | $p$  | $r$            | $p$ | $r$                 | $p$   | $r$    | $p$  |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค | -.18                        | .05* | -.09              | .28  | -.11           | .23 | .16                 | .07   | -.10   | .26  |
| การรับรู้ความรุนแรงของโรค         | -.11                        | .24  | -.02              | .84  | -.13           | .13 | .34                 | .01** | .00    | .99  |
| การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค | -.03                        | .75  | -.02              | .85  | -.09           | .31 | .29                 | .01** | .04    | .66  |
| การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค   | .13                         | .14  | .20               | .05* | .17            | .05 | .02                 | .82   | .19    | .05* |
| โดยรวม                            | -.07                        | .46  | -.03              | .74  | -.05           | .13 | .28                 | .01** | .05    | .59  |

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

## อภิปรายผล

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่งอยู่ในระดับดี ( $M 4.02, SD = .50$ ) อธิบายได้ว่า การที่บุคคลมีการป้องกันโรคเนื่องจากมีความเชื่อหรือรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสรiskต่อการเป็นโรคนั้น หากเป็นโรคจะส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต รวมทั้งหากปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค (Becker, 1974) เมื่อพิจารณารายด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับดี ( $\mu=4.38$ ,

$\sigma = .66$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจึงมีพื้นฐานความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเรื่องภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคกระดูกพรุน เป็นต้น การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจึงอยู่ในระดับดี ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง ( $\mu = 3.08$ ,  $\sigma = .79$ ) เนื่องจากในปัจจุบันสังคมเปลี่ยนแปลงไปประชาชนมีวิถีการดำเนินชีวิตอยู่บ้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น โดยบทบาทหน้าที่การทำงานที่แข่งขันกับเวลาและเศรษฐกิจจึงเป็นเรื่องยากที่กลุ่มตัวอย่างจะหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสำเร็จรูป อาหารจานด่วน หรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลรัตน์ บุญราศรี (2559) ที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานโรงไฟฟ้าแห่งหนึ่งที่มีภาวะอ้วนพบว่า การรับรู้อุปสรรคของภาวะอ้วน ได้แก่ การทำงานไม่เป็นเวลา การทำงานล่วงเวลา ภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลครอบครัว ขาดการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมรอบตัว เป็นต้น ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคจึงอยู่ในระดับปานกลาง

2. พฤติกรรมสุขภาพบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\mu = 2.60$ ,  $\sigma = .30$ ) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากบุคลากรได้รับการส่งเสริมทั้งด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพและกิจกรรมต่างๆ ด้านการส่งเสริมสุขภาพในองค์กร เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี โครงการส่งเสริมสุขภาพ กีฬา สโมสร การตลาดนัดสีเขียวเพื่อจำหน่ายอาหารและผลิตภัณฑ์ที่ส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น บุคลากรจึงได้มีโอกาสรับการส่งเสริมและประเมินสุขภาพเป็นระยะๆ จากการเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของนันทน์ภัส ขอบชื่นกมล (2559) ศึกษาภาวะสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลอัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรอยู่ในระดับดี เนื่องจากได้มีการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพประจำปี เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การให้ความรู้ด้านโภชนาการ กิจกรรมการเดินแอโรบิก ฟิตเนส เป็นต้น เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การจัดการความเครียด อยู่ในระดับดี ( $\mu = 2.96$ ,  $\sigma = .38$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาลที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยการจัดกิจกรรมทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตจึงรับรู้ผลกระทบของความเครียดต่อการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างจึงมีแนวทางจัดการกับปัญหาเบื้องต้นเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพตนเอง เช่น การมองโลกในแง่ดีการพูดคุยกับคนที่ไว้วางใจ การจัดการสาเหตุและแก้ไขปัญหานั้น เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2559) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดระดับดี และรับรู้ว่าการจัดการความเครียดสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกาย อยู่ในระดับพอใช้ ( $\mu = 2.29$ ,  $\sigma = .51$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงานมีข้อจำกัดด้านเวลารวมทั้งยังขาดความตระหนักในความสำคัญและความจำเป็นของการออกกำลังกาย รวมทั้งความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการออกกำลังกายจึงถือว่าการเคลื่อนไหวจากการทำงานประจำ การทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายซึ่งในบางครั้งยังไม่เพียงพอ การออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในระดับพอใช้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กัน ( $r = .05$ ,  $p > .05$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด ( $r = .34$ ,  $p < .01$ ) รองลงมา ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด ( $r = .29$ ,  $p < .01$ ) การรับรู้อุปสรรคของ



การป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับพฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหาร ( $r=.20$ ,  $p<.05$ ) ส่วนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมากกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ( $r= -.18$ ,  $p<.05$ ) สามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กัน สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นพื้นฐานให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง แต่การรับรู้หรือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอให้เกิดพฤติกรรมทางบวกอย่างยั่งยืน เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการบูรณาการทั้งการรับรู้ (perception process) การคิดและเข้าใจ (cognition process) และการแสดงออก (spatial behavior process) (สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2556) ซึ่งเห็นได้ว่าการรับรู้สามารถส่งผลให้เกิดพฤติกรรมแต่อาจไม่ยั่งยืน เพราะขาดองค์ประกอบสำคัญอีกด้าน คือ ความตระหนักที่เป็นความสำนึกรับผิดชอบต่อปัญหาต่างๆ (Wolman, 1973) เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\mu = 4.02$ ,  $\sigma = 0.50$ ) แต่อาจขาดความตระหนักหรือไม่เล็งเห็นความสำคัญจึงละเลยต่อการดูแลสุขภาพตนเองส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากอย่างไม่นัยสำคัญ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการจัดการความเครียดและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับการจัดการความเครียด อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจึงมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคที่เกี่ยวกับภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่พบบ่อย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ส่งผลให้มีภาวะเครียดหรือวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยน้อยส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กันระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของณรงค์กร ชัยวงศ์ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจการรับรู้ด้านความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรค และแนวคิดของ Becker (1974) กล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ต่อสุขภาพของการปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ จะส่งผลให้ตัดสินใจปฏิบัติตาม หากบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการป้องกันโรคก็มีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางบวกจึงไม่เกิดความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการจัดการความเครียด

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับพฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหาร สามารถอธิบายได้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคคลจะประเมินถึงสิ่งกีดขวางหรืออุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความรู้สึกรู้สึกหรือตามการคาดคะเนของตนเอง หากเห็นว่าอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นมีน้อยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพมากกว่าผลเสีย (Becker, 1974) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลซึ่งมีความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพจึงสามารถประเมินสิ่งกีดขวางและอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับพอใช้ และส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับพฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหาร

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมากกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับดีจะมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองในทางตรงกันข้ามกัน เนื่องจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่นำไปสู่พฤติกรรมที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล โดยกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางการแพทย์มีการรับรู้และความเข้าใจโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับดี และบางส่วนมีความเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้จึงขาดความตระหนักและละเลยต่อความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของปริชมนพันธุ์ติยะ (2563) ศึกษาโรคอ้วนในวิชาชีพแพทย์ พบว่า แพทย์มีภาวะน้ำหนักเกินถึงร้อยละ 40 และครึ่งหนึ่งของแพทย์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินคิดว่าตนเองมีน้ำหนักที่ปกติ และการศึกษาของดวงหทัย แสงสว่าง, อนิทัย ผลิตนนท์เกียรติ และนิลวรรณ งามขำ (2561) ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจึงมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมากกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยที่พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ คณะทำงานส่งเสริมสุขภาพด้านบุคลากร ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรมีการตื่นตัวในการดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น เช่น การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมบริโภคเพื่อป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม การจัดตั้งชมรมออกกำลังกายในโรงพยาบาล และการติดตามประเมินค่า BMI ของบุคลากรเป็นระยะๆ เพื่อส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

1.2 บุคลากรด้านส่งเสริมสุขภาพควรนำข้อมูลจากการวิจัยไปพัฒนารูปแบบส่งเสริมให้บุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมบริโภค ส่งเสริมการออกกำลังกาย และลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการป้องกันโรค เช่น จัดเวลาให้บุคลากรออกกำลังกาย การจัดทำคู่มือการปฏิบัติตนของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เป็นต้น เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ในกลุ่มบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของบุคลากรในโรงพยาบาล

## Reference

- Allred A. (2015). *A feasibility trial of a metabolic syndrome intervention in hospitalized cardiac patients*. (Doctoral dissertation). University of Utah. Doctor of Nursing Practice. Available from <https://content.lib.utah.edu/utis/getfile/ehsl/139.pdf>.
- Banjare, JB., & Bhalerao, S. (2016). Obesity associated noncommunicable disease burden international. *Journal of Health & Allied Sciences*, 5(2), 81-87.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Michigan: Charles B. Slack.



- Boonrasri W. (2016). *Health belief model and health behavior of Maemoh power plant officer with Metabolic syndrome*. The degree of master of public health, health promotion management, Thammasart University. (in Thai).
- Chaiwong N. (2019). Predicting factors preventive behaviors for coronary heart disease among persons at risk to disease. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(2), 6-15. (in Thai).
- Chobchuenkamon N. (2016). Research report on health status of personnel of Thanyarak hospital Mae Hong Son. Department of Medicine, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Health Systems Research Institute (HSRI) .(2016). Thai national health examination survey, NHES V (1<sup>st</sup> ed.). *Nonthaburi*: Health Systems Research Institute (HSRI) (in Thai).
- Khowtrakul, S. (2013). Educational psychology (11<sup>th</sup> Ed.). Bangkok : Chulalongkorn University Printing House. [in Thai]
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. (3<sup>rd</sup> ed.) California. Appleton & Large.
- Plianbumroong D. (2016). Health perceptions and health behaviors of pre-hypertension client. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(1), 83-92. (in Thai).
- Puntiya P. (2020). Obesity in physician. *Journal of Health Systems Research*, 14(1), 19-25. (in Thai).
- Pudcharakuntana, P., Khungtumneam K., & Durongritichichai V. (2015). *The factors associated to the prevalence of obesity in adult in Bang Sao Thong Municipality, Samuth Prakan Province*. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 16(2), 131-139. (in Thai).
- Sangsawang D, Palitnonkert A, & Ngamkham N. (2019). Factors affecting behaviors to reduce blood sugar levels of diabetic patients in Bangpoomai Tambon health promoting hospital, Samutprakarn province. *Valaya Alongkorn Review (Humanities and Social Science)*. 8(1). (in Thai)
- Sisa-aad, B. (2013). *Introduction to research* (9<sup>th</sup> Ed.). Bangkok : Suwiriyan Publisher. (in Thai)
- The National cholesterol Education program Adult Treatment Panel III [NCEP ATP III] .(2014). *Expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adult*. . Available from <http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-5491.2006.01858.x/full>.
- Wolman, B. B. (1973). *Dictionary of behavioral science*. London: Litton Educational.
- World Health Organization. (2018). *Noncommunicable diseases*. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

ความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังคลอด  
ที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอด โรงพยาบาลหัวหิน  
Needed and Received Nursing Care among Mothers during Early Postpartum  
Rooming-in, Hua Hin Hospital

ปราณีต คุณเครือ

Praneed Khunkhruea

Corresponding Author: Email: praneed.hero@gmail.com

(Received: March 20, 2021; Revised: April 16, 2021; Accepted: April 26, 2021)

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการพยาบาลกับการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดปกติที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลหัวหิน จำนวน 302 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วย ซึ่งมีความเที่ยงด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.912 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า

1. ความต้องการการพยาบาลของมารดาและการพยาบาลที่ได้รับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=2.92$ ,  $SD=0.44$ ;  $M=3.03$ ,  $SD=0.44$ )

2. ความต้องการการพยาบาลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอดด้านการดูแลบุตรและด้านการเตรียมตัวกลับคืนสู่สภาพเดิมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับการพยาบาลที่ได้รับ ( $r=.970$ ,  $r=.962$ ,  $p<.01$  ตามลำดับ) ในขณะที่ด้านจิตใจและอารมณ์และด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการพยาบาลที่ได้รับ ( $r=.895$ ,  $r=.854$ ,  $p<.01$  ตามลำดับ)

ดังนั้นการปรับปรุงกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยหลังคลอดให้มีคุณภาพจึงควรส่งเสริมกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองทั้งความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่มารดาหลังคลอดได้รับ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

**คำสำคัญ:** ความต้องการการพยาบาล, การพยาบาลที่ได้รับ, มารดาที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอด

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหัวหิน

Registered nurse (professional level), Hua Hin hospital



## Abstract

The purpose of this research was to determine the relationship between needed and received nursing care among mothers during early postpartum rooming-in. The subjects were 302 normal delivery mothers at postpartum ward, Hua Hin Hospital. The data were collected through needed and received nursing care questionnaire among rooming-in mothers. The reliability approached by Cronbach's Alpha Coefficient was 0.912. The data were then analyzed by using descriptive and Pearson Product Moment Correlation Coefficient statistics. The study findings revealed as follows:

1. The overall needed and received nursing care among mothers was at a moderate level ( $M = 2.92$ ,  $SD = 0.441$ ;  $M = 3.03$ ,  $SD = 0.44$ , respectively).

2. The needed nursing care among mothers during early postpartum rooming-in, as considered for each aspect; caring infant and preparing to recover after childbirth were related to received nursing care in a very high positive levels ( $r=.970$ ,  $r=.962$ ,  $p<.01$ , respectively), moreover, physical, mental and emotional aspects were also related in a very high levels ( $r=.895$ ,  $r=.854$ ,  $p<.01$ , respectively).

Therefore, to improve the quality of nursing process for postpartum mothers, nursing activities that meet their needed and received nursing care should be enhanced in order to maximize client benefits.

**Keywords:** Needed nursing care, Received nursing care, Mothers with early postpartum rooming-in

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำโครงการสายสัมพันธ์แม่ลูก กำหนดให้มีการดำเนินงานตามแนวทางบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยบันไดขั้นที่ 7 ระบุถึงการนำทารกที่ปกติดมาอยู่กับมารดา ในหอผู้ป่วยหลังคลอดตลอดเวลาให้แม่และลูกนอนบนเตียงเดียวกัน หรือให้ลูกนอนบนเตียงของลูกที่อยู่ชิดกับเตียงของแม่ การนำบุตรมาอยู่กับมารดาโดยเร็วหลังคลอดเป็นกลวิธีทางการพยาบาลที่มีประโยชน์ต่อทั้งมารดาและทารก คือ ด้านมารดา พบว่าการที่นำลูกมาให้แม่ได้โอบกอดสัมผัสอ้อมอกของแม่จะกระตุ้นให้ร่างกายแม่หลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความรักทำให้เริ่มต้นความรู้สึกของการเป็นแม่ มีความรัก ห่วงหาอาหาร อยากเลี้ยงลูกไม่ยอมทิ้งลูก รู้สึกเป็นสุขเกิดความภาคภูมิใจในบทบาทของความเป็นแม่ และเริ่มฝึกทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2562) แต่จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่สตรีมีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะอย่างยิ่งอวัยวะในอุ้งเชิงกรานเพื่อกลับคืนสู่สภาพปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ รวมทั้งเต้านมจะมีการเจริญอย่างมากเพื่อเตรียมสำหรับให้นมบุตร และด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมที่ต้องเตรียมรองรับบทบาทของความเป็นมารดาทำให้มารดาหลังคลอด 1-3 วันแรก มักไม่พร้อมในการดูแลตนเองและบุตร ซึ่งระยะนี้ทารกจะมีความต้องการการดูแลและต้องการน้ำนมมารดาซึ่งอุดมด้วยภูมิคุ้มกันและสารอาหารที่สำคัญครบถ้วน มารดาจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและความช่วยเหลือในการปรับตัวเพื่อเรียนรู้ทักษะต่างๆ ในการดูแลตนเองและเลี้ยงดูบุตรอย่างถูกวิธี

จากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความต้องการ การช่วยเหลือดูแลโดยเฉพาะระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยปัจจุบันมารดาที่คลอดปกติและไม่มี ภาวะแทรกซ้อนระยะหลังคลอดอยู่โรงพยาบาลประมาณ 2-3 วัน ทำให้มารดาไม่สามารถเรียนรู้ทักษะที่จำเป็น ในการดูแลตนเองและเลี้ยงดูบุตรได้ด้วยครบถ้วน เพราะมารดาอยู่ในระยะที่มีพฤติกรรมพึ่งพาจากความ อ่อนเพลียของร่างกายและการปรับตัวที่ยังไม่สมดุล (Rubin, 1967a) บุคลากรพยาบาลทางสูติกรรมจึงต้อง เรียนรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงและเข้าใจความต้องการของมารดาหลังคลอดเพื่อใช้เป็นข้อมูลวางแผนการพยาบาล มารดาหลังคลอดให้สามารถดูแลและให้การพยาบาลได้อย่างเฉพาะเจาะจงตอบสนองความต้องการ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงตระหนักในความสำคัญและจำเป็นในการศึกษาความสัมพันธ์ ของต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอด เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลตอบสนองความต้องการของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วย โดยเร็วหลังคลอด โดยสารสนเทศที่ได้จากการวิจัยจะสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาระบบ บริการมารดาหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

### คำถามการวิจัย

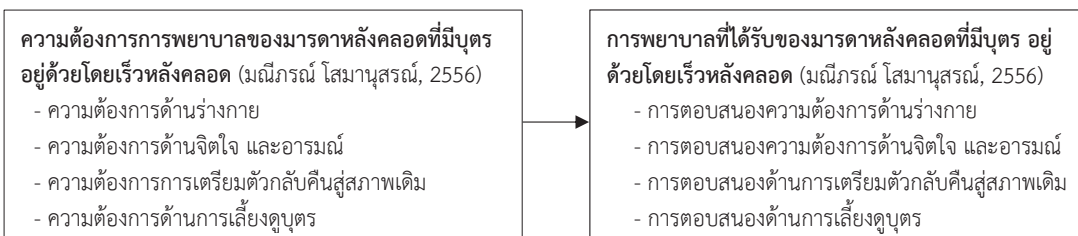
ความต้องการการพยาบาลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอด มีความสัมพันธ์ กับการพยาบาลที่ได้รับอย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการพยาบาลของมารดาที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการพยาบาลกับการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลัง คลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอด

### กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการ Maslow (1943) กล่าวถึง ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์และความต้องการพัฒนาตลอดชีวิตตามลำดับ ได้แก่ ความต้องการ ทางด้านร่างกาย ความต้องการด้านความปลอดภัย ความต้องการเป็นเจ้าของและความรัก ความต้องการความ ภูมิใจ และความต้องการประจักษ์ในคุณค่าตนเอง ร่วมกับแนวคิดความต้องการของมนุษย์ 14 ประการ ของ Henderson (1960) (อ้างถึงในอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2560) ที่สามารถประยุกต์ใช้ประเมินความ ต้องการการพยาบาลของมารดาหลังคลอด กรอบแนวคิดการวิจัยแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงพรรณนาเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2563 รายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** เป็นมารดาหลังคลอดพักฟื้นอยู่ที่หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลหัวหิน ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 1,400 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นมารดาหลังคลอดที่โรงพยาบาลหัวหิน และพักฟื้นอยู่ที่หอผู้ป่วยหลังคลอด จำนวน 302 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 302 ราย (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างใน อธิรุฒิ เอกะกุล, 2543) เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) คลอดปกติทางช่องคลอดและมีบุตรอยู่ด้วยตั้งแต่หลังคลอด 2 ชั่วโมงเป็นต้นไปจนได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด ได้แก่ ไม่มีการติดเชื้อ ตกเลือด ความดันโลหิตสูง จากการตั้งครรภ์ หรือในระยะคลอด 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ทารกมีความผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องแยกไปอยู่คนละหอผู้ป่วยจากมารดาก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และ 2) ผู้ป่วยไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการคลอดและหลังคลอด มีลักษณะคำถามแบบปลายปิด จำนวน 21 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการและการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังคลอด จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ 3) ด้านการเตรียมตัวกลับคืนสู่สภาพเดิม และ 4) ด้านการดูแลบุตรที่อยู่กับมารดาตั้งแต่หลังคลอด รูปแบบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ท โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน 1 เท่ากับน้อยที่สุด, 2 คะแนน 2 เท่ากับน้อย, 3 คะแนน เท่ากับปานกลาง 4 คะแนน เท่ากับมาก และ 5 คะแนน เท่ากับมากที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 ท่าน คำนวณความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.97 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปหาค่าความเชื่อมั่นในมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .912

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหินและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

2. ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหลังคลอด โดยกำหนดวัน เวลา สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลาตอบประมาณ 30 นาที

4. หลังจากได้รับแบบสอบถามกลับคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดด้วยการวิเคราะห์สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ )

2. การวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลของมารดาที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอด ด้วยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (พลอยณัฐารินทร์ ราวีนิจ, 2559)

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ความต้องการการพยาบาลระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ความต้องการการพยาบาลระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ความต้องการการพยาบาลระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ความต้องการการพยาบาลระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ความต้องการการพยาบาลระดับน้อยที่สุด

3. การวิเคราะห์การพยาบาลที่ได้รับด้วยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง การพยาบาลที่ได้รับระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง การพยาบาลที่ได้รับระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง การพยาบาลที่ได้รับระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง การพยาบาลที่ได้รับระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง การพยาบาลที่ได้รับระดับน้อยที่สุด

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการพยาบาลกับการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังคลอด โดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 แบ่งเป็น 5 ระดับ (Hinkle, 1998) รายละเอียดดังนี้

$r$  .91 - 1.00 หมายถึง ระดับสูงมาก

$r$  .71 - .90 หมายถึง ระดับสูง

$r$  .51 - .70 หมายถึง ระดับปานกลาง

$r$  .31 - .50 หมายถึง ระดับต่ำ

$r$  .10 - .30 หมายถึง ระดับต่ำมาก

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลหัวหิน เลขที่อนุมัติ RECHHH168 /2563 ลงวันที่ 5 สิงหาคม 2563 ซึ่งก่อนการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการถอดตัวออกจากโครงการหลังจากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมก่อนตอบแบบสอบถามทุกคน



## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง พบว่า มารดาหลังคลอดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุ 20 – 29 ปี ร้อยละ 58 ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.4 ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ ร้อยละ 98 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย ร้อยละ 94 ส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์หลัง 59.3 ระยะเวลาของการเริ่มเจ็บครรภ์ถึงจนคลอด อยู่ในช่วง 4-6 ชั่วโมง ร้อยละ 63.9 เวลาที่ต้องการให้น้ำบุตรมาอยู่ด้วย คือ ภายหลัง 2 ชม หลังคลอด ร้อยละ 95.4 วางแผนจะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ร้อยละ 87.7 มีแผลฝีเย็บที่เกิดขึ้นในระยะคลอด

2. ความต้องการการพยาบาลของมารดาที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.92, SD = 0.44$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความต้องการการพยาบาลด้านการดูแลบุตร มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.45, SD = 0.84$ ) รองลงมา ได้แก่ ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.45, SD = 0.84; M = 3.05, SD = 0.30; M = 2.92, SD = 0.36$ ) ขณะที่ด้านการเตรียมตัวกลับคืนสู่สภาพเดิมอยู่ในระดับน้อย ( $M = 2.25, SD = 0.52$ ) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับของความต้องการการพยาบาลของมารดาที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอดที่เข้ารับบริการ ( $n = 302$ )

| ความต้องการการพยาบาลของมารดา       | $M$  | $SD$ | ระดับ   |
|------------------------------------|------|------|---------|
| ด้านการดูแลบุตร                    | 3.45 | 0.84 | ปานกลาง |
| ด้านจิตใจและอารมณ์                 | 3.05 | 0.30 | ปานกลาง |
| ด้านร่างกาย                        | 2.92 | 0.36 | ปานกลาง |
| ด้านการเตรียมตัวกลับคืนสู่สภาพเดิม | 2.25 | 0.52 | น้อย    |
| ความต้องการการพยาบาลของมารดาโดยรวม | 2.92 | 0.44 | ปานกลาง |

3. การพยาบาลที่ได้รับของมารดาที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอดโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.03, SD = 0.44$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การพยาบาลที่ได้รับด้านการดูแลบุตร มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก ( $M = 3.53, SD = 0.82$ ) รองลงมา ด้านร่างกาย และจิตใจและอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.14, SD = 0.33; M = 3.12, SD = 0.33$ ) ขณะที่ด้านการเตรียมตัวกลับคืนสู่สภาพเดิมอยู่ในระดับน้อย ( $M = 2.34, SD = 0.55$ ) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับของการพยาบาลที่ได้รับของมารดาที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอดที่เข้ารับบริการ ( $n = 302$ )

| การพยาบาลที่ได้รับ                 | $M$  | $SD$ | ระดับ   |
|------------------------------------|------|------|---------|
| ด้านการดูแลบุตร                    | 3.53 | 0.82 | มาก     |
| ด้านจิตใจและอารมณ์                 | 3.12 | 0.33 | ปานกลาง |
| ด้านร่างกาย                        | 3.14 | 0.33 | ปานกลาง |
| ด้านการเตรียมตัวกลับคืนสู่สภาพเดิม | 2.34 | 0.55 | น้อย    |
| การพยาบาลที่ได้รับของมารดาโดยรวม   | 3.03 | 0.44 | ปานกลาง |

4. ความต้องการการพยาบาลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอดด้านการดูแลบุตร ด้านการเตรียมตัวกลับคืนสู่สภาพเดิม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับการพยาบาลที่ได้รับ ( $r=.970$ ,  $r=.962$ ,  $p<.01$  ตามลำดับ) ส่วนความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการพยาบาลที่ได้รับ ( $r=.895$ ,  $r=.854$ ,  $p<.01$  ตามลำดับ)

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( $r$ ) ระหว่างความต้องการการพยาบาลกับการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอดที่เข้ารับบริการ ( $n = 302$ )

| ความต้องการการพยาบาล               | $r$    | ระดับ  |
|------------------------------------|--------|--------|
| ด้านการดูแลบุตร                    | .970** | สูงมาก |
| ด้านจิตใจและอารมณ์                 | .895** | สูง    |
| ด้านร่างกาย                        | .854** | สูง    |
| ด้านการเตรียมตัวกลับคืนสู่สภาพเดิม | .962** | สูงมาก |

\*\*  $p < .01$

## อภิปรายผล

1. ความต้องการการพยาบาลของมารดาที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.92$ ,  $SD = 0.44$ ) อธิบายได้ว่า มารดาหลังคลอดปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ปกติ แต่มีความต้องการการพยาบาลเพื่อช่วยในการปรับตัวรับมือกับบทบาทมารดา สอดคล้องกับแนวคิด Rubin (1967a) ที่อธิบายว่า การปรับตัวรับมือกับบทบาทมารดาเป็นขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกหลายอย่างที่เกิดขึ้นภายหลังคลอด โดยในระยะ Taking in หรือ 1-2 วันแรกหลังคลอดมารดาจะมีพฤติกรรมพึ่งพา เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มารดาที่มีความต้องการการพยาบาลด้านการดูแลบุตรสูงที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.45$ ,  $SD = 0.84$ ) อธิบายได้ว่า มารดาส่วนใหญ่เป็นครั้งแรกหลังจึงมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลบุตรแล้วจากครรภ์แรกส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองและบุตรได้พอสมควร ดังนั้นมารดาหลังคลอดจึงมีความต้องการการพยาบาลด้านการดูแลบุตรและต้องการการช่วยเหลือให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในระดับปานกลาง ขณะที่ความต้องการด้านการเตรียมตัวกลับคืนสู่สภาพเดิมอยู่ในระดับน้อย ( $M = 2.25$ ,  $SD = 0.52$ ) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาครั้งแรกหลังที่มีความรู้ความเข้าใจจากประสบการณ์โดยตรงในการคลอดบุตร และมารดาหลังคลอดทุกรายจะได้รับการสอนสุขศึกษาเรื่องการดูแลตนเองและการดูแลบุตรทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม และเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ก่อนการจำหน่าย ดังนั้นความต้องการด้านการเตรียมตัวกลับคืนสู่สภาพเดิมจึงอยู่ในระดับน้อย

2. การพยาบาลที่ได้รับของมารดาที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.03$ ,  $SD = 0.44$ ) อธิบายได้ว่า จากระบบการวางแผนการพยาบาลตามเกณฑ์ประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย, 2562) โดยเกณฑ์การประเมินระบุถึงนโยบายของผู้บริหาร สมรรถนะของผู้ปฏิบัติ การจัดสถานที่ให้บริการ และการจัดกิจกรรมให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมารดาและบุตร เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การพยาบาลที่ได้รับสูงที่สุด คือ ด้านการดูแลบุตร อยู่ในระดับมาก ( $M = 3.53$ ,  $SD = 0.82$ ) อธิบายได้ว่า มารดาหลังคลอดจะได้รับการจัดให้บุตรอยู่กับมารดาและคุณนมมารดาได้ตามต้องการตามหลักของบันได 10 ขั้น สำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017) พยาบาลจึงช่วยเหลือให้ทารกได้ดูดนมจากเต้า



และสอนมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการดูแลทารกอย่างถูกวิธี การพยาบาลที่ได้รับด้านการดูแลบุตรจึงอยู่ในระดับสูง ขณะที่ด้านการเตรียมตัวกลับคืนสู่สภาพเดิม อยู่ในระดับน้อย ( $M = 2.34$ ,  $SD = 0.55$ ) อธิบายได้ว่า มารดาหลังคลอดได้รับการแนะนำ การสอน และส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเอง ผ่านกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย, 2562) และส่วนใหญ่มารดาเป็นครรรหลังที่มีศักยภาพและประสบการณ์การคลอดบุตรจึงได้รับการพยาบาลด้านนี้ตามเกณฑ์ปกติโดยไม่จำเป็นต้องดูแลเป็นพิเศษ ดังนั้นด้านการเตรียมตัวกลับคืนสู่สภาพเดิมจึงอยู่ในระดับน้อย

3. ความต้องการการพยาบาลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอดด้านการดูแลบุตรด้านการเตรียมตัวกลับคืนสู่สภาพเดิม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับการพยาบาลที่ได้รับ ( $r = .970$ ,  $r = .962$ ,  $p < .01$  ตามลำดับ) ส่วนความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการพยาบาลที่ได้รับ ( $r = .895$ ,  $r = .854$ ,  $p < .01$  ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า

มารดาหลังคลอดจะมีความกระตือรือร้นในการให้นมและดูแลบุตร ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพยาบาลตามนโยบายที่กำหนดให้บุตรอยู่กับการดาดั้งแต่แรกคลอดจนจำหน่าย ร่วมกับส่งเสริมให้มารดาดูแลบุตรด้วยตนเอง เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวจนประสบความสำเร็จ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2562) รวมทั้งการสอนและทบทวนความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังคลอดเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพเดิมตามโปรแกรมในแผนการจำหน่ายทั้งแบบรายบุคคล และสอนร่วมกับครอบครัว มารดาจึงได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการเป็นรายบุคคล ทำให้ความสัมพันธ์ด้านการดูแลบุตร ด้านการเตรียมตัวกลับคืนสู่สภาพเดิมกับการพยาบาลที่ได้รับเป็นไปในทางบวกอยู่ในระดับสูงมาก ส่วนด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านร่างกาย สามารถอธิบายได้ว่า ระยะหลังคลอดช่วงแรกๆ มารดาหลังคลอดต้องปรับตัวรับบทบาทหน้าที่ใหม่ ร่วมกับมีความไม่สุขสบายจากปวดแผลช่องคลอด ปวดมดลูก และมีการคัดติงเต้านมจึงส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งการเลี้ยงดูบุตรและการดูแลตนเอง มารดาหลังคลอดจึงมีความต้องการได้รับความช่วยเหลือและการพยาบาลทั้งด้านร่างกายรวมทั้งจิตใจ ขณะที่พยาบาลต้องวางแผนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพทั้งการบรรเทาความไม่สุขสบาย รวมทั้งให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และคำแนะนำเพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองและบุตรส่งผลให้ความต้องการการพยาบาลของมารดาหลังคลอดด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการพยาบาลที่ได้รับ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังคลอดสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลมารดาหลังคลอด ด้วยการนำแนวทางการประเมินความต้องการการพยาบาลไปใช้กับมารดาหลังคลอดในแต่ละราย เนื่องจากมารดาหลังคลอดแต่ละรายมีความต้องการการพยาบาลที่แตกต่างกันตามบริบทของบุคคล การประเมินความต้องการการพยาบาลจะช่วยให้วางแผนการพยาบาลได้อย่างเฉพาะเจาะจงและแก้ปัญหาได้ตรงตามสภาพความเป็นจริง และเป็นการยกระดับคุณภาพการบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการการพยาบาลด้านการเตรียมตัวกลับคืนสู่สภาพเดิมของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอดในกลุ่มของมารดาวัยรุ่น
2. ศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอดด้วยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อนำข้อมูลมาประกอบการพัฒนาระบบบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยหลังคลอด

### Reference

- Department of Health, Ministry of Public Health .(2019). *Criteria for evaluating maternal and child health standards*. Nonthaburi: Ministry of Public Health (In Thai)
- Ekakul, T. (2000). *Research methods in behavioral and social sciences*. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani Rajabhat Institute. (In Thai)
- Hinkle, D. E. (1998). *Applied statistics for the behavior sciences* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Houghton Mifflin.
- Hospital Development and Accreditation Institute (2019). *Hospital and health service standards* (4<sup>th</sup> ed.). Nonthaburi: Hospital Development and Accreditation Institute (Public Organization). (In Thai)
- Maslow A. H. (1943). *Theory of human motivation*. Psychological review, N.Y. McGraw-Hill
- Rubin, R. (1967a). Attainment of the maternal role part1 process. *Nursing Research*, 16(3), 237-245.
- Sanguansiritham, U. (2017). *Virginia Henderson: An important figure of the nursing profession*. Chiang Mai: Faculty of Nursing Chiang Mai University. (In Thai)
- Sisa-aad, B. (2013). *Introduction to research* (9<sup>th</sup> Ed.). Bangkok : Suwiryasan Publisher. (in Thai)
- World Health Organization .(2017). *World report on health policy and systems research*. Geneva: World health Organization. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255051/9789241512268-eng.pdf>.



## คุณภาพบัณฑิตพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต ปีการศึกษา 2561

Quality of Nursing Graduates of Borommarajonani College of Nursing, Ratchaburi  
Perceived by the Superiors, Academic Year 2018

รจนารถ ชูใจ<sup>\*1</sup>

Rojanat Choojai

กมลพร แพทย์ชีพ<sup>2</sup>

Kamonporn Patcheep

กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ<sup>3</sup>

Kannika Kitnopkiat

Corresponding Author: \*Email: crojanat@yahoo.com

(Received: February 7, 2021; Revised: March 10, 2021; Accepted: April 27, 2021)

### บทคัดย่อ

วิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สำรวจระดับคุณภาพบัณฑิตพยาบาล ที่จบจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ปีการศึกษา 2561 ตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต และ 2) สำรวจอัตลักษณ์บัณฑิตพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 131 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ คุณภาพบัณฑิต และอัตลักษณ์บัณฑิต ร่วมกับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า

1. คุณภาพบัณฑิตโดยภาพรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับดี ( $\mu=3.90$ ,  $\sigma=0.63$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านคุณธรรมและจริยธรรม ( $\mu= 4.14$ ,  $\sigma=0.65$ ) รองลงมา ได้แก่ ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ( $\mu= 3.95$ ,  $\sigma=0.65$ ) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านทักษะทางปัญญา ( $\mu=3.72$ ,  $\sigma=0.67$ )

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบัณฑิตเกือบทุกด้านและต้องการให้พัฒนาด้านการคิดวิเคราะห์รวมทั้งการเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติ

ดังนั้นกระบวนการจัดการเรียนรู้ จำเป็นต้องส่งเสริมคุณลักษณะอันพึงประสงค์ให้ครอบคลุมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านทักษะทางปัญญา โดยเน้นให้เกิดความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพที่สอดคล้องกับบริบทสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย ควบคู่กับการเสริมสร้างอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบัน

**คำสำคัญ:** คุณภาพบัณฑิตพยาบาล, การรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต, อัตลักษณ์บัณฑิต

<sup>\*1, 2, 3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

Registered Nurse (Senior Professional Level), Borommarajonani College of Nursing, Ratchaburi

## Abstract

The purpose of this descriptive research were to survey 1) the quality and 2) identity of nursing graduates of Borommarajonani College of Nursing Ratchaburi, perceived by the superior in academic year 2018. The data of 131 subjects were collected through 2-part questionnaire; quality and identity of nursing graduates, while the qualitative data were approached by interview form. The quantitative data were then analyzed for finding percentage, mean, and standard deviation, whereas the qualitative data was analyzed by using content analysis.

The study findings revealed as follows:

1. The overall quality of nursing graduates based on 6 domains of TQF: HED was at a good level ( $\mu=3.90$ ,  $\sigma=0.63$ ), as for considering in each aspect, the highest score was at the domain of moral and ethics ( $\mu=4.14$ ,  $\sigma=0.65$ ), followed by the domain of interpersonal skills and responsibility ( $\mu=3.95$ ,  $\sigma=0.65$ ). Whereas, the lowest score was at the domain of cognitive skill.

2. As for the qualitative data, it was found that the superior were satisfied with the quality of nursing graduates in almost all aspects and want them to be developed analytical thinking as well as linking knowledge into practice.

Therefore, the learning management process needs to promote desirable characteristics to cover the framework of the National Qualifications Standards for Higher Education, particularly in cognitive skills by focusing the ability to efficiently solve problems according with the changing health contexts along with the graduate identity enhancement.

**Keywords:** Quality of Nursing Graduates, Perception of the Superiors, Identity of Nursing Graduates

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้ดำเนินการปฏิรูปการศึกษาทุกระดับซึ่งเน้นหนักให้ปรับปรุงหลักสูตรและปรับเปลี่ยนวิธีการสอนเพื่อพัฒนานักศึกษาให้คิดเป็น แก้ปัญหาเป็น และเห็นคุณค่าของวัฒนธรรมไทย และเพื่อให้ผู้ใช้บัณฑิตเกิดความเชื่อมั่นว่าบัณฑิตที่จบจากสถาบันอุดมศึกษาทุกแห่งมีคุณภาพเท่าเทียมกัน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาเป็นหน่วยงานสำคัญที่ทำหน้าที่กำกับและส่งเสริมการดำเนินการจัดการศึกษาของสถาบันอุดมศึกษา ได้จัดทำกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย (Thai Qualifications Framework for Higher Education; TQF:HED) เพื่อเป็นเครื่องมือในการนำนโยบายเกี่ยวกับมาตรฐานการอุดมศึกษาที่ปรากฏในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ไปสู่การปฏิบัติในสถาบันอุดมศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษามี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งชาติ, 2554)



ทั้งนี้เป้าหมายการจัดการศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา มุ่งเน้นที่ผลการเรียนรู้ (Learning Outcomes) ของผู้เรียน

การศึกษาศาขาพยาบาลเป็นการศึกษาทางวิชาชีพ มีแนวคิดหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนที่มีลักษณะเฉพาะ คือ การให้ความรู้ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานอันประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ ความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพและความรู้ในวิชาชีพ ซึ่งรวมไปถึงศาสตร์ที่เกี่ยวข้องบนพื้นฐานของความเอื้ออาทร คุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมายวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ใช้บริการภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์ที่เรียนในหลักสูตรพยาบาลวิชาชีพต้องผ่านการบูรณาการเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้รับบริการอย่างเหมาะสม องค์การวิชาชีพจึงได้กำหนดกรอบมาตรฐานผลการเรียนรู้สาขาศาพยาบาลศาสตร์ เพิ่มขึ้นอีก 1 ด้าน คือ ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ รวมเป็น 6 ด้าน (ดร.ณิ รุจกรกานต์ และคณะ, 2553) สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีการจัดการเรียนการสอนวิชาชีพการพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพของประเทศและการปฏิรูปการศึกษา และเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม โดยเฉพาะความต้องการพยาบาลในสถานบริการของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับทั่วประเทศ ปัจจุบันผู้บริหารระดับสูงและคณะกรรมการผู้ควบคุมกำกับหลักสูตรของสถาบันพระบรมราชชนก ได้กำหนดให้เพิ่มการจัดการเรียนการสอนที่เสริมอัตลักษณ์บัณฑิต คือ พฤติกรรมการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในวิทยาลัยพยาบาลทุกแห่งของสถาบันพระบรมราชชนก

วิทยาลัยพยาบาล ในฐานะสถาบันอุดมศึกษา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีพันธกิจหลักในการผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพให้กับสังคมโดยเฉพาะในสถานบริการของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการพัฒนาความรู้ความสามารถด้านวิชาชีพการพยาบาลให้อยู่ในระดับมาตรฐานภายใต้กรอบมาตรฐานผลการเรียนรู้สาขาศาพยาบาลศาสตร์ งานบริหารหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนจึงได้มีการประเมินคุณภาพบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษา โดยติดตามอย่างใกล้ชิดเมื่อมีการประกาศใช้กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาในช่วง 2-3 ปี ซึ่งผลการติดตามที่ผ่านมาพบว่าความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพบัณฑิตพยาบาลสูงในด้านพฤติกรรมการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และมีผลประเมินคุณภาพในระดับต่ำ ด้านทักษะทางปัญญาและด้านความรู้ (มาลินี และคณะ, 2555) ซึ่งงานบริหารหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนได้ปรับกระบวนการจัดการเรียนการสอน และเพิ่มวิธีการสอนที่ต่างไปจากเดิมๆ ทำให้ในปีการศึกษา 2562 ผู้วิจัยสนใจศึกษาการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2561 ประเด็นความเปลี่ยนแปลงของคุณภาพบัณฑิตจากปีที่ผ่านมา โดยใช้การประเมินตามกรอบมาตรฐานผลการเรียนรู้สาขาศาพยาบาลศาสตร์ 6 ด้าน และด้านอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลที่ว่า “การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” เพื่อนำผลการประเมินมาใช้ปรับปรุงคุณภาพบัณฑิตและพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

### คำถามการวิจัย

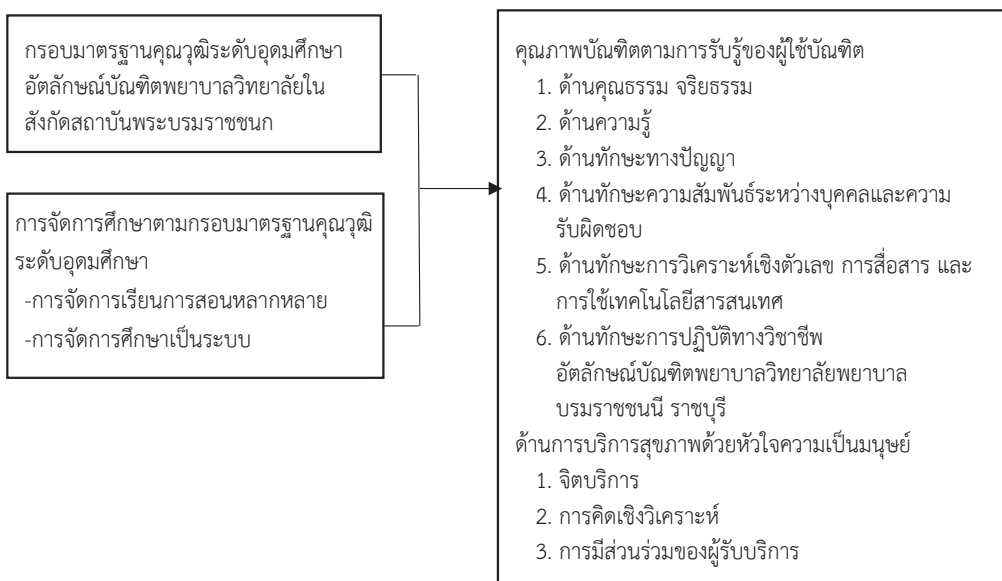
ระดับคุณภาพบัณฑิตพยาบาลและอัตลักษณ์บัณฑิตพยาบาลที่จบจากวิทยาลัยพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตอยู่ในระดับใด

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจระดับคุณภาพบัณฑิตพยาบาล ที่จบจากวิทยาลัยพยาบาลที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต
2. เพื่อสำรวจอัตลักษณ์บัณฑิตพยาบาลที่จบจากวิทยาลัยพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต

### กรอบแนวคิด

การจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลเน้นการจัดตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษานับแก้ไข พ.ศ.2552 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดการเรียนที่หลากหลายอย่างมีระบบตลอดการศึกษาตั้งแต่รับเข้าจนจบการศึกษาส่งผลให้บัณฑิตพยาบาลมีคุณลักษณะครบถ้วนครอบคลุม 6 ด้าน คือ 1) คุณธรรม จริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ และ 7) อัตลักษณ์บัณฑิตพยาบาล กรอบแนวคิดการวิจัยแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพบัณฑิตพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ผู้ใช้บัณฑิตที่อยู่ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น ขึ้นไปของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษา ในปีการศึกษา 2561 จำนวน 143 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ใช้ ศึกษาจากกลุ่มประชากร คือ ผู้บังคับบัญชาระดับต้นของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2561 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่น 33 ที่ผ่านการปฏิบัติงานการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพนั้นๆ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 131 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลด้วยการสุ่มแบบกลุ่มที่เป็นผู้บังคับบัญชาระดับต้นของบัณฑิตพยาบาล จำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 คน โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 8 คน และโรงพยาบาลระดับศูนย์ จำนวน 8 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามผู้ใช้บัณฑิตเกี่ยวกับคุณภาพบัณฑิต ที่ส่วนพัฒนาการศึกษาสถาบันพระบรมราชชนกจัดทำขึ้นเป็นเครื่องมือกลาง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่งปัจจุบัน ประเภทโรงพยาบาล และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพบัณฑิตตามกรอบคุณวุฒิมาตรฐานการศึกษา เป็นแบบมาตราประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ ที่ส่วนพัฒนาการศึกษาสถาบันพระบรมราชชนกจัดทำขึ้นเป็นเครื่องมือกลาง จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม จำนวน 8 ข้อ ด้านความรู้ จำนวน 6 ข้อ ด้านทักษะทางปัญญา จำนวน 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ จำนวน 5 ข้อ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 5 ข้อ ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นแบบประเมินที่ส่วนพัฒนาการศึกษาสถาบันพระบรมราชชนกจัดทำขึ้นเป็นเครื่องมือกลาง จำนวน 43 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ จิตบริการ (Service Mind) จำนวน 16 ข้อ การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) จำนวน 17 ข้อ และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ประเด็นคุณภาพบัณฑิต และอัตลักษณ์บัณฑิต จำนวน 2 ข้อ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่สร้างส่วนพัฒนาการศึกษาสถาบันพระบรมราชชนกจัดทำขึ้นเป็นเครื่องมือกลาง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยจึงตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพบัณฑิตมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 และแบบประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต เท่ากับ 0.86 ส่วนแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. สํารวจรายชื่อผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่น 33 ปี ซึ่งจบการศึกษาปี 2561 ที่ปฏิบัติงานการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 143 คน

2. ประสานงานกับหน่วยงานต้นสังกัดของผู้สำเร็จการศึกษาในเดือนเมษายน พ.ศ.2563 เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและแจ้งวันนัดหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ขอความร่วมมือผู้บังคับบัญชาของผู้สำเร็จการศึกษาที่จบปฏิบัติงานครบ 1 ปี เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม และส่งแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์มายังวิทยาลัยภายใน 4 สัปดาห์หลังได้รับแบบสอบถามคืนมา ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ และนำแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูล

4. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มผู้บังคับบัญชาระดับเหนือกว่าหนึ่งชั้นของผู้สำเร็จการศึกษาในประเด็นคุณภาพบัณฑิตพยาบาลและอัตลักษณ์ของบัณฑิตแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บัณฑิต คำนวณโดยใช้สถิติร้อยละ

2. ข้อมูลคุณภาพบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิการศึกษา 6 ด้าน และการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 3 ด้านนำมาวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บัณฑิต พบว่า ผู้ใช้บัณฑิตส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 97.7 มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี มากที่สุดร้อยละ 68.7 โดยปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.9 ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลศูนย์มากที่สุด ร้อยละ 58.8 และปฏิบัติงานในตำแหน่งมากกว่า 20 ปี มากที่สุด ร้อยละ 46.6

2. ค่าเฉลี่ยคุณภาพบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\mu=3.90$ ,  $\sigma=0.63$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านคุณธรรม จริยธรรม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\mu= 4.14$ ,  $\sigma=0.65$ ) รองลงมาคือด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ( $\mu = 3.95$ ,  $\sigma=0.65$ ) ส่วนด้านที่ได้ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือด้านทักษะทางปัญญา ( $\mu=3.72$ ,  $\sigma=0.67$ ) และด้านที่ต่ำรองลงมาได้แก่ ด้านความรู้ ( $\mu = 3.78$ ,  $\sigma=0.65$ ) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ( $\mu$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\sigma$ ) และระดับคุณภาพบัณฑิตตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต ( $N = 131$ )

| มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์                            | $\mu$ | $\sigma$ | ระดับคุณภาพบัณฑิต |
|-------------------------------------------------------------------------|-------|----------|-------------------|
| 1. ด้านคุณธรรม จริยธรรม                                                 | 4.14  | 0.65     | ดี                |
| 2. ด้านความรู้                                                          | 3.78  | 0.65     | ดี                |
| 3. ด้านทักษะทางปัญญา                                                    | 3.72  | 0.67     | ดี                |
| 4. ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ                    | 3.95  | 0.65     | ดี                |
| 5. ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ | 3.81  | 0.61     | ดี                |
| 6. ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ                                        | 3.92  | 0.62     | ดี                |
| รวม 6 ด้าน                                                              | 3.90  | 0.63     | ดี                |



3. พฤติกรรมการบริการสุขภาพด้วยหัวใจมนุษย์ตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\mu=4.21$ ,  $\sigma=0.47$ ) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ จิตบริการ ( $\mu = 4.45$ ,  $\sigma=0.44$ ) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ การคิดเชิงวิเคราะห์ ( $\mu= 4.03$ ,  $\sigma=0.54$ ) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ( $\mu$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\sigma$ ) และด้านพฤติกรรมการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ( $N = 131$ )

| พฤติกรรมการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์  | $\mu$ | $\sigma$ | ระดับคุณภาพบัณฑิต |
|-------------------------------------------------|-------|----------|-------------------|
| 1. จิตบริการ (Service Mind)                     | 4.45  | 0.44     | ดี                |
| 2. การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking)    | 4.03  | 0.54     | ดี                |
| 3. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation) | 4.14  | 0.56     | ดี                |
| รวม 3 ด้าน                                      | 4.21  | 0.47     | ดี                |

4. ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม เป็นการรับรู้คุณภาพการทำงานของบัณฑิตพยาบาล ตามการพบเห็นของผู้ใช้บัณฑิตที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ต่อคุณภาพบัณฑิตพยาบาล ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามกรอบคุณวุฒิมาตรฐานการศึกษา 6 ด้าน และพฤติกรรมการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 3 ด้าน ซึ่งเมื่อวิเคราะห์คุณภาพตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิทั้ง 6 ด้านพบว่าผู้บังคับบัญชาพอใจการปฏิบัติงานทุกด้านโดยเฉพาะด้านจริยธรรมความอ่อนน้อมถ่อมตน การใช้เทคโนโลยี และปฏิบัติการพยาบาล ด้านที่ต้องการให้มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นได้แก่ การมีส่วนร่วมในการทำวิจัยและนวัตกรรม การเชื่อมโยงความรู้ที่เรียนมาสู่การปฏิบัติมากขึ้น สำหรับด้านอัตลักษณ์บัณฑิตที่โดดเด่นคือการมีจิตบริการช่วยเหลืองานบน word ได้ดีอ่อนน้อมถ่อมตน สุภาพต่อคนรอบข้าง และที่ต้องพัฒนาคือการคิดวิเคราะห์โดยเฉพาะประเด็นการเชื่อมโยงความรู้มาใช้ให้สอดคล้องกับบริบทผู้รับบริการ จึงเห็นได้ว่าข้อมูลเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณดังมีรายละเอียดดังนี้

“น้องใหม่มีสัมมาคารวะดี ความรู้ก็ดี มีความเข้าใจในศาสตร์วิชาชีพดี แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ระดับหนึ่ง มีความรับผิดชอบในงานที่มอบหมายให้ เสนอตัวช่วยเหลืองานโดยไม่ต้องขอ ให้การพยาบาลผู้ป่วยดี สนใจและเอาใจใส่คนไข้ ทักษะทางเทคโนโลยีดีมาก”

“น้องขึ้นปฏิบัติงานตรงเวลา และมีจิตเมตตาในการให้บริการผู้ป่วย มีบ้างที่ขาดความมั่นใจในการให้การพยาบาลที่ซับซ้อน แต่มีความพยายามในการศึกษาหาความรู้อย่างสม่ำเสมอ และเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ดี ให้ความช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานเป็นอย่างดีสามารถนำข้อมูลสารสนเทศมาให้การพยาบาลได้ การทำหัตถการที่ยากๆ ยังต้องทำร่วมกับพี่พยาบาล ภาพรวมคือน้องเรียนรู้ง่ายและเต็มใจทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน”

“น้องมีความเสียสละและอุทิศตนช่วยเหลือ word ดี เอาใจใส่ในการค้นคว้าหาความรู้ใหม่ๆ เพื่อพัฒนาตนเองจากปัญหาที่พบในการทำงาน และพร้อมรับคำชี้แนะตลอดเวลา คิดวิเคราะห์ให้เหตุผลได้ดี มีไหวพริบดี การสื่อสารขณะส่งเวรมีพัฒนาการดีขึ้นเรื่อยๆ ฟังแล้วเข้าใจ”

“น้องเข้าใจในสิทธิของผู้ป่วยสามารถให้คำแนะนำสิทธิแก่ผู้ป่วยและญาติได้ ใช้สารสนเทศทางการพยาบาลได้ดี สามารถนำ conference ได้ดี แต่ควรเพิ่ม evidence base practice น้องมีวิธีการแก้ปัญหาสอดคล้องกับผู้ป่วยได้ดี ให้การพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร ทำงานเข้ากับพี่ได้ดี อ่อนน้อมถ่อมตน รู้จักความเป็นรุ่นพี่รุ่นน้อง ใช้คอมพิวเตอร์และโปรแกรมได้คล่องแคล่ว สิ่งที่น้องต้องพัฒนาคือการใช้เครื่องมือทางกายภาพ เช่น EKG , Insulin pump , Ventilator และ EKG monitor”

“น้องๆที่จบมาก็ดีทุกคน มีความรับผิดชอบในงานที่ทำ มีความอ่อนน้อมถ่อมตน มีความรู้ดีด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีภาวะผู้นำ แต่อยากให้น้องพัฒนาด้านความรู้เฉพาะทางใน word ที่น้องทำ รวมทั้งเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การทำนวัตกรรมและวิจัย และเพิ่มทักษะปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง”

“น้องบางคนยังคำนวณไม่เก่ง ต้องพัฒนาด้านนี้แต่น้องมีความตั้งใจที่จะเรียนรู้ สนใจความรู้ใหม่ๆน่าจะพัฒนาไม่ยาก เพิ่มการค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง เพิ่มความเข้มข้นของงานมากขึ้น ฝึกการคิดวิเคราะห์บ่อยๆ พัฒนาการสื่อสารภาษาอังกฤษจะดีมาก ที่ผ่านมายังไม่พบการปฏิบัติงานที่ผิดพลาด”

“รู้สึกพอใจการทำงานของน้องๆมีความกระตือรือร้น ประพฤติตัวดี น้องมีความรู้มาปฏิบัติงานได้ดี ชี้แนะเล็กน้อยก็สามารถเข้าใจได้รวดเร็ว ทำงานกับพี่ๆงานขององค์กรสำเร็จลุล่วง ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เป็นประโยชน์กับตนเองและหน่วยงานได้ดี ต่อไปน้องจะเก่งขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปเพราะตอนนี้ก็อยู่ในช่วงสั่งสมประสบการณ์”

## อภิปรายผล

ผลการประเมินคุณภาพบัณฑิตพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต ปีการศึกษา 2561 อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคุณภาพบัณฑิตพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\mu=3.90$ ,  $\sigma=0.63$ ) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านคุณธรรม จริยธรรม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\mu=4.14$ ,  $\sigma=0.65$ ) รองลงมา คือ ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ( $\mu=3.95$ ,  $\sigma=0.65$ ) ส่วนด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านทักษะทางปัญญา ( $\mu=3.72$ ,  $\sigma=0.67$ ) และด้านที่ต่ำรองลงมา ได้แก่ ด้านความรู้ ( $\mu=3.78$ ,  $\sigma=0.65$ ) อธิบายได้ว่า ประสิทธิภาพของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตปี 2555 สรุปได้ว่าการพยาบาลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการบนพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทรเชิงวิทยาศาสตร์ ร่วมกับความเอื้ออาทรเชิงความเป็นมนุษย์ รวมทั้งศาสตร์ที่เกี่ยวข้องของบูรณาการในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นหลักสำคัญที่นำมาใช้ในการปลูกฝังแก่นักศึกษา จึงใช้การเรียนการสอนที่เน้นหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งสาระที่สำคัญเน้นคุณธรรมมาตลอด โดยการจัดการเรียนการสอนตลอดหลักสูตรของบัณฑิตรุ่นนี้เน้นการจัดการเรียนการสอนที่ใช้ชุมชนเป็นฐานมาตั้งแต่ชั้นปี 1-4 นักศึกษาจึงมีความใกล้ชิดกับคนทุกกลุ่มวัย เมื่อสำเร็จเป็นบัณฑิตจึงสร้างความสัมพันธ์และทำงานกับผู้อื่นได้ง่ายเพราะเป็นเรื่องคุ้นชิน สอดคล้องกับการวิจัยของพัทยา แก้วสารและคณะ (2559) ศึกษาการพยาบาลด้วยระบบทางไกลกับมาตรฐานคุณวุฒิการศึกษาบัณฑิตพยาบาล พบว่า บัณฑิตพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) มีผลการประเมินความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับ คือ ด้านที่มีด้านคุณธรรม จริยธรรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $M=4.37$ ,  $SD=0.57$ ) รองลงมา คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ( $M=4.14$ ,  $SD=0.59$ ) และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ( $M=4.11$ ,  $SD=0.58$ )

สำหรับด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพต่ำสุด คือ ด้านทักษะทางปัญญา ( $\mu=3.72$ ,  $\sigma=0.67$ ) รองลงมาคือ ด้านความรู้ ( $\mu=3.78$ ,  $\sigma=0.65$ ) อธิบายได้ว่า บัณฑิตมีปัญหาเรื่องกระบวนการคิดวิเคราะห์ซึ่งเป็นความสามารถในการจำแนกองค์ประกอบต่าง ๆ ของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2556) จึงจำเป็นต้องใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามาเป็นองค์ประกอบในการคิด ถ้าขาดความรู้อาจไม่สามารถวิเคราะห์หาเหตุผลได้ว่าเหตุ



ได้จึงเป็นเช่นนั้น การพัฒนาทักษะดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อผู้เรียนต้องช่างสืบค้นและเรียนรู้ ประกอบกับทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์เป็นการคิดในระดับสูงต้องใช้เวลาในการฝึกฝนและพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ โดยคณะกรรมการบริหารหลักสูตรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ได้วางแนวทางการพัฒนาทักษะทางปัญญา โดยให้เพิ่มความเข้มข้นการสอนที่เน้นพัฒนาทักษะทางปัญญาด้วยการวางแผนให้ผู้สอนใช้กระบวนการสะท้อนคิดในรายวิชาทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลองและภาคปฏิบัติด้วยการใช้พลังคำถาม (power question) การให้นักศึกษาออกแบบนวัตกรรมในการช่วยเหลือผู้รับบริการหรืออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน ซึ่งผลลัพธ์ทักษะทางปัญญาในปีนี้เพิ่มจากปีที่ผ่านมาแม้จะไม่มากแต่ต้องพัฒนาทักษะด้านนี้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ (2556) ที่พบว่าบัณฑิตพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรบุรี มีระดับคุณภาพบัณฑิตต่ำในด้านทักษะทางปัญญา ( $M = 3.81, SD = 0.30$ ) รองลงมาด้านความรู้ ( $M = 3.82, SD = 0.24$ ) ซึ่งจากการที่นักศึกษาขาดทักษะการคิดวิเคราะห์และจึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญามีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด

ค่าเฉลี่ยคุณภาพบัณฑิตด้านพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\mu = 4.21, \sigma = 0.47$ ) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ จิตบริการ (service Mind) ( $\mu = 4.45, \sigma = 0.44$ ) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือ การคิดเชิงวิเคราะห์ (analytical Thinking) ( $\mu = 4.03, \sigma = 0.54$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิดาพร ทับทิมศรีและคณะ (2562) ศึกษาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและอัตลักษณ์ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ตามความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตพบว่า ผู้ใช้บัณฑิตมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความถี่ของการแสดงพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของ ผู้สำเร็จการศึกษา ด้านจิตบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M = 4.38, SD = 0.45$ ) ส่วนด้านการคิดวิเคราะห์มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ( $M = 4.09, SD = 0.56$ ) ที่เป็นเช่นนี้เพราะวิทยาลัยได้จัดการเรียนการสอนที่เน้นเนื้อหาสาระในห้องเรียนมาเป็นการจัดการเรียนที่เป็นสภาพจริงให้นักศึกษาได้เห็นชีวิตจริงผู้รับบริการในบริบทของเขาเห็นทุกข้อของผู้รับบริการเกิดความเข้าใจและให้การช่วยเหลือโดยไม่หวังผลตอบแทน นอกจากนี้นักเรียนยังทำงานพัฒนานักศึกษาได้จัดกิจกรรมจิตอาสารายวิชาทฤษฎีให้มีการบูรณาการกับโครงการพัฒนาจิตอาสากลับไปทำกิจกรรมสำนึกรักบ้านเกิด

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงาน

1. ส่งเสริมคุณลักษณะของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลให้มีคุณธรรมจริยธรรมอย่างต่อเนื่องในรูปของความร่วมมือระหว่างการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนและการจัดกิจกรรมพัฒนาควบคู่กันไปแก่นักศึกษาทุกชั้นปีอย่างเข้มข้น
2. งานบริหารหลักสูตรควรส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนการสอน ที่ใช้กระบวนการวิจัย/การสร้างและพัฒนานวัตกรรมเป็นฐานในการเรียนรู้ในรายวิชาที่เหมาะสมและต่อเนื่องทุกชั้นปี ให้เน้นมนทัศน์ที่สำคัญของเนื้อหา นอกเหนือจากรายวิชาการวิจัยที่เรียนในชั้นปีที่ 3
3. ควรสนับสนุนให้มีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการสะท้อนคิด วิธีการสอนที่หลากหลายรูปแบบเพิ่มขึ้นในรูปแบบสะท้อนคิดใหม่ๆ เพื่อส่งเสริมกระบวนการคิดให้กับนักศึกษาอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

4. วิทยาลัยฯ ควรมีการจัดการความรู้เรื่องทักษะการคิด เวทีแข่งขันการคิดเก่งคิดดีของนักศึกษาแต่ละชั้นปี เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาทางการพยาบาล รวมถึงการตักตวงความรู้เข้มข้นภายหลังเสร็จสิ้นการเรียนในแต่ละปีการศึกษาแก่นักศึกษาพยาบาล

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยผลการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมกระบวนการคิดเชิงวิเคราะห์ที่ส่งเสริมทักษะทางปัญญาของนักศึกษา

#### เอกสารอ้างอิง

- Charoenwongsak, K. (2013). *Creative thinking*. (9<sup>th</sup> ed.) Bangkok: Success Media.
- Choojai, R., et al. (2019). *Quality of nursing graduates of Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi towards perception of superior, academic Year 2017*. Prabpromrajchanok Institute, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health.
- Jamnian, M., et al. (2012). *The satisfaction of the superiors towards the quality among nursing graduates in Bachelor of Nursing Science Program in academic year, 2011*, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi under the jurisdiction of Prabommarajchanok Institute, Ministry of Public Health.
- Kaewsan, P., et al. (2016). Distance learning and Thailand Qualifications Framework in nursing education, *Journal of the Association of Researchers*, 21(2), 123-134.
- Ministry of Education, Office of the National Higher Education Commission. (2009). Thailand Qualifications Framework, Bachelor in Nursing Science, 2009. Royal Thai Government Gazette, page 43, volume 127. Retrieved from <http://www.mua.go.th/uses/tqf-hed/news/pdf>
- Praboromarajchanok Insititute, Ministry of Public Health. (2012). *Bachelor of Nursing Science (Curriculum Revision 2012)*. Praboromarajchanok Insititute, Ministry of Public Health.
- Rujakornkam, D., et al. (2010). *Curriculum development guidelines in accordance with Thailand Qualifications Framework, Bachelor of Nursing Science Program*. Mahasarakham: Apichat Publishing.
- Tubtimsri, V., et al. (2019). The desired characteristic of graduates for Thailand Qualifications Framework and identities of the graduates in Bachelor of Nursing Science Program from Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, as perceived by their supervisors. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 35(1), 253-263.
- Thumsoue, S., et al. (2013). The evaluation of graduate quality according to Thailand Qualifications Framework for Higher Education in academic year 2010-2011 at Boromarajonani College of Nursing, Saraburi. *Journal of Health Science Research*, 7(2):10-17.



## การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง : กรณีศึกษา 2 ราย

### Nursing Care for Patients with End-Stage Renal Disease (ESRD) and Peritonitis : A Comparison of 2 Case Studies

ศศิธร สุรทนต์นนท์

Sasithorn Suratannon

Corresponding Author: Email: ssuratannon@gmail.com

(Received: February 10, 2021; Revised: March 23, 2021; Accepted: April 27, 2021)

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง 2 ราย ที่รักษาในโรงพยาบาลหัวหิน เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยใน และแบบบันทึกข้อมูล ประเด็นการเปรียบเทียบ ได้แก่ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ การพยาบาล และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยรายที่ 1 แกรับมีหายใจเหนื่อย ไข้สูง ท้องบวมตึง ได้รับการวินิจฉัยแรกรับ ESRD with Infected CAPD with Sepsis พักรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 50 วัน แพทย์จำเป็นต้องเปลี่ยนการรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เนื่องจากไม่สามารถทำ CAPD ได้จากการมีพังผืดในช่องท้องจำนวนมาก เมื่อจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยยังต้องมารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยรายที่ 2 แกรับมีอาการไข้ น้ำยาล้างไตทางหน้าท้องขุ่น ได้รับการวินิจฉัยว่า ESRD with Infected CAPD รักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่องร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะ เมื่อจำหน่ายยังรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น พยาบาลควรเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการล้างไตทางหน้าท้องอย่างถูกต้อง ควบคู่กับการประเมินภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้องที่เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถประเมินความผิดปกติและมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที

**คำสำคัญ:** โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, การล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, การติดเชื้อเยื่อในช่องท้อง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลหัวหิน

Registered Nurse (Professional Level), Special Investigation Department, Hua Hin Hospital

## Abstract

The purpose of this study was to compare nursing care for 2 End-Stage Renal Disease (ESRD) patients with peritonitis at Hua Hin hospital. The research instrument were patient medical records and data record form. The comparison issues were health pattern, pathology, nursing care, and health risk factors. The study findings revealed as follows:

The first patient, when admitted, the symptoms were dyspnea, high fever, and abdominal tenderness. First diagnosis was ESRD with Infected CAPD with Sepsis, and stayed in hospital for 50 days. The physician needed to replace treatment from CAPD to be hemodialysis due to the presence of large amounts of abdominal fibrosis. After hospital discharge, the patient was continually treated with hemodialysis.

The second patient, when admitted, the symptoms were fever and turbid abdominal dialysis fluid. First diagnosis was ESRD with Infected CAPD. The physician treated with CAPD along with antibiotics. After hospital discharge, the patient was continually treated with CAPD.

Therefore, nurses should emphasize on knowledge about correct abdominal dialysis techniques, along with assessment of peritonitis as a major complication to foster the abilities of patients and their relatives to assess the symptoms and seek treatment promptly.

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

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease : CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับต้นๆของประเทศ นอกจากจะก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลแก่ประชาชนแล้ว และมีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคต ในประเทศไทย พ.ศ.2561 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 8,000,000 คน เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มากกว่า 100,000 คน (พิทักษ์พงศ์ พายุหะ, บุชบา บัวผัน, เสฐียรพงษ์ ศิวินา, 2562) การบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy : RRT) ด้วยการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจึงมีความจำเป็นต้องเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาสำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วในทวีปยุโรป สหรัฐอเมริกา รวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากสามารถคุกคามคุณภาพชีวิตของประชากรจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในช่องท้อง การติดเชื้อในกระแสเลือด รวมทั้งภาวะอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ราณี อรรถนพานุรักษ์และ อนัญญา มานิตย์, 2558) โดยค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 200,000 บาท/ คน จากข้อมูลปี 2556 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 27,210 ราย เป็นผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้องมากที่สุดจำนวน 14,318 ราย ล้างไตด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 11,964 ราย และคาดว่าในปี 2560 จะต้องใช้งบประมาณในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากกว่า 17,000 ล้านบาท และมีแนวโน้มว่าปี 2562 จะมีจำนวนผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่องเพิ่มขึ้น 25,340 ราย ใช้งบประมาณ 4,114,729,300 บาท (พิทักษ์พงศ์ พายุหะ, บุชบา บัวผัน, เสฐียรพงษ์ ศิวินา, 2562)



โรคไตวายเรื้อรังเป็นผลจากการสูญเสียหน้าที่ของหน่วยไต ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มขึ้นและแสดงอาการเมื่อไตมีการสูญเสียการทำงานมากกว่าร้อยละ 90 สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังมากที่สุด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไตอักเสบ กรวยไตอักเสบเรื้อรังและสาเหตุอื่นๆ เช่น นิ่วในไต อุณหภูมิในไตที่เกิดจากพันธุกรรม (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันถ่วงทีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัจจุบันแบ่งเป็น 3 วิธี ได้แก่ การปลูกถ่ายไต การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เองที่บ้าน แต่หากขาดความรู้ ความเข้าใจอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น การติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องที่พบบ่อยและอาจนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดและเสียชีวิตได้ การพยาบาลและการให้ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยควบคู่กันจึงมีส่วนสำคัญในการลดอัตราความพิการ เสียชีวิต รวมทั้งความสูญเสียด้านเศรษฐกิจได้

โรงพยาบาลหัวหินในปีงบประมาณ 2561-2563 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้วิธีการรักษาล้างไตทางหน้าท้อง จำนวน 1,942 , 1,831 , 1,718 ราย และพบภาวะการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องจำนวน 93, 108, 93 ราย ตามลำดับ (งานสถิติและเวชระเบียนโรงพยาบาลหัวหิน, 2561-2563) แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่องมีความสำคัญมากในการรักษาผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตัวเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อในเยื่อช่องท้องจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องจนนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและส่งผลให้ต้องพักรักษาตัวเป็นเวลานานขึ้น การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงหลักการ ตลอดจนขั้นตอนและวิธีการของการรักษานั้น เทคนิคการปลอดเชื้อเพื่อโอกาสเกิดลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย จากที่กล่าวข้างต้นจึงศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง : กรณีศึกษา เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องตั้งแต่กระบวนการดูแลรักษาภายในโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง
2. เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง

#### วิธีดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนต้องใช้ความรู้ความเข้าใจในดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ดำเนินการขออนุญาตผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ รวมทั้งการปกป้องข้อมูลและสิทธิการถอนตัวจากการศึกษาก่อนการลงนาม

3. รวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนทางสุขภาพของกอร์ดอน สอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว และค้นคว้าจากตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. เรียบเรียงผลงานจากกรณีศึกษา โดยวิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขประเด็นที่ไม่ครอบคลุม เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แล้วนำเสนอเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนเผยแพร่

## ผลการศึกษา

### 1. การประเมินภาวะสุขภาพ

#### 1.1 ผู้ป่วยรายที่ 1

##### 1.1.1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 70 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 2 มกราคม 2562 ได้รับการวินิจฉัยแรกรับ ESRD with Infected CAPD with Hypokalemia with Anemia มีโรคประจำตัวเป็น DM, HT

**อาการสำคัญ:** มีหายใจเหนื่อย ใช้สูง เป็น 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน:** 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ใช้สูง 4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ตัวและท้องบวมตึง น้ำล้างไตขุ่น ปัสสาวะออกน้อย ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:** ปฏิเสธแพ้ยา อาหารทะเล หรือสารเคมีใดๆ มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 10 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรักษาที่โรงพยาบาลห้วยหินด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร 6 ปี ปฏิเสธการดื่มสุราและการสูบบุหรี่

**ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว:** สมาชิกครอบครัวปฏิเสธการเจ็บป่วยรุนแรงและโรคประจำตัว

##### 1.2 ข้อมูลการประเมินสภาพ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อในช่องท้อง อาการแรกรับมีอาการไข้สูง ปวดท้องมาก ตัวบวม ท้องบวมตึง น้ำล้างไตขุ่น ปัสสาวะออกน้อย แรกรับมีหายใจเหนื่อย หอบ นอนราบไม่ได้ มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 168/79 มิลลิเมตรปรอท ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ( $O_2$  Sat) 97% ปวดท้องมาก pain score 8-10 คะแนน แพทย์วินิจฉัย Sepsis จาก Infected CAPD

**การประเมินภาวะสุขภาพ** ตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน สรุปได้ดังนี้

- **ด้านการรับรู้** ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ สติปัญญาและการรับรู้ และการรับรู้ตนเองและอัตลักษณ์

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดน้อย ความจำปกติ รับทราบเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสทุกส่วนปกติ ผิวหนังแห้งบอบบางมีรอยขีดเป็นจ้ำเลือดพบมากบริเวณแขนทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการล้างไต และกลัวเป็นภาระครอบครัว

- **ด้านกิจวัตรประจำวัน** ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย อาหารและการเผาผลาญอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ และการขับถ่าย

ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง เดินได้เองภายในห้องส่วนตัว โดยอาศัยเครื่องช่วยพยุง ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายเนื่องจากเหนื่อยง่าย และปวดขาทั้ง 2 ข้าง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มจากเดิม 9 กิโลกรัม โดยชอบรับประทานอาหารรสเค็ม และรสหวาน ตื่นน้ำวันละ 8-10 แก้วต่อวัน มีปัญหาปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง ปริมาณน้อย สีเหลืองเข้ม และต้องได้รับประทานยาระบายทุกวัน เรื่องเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ และการพักผ่อนนอนหลับปกติ

- **ด้านความเชื่อและการปรับตัว** แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทและสัมพันธภาพภายในครอบครัว การปรับตัวและการเผชิญหน้ากับความเครียด และคุณค่าและความเชื่อ



ผู้ป่วยเป็นสมาชิกครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดีแต่ไม่ค่อยมีเวลาเนื่องจากต้องทำงานหารายได้ ผู้ป่วยมีความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับการปรับจากการล้างไตทางหน้าท้องเป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อเจ็บป่วยญาติมักซื้อยาให้รับประทานเองก่อน หากอาการไม่ดีขึ้นจึงไปพบแพทย์ ผู้ป่วยมีความเชื่อในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันแต่ใช้สมุนไพรและอาหารเสริมควบคู่กับรักษาด้วย

### ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง (CBC) ปัญหาที่พบ 1) มีความเข้มข้นของเลือดต่ำ (Hematocrit) 29.8% และฮีโมโกลบินในเลือดต่ำ (Hemoglobin) เท่ากับ 9 g/dL 2) เม็ดเลือดขาวในเลือดสูง เม็ดเลือดขาว (White Blood Cell)  $11,290 \text{ cell/mm}^3$  เม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil 97% เม็ดเลือดขาวชนิด Lymphocyte 3% จำนวนเกล็ดเลือดต่ำ (Platelet)  $120,000 \text{ cell/mm}^3$
2. การส่งน้ำล้างไตตรวจพบเม็ดเลือดขาว (White Blood Cell)  $64 \text{ cell/mm}^3$  ผลการเพาะเชื้อปกติ
3. การทำงานของไตผิดปกติมีปริมาณยูเรีย (Blood Urea Nitrogen) 49 mg/dl และครีตินิน (Creatinine) 6.03 mg/dl ค่าโปรตีนต่ำ (Albumin) 3.1 g/dL
4. การตรวจอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) มีโพแทสเซียมต่ำเล็กน้อย โพแทสเซียม 3.1 mEq/L ส่วนโซเดียม 138 mEq/L คลอไรด์ 105 mEq/L และคาร์บอนไดออกไซด์ 29 mEq/L
5. การตรวจปัสสาวะ พบ เม็ดเลือดแดง (RBC) 2-3 (cell/HPF) และเซลล์เยื่อบุชนิด Squamous epithelium 10-20 (cell/HPF)
6. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) อยู่ระหว่าง 263-315 mg%

## 1.2 ผู้ป่วยรายที่ 2

### 2.1.1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 56 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 2 มกราคม 2563 ได้รับการวินิจฉัย ESRD with Infected CAPD with Hypomagnesia

**อาการสำคัญ:** มีไข้ น้ำยาล้างไตทางหน้าท้องขุ่น เป็น 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน:** 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ น้ำยาล้างไตทางหน้าท้องขุ่น 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เคยมีไข้ น้ำยาล้างไตทางหน้าท้องขุ่นตรวจพบเชื้อ Escherichia coli รักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะในน้ำยาล้างไตทางหน้าท้องแต่ยังไม่ครบ สังเกตเห็นน้ำยาล้างไตขุ่นและมีไข้ จึงมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:** ปฏิเสธแพ้ยา อาหารทะเล หรือสารเคมีใดๆ เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายรักษาที่โรงพยาบาลหัวหินด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร

**ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว:** สมาชิกครอบครัวปฏิเสธการเจ็บป่วยรุนแรงและโรคประจำตัว

### 1.2 ข้อมูลการประเมินสภาพ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อในช่องท้อง อาการเกร็ง มีไข้ต่ำๆ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 144/76 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัย Infected CAPD

**การประเมินภาวะสุขภาพ** ตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน สรุปได้ดังนี้

- **ด้านการรับรู้** ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ สติปัญญาและการรับรู้ และการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ผู้ป่วยรับทราบเข้าใจการเจ็บป่วย วิธีการล้างไตทางหน้าท้อง การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง รวมทั้งมีความคาดหวังและร่วมมือในการรักษาเพื่อให้อาการของโรคทุเลา ไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากคิดว่าสามารถดูแลตนเองได้

- **ด้านกิจวัตรประจำวัน** ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย อาหารและการเผาผลาญอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ และการขับถ่าย

ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มรอาชีพร ไม่สามารถทำงานหนักได้เนื่องจากต้องล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักคงที่ ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม รสหวาน มีปัญหาปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง ปริมาณน้อย สีเหลืองเข้ม ไม่มีปัญหาเพศสัมพันธ์และการนอนหลับปกติ

- **ด้านความเชื่อและการปรับตัว** แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทและสัมพันธภาพภายในครอบครัว การปรับตัวและการเผชิญหน้ากับความเครียด และคุณค่าและความเชื่อ

ผู้ป่วยไม่มีความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากปรับตัวล้างไตทางหน้าท้องได้เอง โดยญาติให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ผู้ป่วยมีความเชื่อในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียวไม่ใช้การรักษาด้วยสมุนไพรหรือวิธีอื่นๆ

#### ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง (CBC) ปัญหาที่พบ 1) ความเข้มข้นของเลือดปกติ (Hematocrit) 36.8% 2) เม็ดเลือดขาวในเลือดสูง (White Blood Cell)  $11,520 \text{ cell/mm}^3$  เม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil 89% เม็ดเลือดขาวชนิด Lymphocyte 11% จำนวนเกล็ดเลือด (Platelet) เท่ากับ  $165,000 \text{ cell/mm}^3$

2. การส่งน้ำล้างไตตรวจพบเม็ดเลือดขาว (White Blood Cell)  $170 \text{ cell/mm}^3$  ผลการเพาะเชื้อปกติ

3. การทำงานของไตผิดปกติมีปริมาณยูเรีย (Blood Urea Nitrogen) 13 mg/dl และครีตินิน (Creatinine) 3.43 mg/dl ค่าโปรตีนต่ำ (Albumin) 3.4 g/dL

4. การตรวจอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) มีโพแทสเซียมต่ำเล็กน้อย โพแทสเซียม 3.0 mEq/L ส่วนโซเดียม 136 mEq/L คลอไรด์ 108 mEq/L และคาร์บอนไดออกไซด์ 27 mEq/L

5. การตรวจปัสสาวะ พบ เม็ดเลือดขาว (WBC) 0-1 (cell/HPF)

6. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) อยู่ระหว่าง 108-137 mg%

การเปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ในประเด็นแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ การพยาบาล และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

**ตาราง 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและมีภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง**

| กรณีศึกษารายที่ 1                                                                                           | กรณีศึกษารายที่ 2                                                                                                                   | การวิเคราะห์                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. แบบแผนสุขภาพ<br>ผู้ป่วยหญิงอายุ 70 ปี มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูงมา 10 ปี รับประทานยา | 1. แบบแผนสุขภาพ<br>ผู้ป่วยหญิงอายุ 56 ปี มีโรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูงมา 8 ปี และไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรักษาด้วยการล้างไตทางช่อง | - ผู้ป่วยรายที่ 1 มีแบบแผนสุขภาพที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นผลเสียต่อการดำเนินโรค ได้แก่ การล้างไตทางหน้าท้องที่ไม่ถูกวิธีร่วมกับไม่ |



| กรณีศึกษาที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | กรณีศึกษาที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | การวิเคราะห์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ไม่ต่อเนื่อง และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร (CAPD) 6 ปี ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเองเนื่องจากบุตรต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ชอบรับประทานอาหารรสเค็มและหวาน ไม่จำกัดการดื่มน้ำ และรับประทานสมุนไพรและอาหารเสริมสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยญาติมักซื้อยาให้รับประทานเอง ก่อน หากอาการไม่ดีขึ้นจึงไปพบแพทย์                                                                              | ท้องแบบถาวร (CAPD) 1 ปี ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถช่วยเหลือตนเองและล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเองโดยมีญาติคอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวก และดูแลในการไปตรวจรับยา ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม จำกัดการดื่มน้ำ และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง                                                              | สามารถประเมินอาการผิดปกติได้ ส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ การมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ไม่ควบคุมอาหาร น้ำ และสมุนไพรส่งผลให้เกิดภาวะน้ำเกิน<br>- ผู้ป่วยรายที่ 2 สามารถล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง แต่สามารถสังเกตอาการผิดปกติได้จึงไม่เกิดอาการรุนแรงเหมือนรายที่ 1 ด้านพฤติกรรมบริโภคพบว่า บริโภคอาหารรสเค็ม แต่จำกัดน้ำ จึงไม่มีอาการบวมและภาวะน้ำเกิน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2. พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง มาด้วยอาการสำคัญ มีหายใจเหนื่อย ไข้สูง บวมตามร่างกาย เป็น 4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล<br>แรกเริ่ม มีภาวะหายใจเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ ตัวและท้องบวมตึง มีไข้ อุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 168/79 มิลลิเมตรปรอท ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O <sub>2</sub> Sat) 95% ปวดท้องมาก pain score 8-10 คะแนน น้ำล้างไตขุ่น และปัสสาวะสีเข้มออกน้อย แพทย์วินิจฉัย Sepsis จาก Infected CAPD | 2. พยาธิสภาพของและอาการแสดง มาด้วยอาการสำคัญ มีไข้ น้ำยาล้างไตทางหน้าท้องขุ่น เป็น 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล<br>แรกเริ่ม มีไข้ เวียนศีรษะ ไม่บวม ไม่ปวดท้อง น้ำยาล้างไตทางหน้าท้องขุ่น มีไข้ต่ำๆ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 144/76 มิลลิเมตรปรอท และปัสสาวะออกน้อย แพทย์วินิจฉัย Infected CAPD | 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดการติดเชื้อเนื่องจากการสอดใส่ท่อล้างไตเข้าในช่องท้อง โดยในผู้ป่วยกรณีศึกษา<br>ผู้ป่วยรายที่ 1 มาด้วยหายใจเหนื่อย ไข้สูง ปวดท้องมาก น้ำล้างไตขุ่นที่เป็นอาการนำของการติดเชื้อในช่องท้อง เป็นระยะเวลานาน 4 วัน ทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น โดยรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองน้อย มีเทคนิคในการล้างไต ทางหน้าที่ไม่ถูกต้องและมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงจนเกิดเป็นพังพืดจำนวนมากใน ช่องท้องตามมา (Sakaci et al, 2015; Suanpoot, 2014) จึงไม่สามารถล้างไตทางหน้าท้องต่อไปได้ ต้องปรับเปลี่ยนฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ตามมา<br>ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะ ติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง มือไข้ต่ำๆ น้ำล้างไตขุ่น เป็นเวลา 1 วัน ซึ่งผู้ป่วยสามารถประเมินอาการผิดปกติของตนเองได้จึงมาขอรับการรักษาได้ทันท่วงทีส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและไม่เกิดพังพืดในช่องท้อง |

| กรณีศึกษารายที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | กรณีศึกษารายที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | การวิเคราะห์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>3. การรักษาภาวะติดเชื้อ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortum 1 gm. สลับ กับ Cefazoline 1 gm. ใน PDF 1.5% 2000 cc. 5 ครั้ง/วัน</li> <li>- PDF 4.25% 2000 cc. 1 ครั้ง สลับกับ PDF 1.5% 2000 cc. x 2 ครั้ง</li> <li>- Heparin 1000 unit ในน้ำล้างไตในรอบ x 3 วัน</li> </ul> <p><b>การรักษาอื่นๆ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fresh frozen plasma 2 unit</li> <li>- LPRC 1 unit IV drip 2 ครั้ง</li> <li>- Tramal 50 mg. IV ทุก 8 ชั่วโมง</li> <li>- Regular insulin sc</li> </ul> <p><b>ยาขับปัสสาวะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tramal 1 capsule ทุก 8 ชั่วโมง</li> </ul>                                                                                                                                             | <p><b>3. การรักษาภาวะติดเชื้อ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sulperazole 1 gm. IV ทุก 12 ชั่วโมง</li> <li>- Meropenam 1 gm. IV ทุก 12 ชั่วโมง</li> <li>- Vancomycin 150 mg. และ lavage 4 ครั้ง x 5 วัน</li> </ul> <p><b>การรักษาอื่นๆ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50% MgSO<sub>4</sub> 4 cc ใน 5% D/W 100 cc IV in 6 ชั่วโมง</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>- แนวทางการรักษาภาวะติดเชื้อในเยื่อหุ้มช่องท้องของแพทย์มีหลัก คือ ลดภาวะการติดเชื้อเพื่อป้องกันการเกิดพังพืดในช่องท้องที่จะส่งผลให้ต้องปรับวิธีการรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ด้วยการนำ Discharge (น้ำล้างไต) ส่งตรวจ ดูแลให้ยา Antibiotic และติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ใช้หลักการรักษาเดียวกัน แต่มีความแตกต่างตามอาการแสดงอื่นๆ โดยรายที่ 1 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะช็อค และอาการปวดท้อง ส่วนรายที่ 2 ไม่มีปวดท้อง และภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ</p>                                                                                        |
| <p><b>4. การพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่</b></p> <p><b>4.1 ระยะแรกเริ่ม</b></p> <p>1) ป้องกันภาวะช็อกจากการมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการภาวะช็อก (sos score) ทุก 2 ชั่วโมง ดูแล เช็ดตัวลดไข้และประเมินภาวะไข้ต่ำ ดูแลให้ยาลดไข้เมื่อจำเป็น ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ บันทึกสารน้ำเข้าออก</p> <p>2) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากภาวะการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มช่องท้อง</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการปวดท้อง ดูแลจัดท่านอนปรับศีรษะสูง ท้องหย่อน ตรวจสอบน้ำยาล้างไตให้มีอุณหภูมิเท่ากับร่างกาย ดูแลให้ยาแก้ปวด หาก pain score &gt; 4 คะแนน และประเมินอาการปวดซ้ำ</p> <p>3) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากมีภาวะน้ำเกินและช็อค</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพ และระดับ O<sub>2</sub> Sat ทุก 4</p> | <p><b>4. การพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม</b></p> <p>1) มีไข้จากมีภาวะติดเชื้อในเยื่อหุ้มช่องท้องเนื่องจากการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินภาวะไข้ด้วยการวัดอุณหภูมิ ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลเช็ดตัวลดไข้และประเมินภาวะไข้ต่ำ ดูแลให้ยาลดไข้เมื่อจำเป็น ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ของแพทย์ ติดตามอาการผิปกติและภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2) มีอาการวิตกกังวลจากการเจ็บปวดการพยาบาล ได้แก่ ประเมินความวิตกกังวล การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค และความพร้อมในการรับรู้ข้อมูล สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ช่วยเหลือติดต่อประสานงานกับแพทย์ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเป็นระยะๆ</p> | <p>- กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะติดเชื้อของเยื่อหุ้มช่องท้องเช่นเดียวกัน แต่มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกัน เนื่องจากอาการ ภาวะแทรกซ้อน และบริบทของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกัน</p> <p><b>ระยะแรกเริ่ม</b> ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ถือเป็นภาวะวิกฤต การพยาบาลระยะแรกเริ่มจึงเน้นป้องกันภาวะช็อกร่วมกับป้องกันภาวะพร่อง O<sub>2</sub> ส่วนในรายที่ 2 ผู้ป่วยมีไข้จากมีภาวะติดเชื้อในเยื่อหุ้มช่องท้อง ซึ่งยังไม่อยู่ในภาวะวิกฤตการพยาบาลระยะแรกเริ่ม จึงเน้นเกี่ยวกับการจัดการภาวะไข้ ลดภาวะติดเชื้อในช่องท้อง และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย</p> |



| กรณีศึกษาครั้งที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | กรณีศึกษาครั้งที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | การวิเคราะห์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ชั่วคราว ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง ดูแลให้ O<sub>2</sub> Cannula 3 ลิตร/นาที สังเกตอาการภาวะพร่อง O<sub>2</sub></p> <p><b>3.2 ระยะการดูแลต่อเนื่อง</b></p> <p>1) เกิดภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายจากอัตราการกรองของไตลดลง</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ดูแลให้สารน้ำรับประทานอาหารตามแผนการรักษา บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออก ชั่งน้ำหนักเพื่อประเมินภาวะน้ำเกินสังเกตอาการ ภาวะ Hypokalemia ติดตามผลตรวจ electrolyte ตามแผนการรักษา</p> <p>2) มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายจากไตสูญเสียหน้าที่</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท และติดตามผลตรวจ BUN, Cr และดูผลการทำ HD</p> <p>3) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และแนะนำการรับประทาน</p> <p>4) เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากมีภาวะ Hypokalemia</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการของภาวะโพแทสเซียมต่ำ ติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาโพแทสเซียมตามแผนการรักษา ติดตามผล Potassium</p> <p>5) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ดูแลให้ LPRC 1 unit IVx 2 U ติดตาม</p> | <p><b>3.2 ระยะการดูแลต่อเนื่อง</b></p> <p>1) เกิดภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายอัตราการกรองของไตลดลง</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ดูแลให้สารน้ำรับประทานอาหารตามแผนการรักษา บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออก ชั่งน้ำหนักสังเกตอาการ ภาวะ Hypokalemia ติดตามผลตรวจ electrolyte ตามแผนการรักษา</p> <p>2) มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท และติดตามผลตรวจ BUN, Cr และดูผลการทำ CAPD</p> <p>3) เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากมีภาวะ Hypokalemia</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการของภาวะโพแทสเซียมต่ำ ติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาโพแทสเซียมตามแผนการรักษา ติดตามผล Potassium</p> <p>4) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากระดับแมกนีเซียมในเลือดต่ำ</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการของภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาแมกนีเซียมตามแผนการรักษา ติดตามผล serum magnesium</p> <p>5) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการของภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาแมกนีเซียมตามแผนการรักษา ติดตามผล serum calcium</p> | <p><b>3.2 ระยะการดูแลต่อเนื่อง</b> ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยในปัญหาที่มีความฉุกเฉินน้อยกว่าระยะแรก แต่ต้องได้รับการติดตามดูแลเพื่อให้การดำเนินโรคดีขึ้น</p> <p>- ผู้ป่วยรายที่ 1 และรายที่ 2 มีปัญหาที่ใกล้เคียงกันในเรื่องภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ภาวะของเสียคั่งในร่างกายเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิด เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรังเมื่อเกิดไตสูญเสียหน้าที่จึงเกิดการคั่งของของเสียในร่างกายและส่งผลให้เกิดการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพมากกว่า เช่น อายุ โรคประจำตัว และพฤติกรรมการดูแลตนเอง จึงมีอาการผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น ภาวะซีด ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และเกล็ดเลือดต่ำ และเนื่องจากการติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมองจนเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีพังผืดในช่องท้องมาก ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการทำหัตถการ CAPD</p> <p>จึงต้องเปลี่ยนเป็นวิธีฟอกเลือดจากเครื่องไตเทียม ซึ่งมีความซับซ้อนในการดูแลและการเฝ้าระวังมากกว่า ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 สามารถประเมินอาการผิดปกติและมารับการรักษาเร็ว จึงมีการติดเชื้อในเยื่อหุ้มช่องท้องระยะสั้น เมื่อได้รับการรักษาที่เหมาะสมอาการจึงดีขึ้นสามารถล้างไตทางหน้าท้องได้ต่อไป</p> |

| กรณีศึกษารายที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | กรณีศึกษารายที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                               | การวิเคราะห์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินภาวะแทรกซ้อน และติดตามผล Hct, Hemoglobin</p> <p>6) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการของภาวะแคลเซียมต่ำ ติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาแคลเซียมตามแผนการรักษา ติดตามผล serum calcium</p> <p>7) เสี่ยงต่อเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการเลือดออกผิดปกติ ติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วย Best Rest และติดตามผลตรวจ CBC และ Platelet</p> <p>8) มีอาการวิตกกังวลปรับเปลี่ยนแบบแผนการรักษาซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินความวิตกกังวล การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาการดูแลตนเอง และช่วยเหลือติดตามประสานงานกับแพทย์ในการให้ข้อมูล</p> | <p>6) มีอาการวิตกกังวลปรับเปลี่ยนแบบแผนการรักษาซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินความวิตกกังวล การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาการดูแลตนเอง และช่วยเหลือติดตามประสานงานกับแพทย์ในการให้ข้อมูล</p>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>3.3 ระยะเวลา</b></p> <p>1) ต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวที่บ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินการรับรู้ ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่ออยู่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้ที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามหลัก D-M-E-T-H-O-D</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p><b>3.3 ระยะเวลา</b></p> <p>1) ต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวที่บ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ ประเมินการรับรู้ ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่ออยู่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการทำ CAPD ร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามหลัก D-M-E-T-H-O-D</p> | <p><b>3.3 ระยะเวลา</b> เป็นการดูแล</p> <p>ระยะจำหน่ายเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จึงแตกต่างกัน คือ กรณีศึกษารายที่ 1 เน้นการประเมินความรู้และเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่ออยู่บ้าน รวมทั้งความรู้เรื่องการปฏิบัติตนสำหรับผู้รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนรายที่ 2 เน้นความรู้ความเข้าใจในการทำ CAPD และการสังเกตอาการผิดปกติ</p> |



| กรณีศึกษารายที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | กรณีศึกษารายที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | การวิเคราะห์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>4. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</b></p> <p>ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่พบในกรณีศึกษา รายที่ 1 ที่ส่งผลต่อการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องและนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) อายุ ผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุ 70 ปี</li> <li>2) โรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตรักษาด้วยการล้างไต ทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง 6 ปี</li> <li>3) ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ เท่ากับ 3.1 g/dL</li> <li>4) ระดับฮีโมโกลินในเลือดต่ำ เท่ากับ 9 g/dL</li> <li>5) การดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีความสามารถในการดูแลตนเองน้อย</li> </ol> | <p><b>4. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</b></p> <p>ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่พบกรณีศึกษา รายที่ 2 ที่ส่งผลต่อการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) โรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลหัวใจ 8 ปี และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง 1 ปี</li> <li>2) ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ เท่ากับ 3.4 g/dL</li> <li>3) ระดับฮีโมโกลินในเลือดต่ำ เท่ากับ 12 g/dL</li> <li>4) การดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยเป็นผู้ใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองพอสมควร</li> </ol> | <p>เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบความแตกต่าง ได้แก่ อายุ ซึ่งรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ ที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย และการดูแลตนเอง ส่วนรายที่ 2 เป็นวัยผู้ใหญ่มีความสามารถดูแลตนเอง ด้านโรคประจำตัว รายที่ 1 เป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนรายที่ 2 เป็นความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว ด้านการดูแลตนเอง พบว่า รายที่ 1 มีความสามารถดูแลตนเองน้อย ส่วนรายที่ 2 สามารถดูแลตนเองได้ดี โดย อายุ โรคประจำตัว ระดับอัลบูมินต่ำ และความสามารถดูแลตนเองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องของผู้ป่วย ESRD (Sakaci et al, 2015; Suanpoot, 2014)</p> |

## ผลลัพธ์

ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยว่า Sepsis จาก Infected CAPD ปัญหาสำคัญที่พบ ได้แก่ ใช้สูงจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หายใจเหนื่อยหอบ บวมตามร่างกาย ภาวะช็อค มีไข้เลือดตามตัว และปวดท้องมาก การพยาบาลที่สำคัญ คือ การป้องกันภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลการให้ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด การป้องกันภาวะเลือดออกผิดปกติ และลดอาการปวดท้อง เนื่องจากผู้ป่วยมีการติดเชื้ออย่างรุนแรงส่งผลให้เป็นพังผืดในช่องท้องที่เป็นข้อจำกัดในการทำ CAPD หลังจากจำหน่ายแพทย์ปรับแผนการรักษาให้ผู้ป่วยล้างไตด้วยวิธี Hemodialysis สิ่งสำคัญ คือ การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการวินิจฉัย Infected CAPD พบปัญหาสำคัญ มีไข้ น้ำยาล้างไตทางหน้าท้องขุ่น ไม่ปวดท้อง และไม่ภาวะสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ การพยาบาลที่สำคัญ คือ การลดภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ดูแลการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ดูแลภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ สิ่งสำคัญ คือ การให้ความรู้ความเข้าใจในการทำ CAPD และการสังเกตอาการผิดปกติ เมื่อจำหน่ายกลับบ้านแพทย์รักษาด้วยการทำ CAPD ต่อไป

## อภิปรายและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (Peritonitis) จากการทำ CAPD ซึ่งในรายที่ 1 มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องเป็นเวลานานร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพทั้งด้านอายุ โรคประจำตัว และสามารถดูแลตนเองได้ดี โดยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมทางร่างกาย มีโรคประจำตัวหลายโรค

ได้แก่ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง และความสามารถในการดูแลตนเองลดลงทำให้เกิดการติดเชื้อในช่องท้องได้ง่าย (Sakaci et al, 2015; Suanpoot, 2014) ส่วนรายที่ 2 มีการติดเชื้อที่ช่องท้องเช่นกันแต่มีอาการรุนแรงน้อยกว่า เนื่องจากสามารถสังเกตอาการผิดปกติและมารับการรักษาได้อย่างทันเวลาที่อาการของโรคยังไม่รุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า ซึ่งภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้องเป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยของหน่วยล้างไตทางหน้าท้องทั่วประเทศ (Liu, Gao, Inglese, Chuengsaman, Pecoits, Yu, 2015; Changsirikulchai, Sriprach, Thokanit, Janma, Chuengsaman, Sirivongs, 2018) ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ถึงจะส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับพังผืดในช่องท้องที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)

ดังนั้นการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อจึงเป็นเป้าหมายลำดับแรกของการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งต้องอาศัยองค์ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ ความละเอียดรอบคอบในการติดตามอาการผู้ป่วย นอกจากนี้การให้ความรู้การฝึกทักษะล้างไตทางหน้าท้อง การสังเกตอาการผิดปกติแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านจึงมีความสำคัญในการประเมินอาการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ลดโอกาสเกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## Reference

- Annapanurak, R., Manit, A. (2558). Development of nursing service system among Chronic kidney disease patients receiving continuouse ambulatory peritoneal dialysis by using case management concept at King Narai hospital Lop Buri. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 26(1):133-148. (In Thai)
- Changsirikulchai, S., Sriprach, S., Thokanit, NS., Janma, J., Chuengsaman, P., Sirivongs, D. (2018). Survival analysis and associated factors in Thai patients on peritoneal dialysis under the pd-First policy. *Perit Dial Int*, 38(3), 172–8.
- Liu FX, Gao X, Inglese G, Chuengsaman P, Pecoits-Filho R, Yu A. (2015). A global overview of the impact of peritoneal dialysis first or favored policies: An opinion. *Perit Dial Int*. 35(4), 406–20.
- Payuha, P., Buaphan, B., Siwina, S. (2019). A model development of self-care on chronic kidney disease patients in community Roi-Et Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 9(2), 179-189. (In Thai)
- Sakaci T, Ahbap E, Koc Y, Basturk T, Ucar ZA, Sinangil A, et al. (2015). Clinical outcomes and mortality in elderly peritoneal dialysis patients. *Clinics*, 70, 363-368.
- Suanpoot W. (2014). Factors Associated with Infection in Patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis, Song District, Phrae Province, Thailand. *J Health Sci*, 23, 284-289.
- The nephrology Society of Thailand .(2015). *Recommendations for hemodialysis in 2014*. Bangkok. Available from <http://www.nephrothai.org/index.asp>.



การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ :  
บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน  
Home environmental management for health among older adults:  
Role of community health nursing

นงนุช วงศ์สว่าง\*<sup>1</sup>

Nongnuch Wongsawang

กิริติ กิจธีระวุฒินงษ์<sup>2</sup>

Keerati Kitreerawutiwong

ธนะวัฒน์ รวมสุข<sup>3</sup>

Tanawat Ruamsook

Corresponding Author: Email: nongnuch\_bcnr@yahoo.com

(Received: November 17, 2020; Revised: December 6, 2020; Accepted: April 28, 2021)

### บทคัดย่อ

สิ่งแวดล้อมในบ้านเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจส่งผลให้ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมของวัยสูงอายุแตกต่างจากคนกลุ่มวัยอื่น การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุเป็นการดำเนินการดูแล ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในและรอบบริเวณบ้านให้อำนวยความสะดวกต่อการสร้างเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ แนวคิดสำคัญที่นำมาใช้ในการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน ได้แก่ แนวคิดบ้านที่ถูกต้องลักษณะ (Healthy home) แนวคิดความเหมาะสมระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit) และแนวคิดการบูรณาการสถานที่ (Place Integration) กระบวนการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุตามบทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพ การวางแผนแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพ การดำเนินการแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพ และการประเมินผลการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพ

### คำสำคัญ: สิ่งแวดล้อมในบ้าน ผู้สูงอายุ บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชนบุรี

Registered Nurse (Senior Professional Level), Borommarajonani College of Nursing, Ratchaburi

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธชินราช

Registered Nurse (Senior Professional Level), Borommarajonani, College of Nursing, Buddhachinaraj

<sup>3</sup>อาจารย์พยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏ

Nurse Instructor, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University

## Abstract

Home environment is an important determinant of health among older adults. Physical and psychological changes make the environmental needs of older age differ from those of other age groups. The home environmental management is an undertaking of care, improvement, and transformation in order to make the physical environment in and around the home facilitate health promotion and health problems prevention among older adults. The significant concepts of home environmental management are healthy housing, person-environment fit, and place integration. Focusing on the roles of community health nurses, the process of home environmental management consists of 5 steps such as assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation of home environment.

**Keywords:** Home Environment, Older Adults, Role of Community Health Nurses

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สิ่งแวดล้อมในบ้านเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ บ้านเป็นสิ่งแวดล้อมระดับกลาง (Immediate Environment) ที่มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในวัยสูงอายุตอนกลาง ตอนปลายและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบติดบ้านหรือติดเตียง ผู้สูงอายุใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในบ้านหรือที่พักอาศัยของตนโดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ใช้เวลามากกว่า 80 % ของแต่ละวันอยู่ในบ้านของตนเอง ความอ่อนแอทางด้านร่างกายเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเลือกที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในบ้าน เช่น การพักผ่อน การให้อาหารแก่สัตว์เลี้ยง การอ่านหนังสือ การดูแลโทรทัศน์ หรือการนั่งมองภูมิทัศน์ เป็นต้น ทั้งนี้การได้อยู่อาศัยในบ้านที่เข้าถึงได้ง่ายจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอิสระในการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและจะส่งผลดีต่อความผาสุกในชีวิต การอยู่อาศัยในบ้านที่ไม่ปลอดภัยอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุได้ เช่น การลื่นล้มหกล้ม การศึกษาของ นงนุช วงศ์สว่าง และคณะ (2560) พบว่าความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านสูงสุด ได้แก่ บริเวณบันไดมีผ้าหรือพรมเช็ดเท้า (ร้อยละ 49.6) รองลงมา คือ บริเวณบันไดมีแสงสว่างไม่เพียงพอ (ร้อยละ 46.2) และไฟบริเวณบันไดมีสวิตช์เพียงตัวเดียว (ร้อยละ 41.6)

การสูงวัยอย่างมีคุณภาพเป็นเป้าหมายสูงสุดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยในประเทศไทยแนวโน้มมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจสถิติผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุระหว่างปี 2561-2563 พบว่า พ.ศ.2561 มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 10,666,803 คิดเป็นร้อยละ 16.06% พ.ศ.2562 มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 11,136,059 คิดเป็นร้อยละ 16.73% พ.ศ.2563 มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 11,627,130 คิดเป็นร้อยละ 17.57% (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) รัฐบาลจึงกำหนดนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ใหม่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณภาพสามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุด ยุทธศาสตร์หนึ่งที่น่าสนใจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การดูแลสิ่งแวดล้อมให้อำนวยความสะดวกต่อคุณภาพชีวิต ความปลอดภัยรวมทั้งลดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจในวัยสูงอายุมีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในบ้านที่ผู้สูงอายุเคยอยู่อาศัยมีความยากลำบากมากขึ้น ความสูงของร่างกายที่ลดลง กระดูกสันหลังและขาที่โค้งงออาจส่งผลให้การเดินพื้นที่ต่างระดับในบ้าน การขึ้นลงบันไดมีความลำบากมากขึ้น ความสามารถในการทำ



กิจกรรมนอกบ้านที่ลดลงอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและเมื่อผู้สูงอายุต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมแบบเดิม ๆ ไม่มีการเคลื่อนไหวหรือความหลากหลายจะยิ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเหงาหรือมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายยังมีผลต่อความสามารถของผู้สูงอายุในการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน เช่น ความสามารถในการทำความสะอาดที่นอน ทำความสะอาดบ้าน ลดลง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ นอกจากนี้การอาศัยอยู่ตามลำพังมีผลต่อการทำให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดในการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ แนวคิดบ้านที่ถูกสุขลักษณะ (Healthy Home) แนวคิดความเหมาะสมระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit) และแนวคิดการบูรณาการสถานที่ (Place Integration) กระบวนการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพ การวางแผนแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพ การดำเนินการแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพ และการประเมินผลการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพ พยาบาลอนามัยชุมชนมีบทบาทในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ประสานงาน บริหารจัดการและประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

## แนวคิดสำคัญที่นำมาใช้ในการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน

การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเป็นการดำเนินการดูแล ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในและรอบบริเวณบ้านเพื่อให้สิ่งแวดล้อมในบ้านถูกสุขลักษณะ เข้าถึง (Accessibility) ได้อย่างสะดวกปลอดภัย เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในบ้านได้อย่างอิสระ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองอย่างปลอดภัย มีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่เกิดปัญหาจากสิ่งแวดล้อม เช่น การพลัดตก หกล้ม เป็นต้น แนวคิดที่ควรนำมาใช้ในการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย แนวคิดบ้านที่ถูกสุขลักษณะ แนวคิดความเหมาะสมระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม และแนวคิดการบูรณาการสถานที่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1. แนวคิดบ้านที่ถูกสุขลักษณะ (Healthy home)

แนวคิดบ้านที่ถูกสุขลักษณะได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพของที่พักอาศัย บ้านที่ถูกสุขลักษณะหรือบ้านสุขภาพดี (Healthy home) คือบ้านที่ตั้ง ออกแบบ สร้าง บำรุงรักษาหรือปรับปรุงใหม่โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนภาวะสุขภาพของผู้อยู่อาศัย ในปี คศ. 1938 Ehlers และ Steel ซึ่งเป็นคณะกรรมการคนหนึ่งของสมาคมสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกา (American Public Health Association) ได้เสนอแนวคิดพื้นฐานสำหรับการจัดที่พักอาศัยอย่างถูกสุขลักษณะ (Basic Principles of Healthful Housing) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งประกอบไปด้วยความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย ความต้องการพื้นฐานทางด้านจิตใจและสังคม การป้องกันการเกิดโรค และการป้องกันอุบัติเหตุ ได้แก่ อุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุจากอัคคีภัย และอุบัติเหตุจากไฟฟ้า (จริยวัตร คมพยัคฆ์และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ๒๕๕๔) คุณลักษณะของบ้านที่ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ การปกป้องผู้อยู่อาศัยจากธาตุหรือสารต่างๆ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับการป้องกันการสูญเสียความร้อน บรรยากาศที่ปราศจากสารเคมี แสงสว่างที่เพียงพอ การเข้าถึงแสงจากดวงอาทิตย์ หลีกเลี่ยงแสงสว่างที่ไม่ได้เกิดจากธรรมชาติ การปกป้องจากเสียงรบกวนและการมีพื้นที่เพียงพอสำหรับการออกกำลังกาย และการเล่นของเด็ก คุณลักษณะของบ้านที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเพียงพอของ

ความเป็นส่วนตัวของผู้อยู่อาศัยแต่ละคน โอกาสสำหรับใช้ในการดำเนินชีวิตในครอบครัวโดยปกติ สิ่งอำนวยความสะดวกที่จะทำให้การทำหน้าที่ในบ้านเกิดขึ้นได้โดยปราศจากอันตรายทางด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการบำรุงรักษาความสะอาดของผู้อยู่อาศัย ความพึงพอใจทางด้านความงามในบ้านและบริเวณรอบๆบ้านและความกลมกลืนกับสภาพสังคมของชุมชนที่อาศัยอยู่ คุณลักษณะของบ้านที่ตอบสนองความต้องการทางด้านการป้องกันการเกิดโรค ได้แก่ การมีน้ำที่ถูกลักษณะและปลอดภัย การป้องกันน้ำดื่มน้ำใช้จากมลภาวะ การมีส่วนที่ถูกลักษณะ การป้องกันการปนเปื้อนของสกปรกของพื้นผิวภายในบ้าน การหลีกเลี่ยงสภาพแวดล้อมใกล้เคียงที่ไม่ถูกลักษณะสุขภาพ การไม่มีแมลงและพาหะนำโรค การมีอุปกรณ์ในการเก็บรักษาอาหาร การมีพื้นที่ว่างเพียงพอในห้องนอนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากการสัมผัสเชื้อโรค การป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผลัดตก หกล้ม การป้องกันการเกิดไฟไหม้หรือไฟฟ้าช็อตและการป้องกันการเกิดอันตรายจากสารพิษและแก๊ส

แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อและการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในรูปแบบต่าง ๆ โดยการทำให้สิ่งแวดล้อมในบ้านถูกลักษณะ ดังนั้นพยาบาลอนามัยชุมชนควรใช้แนวคิดนี้เป็นพื้นฐานในการจัดบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

## 2. แนวคิดความเหมาะสมระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit)

แนวคิดความเหมาะสมระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับบ้านในฐานะที่เป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แนวคิดนี้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างที่พักอาศัยและสุขภาพ ได้แก่ ทฤษฎีนิเวศวิทยาของความสูงวัย (Ecological Theory of Aging) (Scheidt & Norris-Baker, 2004) และรูปแบบความเหมาะสมระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment (P-E) Fit) ซึ่งเสนอแนะโดย Kahana (1982) และ Crap (1987) ทฤษฎีนิเวศวิทยาของผู้สูงอายุ เป็นทฤษฎีที่ถูกนำไปใช้เป็นแนวทางในการวิจัยทางด้าน Environmental gerontology (Golant, 2003) อย่างแพร่หลาย ตามทฤษฎีนี้ บุคคล หมายถึง กลุ่มของสมรรถนะ (A set of competencies) และสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความต้องการของสมรรถนะเหล่านั้น (Lawton & Nahemow, 1973) ตามแนวคิดของ Lawton (1986) ความเหมาะสมของบุคคลและสิ่งแวดล้อมในองค์ประกอบด้านบุคคล ประกอบด้วยสุขภาพทางด้านร่างกาย (Biological) ทักษะทางด้านการเคลื่อนไหวและการรับรู้ และการทำงานของระบบการคิด (Cognitive) และในองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล (Personal Environment) สิ่งแวดล้อมของกลุ่มขนาดเล็ก ( Small-Group Environment) สิ่งแวดล้อมระหว่าง (Suprapersonal Environment) และสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social Environment) ทั้งนี้การปรับตัวเป็นพฤติกรรมที่สะท้อนความเชื่อมโยงกันระหว่างส่วนประกอบ (Component) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านบุคคล (Person Environment) และแรงกดดัน (Press) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แนวคิดนี้ชี้ให้เห็นว่าเมื่อบุคคลสูงวัยขึ้นร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง เช่น ความสูงลดลง หลักร่อม ขาโก่งงอ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเช่นนี้มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับความเหมาะสมระหว่างผู้สูงอายุและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นในการนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลอนามัยชุมชนมีความจำเป็นต้องประเมินความเหมาะสมระหว่างสภาพร่างกาย จิตใจ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กับ สภาพของสิ่งแวดล้อมในบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับสมรรถภาพที่เปลี่ยนไปของผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัย



ไม่ว่าจะเป็นความสามารถของการมองเห็นที่ลดลง ความสามารถในการก้าวและการยกเท้า ความสามารถในการเอมแขนและมือ รวมไปถึงความเสี่ยงทางด้านอื่น ๆ ที่เป็นไปตามวัยด้วย

### 3. แนวคิดการบูรณาการสถานที่ (Place Integration)

แนวคิดการบูรณาการสถานที่เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับความผูกพัน (Attachment) ระหว่างผู้สูงอายุกับสถานที่ (Place) และการบูรณาการ (Integration) การดำเนินชีวิต การปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อการคงอยู่ในสิ่งแวดล้อมภายใต้เงื่อนไขของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Lecovich, 2014) ทฤษฎีความเป็นภายใน (Insideness) ของ Rowles (1983b) ได้เสนอกรอบแนวคิดความผูกพันต่อสถานที่ซึ่งแบ่งความเป็นภายใน ออกเป็น 3 กลุ่มคือ ความเป็นภายในด้านกายภาพ (Physical Insideness) ซึ่งหมายถึงการอยู่อาศัยในสถานที่ใดสถานที่หนึ่งเป็นเวลานาน ๆ จนก่อให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกที่มีต่อการควบคุมสิ่งแวดล้อมนั้น โดยการสร้างสรรค์กิจวัตรประจำที่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ความเป็นภายในด้านสังคม (Social Insideness) ซึ่งหมายถึงความสัมพันธ์เชิงสังคมที่บุคคลมีต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งทั้งที่เขารู้จักหรือไม่รู้จักก็ตาม และ ความเป็นภายในที่เกี่ยวข้องกับอัตชีวประวัติ (Autobiographical Insideness) ซึ่งหมายถึง ความเป็นภายในที่เกี่ยวข้องกับความผูกพันของบุคคลต่อสถานที่ ซึ่งเกิดจากความทรงจำที่หล่อหลอมให้บุคคลผู้นั้น Cutchin (2004) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสถานที่ (Place) และการบูรณาการสถานที่ (Place Integration) โดยเสนอว่าการเปลี่ยนแปลงของสถานที่จะนำไปสู่การไม่บูรณาการกัน (Disintegration) ของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสถานที่ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปแบบของปัญหาและส่งผลให้บุคคลเกิดความคิดในเชิงสร้างสรรค์และการปฏิบัติที่จะช่วยให้การบูรณาการสถานที่ให้เข้ากับบุคคลกลับมาอีกครั้ง โดยสถานที่ตามแนวคิดนี้ หมายถึง สถานที่ในเชิงภูมิศาสตร์ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ตามกระบวนการทางสังคม วัฒนธรรม ประสบการณ์และการปฏิบัติของบุคคลในบริบทที่เฉพาะเจาะจง (Cutchin, 2004) การบูรณาการสถานที่เป็นกระบวนการที่มีลักษณะของการหมุนเป็นเกลียวเพื่อเปลี่ยนผ่านให้บุคคลเข้าไปอยู่ในสถานที่ใหม่โดยไม่มีกระบวนการของการกลับมาในสถานที่เดิมซ้ำอีกครั้งและไม่สามารถทำนายได้ ซึ่งในมุมมองนี้ การบูรณาการสถานที่จะมีความเชื่อมโยงกับแนวคิดการสูงวัยในบ้านของตนเองหรือ “Aging in Place”

แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับสุขภาพในมิติทางด้านจิตใจ สังคมและจิตปัญญา การนำแนวคิดนี้ไปใช้มีความจำเป็นอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีความผูกพันอย่างมากกับสถานที่หรือบ้านที่อาศัยอยู่เพราะผู้สูงอายุเหล่านี้จะรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจในการควบคุมสิ่งแวดล้อมในบ้าน มีความปลอดภัยและมีความรู้สึกเชิงบวกต่อตัวเอง

กล่าวโดยสรุปในการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุควรบูรณาการแนวคิดที่หลากหลายเพื่อให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นองค์รวมทั้งสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิตใจ สุขภาพทางสังคมและสุขภาพทางจิตปัญญา

### กระบวนการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ : บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน

พยาบาลอนามัยชุมชนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นผู้ให้บริการที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติงานมีความจำเป็นต้องเยี่ยมบ้าน เพื่อให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชนในการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ อาทิ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การประสานงาน การบริหารจัดการ และการประเมินความเสี่ยง จากประสบการณ์ของผู้เขียนร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัด

สิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นกระบวนการที่พยาบาลอนามัยชุมชนสามารถผสมผสานแนวคิดบ้านที่ถูกละเลย แนวคิดความเหมาะสมระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม และแนวคิดการบูรณาการสถานที่เข้ากับกระบวนการพยาบาล โดยสรุปเป็นขั้นตอนของการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ 5 ขั้นตอน ดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพ

การประเมินสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุเป็นการประเมินสุขลักษณะของที่พักอาศัย ความเหมาะสมของที่พักอาศัยต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าถึงสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นในที่พักอาศัยรวมถึงคุณค่าและความผูกพันของผู้สูงอายุที่มีต่อที่พักอาศัย ผู้ประเมินจะต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการประเมินเป็นสำคัญว่ามุ่งหวังจะเห็นการเปลี่ยนแปลงในเรื่องใดของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปแล้วเป้าหมายที่พยาบาลอนามัยชุมชนต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ คือ ความสามารถในการใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังด้วยตนเองได้ ความปลอดภัยในการใช้ชีวิตในบ้านและการได้ใช้ชีวิตในบ้านอย่างมีความสุข ดังนั้นการประเมินสิ่งแวดล้อมในบ้านจึงตั้งอยู่บนพื้นฐานของคำถามต่าง ๆ เช่นสิ่งแวดล้อมในบ้านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคมและสุขภาพจิตปัญญาที่ดีหรือไม่ สิ่งแวดล้อมในบ้านมีความเหมาะสมกับสภาพการทำงานของร่างกายของผู้สูงอายุในช่วงเวลานั้นๆ หรือไม่ สิ่งแวดล้อมในบ้านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองหรือเกิดการพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุดหรือไม่ สิ่งแวดล้อมในบ้านมีความปลอดภัยต่อการใช้ชีวิตหรือไม่ และสิ่งแวดล้อมในบ้านสร้างความผูกพันและมีคุณค่ากับผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด เป็นต้น

วิธีการประเมินสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุควรใช้การสังเกตร่วมกับการสอบถามและการตรวจวัดสภาพทางกายภาพของที่พักอาศัยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ขนาดของที่นั่งนอน ความสูงของที่นั่งนอน ระยะทางจากที่นั่งนอนไปห้องน้ำ เป็นต้น ในต่างประเทศได้มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อช่วยในการประเมินสิ่งแวดล้อมในบ้านเช่น “Housing Enabler” เป็นเครื่องมือประเมินจำนวนอุปสรรคของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและขนาดของปัญหาในการเข้าถึง (Accessibility) สิ่งแวดล้อมนั้น (Housing Enabler) องค์ประกอบในการประเมินสิ่งแวดล้อมในบ้าน ประกอบด้วยสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในบ้านและบริเวณบ้านในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้แก่ ของใช้ส่วนตัว เตียงนอน ห้องนอน บริเวณที่นั่งพักผ่อน ห้องน้ำ พื้นทางเดินในบ้าน เป็นต้น พื้นที่ที่พยาบาลอนามัยชุมชนต้องประเมินได้แก่ ห้องน้ำ ห้องนอน ห้องหรือบริเวณที่นั่งระหว่างวัน ห้องครัว ทางเดินเพื่อเชื่อมต่อไปยังจุดต่างๆ ในบ้าน เช่นทางเดินระหว่างห้องนอน ไปห้องน้ำ เป็นต้น โดยในสถานที่ต่าง ๆ นั้น พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องทำการประเมินสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด วิธีการที่จะทำให้พยาบาลอนามัยชุมชนจดจำได้ง่าย และเข้าใจสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุได้ดี ได้แก่ การทดลองเดินไปตามบริเวณต่าง ๆ ในบ้าน ไปในจุดที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจวัตรประจำ การสอบถามโดยใช้คำถามต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุทำอะไรบ้างในแต่ละวัน ทำที่ใด มีสิ่งแวดล้อมใดบ้างที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับสูงอายุ และสิ่งแวดล้อมเหล่านั้นเกี่ยวข้องกับสูงอายุในเวลาใด เป็นต้น

การประเมินสิ่งแวดล้อมในขั้นตอนนี้ควรดำเนินการควบคู่ไปกับการประเมินสภาพร่างกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ การประเมินด้านร่างกายของผู้สูงอายุจากศีรษะจรดเท้าเป็นการค้นหาความเสื่อมสภาพของอวัยวะที่สำคัญที่ใช้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ตา หู ฟัน นิ้วมือ ข้อมือ ขนาดความยาวของแขน ลำตัว การยึดหรือการโค้งงอของกระดูกสันหลัง ความสูง เป็นต้น การประเมินด้านร่างกายจำเป็นต้องใช้การตรวจร่างกายร่วมกับการสอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับสภาพร่างกายว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร จากนั้นจึงทำการประเมินความสามารถในการปฏิบัติวัตรประจำ



ของผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุสาธิตการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพยาบาลอนามัยชุมชนทำการประเมินโดยการสังเกตว่าผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปฏิบัติหรือไม่และมีสิ่งแวดลอมใดเข้ามาเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นๆ การให้ผู้อายุบอกเล่าถึงกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า จนถึงเข้านอน เป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจปัจจัยทางด้านสิ่งแวดลอมที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโดยทั่วไปแล้วเมื่อบุคคลสูงวัยขึ้นผู้สูงอายุจะใช้พื้นที่บางพื้นที่ในบ้านเท่านั้น ในการทำกิจกรรมบางพื้นที่ในบ้าน อาจไม่ได้มีผลกระทบต่องูสูงอายุเลย เช่น พื้นที่ชั้นสอง ห้องเก็บของ พื้นที่หลังบ้าน ในขณะที่พื้นที่ บางแห่ง เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุตลอดทั้งวัน เช่น แคร่ที่นั่งในเวลากลางวัน ซึ่งผู้สูงอายุใช้สำหรับนั่งเล่น นั่งประกอบอาหาร รวมไปถึงการนั่งรับประทานอาหารด้วย เป็นต้น

การประเมินความผูกพันของผู้สูงอายุต่อสถานที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่นั้นทำได้โดยการสัมภาษณ์พยาบาลอนามัยชุมชนอาจใช้คำถามง่าย ๆ เพื่อเปิดประเด็น เช่น “เล่าให้ฟังหน่อยสิคะเกี่ยวกับบ้านหลังนี้” “รู้สึกอย่างไรบ้างกับการอาศัยอยู่ในบ้านหลังนี้” “ประทับใจหรือชอบอะไรมากที่สุดเกี่ยวกับบ้านหรือข้าวของเครื่องใช้ในบ้านหลังนี้” เป็นต้น การใช้คำถามปลายเปิด จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเล่าความรู้สึกเกี่ยวกับบ้านของตน ซึ่งผู้ประเมินจำเป็นต้องฟังอย่างตั้งใจเพื่อหาข้อสรุปว่าผู้สูงอายุมีความผูกพันกับบ้านหลังนี้มากน้อยเพียงใด ข้อมูลในส่วนนี้จะเป็ประโยชน์อย่างมากต่อการวางแผนและดำเนินการปรับปรุงสิ่งแวดลอมในบ้านให้เกิดผลกระทบทางบวกต่อจิตใจของผู้สูงอายุมากที่สุดและป้องกันความเสี่ยงอันอาจเกิดจากการปรับปรุงสิ่งแวดลอมในบ้านที่กระทบต่อความผูกพันหรือความคุ้นเคยของผู้สูงอายุได้ ก่อนการประเมินสิ่งแวดลอมในบ้านของผู้สูงอายุทุกครั้งพยาบาลอนามัยชุมชนจำเป็นต้องบอกวัตถุประสงค์ของการประเมินให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทราบอย่างละเอียดเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจและขออนุญาตผู้สูงอายุหรือญาติว่าจะสอบถามหรือขอตรวจดูสิ่งแวดลอมภายในบ้านเพื่อเป็นการแสดงออกถึงความรักในสิทธิมนุษยชนของผู้สูงอายุและครอบครัวและลดความรู้สึกละอายใจที่ตนเองได้ถูกล่วงล้ำเข้ามาในพื้นที่ส่วนตัวมากเกินไป

## ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยปัญหาสิ่งแวดลอมในบ้านเพื่อสุขภาพ

ปัญหาสิ่งแวดลอมในบ้านคือสภาพสิ่งแวดลอมที่สร้างข้อจำกัดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในปัจจุบันและอาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยทั่วไปพยาบาลอนามัยชุมชนมักพบว่าผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสิ่งแวดลอมเดิมได้โดยไม่เปลี่ยนแปลงอะไรเพราะความเคยชิน สิ่งนี้เป็นความสามารถอย่างหนึ่งของมนุษย์ในการควบคุมสิ่งแวดลอม อย่างไรก็ตามเมื่อความสามารถของผู้สูงอายุ เปลี่ยนแปลงไป ณ จุดหนึ่ง จะส่งผลให้พลังในการควบคุมตนเอง และสิ่งแวดลอมก็จะลดลงด้วย ดังนั้นการวินิจฉัยปัญหาสิ่งแวดลอมในบ้านมีความเชื่อมโยงกับคำถามพื้นฐานที่เกิดขึ้นจากการประเมินสิ่งแวดลอมในบ้าน โดยสภาพสิ่งแวดลอมในบ้านที่ประเมินได้นั้น ผู้ประเมินจะต้องนำไปเทียบกับเกณฑ์หรือสภาพการทำงานทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุเพื่อวินิจฉัยเป็นปัญหาใน 3 ระดับ คือ ปัญหาสิ่งแวดลอมก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาสิ่งแวดลอมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาสิ่งแวดลอมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ตัวอย่างของข้อวินิจฉัยปัญหาสิ่งแวดลอมในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ เช่น อาจเกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากสิ่งแวดลอมในบ้านไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการหกล้มเนื่องจากสิ่งแวดลอมในบ้านและบริเวณรอบบ้านไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการไม่ได้อากาศที่บริสุทธิ์เนื่องจากใช้เครื่องปรับอากาศเกือบตลอดเวลาและเสี่ยงต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลงเนื่องจากสิ่งแวดลอมในบ้านไม่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นต้น

ข้อจำกัดทางด้านการสื่อสารมีผลต่อการจัดสิ่งแวดลอมให้เหมาะสม สิ่งแวดลอมที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุเป็นสิ่งแวดลอมที่มีความจำกัดและโดยส่วนใหญ่เป็นสิ่งแวดลอมที่ถูกจัดให้เกิดขึ้นโดยผู้อยู่อาศัยก่อนที่จะ

จะเข้าสู่วัยสูงอายุ และอาจถูกจัดขึ้นโดยผู้ดูแลในกรณีที่ผู้สูงอายุรายนั้นๆ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในกรณีที่ผู้สูงอายุสามารถสื่อสารได้ ผู้สูงอายุจะบอกความต้องการของตนเองได้ หากผู้สูงอายุไม่สามารถสื่อสารได้ จะเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งที่ทราบได้ว่า ผู้สูงอายุต้องการได้สิ่งแวดล้อมแบบใด สภาพสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่ติดเตียงมักเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีความจำเจ เช่น เมื่อตื่นนอนในทุกเช้า ผู้สูงอายุ อาจจะได้มองเห็นผนังบ้าน และอาจจะได้มอง ผนังบ้านนี้ ไปทั้งวันเนื่องจากข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหว ดังนั้นการวินิจฉัยปัญหาสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุที่ติดเตียงควรเน้นที่ความสบาย การลดปัญหาจากการไม่ได้เปลี่ยนสิ่งแวดล้อมรอบตัว ลดความจำเจ เป็นต้น

### ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพ

การวางแผนการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุควรเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างพยาบาลอนามัยชุมชน ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนและสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้เพราะการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่างเช่น ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจของผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัว บุคลากรผู้ปรับปรุงบ้าน เงินงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และความรู้ และประสบการณ์ในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ในกรณีที่เป็นการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมอย่างง่าย ๆ เช่น การแนะนำให้ผู้สูงอายุเปิดหน้าต่าง การปรับเปลี่ยนพรมเช็ดเท้า การเปลี่ยนตำแหน่งการจัดวางของใช้ในบ้าน พยาบาลอนามัยชุมชนสามารถทำได้โดยตนเอง แต่ถ้าเป็นการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมบางเรื่องซึ่งมีความยากเช่น การปรับปรุงห้องน้ำ โถส้วม อาจต้องให้ครอบครัวเข้ามาร่วมตัดสินใจด้วยการเตรียมความพร้อมที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

### ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพ

การปฏิบัติเพื่อการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุนั้นทำได้หลายวิธี เช่น การย้ายให้ผู้สูงอายุไปอยู่บ้านหลังใหม่ (Rehousing) การเปลี่ยนโครงสร้างพื้นฐานด้านกายภาพของบ้านหรือการปรับปรุงบ้าน (Home Modification) การเปลี่ยนอุปกรณ์หรือเครื่องตกแต่ง (Furniture) การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การเปิดหน้าต่าง การปรับเปลี่ยนสถานที่ในการจัดวางของใช้และการทำความสะอาด เป็นต้น ทั้งนี้การดำเนินการแต่ละวิธีจะมีผลลัพธ์ที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์

การลงมือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องละเอียดอ่อน พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องดำเนินการอย่างระมัดระวัง โดยคำนึงถึงคุณค่าของสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัย คุณค่าของข้าวของเครื่องใช้ของผู้สูงอายุ และนำความคิดเห็นของผู้สูงอายุมาประกอบการตัดสินใจด้วย เพราะสิ่งแวดล้อมและของใช้ในบ้านเป็นสิ่งที่อยู่กับผู้สูงอายุนาน จนอาจเกิดเป็นความเคยชิน และความผูกพันได้ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพียงเล็กน้อย เช่น อาจกลายเป็นปัญหาใหญ่เกิดขึ้นภายหลังก็ได้ หากของนั้นเป็นของที่มีคุณค่าให้ผู้สูงอายุให้ความสำคัญ การปฏิบัติการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมควรเริ่มต้นด้วยการบอกวัตถุประสงค์และขออนุญาต เช่นเดียวกับ การดำเนินการในขั้นตอนของการประเมินสิ่งแวดล้อม ในระหว่างการปรับเปลี่ยนผู้ดูแลจะต้องให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมนั้นด้วย พยาบาลอนามัยชุมชนอย่าทำโดยลำพัง เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การถูกกล่าวหาว่าเป็นขโมย ทำของใช้ของผู้สูงอายุหาย เป็นต้น ควรสังเกตสีหน้า และสอบถามผู้สูงอายุเป็นระยะ ๆ ว่า พึงพอใจหรือไม่ การจะทิ้งหรือดำเนินการใด ๆ ที่จะเกิดความเสียหายหรือการสูญเสีย จะต้องบอกผู้สูงอายุ ทุกครั้ง ในปัจจุบันเทคโนโลยีมีบทบาทอย่างมากในการเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตในบ้านของผู้สูงอายุ พยาบาลอนามัยชุมชนควรให้คำแนะนำในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบ้านได้ เช่น การติดเซนเซอร์เพื่อให้ไฟฟ้าในบ้านเปิดเมื่อมีคนเดินผ่าน เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ในบ้าน



ของผู้สูงอายุมีแสงสว่างเพียงพอและสะดวกต่อการใช้งาน การใช้เทคโนโลยีจะมีเกิดผลดีต่อผู้สูงอายุ เมื่อเทคโนโลยีนั้นมีประสิทธิภาพ ราคาถูก และบำรุงรักษาได้ง่าย (Saegert, 2003) เป็นต้น

### ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพ

คุณภาพหรือสุขลักษณะของบ้านและการเข้าถึงได้ของสิ่งแวดล้อมในบ้านเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ประเมินต้องนำมาใช้ในการประเมินผลการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุ ในระยะสั้นพยาบาลอนามัยชุมชนควรประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในบ้านเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ผู้ประเมินตั้งไว้หรือไม่ ก่อให้เกิดผลทางด้านความสะดวกสบายหรือผลกระทบทางด้านจิตใจอย่างไรแก่ผู้สูงอายุ โดยการประเมินนั้น ต้องพิจารณาทั้งการประเมินในระดับบุคคลและการประเมินในระดับครอบครัว การประเมินระยะสั้น เช่น การประเมินความพึงพอใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยสะดวกขึ้น โดยในระยะยาวควรมีการประเมินเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น อุบัติการณ์การหกล้มในบ้าน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นต้น

### บทสรุป

การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเป็นกระบวนการขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับจากพยาบาลอนามัยชุมชนเพราะบ้านเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัย มีความสะดวกและมีความสุขกับผู้สูงอายุได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีเป็นพลังแห่งการเยียวยา (Healing Environment) นอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้อย่างสะดวกสบายขึ้น รู้สึกสดชื่น มีความสุขที่มีคนมาให้ความสำคัญ ยังสามารถลดปัญหาการพลัดตกหกล้ม ภาวะซึมเศร้าและลดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุได้อีกด้วย อย่างไรก็ตามการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่มีความละเอียดอ่อนเพราะการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมจะมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งผลกระทบทางกายภาพและทางด้านจิตใจ การเกิดขึ้นของปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใช้เวลาานาน ทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ความเคยชิน ทำให้การยอมรับการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เป็นไปได้ค่อนข้างยาก การทำให้ผู้สูงอายุยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลง ผ่านการทดลองทำสักช่วงเวลาสั้นๆ จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุ เกิดการยอมรับในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพของตนเอง

### References

- Department of older persons. (2020). *Report survey of elderly in 77 provinces at December 31, 2020*. Available from: [https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610815306-335\\_0.pdf](https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610815306-335_0.pdf)
- Cutchin, M. P. (2004). Using Deweyan philosophy to rename and reframe adaptation-to-environment. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 303–312.
- Golant, S. M., (2003).: Conceptualizing time and behavior in environmental gerontology: A pair of old issues deserving new thought. *The Gerontologist*, 43, 638–648.
- Kompayak, J., & Durongritichai, V. .(2001). *Community health nursing : concept, principle and nursing practice*. Bangkok: Jood Thong Publishers, Co. (In Thai)

- Lawton, M. P., & Nahemov, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and*. Washington, DC: American Psychological Association
- Lawton, M. P. (1986). *Environment and aging*. New York, NY: Center for Study of Aging
- Lecovich Esther.(2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropology Notebooks*, 20(1): 21-33.
- Load R., Stephen; Menz B.,Hylton, & Sherrington.(2006). Home environment risk factors in older people and the efficacy of home modifications. *Age and Aging*, 35-S2:ii55-ii59.
- Rowles, G. D. , 1983b: Place and personal identity in old age: Observations from Appalachia. *Journal of Environmental Psychology*, 3, 299–313.
- Saegert,C.,Susan.(2003). Healthy Housing: A structured of published evaluations of US Interventions to improve Health by modifying housing in the United States,1990-2001. *American Journal of Public Health*. 93(9).1471-1477.
- Scheidt, R. J., & Norris-Baker, C. (2004). *The general ecological model revisited: Evolution, current status, continuing challenges*. In H.-W. Wahl, R. J. Scheidt, & P. G. Windley (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics. Aging in context: Socio-physical environments* (pp. 34–58). New York: Springer.
- Wongsawang, N., Jeenkhokhum, D., Boonsiri, C., Melarplont, S., Somboonsit, J., Khamthana, P., & Glomjai, T. (2017). Home environmental risks for falls and indecent of falls in older adults. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 10,(3), 2492-2506.



## คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับวารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต (Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life) ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ต้องไม่เคยพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผลงานที่ได้ตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต และผลงานทุกเรื่องจะผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ (peer reviews) ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ เรื่องละ 2 ท่าน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจสอบและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามรูปแบบที่กองบรรณาธิการกำหนด อนึ่งผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความวิจัยหรือบทความวิชาการในวารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตรับทราบ ดังนี้

### ประเภทการตีพิมพ์ในวารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต

1. บทความวิชาการเป็นบทความที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าและสังเคราะห์งานทางวิชาการที่เกี่ยวกับการพยาบาลคลินิกและชุมชน การศึกษาพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยเป็นบทความที่เป็นารรายงานผลการวิจัยทางการพยาบาลคลินิก การศึกษาพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง
3. บทความกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลคลินิก การศึกษาพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

### รูปแบบการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับที่พิมพ์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เป็นโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) เป็นนามสกุล .doc หรือ .docx ตามที่ระบุไว้ในรูปแบบ (format) การตั้งค่าหน้ากระดาษให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 2.54 cm. ด้านล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 และ single space ความยาวของบทความวิจัย/ วิชาการ และกรณีศึกษาไม่ควรเกิน 12 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง)
2. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักของราชบัณฑิตยสถาน และพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็น กรณีใช้คำย่อต้องระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก และคำย่อที่ใช้ต้องเป็นสากล/ เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การใช้ตัวเลขทั้งในเนื้อหาและในวงเล็บใช้เป็นเลขอารบิกทั้งหมด
3. ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรตัวหนา TH Sarabun PSK ขนาด 18 ໐໐หน้าแรกตรงกลาง
4. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดอักษร 14 หนา กึ่งกลางกระดาษอยู่ถัดจากชื่อเรื่อง 1 บรรทัด และให้ระบุเป็นตัวเลขยกท้าย และสถานที่ทำงานอยู่ถัดจากชื่อผู้เขียน ตัวอักษรขนาด 12 หนา กึ่งกลางกระดาษ
5. บทคัดย่อ (abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องไม่เกินอย่างละ 250 คำ (ไม่รวมคำสำคัญ) และบทคัดย่อภาษาอังกฤษต้องถูกต้องทางหลักภาษาและไวยากรณ์

6. คำสำคัญ (keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประมาณ 2 -5 คำ (ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา)

7. การเรียงลำดับหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดตัวอักษร 18 หน้า หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 3 – 5 ตัวอักษร ขนาดตัวอักษร 16

8. เนื้อหาส่วนต่าง ๆ ในบทความแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ บทความวิจัย/ บทความวิชาการ รายละเอียดดังนี้

8.1 บทความวิจัย เขียนตามรูปแบบที่กำหนดซึ่งปรากฏอยู่หน้าเว็บไซต์ของวารสาร โดยเนื้อหาสาระที่นำเสนอ ประกอบด้วย 10 หัวข้อ ได้แก่

- 1) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- 2) คำถามการวิจัย
- 3) วัตถุประสงค์การวิจัย
- 4) สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 5) กรอบแนวคิดการวิจัย
- 6) วิธีการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้

ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

7) การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง กรณีบทความวิจัยต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ (Institutional Review Board: IRB) หรือในคนหรือชื่ออื่นที่เกี่ยวข้อง โดยต้องระบุชื่อเรื่อง เลขที่อนุมัติ วันอนุมัติ และวันสิ้นสุดการอนุมัติภายในเนื้อหาส่วนที่เป็นการพิทักษ์สิทธิ์หรือแสดงหลักฐานการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง/ ผู้ให้ข้อมูลอื่นในการเข้าร่วมการวิจัย

8) ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย ในกรณีที่มีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสม การแทรกตารางต้องไม่มีเส้นแนวตั้งดังตัวอย่างข้างใต้ ชื่อของตารางควรเป็นข้อมูลสั้นๆ ไม่เกิน 1 บรรทัด วางไว้ด้านบนของตาราง และให้นำเสนอข้อมูลที่จำเป็นและไม่เกิน 3 ตาราง การอธิบายผลการวิจัยแสดงด้านบนของตารางและควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง ตัวอักษรที่ใช้แสดงข้อมูลในตารางให้ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 ดังตัวอย่างด้านล่าง

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (n = 166 คน)

| รายการ      |            | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------|------------|-------|--------|
| เพศ         | ชาย        | 51    | 30.88  |
|             | หญิง       | 115   | 69.12  |
| สถานภาพสมรส | โสด        | 21    | 12.74  |
|             | คู่        | 111   | 66.92  |
|             | หม้าย/ แยก | 19    | 11.28  |
|             | หย่า       | 15    | 9.06   |

9) อภิปรายผล

10) ข้อเสนอแนะ

11) เอกสารอ้างอิง การเตรียมเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความให้



อ้างอิงตามแบบของ APA 6th edition เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index: ACI) รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ทำการแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการและให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ

8.2 บทความวิชาการ เขียนตามรูปแบบที่กำหนดเช่นเดียวกับบทความวิจัยซึ่งปรากฏอยู่บนเว็บไซต์ของวารสาร โดยเนื้อหาสาระที่นำเสนอ ประกอบด้วย 4 หัวข้อ ได้แก่

- 1) บทคัดย่อภาษาไทย
- 2) บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 3) เนื้อหา
  - บทนำ
  - เนื้อเรื่อง
  - บทสรุป
- 4) เอกสารอ้างอิง เขียนตามรูปแบบที่กำหนดไว้เช่นเดียวกับเอกสารอ้างอิงใน

บทความวิจัย

8.3 รายงานกรณีศึกษา เขียนตามรูปแบบที่กำหนดเช่นเดียวกับบทความวิจัย/ วิชาการ ซึ่งปรากฏอยู่บนเว็บไซต์ของวารสาร โดยเนื้อหาสาระที่นำเสนอ ประกอบด้วย 4 หัวข้อ ได้แก่

- 1) บทคัดย่อภาษาไทย
- 2) บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 3) เนื้อหา
  - ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
  - วัตถุประสงค์
  - วิธีดำเนินการศึกษา
  - ผลการศึกษา
  - สรุปกรณีศึกษา
  - ข้อเสนอแนะ
- 4) เอกสารอ้างอิง

9. ภาพประกอบ ในบทความวิจัยและบทความวิชาการภาพประกอบจะเป็นภาพสีหรือขาวดำก็ได้ แต่ต้องมีความคมชัดหากเป็นภาพที่มีลิขสิทธิ์ต้องมีเอกสารแนบที่บ่งบอกการได้รับการอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์และต้องมีการอ้างอิงที่ถูกต้องตามหลัก APA 6th edition จำนวนไม่เกิน 3 รูป/ บทความ ถ้าเป็นภาพที่วาดหรือเขียนหรือถ่ายขึ้นมาเองสามารถนำมาใช้ได้เป็นปกติ ถ้ามีรูปที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือบุคคลต้องมีเอกสารยืนยันการได้รับอนุญาตเผยแพร่ มีการเบลอภาพหรือปิดภาพบางส่วนที่ไม่ทำให้บุคคลในภาพเกิดความเสียหาย

10. บทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องยังไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งหากกองบรรณาธิการวารสาร พบว่า บทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนกับที่ปรากฏในวารสารอื่นกองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้นิพนธ์ออกจากการลงตีพิมพ์ของวารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตทันทีที่พบ และไม่สามารถรับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอีก



84/21 ถนนคทธาร  
ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองราชบุรี ราชบุรี 70000