



วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2563 Vol.2 No.1 January - June 2020

Journal of Khon Kaen Provincial Health Office



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
Khon Kaen Provincial Health Office
Dynamic Health Standard and Smart Journal

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
Journal of Khon Kaen Provincial Health Office Khon Kaen, Thailand

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม 2563 – มิถุนายน 2563

ชื่อหนังสือ	วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เจ้าของ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ISSN	2673-0979 (Online)
พิมพ์ที่	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2563

ที่ปรึกษา

นายสมชายโชติ ปิยวัชรเวลา

นายไพรัช สงคราม

นายอดุลย์ บำรุง

นายมนี เหมือนชาติ

นายเชิดชัย อริยานุชิตกุล

นางจิรประภา ศิริสูงเนิน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สสจ. ขอนแก่น

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สสจ. ขอนแก่น

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สสจ. ขอนแก่น

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) สสจ. ขอนแก่น

เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) สสจ. ขอนแก่น

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษรักษาการ

ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

(ด้านบริการทางวิชาการ) สสจ. ขอนแก่น

บรรณาธิการ

นางกมล วัฒนายิ่งเจริญชัย

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

สสจ. ขอนแก่น

บรรณาธิการฝ่ายบริหาร

ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

กองบรรณาธิการฝ่ายวิชาการ

นพ.พรพล เหล่าวิวัฒน์

นางเกื้อกุล เพ็ชรสันต์

ดร.จักรสันต์ เลย์หยุด

ดร.วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี

นางสาวนพพร การถัก

นางแสงเดือน ไสภา

นางกนกพร วัฒนฉัตริน

นางสาวจงกลณี บุญอาษา

นายอดิเรก แรงมานะวงษ์

ดร.กฤษณะ เพชรบ่อใหญ่

นางจิราภรณ์ บุญปก

นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมัญจาคีรี จ.ขอนแก่น

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ. ขอนแก่น

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

เภสัชกรชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

ทันตแพทย์ชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน สสจ. ขอนแก่น

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

นายวัฒนา นิลบรรพต
ดร.เจษฎา สุวาวรรณ
ดร.พรณิภา ไชยรัตน์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.จุฬารัตน์โสตะ
ผศ.ดร.พิศมัย หอมจำปา
ผศ.ดร.อุไร จำปาวดี
ดร.ราณี วงษ์คงเดช
ดร.สุทิน ชนະบุญ
ดร.พิทยา ศรีเมือง
ดร.ประทีป กาลเขว่า
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์
ดร.สุพัฒน์ อาสนะ
ดร.เตือนใจ ภูสระแก้ว
ดร.บุญมี โพธิ์คำ
ดร.สุภัฏญา กาญจนบัตร
ดร.ชนิษฐา พูมา
ดร.ธิไลภิญ ทองไทย
ดร.วุฒิพงศ์ ภักดีกุล

ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์

ดร.ศิริภาณี ศรีหาภาค
ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์
ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
โรงพยาบาลธัญรักษ์ จังหวัดอุดรธานี
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขต
อำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

บทบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 บทความที่คัดเลือกลำดับ นำเสนอในวารสารฉบับนี้ประกอบด้วย บทความพิเศษ โดย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น “หลังโรคระบาดไวรัสโควิด-19 จากไปแล้ว จะเห็นอะไร? ในระบบบริการสุขภาพ” บทความวิจัย 7 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมืองและเขตชนบท อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ 3) การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ร่วมกับภาวะไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดยโสธร 4) การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง 5) ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเป็ดยักษ์ จังหวัดขอนแก่น 6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษในศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษาที่ 10 7) การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติก ในจังหวัดขอนแก่น ด้วยโปรแกรมฝึกทักษะสังคม และบทความทั่วไป กรณีศึกษา 1 เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ซึ่งเป็นผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย และองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า

ในชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) เป็นแนวทางที่หลาย ๆ คน จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในช่วงไวรัส COVID-19 นี้ออกมาระบาดแล้วเปลี่ยนชีวิตเราไปอีกนาน ต่อจากนี้ไป ชีวิตวิถีใหม่ของ ท่านจะเป็นอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับการออกแบบ ทั้งส่วนตัว ครอบครัว การงาน กองบรรณาธิการ วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พร้อมทั้งจะมุ่งมั่นเป็นเวทีให้บุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข และผู้สนใจได้แลกเปลี่ยนเผยแพร่ผลงานวิชาการ สู่การนำไปใช้ประโยชน์ เพื่อรับมือกับ วิกฤตโควิด-19 และรองรับบนชีวิตวิถีใหม่ หรือ New Normal พร้อมรับข้อเสนอแนะและคำแนะนำ จากผู้อ่านทุกท่านเพื่อพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพต่อไป

กองบรรณาธิการ

สารบัญ

บทความพิเศษ Special Article

หลังโรคระบาดไวรัสโควิด-19 จากไปแล้ว จะเห็นอะไร? ในระบบบริการสุขภาพ 1

นายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา

Dr. Somchaichote Piyawatchwela

นิพนธ์ต้นฉบับ Original Article

ผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืน
ลำบาก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 5

THE EFFECT OF USING A PROGRAM TO PREVENT ASPIRATION IN STROKE
PATIENTS WITH DYSPHAGIA AT THE KUMPHAWAPI HOSPITAL, UDONTHANI
PROVINCE

วรารักษ์ ถิ่นจะนะ

Waraporn Thinchana

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมืองและเขตชนบท
อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ 21

HEALTH LITERACY OF TYPE 2 DIABETIC PATIENT AND TO COMPARE URBAN
AREA AND RURAL AREA IN MUANG DISTRICT AMNATCHAROEN PROVINCE

กิตติษฐา โพธิ์ละเดา , วรัชฎา ราชชมภู , สิรินาถ นักรำ ,

ประเสริฐ ประสมรักษ์ , สุภาวดี พันธุมาศ , ยุวดี สารบูรณ์

Kitnittha Poladao , Waratchada Ratchompoo , Sirinat Nakram ,

Prasert Prasomruk , Suphawadee Panthumas , Yuwadee Saraboon

การพัฒนาแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุม
ไม่ได้ร่วมกับภาวะไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือภาวะหัวใจล้มเหลว ในจังหวัดยโสธร 41

DEVELOPMENT OF CARE MANAGEMENT MODEL FOR UNCONTROLLED
HYPERTENSIVE AND DIABETES WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE STAGE 3B AND
/OR HEART FAILURE PATIENTS

อังศุมาลิน โคตรสมบัติ , เพชรรัตน์ ศรีสุรัตน์

Aungsumalin Kottsombat , Petcharat Srisurat

การพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง 59
THE DEVELOPMENT OF DISCHARGE PLANNING MODEL FOR SEVERE HEAD
INJURY PATIENTS

ศิรดา วิพัตนะพร

Sirada Vipattanaporn

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 77
ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น
EFFECTS OF A SELF - MANAGEMENT SUPPORTING PROGRAM ON GLYCEMIC
CONTROL FOR PATIENTS WITH UNCONTROLLED DIABETES IN PUAJ NOI
HOSPITAL, KHON KAEN

วัชรภรณ์ นาพิกุล , ลำไพร แทนสา , สุรภา พิลาดอน

Wacharaporn Nalikul , Lumpri Tansar , Surapa Pilaon

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษในศูนย์การศึกษาพิเศษ 91
เขตการศึกษาที่ 10

THE FACTORS RELATED TO STRESS OF TEACHER WHO TEACH CHILDREN WITH
SPECIAL NEEDS AT REGIONAL SPECIAL EDUCATION CENTER 10

กัญญพร ลอยจีว , วิชญาดา ทองเคิ่ง , ศุภชัย ณ ภิบาล , ประเสริฐ ประสมรักษ์

Kanyaporn Loyjiw , Wichadaya Thongkreng , Suppachai Na pibal ,

Prasert Prasomruk

การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติก ในจังหวัดขอนแก่น
ด้วยโปรแกรมฝึกทักษะสังคม

107

PROMOTING FAMILY QUALITY OF LIFE OF FAMILY WHO HAVE INDIVIDUAL WITH
AUTISM IN KHON KAEN PROVINCE THROUGH SOCIAL SKILL TRAINING PROGRAM

ธีรากร มณีรัตน์ , พัชรารัตน์ เจนใจวิทย์ , ภัทรา ฤชวรารักษ์ ,

ภัทราภรณ์ กาบกกลาง , ปิยะวรรณ ศรีสุรักษ์ , พรมณี หาญหัก

Thirakorn Maneerat , Patcharaporn Jenjaivit , Pathra Ruechurak ,

Patraporn Kabklang , Piyawan Srisuruk , Pornmanee Hanhak

บทความทั่วไป General Article

การพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

125

NURSING CARE OF TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENT WITH EPIDURAL
HEMATOMA

ธัญรัส ปิยวัชรเวลา

Thanyaras Piyawatchwela

หลังโรคระบาดไวรัสโควิด-19 จากไปแล้ว จะเห็นอะไร? ในระบบบริการสุขภาพ

นพ.สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา

แทบไม่น่าเชื่อว่าเมื่อเชื้อ COVID-19 ที่ก่อตัวอย่างเงียบๆ เมื่อธันวาคมปีก่อน ที่ใช้เวลาแค่สามเดือน ขยายตัวลุกลามอย่างรวดเร็ว จากเมืองอู่ฮั่นในประเทศจีน กระจายไปทั่วทั้งโลก ที่นับว่าได้สร้างปัญหาความปั่นป่วนให้กับโลกมนุษย์ครั้งร้ายแรงที่สุด นับตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่สองเมื่อเจ็ดสิบปีก่อนเป็นต้นมา

ผลจากการระบาดของ COVID-19 ไม่ใช่แค่เพียงชีวิตมนุษย์ที่ต้องเจ็บป่วยล้มตายหลายแสนคน เศรษฐกิจทั่วโลกก็พังทลายอย่างรวดเร็ว ส่งผลตามมาให้ผู้คนหากไม่เจ็บป่วยหรือล้มตายหลายคนก็แทบสิ้นเนื้อประดาตัว ประเทศไทยได้ทุ่มทรัพยากรในการจัดการการระบาดดังกล่าว นับจาก กุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม 2563 ทำให้ต้องใช้งบประมาณมหาศาลและต้องกู้เงินเพื่อมาฟื้นฟู กิจกรรมและความเชื่อมั่นของการจัดการ

ทั่วโลกหมดเงินไปกับการต่อสู้กับไวรัสตัวจิ๋วนี้ นับมูลค่าหลายล้านดอลลาร์สหรัฐ ไม่เว้นแม้แต่คนเราที่ต้องยอมรื้อว่า เงินทองที่เก็บสะสมมาทั้งชีวิต หมดไปกับเหตุการณ์ครั้งนั้นครั้งเดียว เศรษฐกิจ และวิถีชีวิตของพวกเรา อาจจะต้องถึงคราวปรับตัวครั้งใหญ่เพื่อรับมือกับเชื้อไวรัสตัวใหม่นี้ การเกิดขึ้นและระบาดอย่างรวดเร็วของ COVID-19 นั้น อาจจะเป็นการประมาท ในการตระหนักรู้เพื่อรับมือสถานการณ์ได้ทัน เพราะแทบจะไม่มีสัญญาณเตือนภัยใดๆ ซึ่งแม้ว่า ในอดีต โรคอุบัติใหม่ที่ผ่านมาทั้ง อีโบล่า ไข้หวัดนก มนุษย์ยังเตรียมตัวทันในการรับมือได้ทัน แต่กับเจ้า COVID-19 มันปรับตัวได้รวดเร็วอย่างเหลือเชื่อในการแพร่กระจาย สามารถที่จะเจาะแนวตั้งรับของมนุษย์ ด้านสาธารณสุขของทุกประเทศไปหมดทุกทวีป แต่ประเทศไทยเรานั้นเป็นประเทศที่พ้นตัวจากโควิดเป็นอันดับ 2 ของโลก จาก 184 ประเทศทั่วโลก โดยวันที่ 11 มิถุนายน 2563 องค์การ Global COVID-19 Index หรือ (GCI) พัฒนาโดย PEMANDU Associates โดยความร่วมมือกับกระทรวงวิทยาศาสตร์และนวัตกรรม (MOSTI) ประเทศมาเลเซีย และ กลุ่ม sunway ซึ่งได้ใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ ได้จัดคะแนนดัชนีและจัดอันดับ 184 ประเทศว่าแต่ละประเทศได้รับมือกับโรคระบาด COVID-19 ได้ดีมากน้อยเพียงใด โดยคะแนน 70% คิดมาจาก 2 ส่วน ได้แก่

1. กรณีที่ได้รับการยืนยันต่อประชากร โดยพารามิเตอร์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเทียบกับขนาดของแต่ละประเทศในการคำนวณค่าคะแนน

2. สัดส่วนการเสียชีวิตตามสัดส่วนเนื่องจาก COVID-19 โดยพารามิเตอร์นี้จะพิจารณาถึงอัตราการตายอย่างคร่าวๆ ของแต่ละประเทศและพิจารณาขนาดของประชากรแล้วเปรียบเทียบกับอัตราการตายเนื่องจาก COVID-19 นับตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยรายแรกในประเทศ โดยค่านี้จะให้ภาพสะท้อนที่แท้จริงว่าอัตราการเสียชีวิตได้รับผลกระทบจาก COVID-19 ของแต่ละประเทศได้อย่างแม่นยำ

ส่วนที่เหลืออีก 30% ประกอบด้วยคะแนนคงที่ที่ได้มาจากดัชนีความมั่นคงด้านสุขภาพโลก (GHS) ซึ่งริเริ่มโดยมหาวิทยาลัยจอห์นฮอปกินส์ ซึ่งได้รับทุนจากมูลนิธิบิลและเมลินดา เกตส์ GHS ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความพร้อมของประเทศในการรับมือและรับมือกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดย GCI ได้จัดอันดับประเทศที่มีการฟื้นตัวจากโควิด-19 (Ranking of Countries by Recovery Index) จากทั้งหมด 184 ประเทศ ปรากฏว่าประเทศไทยได้อยู่อันดับที่ 2 รองจากประเทศออสเตรเลีย จะเห็นได้ว่าจาก 20 อันดับแรกมีประเทศในเอเชีย 6 ประเทศ ได้แก่ไทย ฮังการี ใต้หวัน เกาหลีใต้ เวียดนาม และ มาเลเซีย โดยประเทศไทยได้คะแนนมาเป็นอันดับที่ 1 ของเอเชีย

แต่อย่างไรก็ตาม เพราะการกลายพันธุ์ คือการปรับตัวของไวรัสเพื่อการอยู่รอดในอนาคต หลังไวรัสผ่านไป อาจเห็นการปรับตัวเพื่อการอยู่รอดแบบใหม่ของมนุษย์ เพราะในอนาคตหากยังใช้ชีวิตแบบเดิมไวรัสดังกล่าวใหม่อาจจะมาเยือนอีก การที่จะต้องปรับระบบบริการสุขภาพและสาธารณสุขนั้นจะต้องสามารถตอบโจทย์ต่างๆ ได้แบบชัดเจน และมีรูปแบบการบริการสุขภาพในประเด็นต่างๆ ที่น่าสนใจดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพต้องสามารถจัดการความเสี่ยงในเมืองใหญ่ๆ ที่มีผู้คนอพยพมาจากหลายพื้นที่ แล้วต้องมากระจุกตัวอยู่หนาแน่น ซึ่งเมื่อเกิดโรคระบาดจะติดต่อได้เร็ว คำตอบที่“เมืองเล็กๆ” อาจเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยกว่า

2. ระบบบริการสุขภาพต้องตอบสนองการกระจายอำนาจ ที่ไม่ใช่แค่การกระจายความเจริญไปทั่วประเทศ แต่ระบบสาธารณสุขที่ต้องทำให้แต่ละเมืองอยู่รอดได้ อันเป็นทางเลือกแห่งความมั่นคง

3. ระบบบริการสุขภาพที่สามารถจัดการผลที่เกิดจากความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจของประเทศที่ไม่ได้พึ่งพารายได้หลักอย่างใดอย่างหนึ่ง เหมือนเศรษฐกิจของประเทศในปัจจุบันที่พึ่งพารายได้จากการท่องเที่ยวและการส่งออกเป็นหลัก

4. ระบบบริการสุขภาพจะมีรูปแบบที่จะเข้าหาธรรมชาติมากขึ้น ที่สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ไม่ใช่ Sick care model แต่คือ productive health care ที่ผู้คนมีสำนึกเรื่องสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เพราะการทำลายธรรมชาติ คือ จุดเริ่มต้นของโรคระบาดไปทั่วโลก เปลี่ยนจากความคิดว่า

ความสุขจากการหาเงินได้มาก เพราะสุดท้ายแล้วมันคือการจับจ่ายใช้เงินเพื่อการเจ็บป่วยมากกว่า การหาเงินได้

5. ระบบบริการสุขภาพที่บุคลากรสาธารณสุข สามารถทำงานพบผู้รับบริการที่มีความจำเป็นจริงๆ ไม่จำเป็นต้องพบปะผู้คนมากมายหรือบ่อยๆ และใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่มาช่วยในการทำงาน ประชาชนผู้รับบริการจะร่วมที่จะใช้ความสะดวกจากการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่มาช่วยในการรับบริการ ซึ่งจะได้รับคามนิยมเพิ่มขึ้นมาก

6. ทุกคนทั้งผู้ให้และผู้รับบริการจะต้องฝึกฝนทักษะ ความสามารถที่ตัวเองสามารถทำได้ในรูปแบบหลากหลายมากขึ้น ในการดูแลสุขภาพ เพื่อลดการพึ่งพาบริการสุขภาพ บุคลากรต้องมีทักษะการเป็นโค้ช (Coaching skills) ที่เฉพาะเจาะจง หวังผลให้ประชาชนเกิดการช่วยตัวเองให้มากขึ้น

7. ระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ที่สอดคล้องกับสภาพความจริงในสังคม ที่จะต้องได้รับการยอมรับมากขึ้นเรื่อยๆ เพราะการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา คำตอบของการมีสุขภาพดี คือภูมิคุ้มกันตนเองที่ดีที่สุด

8. งานบริการสุขภาพจะเป็นรูปแบบเชิงคุณภาพ ที่เป็นรูปแบบเฉพาะเจาะจงทั้งในเชิงพื้นที่ บุคคล รูปแบบที่เป็นลักษณะ small is beautiful คือ เรื่องสุขภาพที่ชัดเจน อาจทำเรื่องเล็กๆ พอประมาณ มีความสุขด้วยกัน ตามสมควร มากกว่าเชิงปริมาณ ที่เป็นแบบการคิดการใหญ่ ที่ทำงานหวังผลงานแบบประสบความสำเร็จในเวลาอันรวดเร็ว

การที่มนุษย์จะมีความสามารถในการปรับตัวเพื่อต่อสู้กับโรคร้ายได้เพียงได้นั้นย่อมขึ้นกับการเป็นอิสระภาพทางด้านสุขภาพที่แท้จริงคือ “การสร้างการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ” อันหมายถึง การมีความรู้ พฤติกรรมและทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ เข้าใจ เข้าถึงข้อมูล ที่ถูกต้อง ตลอดจนสามารถเกื้อกูลคนรอบข้างได้ ที่เรียกว่า “การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)”

นพ.สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

15 มิถุนายน 2563

ผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วารภรณ์ ถิ่นจนะ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสำลักกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกุมภวาปีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 32 คน ที่เข้าเกณฑ์ และยินดีเป็นอาสาสมัคร เก็บข้อมูลระหว่าง ธันวาคม 2562 ถึงมีนาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความรู้สึกตัว และแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์ข้อมูลแบบวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับการแจกแจงข้อมูล ได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก สามารถช่วยลดอุบัติการณ์เกิดการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากคิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนระดับคะแนนความรู้สึกตัว (GCS) ต่ำสุด 11 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 9.37 สูงสุด 15 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 78.13 ผลการประเมินค่าความรุนแรงของสมองขาดเลือด (NIHSS) ของผู้ป่วยมีค่าคะแนนระหว่าง 1-4 (Mild) 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.80 ค่าคะแนน NIHSS ระหว่าง 5-16 (Moderate) 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.30 พยาบาลมีความคิดเห็นต่อการนำโปรแกรมฯ ไปใช้อยู่ในระดับดีมากที่สุด คือ ($\bar{x}=4.7$)

คำสำคัญ: กลืนลำบาก, การสำลัก, โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันโรคหลอดเลือดสมองแตก, การพยาบาล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกุมภวาปี

Corresponding Author: Waraporn Thinchana , E-mail: an-ant2554@hotmail.co.th

THE EFFECT OF USING A PROGRAM TO PREVENT ASPIRATION IN STROKE PATIENTS WITH DYSPHAGIA AT THE KUMPHAWAPI HOSPITAL, UDONTANI PROVINCE

Waraporn Thinchana¹

ABSTRACT

This research is an action research. The purpose of this research was to study the results of using the program of preventing aspiration in stroke patients with difficulty swallowing and dysphagia in the stroke patient ward. The participants were stroke patients who also had problems with difficulty in swallowing, who had been admitted to the patient ward of the female medical area at Kumphawapi Hospital. The study was conducted on 32 stroke patients who met the inclusion criteria and were willing volunteers and data was collected between December 2019 to March 2020. The research instrument used questionnaires for general personal information were used. The Glasgow Coma Scale and the NIHSS assessment were formed. Qualitative analysis was used to identify patterns and variations in the transcribed data. This included distributions such as percentage, mean and standard deviation. The results of this study supports the premise that using the program of prevention aspiration in stroke patients with difficulty swallowing and dysphagia can monitor and prevent the incidence of aspiration problems (100%). The participants had the Glasgow Coma Scale in which the minimum score was 11 (9.37%), and the maximum score was 15 (78.13 %). The NIHSS assessment was formed for stroke patients with a score between 1-4 (Mild) was 14 patients (43.80%) and the score between 5-16 (Moderate) was 18 patients (56.30%). Nurses were satisfied with the program with the highest level of use ($\bar{x}= 4.7$).

Key words: dysphagia, aspiration, ischemic stroke, hemorrhagic stroke, nursing care

¹ Registered Nurse Professional Level. The female medical ward , Kumphawapi Hospital, UdonThani Province

บทนำ (Introduction)

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรืออัมพฤกษ์ อัมพาตเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย โดยประเทศองค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization : WSO) รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี ทั้งนี้ องค์การอัมพาตโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2558 คนทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 6.5 ล้านคน^{1, 2} สถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี 2543 และ ปี 2558 โรคหลอดเลือดสมองถือได้ว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือดสำหรับประเทศไทยจากรายงานสถิติสาธารณสุขปี 2558 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับ 2 ของประเทศ^{3,4} อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากประชากรทั่วโลกเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุมากขึ้น และส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผ่านมา อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ต่อประชากรแสนคน ปี 2555-2559 เท่ากับ 31.70, 35.90, 38.70, 43.30 และ 48.70 ตามลำดับ⁵ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะพบภาวะอ่อน

แรงครึ่งซีก กลืนลำบาก พูดลำบาก เดินเซ ตามองไม่เห็น มองเห็นภาพซ้อน เวียนศีรษะ ปัญหาการกลืนและการรับประทานอาหาร เป็นปัญหาที่พบบ่อยและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย ความบกพร่องนี้เกิดขึ้นบ่อยถึงร้อยละ 51-71 โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการกลืนลำบากและมีอาการสำลักจะเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบได้ถึง 11 เท่า ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีอาการกลืนลำบาก^{6,7}

โรงพยาบาลกุมภวาปีดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ ปี 2558-2561 มีจำนวน 154, 206, 252 และ 337 ราย⁸ ตามลำดับ และจากสถิติ ตั้งแต่ปี 2558 - 2561 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะกลืนลำบาก จำนวน 119, 179, 109 และ 142 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะแทรกซ้อนสำลักจากการกลืนลำบากและเกิดปอดอักเสบ จำนวน 3, 4, 4 และ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.52, 2.29, 3.67 และ 4.23 ตามลำดับ การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบและแตกที่มีภาวะกลืนลำบากที่ผ่านมาหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกุมภวาปี มีแนวทางการปฏิบัติโดยมีการนำเครื่องมือที่เรียกว่าแบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน (Dysphagia Screening Test) มาใช้ซึ่งพัฒนาปรับปรุงจากสถาบันประสาท มาใช้

ตั้งแต่ปี 2558 จนถึงปัจจุบัน แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยยังเกิดปัญหาการสำลักเกิดภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบจากการสำลัก ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น จาก 4 วัน เพิ่มขึ้น 7-10 วัน ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญปัญหาจึงได้นำโปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแนวทางปฏิบัติการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยที่มีการกลืนลำบาก⁹ มาพัฒนาให้เป็นโปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ของโรงพยาบาลกุมภวาปี ให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์การปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และป้องกันการสำลัก และลดอัตราการเกิดการสำลัก อันจะนำมาสู่ภาวะรุนแรงถึงปอดอักเสบและนำสู่การใช้โปรแกรมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสำลักโดย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ระหว่างธันวาคม 2562 ถึง มีนาคม 2563 จำนวน 32 คน ได้คัดเลือกเข้าตามเกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัคร

เกณฑ์คัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน และ/หรือแตก ที่มีภาวะกลืนลำบากที่มีอาการแสดงของภาวะสมองขาดเลือดไม่เกิน 14 วัน
2. ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 18-85 ปีขึ้นไป
3. ผู้ป่วยรับการรักษาในหอผู้ป่วยฯ มีคะแนนการประเมินค่า NIHSS score 1-25
4. สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยมีอาการวิกฤติ รุนแรง ขณะเข้าร่วมโครงการฯ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนดำเนินการ และขั้นตอนประเมินผลและสรุปผลการวิจัย

ขั้นตอนเตรียมการ

- (1) วิเคราะห์สถานการณ์ และค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นโดยผู้วิจัยศึกษาและเก็บข้อมูลจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลและศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

(2) ประชุมเตรียมความพร้อมพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะกลืนลำบาก และยืนยันความเข้าใจถูกต้องกับทีมแพทย์พยาบาล คณะผู้เชี่ยวชาญ และทีมที่ปรึกษา อีกทั้งผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เนื้อหา และพัฒนาโปรแกรมฯ

ขั้นตอนการ

กลุ่มตัวอย่างได้รับการดำเนินการตามโปรแกรมฯ เพื่อป้องกันการล้มและพัฒนาการกลืนอย่างปลอดภัยในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล 4 วัน โดยพยาบาลซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1. การคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหา กลืนลำบากเพื่อการฝึกกลืน (Swallowing screening) แบ่งเป็น

1.1 ผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งได้ GCS > 11คะแนน (สามารถทำตามคำสั่งได้อย่างน้อย 2

คำสั่งใน 4 คำสั่งดังนี้ ยกแขน, ยกขา, อ้าปาก, บอกชื่อตนเองได้)

1.2 ผู้ป่วยสามารถนั่งตัวตรง 90 องศาบนเตียงผู้ป่วยหรือบนเก้าอี้ นาน 15 นาที

(1) ถ้าผู้ป่วยทำได้ 1 ข้อ พยาบาลให้หยุดประเมิน จากนั้นให้ดื่มน้ำและอาหาร แล้วรายงานแพทย์เพื่อใส่สายยางให้อาหารทางจมูก พยาบาลจะเริ่ม ขั้นตอน ที่ 1 คือ การคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบากเพื่อการฝึกกลืนใหม่อีกครั้งในวันถัดไป

(2) ถ้าทำได้ทั้ง 2 ข้อ (1.1 และ 1.2) แสดงว่าผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ ให้เข้าสู่การประเมินขั้นตอนที่ 2 การประเมินภาวะกลืนลำบาก

2) ขั้นตอนการประเมินเพื่อทดสอบภาวะกลืนลำบาก ประกอบด้วย

2.1 การประเมินความพร้อมก่อนทดสอบกลืนน้ำ

2.1.1 ผู้ป่วยสามารถไต่ตามคำสั่งได้

2.1.2 ผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำลายได้

2.1.3 ผู้ป่วยสามารถเลียริมฝีปากบน ล่างได้

2.1.4 ผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ ไม่หอบเหนื่อย

2.1.5 ผู้ป่วยมีค่าออกซิเจน (SpO₂> 94%) ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก หรือมีปัญหาในการรักษาออกซิเจนในเนื้อเยื่อ

*หากผลประเมินของพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยสามารถทำได้ครบทั้ง 5 ข้อ แสดงว่าผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เพียง 1 ข้อ ให้หยุดทำขั้นตอน

2.2 การทดสอบการกลืนด้วยน้ำ (พัฒนาจากสถาบันประสาท กรมการแพทย์)

2.2.1 ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 1 ช้อนชา ครั้งที่ 1

2.2.2 ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 1 ช้อนชา ครั้งที่ 2

2.2.3 ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 1 ช้อนชา ครั้งที่ 3

2.2.4 ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 50 ซีซี

3) การฝึก และการพยาบาลเพื่อพัฒนาการกลืน (Training and nursing care for Swallowing Development)

3.1 การฝึกการทรงตัว และการบริหารกล้ามเนื้อปากและใบหน้า

3.1.1 ฝึกผู้ป่วยให้ทรงตัวในท่านั่งนานได้ประมาณ 15 นาที

3.1.2 ฝึกผู้ป่วยให้บริหารกล้ามเนื้อปาก

3.2 แนวทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาการกลืน

3.2.1 ดูแลความสะอาดปากฟันก่อนรับประทานอาหาร

3.2.2 จัดอาหารที่มีลักษณะนุ่มเคี้ยวง่าย

3.2.3 การจัดสิ่งแวดล้อมสร้างบรรยากาศให้เจ็บสงบกำจัดสิ่งรบกวนพูดคุยเท่าที่จำเป็น

3.2.4 การจัดท่านั่ง นั่งตัวตรงประมาณ 90 องศา ลำตัวอยู่ตรงกลาง และจัดศีรษะตั้งตรง

3.2.5 การดูแลการกลืนขณะรับประทานอาหารโดยมีขั้นตอนและพิจารณาดังนี้

(1) ถ้าผู้ป่วยไอหรือกลืนซ้ำ ให้โน้มศีรษะไปข้างหน้าเล็กน้อย

(2) ถ้าควบคุมลิ้นได้ไม่ดีให้เอนศีรษะไปด้านหลังเล็กน้อย

(3) ถ้ามีอาหารค้างอยู่ในปากจากการอ่อนแรงของลิ้นหรือแถมให้เอียงศีรษะไปด้านที่ไม่อ่อนแรง

(4) ถ้ามีเสียงน้ำในคอหลังกลืน ให้ผู้ป่วยไอหลายๆ ครั้ง เพื่อให้คอโล่งก่อน จึงจะ

รับประทานอาหารต่อ

(5) ถ้ามีอาการอ่อนแรงของ Pharyngeal ให้ผู้ป่วยเอียงศีรษะไปด้านที่อ่อนแรง

(6) ถ้าผู้ป่วยใช้เวลารับประทานอาหารนาน 45-60 นาที ซึ่งอาจทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนอ่อนแรงเสี่ยงต่อการสำลักอาหารให้แบ่งมื้ออาหารเป็น 5-6 มื้อ

3.2.6 ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารโดยวางยาไว้บนลิ้นด้านที่ไม่อ่อนแรง ให้ผู้ป่วย รับประทานอาหารที่ละเม็ดใช้เวลาในการกลืน ไม่เร่งรัด และให้กำลังใจผู้ป่วยในการกลืนจากนั้นดูแลความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหาร

4. การประเมินผลลัพธ์

การประเมินผลลัพธ์ โดยพยาบาลควรมีการประเมินอาการขณะรับประทานอาหารทุกมื้อ ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยสังเกตอาการดังนี้

4.1 มีน้ำลายไหลหรืออาหารไหลออกจากปาก

4.2 มีอาหารค้างในกระพุ้งแก้ม

4.3 มีอาการไอ สำลักขณะรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ

4.4 อาหารเป็นก้อนติดคอมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง

4.5 มีเสียงน้ำในคอหลังการกลืน

4.6 เมื่อสงสัยว่ามีอาหารค้างในลำคอ (Pharynx) หลังการกลืน (ตรวจโดยการฟังด้วย Stethoscope)

4.7 สามารถรับประทานอาหารได้โดยไม่พึ่งพา

4.8 ใช้เวลาในการรับประทานอาหารเท่ากับหรือมากกว่า 20 นาที

ขั้นสรุปผลและประเมินผลการวิจัย การใช้โปรแกรมที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง และประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำโปรแกรมฯ ไปใช้กับผู้ป่วยใน 5 ด้าน ได้แก่ (1) เนื้อหา มีความชัดเจน เรียงลำดับอย่างเป็นขั้นตอน (2) การใช้ภาษามีความชัดเจนเหมาะสม และเข้าใจง่าย (3) สามารถนำไปปฏิบัติ และให้การพยาบาลได้จริง (4) มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยและ (5) พึงพอใจในการใช้โปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) แบบประเมิน NIHSS และแบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมฯ การวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ โดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดย วิเคราะห์เชิงเนื้อหาการตีความการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เสนอผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี อนุมัติเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2562 เลขที่ อด 0032.002/204

ผลการวิจัย (Result)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.1 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 46.9 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 61-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ 40-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 น้อยที่สุดคือ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.5 อายุเฉลี่ย 65 ปี อายุน้อยที่สุด 45 ปี อายุมากที่สุด 85 ปี การวินิจฉัยโรค มากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน คิดเป็นร้อยละ 87.5 น้อยที่สุดคือโรคหลอดเลือดที่เลือดจากเส้นเลือดแตกในสมองคิดเป็นร้อยละ 12.5 ประวัติการเจ็บป่วย พบว่า ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 34.3 เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 12.5 และปฏิเสธโรคประจำตัว 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.0 ค่าคะแนน NIHSS ระหว่าง 1-4 (Mild) คิดเป็นร้อยละ 43.7 ค่าคะแนน NIHSS ระหว่าง 5-16 (Moderate) คิดเป็นร้อยละ 56.3 ส่วนมากมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 78.1 ด้านอาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 62.50 พบว่า เกษตรกร ค้าขาย และรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 21.9, 3.1, 12.5 ตามลำดับ สถานภาพการสมรส ส่วนมากแต่งงานและอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 62.5 และพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ได้รับการสนับสนุนและการดูแลจากครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 100 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (n=32)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	53.1
หญิง	15	46.9
อายุ		
40-60 ปี	12	37.5
61-80 ปี	16	50
80 ปีขึ้นไป	4	12.5
อายุเฉลี่ย 65 ปี min = 45 ปี, max = 85 ปี		
วินิจฉัยโรค		
Ischemic stroke	28	85.5
Hemorrhagic stroke	4	12.5
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	11	34.4
เบาหวาน	4	12.5
ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน	4	12.5
ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและไขมันในเลือดสูง	3	9.4
ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและไตวายเรื้อรัง	1	3.1
ลิ้นหัวใจรั่ว	1	3.1
ปฏิเสธโรคประจำตัว	8	25
คะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS)		
1-4 คะแนน(Mind stroke)	14	43.7
5-16 คะแนน (Moderate stroke)	18	56.3

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (n=32) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	25	78.1
มัธยมศึกษา	3	9.3
อนุปริญญา	2	6.3
ปริญญาตรี	2	6.3
อาชีพ		
เกษตรกร	7	21.9
ค้าขาย	1	3.1
รับจ้างทั่วไป	4	12.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	62.5
สถานภาพการสมรส (Marital status)		
โสด	1	3.1
อยู่ด้วยกันไม่ได้แต่งงาน	5	15.6
แต่งงาน	20	62.5
แต่งงานแต่ไม่อยู่ด้วยกัน	1	3.1
หม้าย	5	15.6
การสนับสนุนจากครอบครัว (supportive from family)		
ผู้ดูแลหลัก (caregiver)	32	100

2. การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale)

ผลการใช้โปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีช่วงค่าคะแนนการประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) อยู่ระหว่าง 11-15 โดยส่วนมากมีค่าคะแนน

GCS 15 คะแนน จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 78.13 น้อยที่สุด มีค่าคะแนน GCS 11 คะแนน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 9.37 ค่าเฉลี่ยของคะแนน GCS $\bar{x} = 14.43$, S.D. = 1.24 รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) (n=32)

การประเมินระดับความรู้สึกตัว (คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
11	3	9.3
12	0	0
13	2	6.2
14	2	6.2
15	25	78.1
$\bar{x}=14.43$, S.D. =1.24		

3. ผลการใช้โปรแกรมในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรค (NIHSS)

ผลการใช้โปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรค (NIHSS) ส่วนมากมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 5-16 (Moderate Stroke) จำนวน 18 ราย รองลงมาคือมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 1-4 (Mild Stroke) จำนวน 14 ราย ไม่สำคัญลักษณะรับประทานและ ไม่เกิดปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspirate pneumonia) คิดเป็นร้อยละ 100 โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 32 ราย ทำครบทุกขั้นตอนของโปรแกรมฯสามารถกลืนได้ดี ใน

วันที่ 1 จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.8 กลืนได้ดี ในวันที่ 2 จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.4 กลืนได้ดี ในวันที่ 3 จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 กลืนได้ดี ในวันที่ 4 จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 และมีผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกลืนได้ ขณะอยู่โรงพยาบาลในระยะ 4 วัน จำหน่ายกลับบ้าน โดยคายให้อาหารทางสายยางไว้มีจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.3 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสามารถกลืนได้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนความรุนแรงของโรคตั้งแต่ช่วง 1-16 (NIHSS) (n=32)

ความสามารถกลืนได้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนความรุนแรงของโรค	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สำคัญในขั้นตอนที่ 2 และหลังจากได้รับการฝึกกลืนเนื้อปากและลิ้น		
สามารถกลืนได้ดีในวันที่ 1	6	18.8
สามารถกลืนได้ดีในวันที่ 2	11	34.4
สามารถกลืนได้ดีในวันที่ 3	8	25.0
สามารถกลืนได้ดีในวันที่ 4	4	12.5
ผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกลืนได้ ขณะอยู่ โรงพยาบาลในระยะ 4 วัน [*]	3	9.3

* ผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกลืนได้ ขณะอยู่ โรงพยาบาลในระยะ 4 วัน เป็นผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรค Ischemic Stroke

4. ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำโปรแกรมฯ ไปใช้กับผู้ป่วย

การประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำโปรแกรมฯ ไปใช้กับผู้ป่วยใน 5 ด้าน พบว่าพยาบาลมีความคิดเห็นว่าเป็นประโยชน์ มีความชัดเจน เรียงลำดับ อย่างเป็นขั้นตอน ระดับดีมากที่สุด ($\bar{x}=4.90$) พยาบาลมีความคิดเห็นว่าเป็นประโยชน์

โปรแกรมฯ ระดับน้อย คือสามารถนำไปปฏิบัติ และให้การพยาบาลได้จริง อย่างไรก็ตามจากผลในภาพรวมพบว่า พยาบาลมีความคิดเห็นต่อโปรแกรมฯ มีอยู่ในระดับดีมากที่สุด คือ ($\bar{x}=4.7$) ร้อยละเอ็ดด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ (n=10)

ความคิดเห็นของพยาบาล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1.เนื้อหา มีความชัดเจน เรียงลำดับอย่างเป็นขั้นตอน	4.90	0.32	มากที่สุด
2.การใช้ภาษา มีความชัดเจนเหมาะสม และเข้าใจง่าย	4.70	0.48	มากที่สุด
3.สามารถนำไปปฏิบัติ และให้การพยาบาลได้จริง	4.50	0.53	มากที่สุด
4.มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วย	4.80	0.42	มากที่สุด
5.ท่านพึงพอใจในการใช้โปรแกรมนี้เพราะมีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในหน่วยงาน	4.60	0.52	มากที่สุด
ภาพรวม	4.70	0.45	มากที่สุด

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผลการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการล้ม ทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย เกิดการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ แก่ผู้ป่วย นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย และครอบครัว รวมทั้งเป็นการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล ซึ่งถือว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์การวิจัย วิเคราะห์จากข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก มีประวัติการมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงมาก่อน เป็นส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ได้ประกอบอาชีพ รวมทั้งมีผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา¹⁰ ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก สามารถช่วยลดอุบัติการณ์เกิดการล้ม สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาแล้วว่า การให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ และ/หรือการศึกษารายกรณี ระบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดคุณภาพของการพยาบาลที่ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการบริการสุขภาพที่เหมาะสม^{4,7, 9-12} อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ จะพบว่าโปรแกรมฯ

สามารถนำไปใช้ได้จริงในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ไม่ให้เกิดการล้ม และไม่มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้โดยสวัสดิภาพ อย่างไรก็ตามจากรายงานวิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ของอาคม รัฐวงษา และอรสา กงตาล¹³ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ยังไม่สามารถมีระบบการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน สวม. ที่เป็นเครือข่ายทางสุขภาพยังไม่มี ความรู้เพียงพอที่จะให้คำแนะนำ หรือดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยครั้งนี้ ยืนยันว่า การใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก สามารถช่วยลดอุบัติการณ์เกิดการล้ม โดยพยาบาลให้ความคิดเห็นว่าสามารถใช้โปรแกรมฯ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และพยาบาลพึงพอใจในการใช้โปรแกรมนี้เพราะมีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในหน่วยงานในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับ วีระยุทธ ขาตะกาญจน์¹⁴ “วิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) การวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาของ ผู้ปฏิบัติงานที่ดำเนินการเองโดยผู้ปฏิบัติงานจะมี โอกาสแก้ปัญหามาได้สำเร็จมากกว่าการวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาที่ทำโดยบุคคลอื่น”

ข้อเสนอแนะ

1. นำโปรแกรมไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 85 ปี และมีค่าความรุนแรงของโรค 26-42 คะแนน เพื่อไม่ให้เกิดการล้ม และพัฒนาการกลืนได้อย่างปลอดภัย
2. ส่งเสริมให้เกิดการพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้น มีการพิจารณาจัดให้มีในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและพยาบาลดูแลเฉพาะทาง
3. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และ/หรือศึกษาในผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมอื่น รวมทั้งการศึกษาวิจัยติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณดร.ชลการ ทรงศรี ดร. วรัญญาแสงพิทักษ์ และอาจารย์วิโรดิ พงษ์ทิพย์พัฒน์ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ให้ความร่วมมือในการเป็นอาสาสมัครในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ได้สนับสนุนให้กำลังใจช่วยสนับสนุนแก้ปัญหาในด้านต่างๆ จนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Stroke Day. [online]. [cited 2011 Aug 19] ; Available from: URL: <http://www.worldstrokecam - paign.org/media/Pages/AboutWorldStrokeDay2010.aspx>).
2. สุภาวงศ์จิรภักดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน : รายงานกรณีศึกษา, วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 2562; 3 (28): 807 – 817. สืบค้นจาก <https://www.srth.moph.go.th/region11journal/document/Y28N3/19.pdf>. เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2562.
3. World Health Organization (WHO). Global burden of disease 2000. 2006; Retrieved July 10, 2009, from World Health Organization web site: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovasculardiseasesstroke.pdf.
4. นฤมล นามวงษ์, นฤมล สีนสุพรรณ และ กุหลาบ บุริสาร. ผลของโปรแกรมฟื้นฟูการกลืนต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะกลืนลำบาก. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย 2561; 8 (ฉบับพิเศษ): 251-261.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2560. สืบค้นจาก

- https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=3092c3c3250ae67155f7e134680c4152 8 เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2562.
6. Martino R., Foley IN, Martino, Foley, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke* 2005; 36 (12): 2756 - 2763.
 7. เรณู มูลแก้ว, ประทุม สร้อยวงศ์, จินดา รัตน์ ชัยอาจ. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการจัดการอาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ไทย* 2559; 3(2): 44-56.
 8. ศูนย์ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์. *รายงานผู้ป่วยรับใหม่หรือผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงปี 2557-2561: โรงพยาบาลกุมภวาปี*; 2561.
 9. นลินี พสุคันธภักดิ์, สายสมร บริสุทธิ์ และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาท กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
 10. ปัทมา มิตรธรรมศิริ, พยุง เมฆพยัพ, อภินันท์ ชูวงศ์, ภัทรา อารักษ์พุทธรินทร์, บุญมา โอฐธนู, วิมลศรี สมร. *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ* หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ 2551-2552; 1-8. สืบค้นจาก <http://www.photharamhosp.go.th/ptrhos/attachments/article/30/pdfd11.pdf>. เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2563.
 11. ศิริวรรณ กฤษณพันธ์. *การพัฒนาระบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์*. *สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร* 2551; 5(1): 765-779.
 12. จิตลัดดา ประสานวงศ์, ปฐมวดี สิงห์ตง, รสสุคนธ์ สามเสน. *การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* โรงพยาบาลศรีสะเกษ. *วารสารกองการพยาบาล* 2555; 39(2): 51-65.
 13. อาคม รัฐวงษา และอรสา กงตาล. *การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย*. GRC 2012 Graduated Research Conference,

2555: 670-680 สืบค้นจาก file:///C:/Users/Win10x64Bit/Desktop/MAD%20ME/MAD%20ME-2019/MOD-2019/Articles/อ ำ ค ม . pdf. เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2563.

14. วีระยุทธ ชาทะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research). **วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครศรีธรรมราช** 2553; 29(1): 1-7.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง และเขตชนบท อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

กิตติษฐา โพธิ์ละเดา , รัชฎา ราชชมภู , สิริณาท นักรำ , ประเสริฐ ประสมรักษ์ ,
สุภาวดี พันธุมาศ, ยุวดี สารบุรณี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมืองและเขตชนบท อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณประมาณค่าสัดส่วนกรณีไม่ทราบจำนวนประชากรจำนวน 64 คน สุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71, 0.86, 0.65 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติ Chi-square Test และ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมืองและเขตชนบท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.87 และ 75.00ตามลำดับ การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.38 และ 81.2 ตามลำดับรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 78.12 เท่ากัน มีโรคร่วมคือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 65.63 และ 56.25ตามลำดับ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 53.12 และ 56.25ตามลำดับ ระดับน้ำตาลในเลือด 126-154 mg/dl ร้อยละ 56.25 และ 50.00ตามลำดับ เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานทั้งหมดและไม่เคยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร้อยละ 50 และ 62.50 ตามลำดับ แต่กลุ่มผู้ป่วยเขตเมือง ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 53.12 ระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 14.57 ± 10.40 ปี ส่วนกลุ่มผู้ป่วยเขตชนบท ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 46.87 ระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 11.87 ± 9.92 ปีทั้งนี้ผู้ป่วยทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.00เท่ากัน โดยความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกันแต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.026$) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) ส่วนด้านอื่นไม่มีความ

แตกต่างกัน ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์หรือหน่วยงานด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคล เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

¹ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

Corresponding Author: Prasert Prasomrukemail , Email: prasert.pra@mahidol.edu

HEALTH LITERACY OF TYPE 2 DIABETIC PATIENT AND TO COMPARE URBAN AREA AND RURAL AREA IN MUANG DISTRICT AMNATCHAROEN PROVINCE

*Kitnittha Poladao , Waratchada Ratchompoo, Sirinat Nakram , Prasert Prasomruk ,
Suphawadee Panthumas , Yuwadee Saraboon¹*

ABSTRACT

This study was a descriptive survey research .The purpose of this research were to study the health literacy of type 2 diabetic patient and to compare urban area and rural area in Mueang District,Amnatcharoen province.The sample size was calculated by approximate proportion the unknown population 64 sample cases using the multi-stage samplingandquestionnaires with reliability values of 0.71,0.86,0.65 respectively.The data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics Chi-square Test and Fisher's Exact Test

The results found that diabetic patients in urban area and rural area mostly female 71.87 and 75.00 respectively.Finished primary school 84.38 and81.25 respectively, salary less than 2000 bath 78.12 equal. Comorbidity is high blood pressure 65.63 and 56.25 respectively, not complications 53.12 and 56.25 respectively.Blood sugar level126-154 mg/dl56.25and50.00respectively. Diabetic Clinic and not receive constant care at home 50 and 62.50 respectively.Urban area most vacancies 53.12. Duration of disease 14.57 ± 10.40 year, occupation famers 46.87, stage of disease 11.87 ± 9.92 year.Patients in urban area and rural area that most of health literacy levels medium 50.00 equal, and overall there was no statistically significant difference.Considering each aspect, it was found that Cognitive skillwas statistically significant difference ($p=0.026$)and Decision skill there was statistically significant difference ($p=0.003$).The other health literacy there was no statistically significant difference.Therefore, Medical Professionalsshould attention to the development of personal health literacy for change health behavior and take care of themselves properly.

Key words: Health literacy, type 2 diabetic patients

¹ Public Health Program , Mahidol University , Amnat Charoen Campus

บทนำ (Introduction)

โรคเบาหวาน เป็นความผิดปกติทางเมแทบอลิซึม ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง อันเนื่องมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างรวมกัน การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดการทำลาย การเสื่อมสมรรถภาพ และการล้มเหลวในการทำงานอวัยวะต่างๆ¹ ซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ.2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน และคาดว่า ในปี พ.ศ. 2588 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน² องค์การอนามัยโลก ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี พ.ศ. 2573 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคน ในแต่ละปี และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ซึ่งคิดเป็น 6 คน ในทุกๆ 1 นาที่³ ในระดับประเทศไทย พบว่าคนไทยที่อายุมากกว่า 15 ปี เป็นเบาหวานร้อยละ 6.9 โดยที่มีประชาชนที่อยู่ในวัยทำงานอายุระหว่าง 45 - 59 ปี เป็นเบาหวานถึงร้อยละ 10.1 และผู้ที่อายุ 30-44 ปี เป็นเบาหวานร้อยละ 3.4⁴ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 พบว่า ความชุกของผู้ป่วย

โรคเบาหวานประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 4.8 ล้านคน⁵

จากรายงานของ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2562 พบว่าสถานการณ์โรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 10 มีอัตราความชุกโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 - 2561 เท่ากับ 482.08, 541.27 และ 520.84 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน และสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มผู้ป่วยทั่วประเทศ ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ⁶ และจากการรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่ามีอัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ปีงบประมาณ 2562 ทั้งหมด 6,768 คน คิดเป็นร้อยละ 58.86 และผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้โดยมีเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 40 ภาพรวมจังหวัดอำนาจเจริญร้อยละ 22.64 มี 1 อำเภอที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ คือ อำเภอปทุมราชวงศา คิดเป็นร้อยละ 43.50 และ 6 อำเภอ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ คือ อำเภอเสนางคนิคม คิดเป็นร้อยละ 11.77 อำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ 15.08 อำเภอลืออำนาจ คิดเป็นร้อยละ 15.17 อำเภอพนาคิดเป็นร้อยละ 26.70 อำเภอชานุมาน คิดเป็นร้อยละ 29.02 อำเภอห้วยตะพาน คิดเป็นร้อยละ 32.15⁷

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานคือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ร่วมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์อื่นๆ เช่น พฤติกรรมจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญมากในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งปัญหาเหล่านี้สาเหตุหนึ่ง มาจากการที่ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายไม่ถูกต้อง การไม่สามารถดูแลด้านสุขภาพพื้นฐานของตนเอง ขาดการตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพที่เหมาะสม มีการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 75.32⁸ และมีการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพมีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้และเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่หรือปัญหาการสื่อสารกับผู้อื่นในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ตนเองต้องการ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาเรื่องสุขภาพมากกว่าคนที่รับรู้ข้อมูลสุขภาพ และเข้าใจข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่า⁹ และกองสุขศึกษาได้ร่วมมือกับ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในการนำแนวคิดการวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ จะเน้นการวัดการรับรู้หรือความรู้สึก ในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรม การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ที่

ป่วยด้วยโรคเบาหวานกลุ่มเป้าหมาย 12 เขตสุขภาพ ในภาพรวมมีระดับความรู้แจ้งแตกฉานอยู่ในระดับรู้จัก คือ คะแนนความเข้าใจถูกต้องต่ำกว่า ร้อยละ 75 ทั้งกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยระดับ 1-3 และผู้ป่วยรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 88.0 และ 90.0 มีเพียงร้อยละ 10.0 - 12.0 เท่านั้น ที่มีระดับการรู้แจ้ง คะแนนความเข้าใจถูกต้องเท่ากับหรือสูงกว่า ร้อยละ 75 และเมื่อพิจารณารายเขต พบว่า ในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในทุกเขต อยู่ในระดับรู้จัก คือ คะแนนความเข้าใจถูกต้องต่ำกว่า ร้อยละ 75 คิดเป็นร้อยละ 79.2 - 97.7 มีเพียงร้อยละ 2.3 - 20.8 เท่านั้นที่อยู่ในกลุ่มระดับรู้แจ้ง คะแนนความเข้าใจถูกต้องเท่ากับหรือสูงกว่า ร้อยละ 75 ขึ้นไป ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลัย นิละไพจิตร¹⁰ นอกจากนี้ที่อยู่อาศัยยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยในปัจจัยส่วนบุคคล ประชาชนที่มีที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เฉพาะองค์ประกอบของการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ และทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนองค์ประกอบอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน โดยพบว่าประชาชนที่มีที่อยู่อาศัยในเขตเมืองจะมีโอกาสที่จะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรทางสุขภาพได้มากกว่า ประกอบกับมีโอกาสที่จะรับรู้ปัญหาทางสุขภาพที่ดีกว่า และมีความเลือกในการตัดสินใจทางสุขภาพสูงกว่า เบญจมาศ สุมิตรไมตรี, 2556¹¹

จากผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 12 เขตสุขภาพในภาพรวมมีระดับความรู้แจ้งแตกฉานอยู่ในระดับรู้จักมีค่าคะแนนความเข้าใจถูกต้องต่ำกว่าร้อยละ 75 และประชาชนที่มีที่อยู่อาศัยในเขตเมืองจะมีโอกาสที่จะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรทางสุขภาพได้มากกว่า และมีทางเลือกในการตัดสินใจทางสุขภาพสูงกว่า ซึ่งปัญหาเหล่านี้สาเหตุหนึ่ง มาจากการที่ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ในขณะที่ความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกนั้นยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อจะได้นำมาเป็นข้อมูลในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครบทุกองค์ประกอบ ที่จะส่งผลทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถดูแลสุขภาพของตนได้อย่างดี ที่สำคัญยังไม่พบการศึกษาที่แพร่หลายในแต่ละพื้นที่ เขตเมืองและเขตชนบท อำเภอมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมืองและเขตชนบท

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ(survey research)

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตเนื้อหา ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ความสามารถและทักษะ ครอบคลุม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ รวมถึงทักษะการตัดสินใจที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดำรงชีวิตของตนเองและครอบครัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

ขอบเขตประชากร ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพศชายและเพศหญิง ทั้งหมด ที่เข้ารับการรักษาที่สถานบริการรัฐสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

ขอบเขตพื้นที่ อำเภอมืองอำนาจเจริญของจังหวัดอำนาจเจริญ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในเขตเมืองและเขตชนบท อำเภอมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวนทั้งสิ้น 6,768 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกประชากร ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้า

1. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ได้รับ

การวินิจฉัยโดยแพทย์ และเข้ารับการรักษาที่สถานบริการรัฐ

2. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ที่ไม่อยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทอำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 64 คน แบ่งกลุ่มละ 32 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณประมาณค่าสัดส่วนกรณีไม่ทราบจำนวนประชากร แทนค่าความเชื่อมั่นที่กำหนด ($Z_{\alpha}=1.96$) อำนาจการทดสอบ ($Z_{\beta}=0.84$) ในการกำหนดค่าอัตรากลุ่ม 1 ($P_1=0.56$) จากความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2¹² ในการกำหนดค่าอัตรากลุ่ม 2 ($P_2=0.88$) จากการสำรวจความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง¹⁰

การสุ่มตัวอย่าง ศึกษาในอำเภอเมืองอำนาจเจริญ ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ในเขตเมืองใช้การศึกษาในระดับประชากรและการสุ่มเขตชนบท ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับ

ฉลากเลือกตำบล การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Custer sampling) ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด 3 ลำดับ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลใช้

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาโดย พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา¹² ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเป็นข้อ

คำถามแบบเติมคำตอบ (scale) และตรวจสอบรายการ (check list) มีจำนวนทั้งหมด 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเติมคำตอบ (scale) และ

ตรวจสอบรายการ (check list) มีจำนวนทั้งหมด 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเป็นข้อคำถามแบบปรนัย (Objective Test) 4 ตัวเลือก จำนวน 6 ข้อ

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล คะแนนเต็ม 6 คะแนน โดยถ้าตอบถูก ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่ตอบหรือตอบผิด ให้ 0 คะแนน และนำคะแนนรวมมาแบ่งเป็น 3 ระดับ

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
< 3.60 คะแนน	ไม่ดี	รู้และเข้าใจ ยังไม่ถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน
3.61-4.79 คะแนน	พอใช้	รู้และเข้าใจ อย่างถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน
4.80-6.00 คะแนน	ดีมาก	รู้และเข้าใจ อย่างถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ปฏิบัติทุกครั้ง, ปฏิบัติบ่อยครั้ง, ปฏิบัติบางครั้ง, ปฏิบัตินานๆ ครั้ง, ไม่ได้ปฏิบัติ และระดับการให้ คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับจำนวน 10 ข้อเนื้อหาประกอบด้วย

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
จำนวน 2 ข้อ 10 คะแนน

การสื่อสารสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ
15 คะแนน
การจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อ 15
คะแนน
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ
จำนวน 2 ข้อ 10 คะแนน
การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน
และแปลผล การเข้าถึงข้อมูลและบริการ
สุขภาพเพื่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวน
2 ข้อ (10 คะแนน)และนำคะแนนรวมมา
แบ่งเป็น 3 ระดับ

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
< 6.00 คะแนน	ไม่ดี	ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ
6.00-7.9 คะแนน	พอใช้	สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจได้
8.00-10.00 คะแนน	ดีมาก	สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากเพียงพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้อง

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน (15 คะแนน) และนำคะแนนรวมมาแบ่งเป็น
และแปลผล การสื่อสารสุขภาพเพื่อ 3 ระดับ
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวน 3 ข้อ

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
< 9.00 คะแนน	ไม่ดี	ยังมีปัญหาในด้านทักษะการฟัง การอ่าน การเขียนและการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้
9.00-11.99 คะแนน	พอใช้	พอใช้ สามารถที่จะฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจได้บ้างแต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ
12.00-15.00 คะแนน	ดีมาก	มีความเชี่ยวชาญพอในด้านการฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจอย่างถูกต้อง

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน (15 คะแนน) และนำคะแนนรวมมาแบ่งเป็น
และแปลผล การจัดการตนเองเพื่อ 3 ระดับ
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวน 3 ข้อ

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
< 9.00 คะแนน	ไม่ดี	มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและการจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองไม่ค่อยได้
9.00-11.99 คะแนน	พอใช้	มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและการจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นส่วนใหญ่พอ
12.00-15.00 คะแนน	ดีมาก	มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและการจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน (10 คะแนน) และนำคะแนนรวมมาแบ่งเป็น และแปลผล การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 3 ระดับ เพื่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มี จำนวน 2 ข้อ

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
< 6.00 คะแนน	ไม่ดี	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยแทบจะไม่ ต้องคิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อน
6.00-7.99 คะแนน	พอใช้	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่ออยู่บ้าง โดยมี การวิเคราะห์หรือตรวจสอบข้อมูลก่อนในบางเรื่อง
8.00-10.00 คะแนน	ดีมาก	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อเฉพาะที่ผ่าน การวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลด้วยตนเองก่อนว่าถูกต้องจริง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องของตนเอง ที่ถูกต้อง 3 ข้อ (12 คะแนน) ระดับการให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ

เพื่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นข้อคำถาม

มีแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 3 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
< 7.20 คะแนน	ไม่ดี	ไม่สนใจสุขภาพตนเอง ยึดมั่นทำตามสบายโดยไม่ คำนึงถึงผลดีผลเสียต่อสุขภาพตนเอง
7.20-9.59 คะแนน	พอใช้	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติที่ เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพของตนเองเท่านั้น
9.60-12.00 คะแนน	ดีมาก	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติที่ เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่นอย่าง เคร่งครัด

การแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3,4,5 จำนวน 19 ข้อ นำมาบวกกัน คะแนน
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งเป็นส่วนที่ 3, รวมเต็ม 68 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้
4, 5 และแปลผลระดับความรอบรู้ทั้ง 6 คะแนนและแปลผลดังนี้
องค์ประกอบ จากการรวมคะแนนส่วนที่

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
ถ้าได้ < 40.80 คะแนน	ไม่ดี	เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ
ถ้าได้ 40.80-54.39 คะแนน	พอใช้	เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องบ้าง
ถ้าได้ 54.40 – 68.00 คะแนน	ดีมาก	เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพมาก เพียงพอและมีการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและ ยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาโดย พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา (2560) โดยค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมิน ตอนที่ 3 มีค่า KR-20 (Alpha) เท่ากับ 0.71, ตอนที่ 4 มีค่า Cronbach's (Alpha) เท่ากับ 0.86, ตอนที่ 5 มีค่า Cronbach's (Alpha) เท่ากับ 0.65

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้

ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวผู้วิจัยเอง ได้ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำนาจเจริญ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาผือ ในการเก็บแบบประเมินจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และลงรหัสก่อนนำไปบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิง

พรรณนา (Descriptive statistic) ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Analytical statistics) เพื่อเปรียบเทียบ

ค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสถิติ Chi-square Test และ Fisher's Exact Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 15/2562 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2562 และได้ปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด

ผลการวิจัย (Result)

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมืองและเขตชนบท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.87 และ 75.00 ตามลำดับ การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.38 และ 81.25 ตามลำดับรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 78.12 เท่ากัน โรคร่วมคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.63 และ 56.25 ตามลำดับ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 53.12 และ 56.25 ตามลำดับ ระดับน้ำตาลในเลือด 126-154 mg/dl ร้อยละ 56.25 และ 50.00 ตามลำดับ

เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานและไม่เคยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร้อยละ 50 และ 62.50 ตามลำดับกลุ่มผู้ป่วยเขตเมืองมีอายุเฉลี่ย 66.53 ± 11.61 ปี และมีอายุต่ำสุด 42 ปี อายุสูงสุด 87 ปี ซึ่งมีอายุเฉลี่ยเท่ากันระหว่าง 60-69 ปี และอายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.37 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.12 ระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 14.57 ± 10.40 ปี สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเขตชนบทมีอายุเฉลี่ย 68.65 ± 10.86 ปี อายุต่ำสุด 48 ปี อายุสูงสุด 88 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 46.87 และระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 11.87 ± 9.92 ปี

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม

6 องค์ประกอบ ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพในเขตเมืองและเขตชนบทอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน พิจารณาเป็นรายด้านทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในเขตเมืองและเขตชนบทอยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 43.75 และ ร้อยละ 50.00 ตามลำดับ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพในเขตเมืองและเขตชนบทอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 65.52 และ ร้อยละ 56.25 ตามลำดับ ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพในเขตเมืองและเขตชนบทอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ

56.25 และ ร้อยละ 53.12 ตามลำดับ ด้านการจัดการตนเองในเขตเมืองและเขตชนบทอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 53.13 และ ร้อยละ 59.38 ตามลำดับ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในเขตเมืองและเขตชนบทอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 59.37 และ ร้อยละ 71.88 ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในเขตเมืองอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 46.88 ในเขตชนบทด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 40.60

3. เปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามที่อยู่อาศัย ในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมไม่มีความแตกต่างกันแต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.026$) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมืองและเขตชนบท อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ (n=64)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	เมือง n(%)	ชนบท n(%)	χ^2	p-value
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม			0.259	0.611
ไม่ดี (< 40.80 คะแนน)	2 (6.25)	4 (12.50)		
พอใช้ (40.81-54.39 คะแนน)	16 (50.00)	16 (50.00)		
ดีมาก (54.40-68.00 คะแนน)	14 (43.75)	12 (37.50)		
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ			4.947	0.026*
ไม่ดี (< 3.60 คะแนน)	14 (43.75)	16 (50.00)		
พอใช้ (3.61-4.79 คะแนน)	5 (15.63)	11 (43.38)		
ดีมาก (4.80-6.00 คะแนน)	13 (40.62)	5 (15.62)		
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ			0.591	0.442
ไม่ดี (< 6.00 คะแนน)	6 (18.75)	11 (43.38)		
พอใช้ (6.00-7.9 คะแนน)	5 (15.63)	3 (9.37)		
ดีมาก (8.00-10.00 คะแนน)	21 (65.62)	18 (56.25)		
การสื่อสารสุขภาพ			0.063	0.802
ไม่ดี (< 9.00 คะแนน)	6 (18.75)	4 (12.50)		
พอใช้ (9.01-11.99 คะแนน)	8 (25.00)	11 (43.38)		
ดีมาก (12.00-15.00 คะแนน)	18 (56.25)	17 (53.12)		
การจัดการตนเอง			0.254	0.614
ไม่ดี (< 9.00 คะแนน)	4 (12.50)	3 (9.37)		
พอใช้ (9.01-11.99 คะแนน)	11 (34.37)	10 (31.25)		
ดีมาก (12.00-15.00 คะแนน)	17 (53.13)	19 (59.38)		
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ			1.108	0.292
ไม่ดี (< 6.00 คะแนน)	3 (9.37)	4 (12.50)		
พอใช้ (6.00-7.9 คะแนน)	10 (31.25)	5 (15.62)		
ดีมาก (8.00-10.00 คะแนน)	19 (59.37)	23 (71.88)		
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง			9.057	0.003*
ไม่ดี (< 7.20 คะแนน)	6 (18.75)	11 (34.38)		
พอใช้ (7.21-9.59 คะแนน)	11 (34.37)	17 (53.12)		
ดีมาก (9.60-12.00 คะแนน)	15 (46.88)	4 (12.50)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ความรู้ทางด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ มาเป็นนิยามของ “ความรู้ทางด้านสุขภาพ” ใช้ในการทำแบบประเมิน และจากการศึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ คือ เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องบ้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา¹⁵ ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามที่อยู่อาศัย ในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมไม่มีความแตกต่างกัน แตกต่างจากการศึกษา เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี¹¹ ศึกษาเรื่องความฉลาดทางสุขภาพ และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่

ประชาคมอาเซียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดด้านพื้นที่ที่ศึกษาที่สะดวกต่อผู้วิจัย ทำการศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอเดียวกันคือ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ ประชาชนเข้ารับบริการทั้งในหน่วยบริการทุติยภูมิ และปฐมภูมิ โดยหน่วยบริการทั้ง 2 แห่ง สามารถให้บริการทางด้านสุขภาพได้เหมือนกัน ได้แก่ การวินิจฉัย ให้ยารักษาโดยแพทย์ ให้องค์ความรู้เพื่อการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวาน และบุคคลในครอบครัว การติดตามผลการรักษา และสามารถวินิจฉัยภาวะน้ำตาลในเลือด รวมถึงติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นทักษะการดูแลตนเองและปรับบริการอย่างต่อเนื่อง

ความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในเขตเมืองและเขตชนบท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.026$) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในเขตเมืองและเขตชนบท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิรินันท์ สุขศรีและดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม¹³ ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะ

การตัดสินใจเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.11 และ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 43.68 ในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ เนื่องจากในการศึกษาค้างนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยเขตเมืองมีอายุเฉลี่ย 66.53 ปี โดยเขตชนบทมีอายุเฉลี่ยที่มากกว่าเขตเมืองคือ มีอายุเฉลี่ย 68.65 ปี ทำให้ในด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพลดลงไปประกอบกับปัจจัยด้านการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณรัตน์ รัตนวรารค์ และวิทยา จันทรทา¹⁴ ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า ดังนั้นระดับความรู้ ความเข้าใจทางวิชาการจึงไม่สูงมากนัก การประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป และค้าขาย และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 5695.63 บาท ส่วนในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องผู้ป่วยในเขตเมืองและเขตชนบท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี¹¹ พบว่าประชาชนที่อยู่ในเขตเมืองจะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรทางสุขภาพได้มากกว่า มีโอกาสที่จะรับรู้ปัญหาสุขภาพที่ดีกว่า และมี

ทางเลือกในการตัดสินใจทางสุขภาพดีกว่าประชาชนในเขตชนบท เนื่องจากในการศึกษาค้างนี้พบว่า ในเขตชนบท ขาดการตัดสินใจด้านการปฏิบัติในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารเมื่อต้องไปร่วมในงานเลี้ยงสังสรรค์ เช่น งานบุญ ชื่นบ้านใหม่ หรืองานบวช ที่หากมีอาหารประเภทหวานหรือมัน จำเป็นจะต้องรับประทานตามคำเชิญนั้น เนื่องจากในชนบทจะให้ความสำคัญในการเป็นมิตรกับคนในชุมชนและมีข้อจำกัดด้านทางเลือกบริโภคอาหาร

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพในเขตเมืองและเขตชนบทโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คือ สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากเพียงพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้อง และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในเขตเมืองและเขตชนบท โดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คือ ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อเฉพาะที่ผ่านการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลด้วยตนเองก่อนว่าถูกต้องจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนาลักษณ์ สุขประสาน¹⁵ ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่าเขตเมืองและชนบท

มีระยะทางไม่ไกลกันมากนัก การติดต่อสื่อสารคมนาคมมีความสะดวกผู้ที่อยู่ในชนบทสามารถเดินทางเข้ารับบริการในเขตเมืองได้ อีกทั้งระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองให้เป็นสถานบริการหลักในการการจัดบริการดูแลสุขภาพประชาชน ดังนั้นประชาชนทั้งในเขตเมืองและชนบทจึงสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพได้ไม่แตกต่างกัน

ด้านการสื่อสารสุขภาพในเขตเมืองและชนบทโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คือ มีความเชี่ยวชาญพอในด้านการฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจอย่างถูกต้อง แตกต่างจากการศึกษางานวิจัยของ กันตพงษ์ ปราบสง^๖ ศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ของความแตกต่างด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (เบาหวานชนิดที่ 2) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านโป่ง มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้และเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่หรือปัญหาการสื่อสารกับผู้อื่นในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ตนเองต้องการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างด้านสุขภาพในระดับนี้เป็นเพียงแค่การแสดงถึงการมีทักษะในการอ่านและเข้าใจข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย

แต่ไม่ได้แสดงถึงแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ด้านการจัดการตนเองในเขตเมืองและเขตชนบท โดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คือ มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเอง และจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้องค์ความรู้เพื่อการดูแลตนเอง การติดตามผลการรักษา และการวินิจฉัยภาวะน้ำตาลในเลือด ซึ่งส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในระดับปานกลางจนถึงระดับดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากการศึกษาค้นคว้า พบว่าความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมืองและชนบทมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ คือ เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ และอาจมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องบ้าง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการให้ความรู้และให้ความสำคัญความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบเพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลให้ดียิ่งขึ้น

2. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ดังนั้น หน่วยงานด้านสุขภาพ ได้แก่ กองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีนโยบาย แผนงานหรือกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง เช่น การบรรยาย การสาธิต การฝึกทักษะ

3. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในเขตชนบทอยู่ในระดับไม่ดี ดังนั้น จึงควรมีการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ฝึกทักษะการเจรจาต่อรอง/ปฏิเสธในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ สร้างโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เรียนรู้ทางเลือกที่เหมาะสมและกระทบต่อตนเองน้อยที่สุด หรือการสร้างบุคคลต้นแบบในชุมชนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างละเอียดในกลุ่มอื่นที่มีบริบทแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้เพื่อขยายองค์ความรู้

2. เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านระยะเวลาและพื้นที่ ทำให้ศึกษาได้เพียงอำเภอเดียว จึงควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ เพิ่มเติมเพื่อให้สามารถเป็นตัว

แทนที่ดีในการระบุถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. กรมควบคุมโรค. **ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลก 2561**. [ออนไลน์]. 2561.เข้าถึงเมื่อ/2562 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/>
2. สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ. **ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2561**. [ออนไลน์]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ/2562 ตุลาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/>.
3. องค์การอนามัยโลก. **ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2561**. [ออนไลน์]. 2561. เข้าถึงเมื่อ/ 2562 ตุลาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/>.
4. เพชร รอดอารีย์. **คนไทยเป็นเบาหวานพุ่งกว่าครึ่งไม่รู้ตัว กรมอนามัย แนะนำกำลังกาย-ปรับการกิน**. [ออนไลน์]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ/ 2562 ตุลาคม 2]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.isranews.org/>.
5. สถาบันระบบวิจัยสาธารณสุข. **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5**. [ออนไลน์]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ/ 2562 ตุลาคม 13] เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaitgri.org/>.
6. คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. **อัตราความชุกโรคเบาหวานต่อแสน**

- ประชากร. [ออนไลน์]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ/2562 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hdcservice.moph.go.th/hdc/>.
7. สำนักงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี. [ออนไลน์]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ/ 2562 กันยายน 14]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.acr.hdc.moph.go.th>.
 8. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์. การวิจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. [ออนไลน์]. 2554. [เข้าถึงเมื่อ/ 2562 ตุลาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://opac-healthsci.psu.ac.th/>
 9. กุสุมา กังหลี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;3: 256-68.
 10. กันตพงษ์ ปราบสงบ. ศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ของความแตกต่างด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (เบาหวานชนิดที่ 2) ในอำเภอบ้านโป่งจังหวัดราชบุรี. [ออนไลน์]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ/2562 กันยายน 14]. เข้าถึงได้จาก: <http://journalgrad.ssru.ac.th/>.
 10. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริยน์ละไพจิตร. การสำรวจความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. [ออนไลน์]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ/ 2562 ตุลาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nkp-hospital.go.th/>.
 11. เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. ความฉลาดทางสุขภาพ และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. [ออนไลน์]. 2556. [เข้าถึงเมื่อ/ 2562 กันยายน 14]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.mfa.go.th/>.
 12. พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา. ความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
 13. ศิรินันท์ สุขศรี. และ ดาริวรรณ เศรษฐธรรม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2560; 4: 73-84.
 14. วรรณรัตน์ รัตนวงศ์. และวิทยา จันทร์ทา. ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. วารสารวิทยาลัย

พยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

2561; 24:34-51.

15. ธนาลักษณ์ สุขประสาน. ความสัมพันธ์
ระหว่างความรู้เท่าทันข้อมูลสุขภาพกับ
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ร่วมกับภาวะไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือภาวะหัวใจล้มเหลว ในจังหวัดยโสธร

อังศุมาลิน โคตรสมบัติ , เพชรรัตน์ ศรีสุรัตน์¹

บทคัดย่อ

วิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b และหรือภาวะหัวใจล้มเหลวการวิเคราะห์ความรอบรู้ทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาาร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณีผสมผสานโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้พบไตเรื้อรังระยะ3bและหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 45 คน ใช้กลุ่มเดียวและสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลจำนวน 30 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2562-กุมภาพันธ์ 2563 ใช้เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ความรอบรู้ทางสุขภาพ สำหรับผู้ป่วย 2) แบบประเมินความรู้ของพยาบาล ความพึงพอใจ และแนวคำถามเชิงโครงสร้างที่ใช้สำหรับสนทนากลุ่มของสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ pair t-test ในกิจกรรมสนทนากลุ่มวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษการวิจัยได้รูปแบบการจัดการรายกรณีผสมผสานโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น และพบผลลัพธ์ทางคลินิกระดับความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด ไชมันลดลง ชะลอความเสื่อมของไตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ข้อเสนอแนะ ในงานวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการรายกรณีที่ต้องการในด้านหนึ่งคือความคุ้มค่าคุ้มทุน

คำสำคัญ : รูปแบบการจัดการ, ความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้, ไตเรื้อรังระยะ 3b , หัวใจล้มเหลว

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยโสธร

Corresponding Author: Aungsumalin Kotsombat , Email: nungning09@gmail.com

DEVELOPMENT OF CARE MANAGEMENT MODEL FOR UNCONTROLLED HYPERTENSIVE AND DIABETES WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE STAGE3B AND/OR HEART FAILURE PATIENTS

Aungsumalin Kottsombat , Petcharat Srisurat¹

ABSTRACT

The research and development study aimed to development of care management model for uncontrolled hypertensive and diabetes with chronic kidney diseases stage3b and /or heart failure patients on analysis health literacy and clinical outcome of patients. The conceptual framework model were research and development with case management model from CMSA 2016 combine health literacy and self –management program. This study in patients 45 case from medical physician diagnosis uncontrolled hypertensive and diabetes with chronic kidney diseases stage3bor/and heart failure patients and multidisciplinary total number 30 case. The study was carried out during February 2019 to February 2020. The equipment of this study divides into 2 categories : 1). The form for patient of test health literacy and self–management, clinical outcome information and questionnaires quality of life. 2) The form for multidisciplinary test of nurse' knowledge and satisfaction, the questionnaires on structural operational of focus group discussion. Data analysis were using percentage for descriptive, mean and standard deviation which test hypothesis by pair-t-test at the level of statistical significance were set $P < 0.05$. The operational of focus group discussion was data analysis using by content analysis. The result of this study were as follow : The case management model combine health literacy and self–management program. Mean score of health literacy total dimension of patients after development case management model higher than before. The clinical outcome that glycemic and blood pressure and lipid in blood stream and estimated glomerular filtration rate (eGFR) decrease level in to delaying progression of chronic kidney disease as the result of good quality of life. The suggestion that next research study about value for money of case management model.

Key words : care management, uncontrolled hypertensive and diabetes mellitus, chronic kidney disease stage3b, heart failure

¹ Registered Nurse, Profession Level, Yasothon Hospital

บทนำ (Introduction)

โรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อเป็นปัญหาระดับโลก และระดับประเทศ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ประชากรโลกมีภาวะโรคเบาหวานจำนวน 221 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2010 เพิ่มขึ้นสองเท่าในปี ค.ศ. 2030¹ สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ คาดการณ์ในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 156 พันล้านคน เพราะเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตประชากรทั่วโลกก่อนวัยอันควรประมาณ 8 ล้านคนต่อปี และยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ และโรคหัวใจ² การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นไปได้ค่อนข้างยากประมาณ 70% คือ กลุ่มประชากรที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลที่ไม่เป็นระบบ³ ในประเทศไทยโรคความดันโลหิตสูงพบผู้ป่วยจำนวน 1,725,719 ราย มีอัตราความชุกสูงสุด 2,709.06 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือโรคเบาหวาน พบผู้ป่วย 888,580 ราย อัตราความชุก 1,394.91 ต่อประชากรแสนคน คิดร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งจากสถิติในปี 2552 พบความชุกร้อยละ 6.9 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 ในปี 2557 วิเคราะห์สถานการณ์ได้ถึงแนวโน้มในปีต่อไปโรค

ความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่มิไคร่วมมากกว่า 1 โรค⁴

ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดได้ส่งผลทำให้เกิดภาวะไตเรื้อรัง ในประเทศไทยพบสาเหตุของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุดร้อยละ 34.0 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 26.0⁵ สุดท้ายในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการดูแลรักษาพยาบาลที่ดีมีคุณภาพและเป็นระบบ ผู้ป่วยสามารถพัฒนาโรคเลวลงอย่างรวดเร็วและพบภาวะแทรกซ้อนคือหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงต่างๆ จากมีการคั่งของเหลวในระบบไหลเวียนเลือดเช่น อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า บวม ขี้น้ำ เหนื่อยง่าย หน้าอกวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยลดลง การรักษาพยาบาลเป็นไปได้ด้วยความลำบาก ต้องใช้บุคลากรทางสุขภาพที่มีความรู้ความชำนาญ และรูปแบบวิธีการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีการประสานงานร่วมทีมที่เป็นระบบ ความต่อเนื่องในการติดตาม และการวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาลที่ชัดเจน⁶

จังหวัดยโสธรจากข้อมูลทางสถิติในปี 2560-2562 พบระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) คือ 22.24, 24.34 และ 23.36 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และเมื่อนำข้อมูลของ

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ (ความดันโลหิต > 140/90 มม.ปรอท และ FBS > 200 mg%) และโรคไตเรื้อรังระยะ 3 b หรือ และมีภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 34.97, 34.70 และ 35.80 ตามลำดับ คาดการณ์ได้ถึงแนวโน้มที่สูงขึ้น พบผู้ป่วยต้องกลับเข้ามานอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นและอาการหนักร้อยละ 40 ภายในระยะเวลา 3 เดือน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และอัตราการตายสูง โดยเฉลี่ยมีชีวิตรอดร้อยละ 50 ภายใน 4 ปี ต้องอาศัยการดูแลที่ซับซ้อน จึงก่อให้เกิดภาระทั้งด้านกำลังคนผู้ดูแล เวลา ทรัพยากรทางสาธารณสุขอื่นๆ และนำไปสู่การสูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาล

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว ในปี 2557 ได้ทำการวิจัยเรื่อง “พัฒนาระบบเครือข่ายผู้จัดการรายกรณีโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จังหวัดยโสธร” ต่อมาในปี 2559 ได้ทำการวิจัยเรื่อง “พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในจังหวัดยโสธร” และได้นำผลงานวิจัยมาใช้ในการงานคลินิก พบวิจัยดังกล่าวสามารถแก้ไขระบบบริการพยาบาลในระดับหนึ่ง ดังนั้นในปี 2561-2562 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา เรื่อง “สำรวจสภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการควบคุมระดับความดันโลหิต” ผลการวิจัยพบผู้ป่วยควบคุม

ความดันโลหิตไม่ได้พฤติกรรมสุขภาพส่วนมากการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงและใช้ผงชูรส และดื่มสุรา สูบบุหรี่ และรับประทานยาไม่ตรงเวลา และพบเมื่อความดันโลหิตลดลงผู้ป่วยหยุดยาด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับความรู้ทางสุขภาพ ต่อมาผู้วิจัยได้มีการทดลองใช้ชุดแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานจำนวน 100 คน ผลจากการเก็บข้อมูลพบผู้ป่วยมีความรู้ทางสุขภาพ ระดับไม่เพียงพอ ความรู้ด้านสุขภาพที่ต้องปรับปรุงคือความสามารถในการอ่านและจดจำประเด็นหลักที่สำคัญ (ร้อยละ 78.5) เมื่อได้รวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่ผ่านมา และผลการสำรวจสุขภาพทั้งหมด และความสำคัญการพัฒนาแบบแผนการจัดการที่มีอยู่ในปัจจุบันจะหาอย่างไรให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีในระยะยาวบนพื้นฐานความรู้ทางสุขภาพ สำหรับประเทศไทยได้ให้คำนิยามความรู้ทางสุขภาพ คือ “ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดี

ของตนเองไว้เสมอ รวมถึงชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพ”⁸ ด้วยเหตุผลและข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาจึงได้ทำการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ร่วมกับภาวะไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือภาวะหัวใจล้มเหลว ในจังหวัดยโสธร”

วัตถุประสงค์ (Objective)

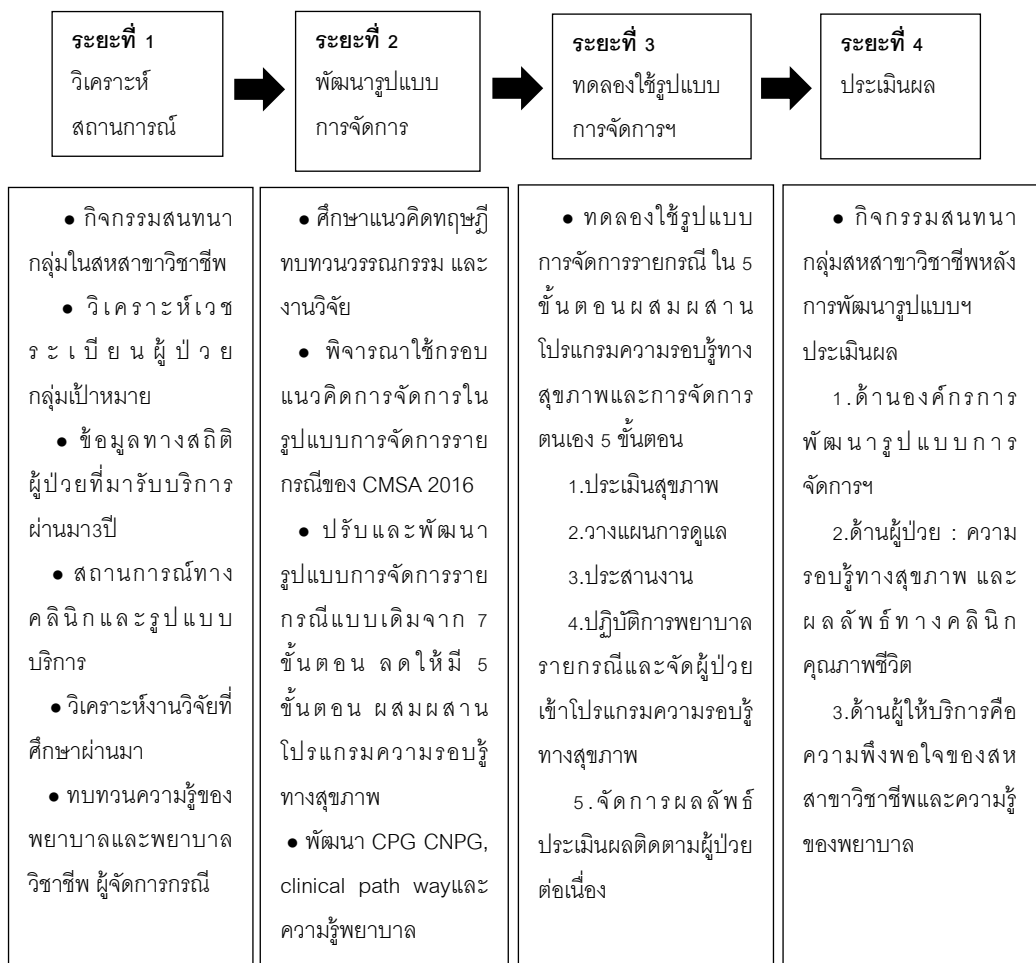
เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b และ

หรือภาวะหัวใจล้มเหลวการวิเคราะห์ความรอบรู้ทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา มี 4 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบ 3) ทดลองและปรับปรุงรูปแบบการจัดการฯ 4) ประเมินผล ร่วมกับแนวคิดของการจัดการรายการของ CMSA 2016⁷ ผสมผสานใช้โปรแกรมความรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากงานวิจัยของสวितวี วิษณุโยธิน⁹

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

1.ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ทำการคัดเลือกตามเกณฑ์ ประกอบด้วย

1.1 กลุ่มที่ 1 คือ พยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ของแผนกอายุรกรรมจำนวน 15 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายการกรณีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลโยธธ และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดยโสธร จำนวน 10 คน สหสาขาวิชาชีพจำนวน 5 คน ประกอบด้วย เกษตรกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด และอายุรแพทย์ รวมทั้งหมดจำนวน 30 คน

1.2 กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีโรคไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำการคัดเลือก ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ามาในกลุ่มศึกษา คือ (1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานชนิดที่ 2 และหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว (2) กลุ่มศึกษาได้รับการรักษาที่คลินิกนานมากกว่า 1 ปี และมีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 -180/99 มม.ปรอท ย้อนหลัง 3-4 เดือนติดต่อกัน 2 ครั้ง ในการมาตรวจรักษาตามนัด และพบระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร (FBS/FPG) สูงกว่าปกติในช่วง 180-350 มก./ดล และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C)

อยู่ในช่วงมากกว่า 7-10 มก/ดล. (3) ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในภาวะวิกฤติ (4) ผู้ป่วยสามารถอ่าน จำ และโต้ตอบสื่อสารได้ สามารถเป็นผู้ให้ข้อมูลได้หลายมิติ (5) ยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและเซ็นลายมือชื่อยินยอมของการวิจัยครั้งนี้ลงในแบบฟอร์มพิกขสิทธิ์สำหรับกลุ่มตัวอย่าง และการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ใช้โปรแกรม Power Analysis for Sample Size ผ่านโปรแกรม G* star Power ใช้สถิติ dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่แอลฟา (α) = 0.05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.95 , สำหรับขนาดอิทธิพล (effect size) คำนวณจากรายงานการวิจัยที่คล้ายคลึงกับการวิจัยในครั้งนี้ได้เท่ากับ 0.5 โปรแกรมประมวลผลกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนเท่ากับ 45 คน ซึ่งผู้ป่วยได้มาจากคลินิกผู้ป่วยคลินิกความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหัวใจ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโยธธ ซึ่งมีภูมิลำเนาตามที่อยู่นอกเขตอำเภอเมืองยโสธร ใช้กลุ่มศึกษากลุ่มเดียวทำการวัดเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการทดลองพัฒนารูปแบบฯ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน

2.1 เครื่องมือที่ใช้สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลทางคลินิก คือ ระดับความดันโลหิต น้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร

น้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง ไชมันในเลือด ผลการคำนวณGFR ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2) แบบทดสอบความรอบรู้ทางสุขภาพมีการ ปรับและพัฒนาเครื่องมือมาจากการงานวิจัยของ ดร.นริมาลย์ นิละไพจิตร และ ผศ.ดร.ชนวน ทอง ธรสุภาญจน์¹⁰ 3) แบบสัมภาษณ์ คุณภาพชีวิต ของ Minisota ผู้วิจัยได้ทำการ ทดลองเครื่องมือกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้าย กับผู้ป่วยกลุ่มศึกษาจำนวน 10 คน และ ทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน

2.2 เครื่องมือที่ใช้สำหรับสหสาขา วิชาชีพ ได้แก่ 1) แนวคำถามเชิงโครงสร้างที่ ใช้สำหรับสนทนากลุ่มมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามปลายเปิดเป็นข้อคำถาม หลักเกี่ยวกับ ความต้องการที่จะพัฒนา รูปแบบการจัดการในระบบการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังไม่ติดต่อ ความต้องการอื่นๆ ที่จะ พัฒนาศักยภาพของสหสาขาวิชาชีพ รูปแบบ การจัดการรายกรณีในแบบเดิมและรูปแบบที่ ต้องการพัฒนา ความเป็นไปได้ในการ ผสมผสานโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพ และการจัดการตนเองใช้ร่วมกับรูปแบบการ จัดการรายกรณี ความคิดเรื่องความรอบรู้ ทางสุขภาพกับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย วิธีที่ต้องการการส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาล ชุมชน ประโยชน์ที่ได้จากรูปแบบที่ได้รับการ พัฒนาฯ ความคาดหวังผลลัพธ์ที่ได้ทาง คลินิก ความคิดเห็นของสหสาขาวิชาชีพต่อ รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาฯ 2) แบบวัดความ

พึงพอใจสหสาขาวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทดสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.82 และ 3) แบบวัดความรู้พยาบาลวิชาชีพและพยาบาล ผู้จัดการรายกรณีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทดสอบ ความเที่ยงโดยใช้ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87 ซึ่งเครื่องมืองานวิจัยทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดย ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ทำการทดลอง เครื่องมือกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่ม ศึกษาจำนวน 30 คน ใช้ระยะเวลาในการ ดำเนินงานจัดทำเครื่องมืองานวิจัยทั้งหมด ในช่วงเดือน มีนาคม-เมษายน 2562

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล และ วิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล สถานที่ คือ คลินิกความดันโลหิตสูงและ เบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยโสธร และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จังหวัดยโสธร โดยผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บ รวบรวมข้อมูลจากหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลยโสธร ในระยะเวลาช่วงเดือน พฤษภาคม 2562 –มกราคม 2563 หลังจาก หัวหน้าพยาบาลได้พิจารณาอนุมัติให้เก็บ รวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยงานวิจัยได้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในระยะที่ 3 ของการดำเนินงานวิจัยเป็นระยะของการ ทดลองพัฒนารูปแบบฯ โดยทำการเก็บข้อมูล ก่อนและหลังทดลองพัฒนารูปแบบฯ ก่อน

การนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSSpc ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิงคือ pair t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลกิจกรรมसनทนากลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

4. การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลยโสธร โดยคณะกรรมการฯ ได้อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ในหมายเลขที่ 2/2562 ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มศึกษา โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ทำตามขั้นตอนของการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย กลุ่มศึกษาสามารถขอยุติเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล กลุ่มศึกษาเข้าใจในรายละเอียดสมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มศึกษาให้อ่านแบบคำชี้แจงและลงนาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินงานเพื่อการวิจัยและพัฒนาอยู่ในช่วงเดือนมีนาคม 2562-มกราคม 2563 แบ่งเป็น 4 ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีตามกรอบแนวคิดของ CMSA 2016 ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบฯ ที่ปรับและพัฒนาเรียบร้อยแล้วจาก

ระยะที่ 2 ระยะที่ 4 ประเมินผล มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

- จัดประชุมทีมพยาบาล พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และสหสาขาวิชาชีพจำนวน 30 คน และผู้บริหาร วิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกและรูปแบบเดิมที่ให้บริการ ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้, โรคไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว และข้อมูลทางสถิติที่ผู้ป่วยมารับบริการใน 3 ปีย้อนหลัง ตัวชี้วัดทางคลินิก

- ทบทวนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการรายกรณีของกลุ่มศึกษา 25 คน

- จัดกิจกรรมसनทนากลุ่มในกลุ่มศึกษาสหสาขาวิชาชีพจำนวน 30 คน ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน เชิงสนทนาแบบกลุ่มเดี่ยว ตามข้อคำถามหลัก 10 ข้อ ที่ผู้นำกลุ่มกำหนด และให้ผู้ร่วมสนทนาอภิปรายเชิงโต้ตอบในประเด็นที่กำหนดเวลาในการทำกิจกรรมไม่เกิน 2 ชั่วโมง หลังจบการสนทนาผู้นำกลุ่มทำการสรุปผลและทำการนัดหมายกิจกรรมसनทนากลุ่มครั้งต่อไป

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีฯ โปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพ แนวทางปฏิบัติ, แผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพและผู้จัดการรายกรณี

- ศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ และความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีไตเรื้อรังและหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว

- พิจารณาใช้กรอบแนวคิดการจัดการรายการกรณีของ CMSA 2016 ผสมผสานโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง

- พัฒนาและปรับปรุงแบบการจัดการรายการกรณีของ CMSA จาก 7 ขั้นตอน ปรับลดให้มี 5 ขั้นตอน และพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง พัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการรายการกรณี จัดประชุมทางวิชาการและเพิ่มพูนทักษะการอบรมเรื่องการจัดการรายการกรณี ความรอบรู้ทางสุขภาพ และการจัดการแบบบูรณาการโรค และผู้วิจัยได้พัฒนาแบบทดสอบการวัดความรู้ของพยาบาล โดยทดสอบความรู้กลุ่มศึกษาก่อนและหลังการประชุม

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการจัดการรายการกรณีผสมผสานการใช้โปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพ และปรับปรุงพัฒนารูปแบบฯ ครั้งที่ 2

3.1 ทดลองใช้รูปแบบการจัดการรายการกรณีซึ่งมี 5 ขั้นตอน ผสมผสานการใช้โปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเองในกลุ่มศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มีภาวะ

ไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับการรักษาคลินิกอายุรกรรมเฉพาะโรค งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยโสธร ในไตรมาสที่ 1 (ในช่วง 3 เดือนแรก ของการทดลองใช้รูปแบบฯ) หลังจากนั้นในไตรมาสที่ 2 (ช่วง 3 เดือนที่สอง) ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชนตามภูมิลำเนาเดิมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในปัจจุบัน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายการกรณีโรงพยาบาลยโสธรประสานงานร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายการกรณีโรงพยาบาลชุมชนทำหน้าที่จัดการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลทั้งหมดตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนถึงชุมชน

ขั้นตอนที่ 1 ประเมิน คัดกรอง จำแนกผู้ป่วย ตามแบบฟอร์มการประเมินภาวะสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการดูแล และแผนปฏิบัติการพยาบาล เป็นแผนการจัดการที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล โดยเน้นให้เป็นไปตามแผนการดูแล ในกรณีที่ไม่เป็นไปตามแผนการดูแลให้ระบุความแปรปรวนที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 ประสานงาน หลังประเมิน คัดกรอง จัดการตามแผนพบผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพ ที่ไม่เป็นไปตามแผนการดูแล หรือ แนวทางการปฏิบัติ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการประสานแพทย์ผู้ทำการรักษา หรือ ส่งต่อแผนกอื่นตามแนวทางปฏิบัติ เช่น แผนกฉุกเฉิน หรือประสานสหสาขาวิชาชีพ หลังจากผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีภาวะสุขภาพที่

เหมาะสมเป็นไปตามแผนการดูแลทำการส่งต่อไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านตามภูมิลำเนาของผู้ป่วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประสานไปที่พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนเพื่อทำการดูแลต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการดูแล ผู้วิจัยทำการตรวจร่างกาย ประเมินภาวะสุขภาพ และให้การจัดการลดระดับความดันโลหิตลดลงตามเกณฑ์กำหนด และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม จัดการพยาบาลให้ได้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีในระยะสั้น หลังจากผู้ป่วยได้รับการจัดการภาวะสุขภาพให้สมดุล จัดผู้ป่วยเข้าโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพฯ หลังจากนั้นเก็บข้อมูลแบบทดสอบความรู้ทางสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการรายการณผสมผสานโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

ขั้นที่ 5 ติดตามผลการจัดการของการพัฒนารูปแบบการจัดการรายการณฯ ประเมินผลลัพธ์ ความรู้ทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว (ในไตรมาสที่ 2) ในกิจกรรมที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องคือ วัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring = HBPM), ตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง (Self – Monitoring Blood Glucose = SMBG) ซึ่งน้ำหนักทุกวัน ,ประเมินอาการบวม และผู้ป่วยจัดการตนเอง ประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง และบันทึก

ข้อมูลในสมุดประจำตัวของผู้ป่วย โดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทาง Line กลุ่ม ในการติดตามผลลัพธ์

3.2 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการจัดการรายการณฯ

ระยะที่ 4 ประเมินผลและการจัดการผลลัพธ์หลังการพัฒนารูปแบบ

ประเมินผลโดยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มวิเคราะห์บทสนทนาเชิงเนื้อหาของสหสาขาวิชาชีพภายหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการฯ ประเมินความพึงพอใจ และความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลผู้จัดการรายการณฯ สำหรับผู้ป่วยวิเคราะห์ความรู้ทางสุขภาพในไตรมาสที่ 1 ไปถึงไตรมาสที่ 2 และผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิต

ผลการวิจัย (Result)

1. **ระยะที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์จากการวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก วิเคราะห์ผลการสำรวจทางสุขภาพและงานวิจัยที่ศึกษาผ่านมา รวมทั้งวิเคราะห์ในผู้ป่วยกลุ่มศึกษาดังกล่าวพบผู้ป่วยมีความซับซ้อนทางสุขภาพ ผลสำรวจความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ต้องการผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ซึ่งรูปแบบของการจัดการทางคลินิกมีการใช้รูปแบบการจัดการรายการณฯแต่ไม่ได้ปรับหรือพัฒนาให้มีประสิทธิภาพตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

2. **ระยะที่ 2** พัฒนารูปแบบ การผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ได้นำมาพัฒนา

รูปแบบการจัดการรายกรณีฯ โปรแกรมความรู้ทางสุขภาพ แนวทางปฏิบัติ แผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพและผู้จัดการรายกรณีประกอบด้วย

2.1 จัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม สหสาขาวิชาชีพ ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสรุปให้มีการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในกรอบแนวคิดของ CMSA 2016 มาปรับและพัฒนา

2.2 การจัดการรายกรณีของ CMSA ลดขั้นตอนการดำเนินการจาก 7 ขั้นตอน ให้มี 5 ขั้นตอน ผสมผสานความรู้ทางสุขภาพ และการจัดการตนเอง

2.3 พัฒนาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย กลุ่มศึกษา และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จำนวน 25 คน

3. ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบฯ เป็นระยะเวลา 9 เดือน และ ประเมินผล หลังการพัฒนารูปแบบฯ จากกิจกรรมสนทนากลุ่มในสหสาขาวิชาชีพ มีความพึงพอใจในรูปแบบดังกล่าวเหมาะสมในการนำไปใช้ใน ระบบบริการพยาบาล เพราะรวดเร็วและการ

จัดการที่กระชับมากขึ้น จากการลดขั้นตอนของการจัดการ มีการจัดการโรคร่วมกันเชิงบูรณาการโรคในครั้งเดียวที่มารับบริการ ลดความซ้ำซ้อนของการประเมินพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้พัฒนาความรู้เพิ่มเติม ผลจากการพัฒนารูปแบบฯ ส่งผลให้ความรอบรู้ทางสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปรากฏตามตาราง

4. ระยะที่ 4 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย

1. ประเมินความพึงพอใจ ของสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีฯ 3.30 (0.95), และ 8.96 (1.09) ตามลำดับ คะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (95% CI -6.13, -5.20) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n=30)

ความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพ, พยาบาลผู้จัดการรายกรณี	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95% CI of μd	df	p-value
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	3.30	0.95	-5.66	-6.13, -5.20	29	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	8.96	1.09				

*p-value <0.05

2. ประเมินความรู้ ของพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.56 (5.91) และ 36.28 (2.24) ตามลำดับ คะแนนความรู้ก่อน และหลังพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (-24.2, -19.1) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n=25)

ความรู้ของสหสาขาวิชาชีพ, พยาบาลผู้จัดการฯ	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95% CI of μd	df	p-value
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	14.56	5.91	-	-24.2, -19.1	24	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	36.28	2.24	21.72			

*p-value <0.05

3. ประเมินความรู้ทางสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ทางสุขภาพโดยรวม ก่อนการพัฒนา คือ 57.0 (5.5) คะแนน หลังการพัฒนา ในไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 คะแนนเท่ากับ 184.9 (9.1), และ 210.2 (1.9) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางสุขภาพก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ ไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ (-131.2, -124.6 และ -154.7, -151.7 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมทุกด้าน ก่อนพัฒนารูปแบบ และหลังพัฒนารูปแบบ ในไตรมาสที่ 1 และไตรมาส ที่ 2 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ที่ควบคุมไม่ได้ (n=45)

คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพทุกด้าน	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95% CI of μd	df	p-value
ก่อนพัฒนา	57.0	5.5	-127.9	-131.2, -	44	<0.001*
หลังพัฒนา ไตรมาสที่ 1	184.9	9.1		124.6		
ก่อนพัฒนา	57.0	5.5	-153.2	-154.7, -	44	<0.001*
หลังพัฒนา ไตรมาสที่ 2	210.2	1.9		151.7		

*p-value <0.05

4. ประเมินค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ และหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ 25.48 (11.58) และ 76.86 (14.43) ตามลำดับ คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.001$ (95%CI -55.4,-47.29) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้และหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว (n=45)

คะแนนคุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95% CI of μd	df	p-value
ก่อนพัฒนา	25.48	11.58	-51.3	-55.4,-47.29	44	<0.001*
หลังพัฒนา	76.86	14.43				

*p-value <0.05

5. ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ระดับความดันโลหิตคือ 157/91 มม.ปรอท (11.7, 8.3), และ 127/72 มม.ปรอท (10.0, 9.3) ตามลำดับ ระดับน้ำตาลในเลือด หลังดื่มน้ำและอาหาร คือ 240.5 (53.8) และ 146.8 (30.3) ตามลำดับ, ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงตลอดระยะเวลา 2-3 เดือน (HbA1C) คือ 8.9 (2.0) และ 7.6(1.6) ตาม

ลำดับ,ระดับไขมันในเลือดชนิดไม่ดี (LDL) คือ 128.0(22.9) และ 104.0(19.2) ตามลำดับ ค่าประมาณอัตราการกรองของไต eGFR คือ 56.0 (27.7) และ 65.6 (26.5) ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยพบผลลัพธ์ทางคลินิกทุกรายการก่อน และหลังพัฒนารูปฯ พบว่า แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P<0.001$ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มีไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว (n=45)

รายการทางด้านคลินิก	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		$\bar{d}$	95% CI of μd	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
- ความดันโลหิต (mmHg)								
- Systolic blood pressure	157.3	11.7	127.5	10.0	29.8	26.4, 33.1	44	<0.001*
- Diastolic blood pressure	91.1	8.3	72.1	9.3	19.0	15.1, 22.8	44	<0.001*
- ระดับน้ำตาลในเลือด หลังงดน้ำและอาหาร (FBS/FPG)	240.5	53.8	146.8	30.3	93.6	78.4, 108.8	44	<0.001*
- ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงตลอดระยะเวลา 2-3 เดือน	8.9	2.0	7.6	1.6	1.29	1.01, 1.58	44	<0.001*
- ระดับไขมันในเลือดชนิด LDL	128.0	22.9	104.0	19.2	24.0	17.4, 30.6	44	<0.001*
ค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณ eGFR	56.0	27.7	65.6	26.5	-9.6	-12.5, -6.7	44	<0.001*

*p-value <0.05

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

รูปแบบการจัดการรายกรณีผสมผสานการใช้โปรแกรมความรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มีโรคไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือมีภาวะหัวใจ

ล้มเหลว เชี้นำบูรณาการโรคมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในระบบบริการพยาบาลเพราะมีความรวดเร็ว และการจัดการที่กระชับมากขึ้นจากการลดขั้นตอนของการจัดการ มีการจัดการโรคร่วมกันเชิงบูรณาการโรคในครั้งเดียวที่มารับบริการ ลดความซ้ำซ้อนของการประเมิน พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาล

ผู้จัดการรายกรณีได้ความรู้เพิ่มมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมคิด สุภาพันธุ์¹¹ เมื่อได้รับความรู้เพิ่มเติมส่งผลให้มีความมั่นใจในเชิงวิชาการที่จะนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้นรวมทั้งคะแนนความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และสหสาขาวิชาชีพเป็นหนึ่งในสี่ขององค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีที่ต้องพัฒนาควบคู่ไปพร้อมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของรูปแบบฯ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรุณี ไชยฤทธิ์¹ และงานวิจัยของ นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา⁵ ซึ่งหลังจากที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมดุลเมื่อได้รับการจัดการเข้าโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเรียนรู้พัฒนาความรู้ทางสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มศึกษาเป็นบุคคลที่สูงอายุความรู้ด้านสุขภาพที่ต้องปรับปรุงคือ ความสามารถในการอ่านและจดจำประเด็นหลักที่สำคัญ (ร้อยละ 78.5) ทำให้การวิจัยต้องมีจำนวนการทดสอบความรู้ทางสุขภาพหลังการพัฒนารูปแบบฯ 2 ครั้ง เพื่อเพิ่มความทรงจำให้ผู้ป่วยโดยไม่เร่งรีบ ทำให้ผลของคะแนนหลังการพัฒนารูปแบบฯ เพิ่มขึ้นโดยรวมในทุกด้าน เป็นผู้ที่มีความรู้ทางสุขภาพสูงหรือ “รู้แจ้ง” อภิปรายได้เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น มิติทางสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกพบผลลัพธ์ทาง

สุขภาพดีขึ้นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถลดระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือดลดลง สามารถชะลอความเสี่ยงของไตได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาวซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุขมาพร พึ่งผาสุก⁴ และงานวิจัยของชินตา เตชะวิจิตรจารุ⁶

ข้อเสนอแนะ

ในงานวิจัยครั้งนี้ต่อไป ควรมีการศึกษาในค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเนื่องจากประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการรายกรณีที่ต้องการในด้านหนึ่งคือความคุ้มค่าคุ้มทุน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่นำเครื่องมือจากการทำวิจัยในครั้งนี้ไปใช้เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานักเรียนพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. อรุณี ไชยฤทธิ์, วิมล จึงสมบัติ. บทบาทสำคัญของผู้จัดการรายกรณีต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : เบาหวานและความดันโลหิตสูง. **พยาบาลสาร** 2560;44(4):195-205.

2. รุ่งทิวา ชันทมูล, สมจิตร แคนสีแก้ว. การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ** 2560; 2: 89-97.
3. Anderson.,R.M. Rice, T.R., and Kominski,G.F. **Health Care System**. Third Edit. Jossey – Bass; 2017.
4. สุขมาพร พิงผาสุก, นภาพร วาณิชยกุล, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์. ความสัมพันธ์ของความแตกต่างทางสุขภาพ ผลการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและอิทธิพลทางสังคมกับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และหรือความดันโลหิตสูง. **วารสารสหการพยาบาล** 2560; 32(2): 111-25.
5. นวลชนิษฐ์ ลิขิตลี้อา, อัมรภัทร์ อรรถชัยวัจน์, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, ธีรพร สติธังกูร, ศิริมา ลีละวงศ์. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. **วารสารกองการพยาบาล** 2560; 44(2): 141-58.
6. วาสนา สุวรรณรัตน์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล,วิชชุดา เจริญกิจการ,ฉัตรกนก ทุมวิภาค. ประสพการณ์และการจัดการกับ, อาการแสดง, สภาวะสุขภาพในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. **วารสารการพยาบาลทรงอกไทย** 2556; 24(1):1-16.
7. Case Management Society of America. **Standards of Practice for Case Management**. n.d. 2016.
8. Tachavijitjaru C., Health Literacy: A Key Indicator towards Good Health Behavior and Health Outcomes. **Journal of The Thai Army Nurses** 2018; 19: 1-9.
9. สาวิตรี วิษณุโยธิน. **ประสิทธิผลของโปรแกรมผสมผสานความแตกต่างทางสุขภาพและการจัดการตนเองสำหรับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย**. ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต; สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2560.
10. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, นรีมัลย์ นีละไพจิตร. **การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ**. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขกับมหาวิทยาลัยมหิดล. 2558.
11. สมคิด สุภาพันธ์. การพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. **วารสารการพยาบาลสาธารณสุข** 2562;28(5).857-66.

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง

ศิริดา วิพัทธะพร¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2560 ถึงเดือนกันยายน 2561 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงจำนวน 30 คน ผู้ดูแลจำนวน 30 คน และบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 10 คน ขั้นตอนการพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง 2) การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง 3) ทดลองใช้รูปแบบ 4) ประเมินผล

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยกำหนดโครงสร้างทีมและบทบาทหน้าที่ 2) การวางแผนจำหน่าย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินปัญหาและความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การกำหนดแผนการจำหน่ายโดยใช้ METHOD การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล 3) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว 4) รูปแบบการให้ความรู้และสอนทักษะ 5) การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้เมื่ออยู่ที่บ้าน 6) การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง หลังการนำรูปแบบไปทดลองใช้ไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้านผู้ดูแลพบว่าหลังการสอนผู้ดูแลมีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ในด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย 30 วัน พบว่ามีค่าคะแนนความสามารถอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 1.75$, $SD=0.30$) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.88$, $SD= 0.24$) ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.77$, $SD=0.49$)

คำสำคัญ : รูปแบบ , การวางแผนจำหน่าย , ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม

Corresponding Author: Sirada Vipatanaporn , Email: sirada2013@gmail.com

THE DEVELOPMENT OF DISCHARGE PLANNING MODEL FOR SEVERE HEAD INJURY PATIENTS

Sirada Vipatanaporn¹

ABSTRACT

The research and development study aimed to develop and investigate the effect of the discharge planning model for severe head injury patients. This study was conducted during April 2017 to September 2018. The subject composed of 30 severe head injury patients, 30 caregivers and 10 personnel from multidisciplinary team. The development process consisted of 4 phases; 1) situation analysis of discharge planning in severe head injury patients; 2) development of discharge planning model for severe head injury patients; 3) Implementation and 4) Evaluation. The results of this study showed the discharge planning model for severe head injury patients composed of 6 components: 1) Participation of multidisciplinary teams by defining the team structure, and roles, 2) 5 steps discharge planning: (i) Problems and needs assessments; (ii) Problem diagnosis; (iii) Identifying discharge plan using METHOD system; (iv) Implementation and (v) Evaluation, 3) Family participation, 4) Education and skill developing program for caregivers, 5) Support equipment needed to be used at home and 6) information delivery for continuing care. After implemented the discharge planning model for severe head injury none of the patients was readmitted within 28 day, for caregivers, the mean scores of knowledge after attending education program was significantly higher than the score before attending education program ($p < 0.01$). In addition, the mean scores of capabilities for caring patient after 30 days discharge were at a high level ($\bar{x} = 1.75$, $SD = 0.30$). Both patients and caregivers as well as multidisciplinary team have the highest level of satisfaction score ($\bar{x} = 4.88$, $SD = 0.24$; $\bar{x} = 4.77$, $SD = 0.49$) respectively.

Key words: Model , Discharge planning , Severe head injury patient

¹ Registered Nurse, Professional Level, Nakhon Phanom Hospital

บทนำ (Introduction)

บาดเจ็บ ศีรษะ เป็น ปัญหา สาธารณสุขที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต และทุพพลภาพของประชากรทั่วโลก สาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุบนถนน แม้ว่าแต่ละประเทศจะพยายามกำหนดนโยบายทาง สาธารณสุขเพื่อแก้ไขสาเหตุดังกล่าว แต่ จำนวนของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลับมี แนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากการรายงานของ องค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2558 พบว่าในแต่ละปีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ บนถนนประมาณ 1.25 ล้านคน หรือกว่า 3,400 คนต่อวัน โดยประเทศไทยมีอัตราการ เสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก โดยพบ อัตราการเสียชีวิต 36.2 รายต่อแสนประชากร¹ ซึ่งก็สอดคล้องกับข้อมูลของกระทรวง สาธารณสุขปี 2558 พบว่าอุบัติเหตุบนถนน เป็นสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่สำคัญ โดยพบมีผู้เสียชีวิตประมาณ 12,000-15,000 คน มีความพิการประมาณ 7,000-9,000 คน และในจำนวนผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุ บนถนนนี้พบว่าศีรษะเป็นอวัยวะที่ได้รับ บาดเจ็บสูงที่สุดประมาณร้อยละ 32.35^{2,3} แม้ว่า ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี การแพทย์และการสาธารณสุขจะส่งผล ให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีโอกาสรอดชีวิต สูงขึ้น แต่ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่มีความ ผลกระทบกระเทือนต่อสมองทำให้มีความ บกพร่องของการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลกระทบโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ สังคมและพฤติกรรม ผู้ป่วย จำนวนมากที่หลังจากได้รับบาดเจ็บศีรษะ แล้วเกิดความพิการ มีความสามารถในการ ดูแลตนเองหรือความสามารถในการทำ กิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลงหรืออาจไม่สามารถ ทำได้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้อง ได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจาก ผู้ดูแล⁴

ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ชาย โรงพยาบาลนครพนม พบมีแนวโน้ม สูงขึ้นทุกปีโดยในปี พ.ศ.2558-2559 มีผู้ป่วย เข้ามาับการรักษาทั้งหมดจำนวน 893 คน และ 985 คน ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยโดยรวม 5.7 และ 5.2 วัน สำหรับผู้ป่วยที่มีการ บาดเจ็บศีรษะในระดับรุนแรง จะมีระยะเวลา วันนอนเฉลี่ย 23.35 และ 20.07 วัน พบอัตรา การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะคิดเป็น ร้อยละ 10.89 และ 10.02 ตามลำดับ⁵ โดยภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำได้แก่ การเกิดปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิด แผลกดทับที่บางครั้งมีความรุนแรงเกิดการ ติดเชื้อในกระแสเลือดและทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิต และพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิด ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวก็คือ ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความตระหนักในการปฏิบัติ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพการป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อน และส่วนหนึ่งขาดอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่นที่นอนลม ป้องกันการเกิดแผลกดทับ

จากการทบทวนกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ในด้านการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล พบว่า วิธีการให้ความรู้และการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนทำให้มีความหลากหลายในการปฏิบัติ ขาดการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ การให้ความรู้ไม่ครอบคลุมการตอบสนองปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ที่สำคัญไม่ได้นำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ไม่สามารถหาผู้ดูแลหลักได้เนื่องจากการมีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันเข้ามาดูแลผู้ป่วย ทำให้การเตรียมความพร้อมกระทำในวันใกล้จะจำหน่าย ในด้านอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน พบว่ายังไม่เพียงพอต่อบริการ และที่เป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องให้กับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินปัญหาและตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยนั้น พบว่าข้อมูลที่ส่งยังขาดความสมบูรณ์และมีความล่าช้า จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการวางแผนจำหน่ายที่ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บ

ศีรษะรุนแรงให้เป็นรูปธรรมโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีผลลัพธ์ที่มุ่งหวังก็คือ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนมีความพึงพอใจในบริการ

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้ และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล สถานที่ศึกษา ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลนครพนม ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2560 ถึงเดือนกันยายน 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย 3 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนมีนาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2561 จำนวน 198 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแล ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหรือญาติ หรือผู้ที่สมาชิกในครอบครัว จัดหา มาเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะรุนแรง จำนวน 198 คน กลุ่มที่ 3 บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง ประกอบด้วย ประสาทศัลยแพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพจิตเวช นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเภสัชกร จำนวน 8 คน

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ รุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ชายโรงพยาบาลนครพนม คัดเลือกแบบ เจาะจง (purposive sapling) จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ (1) เป็นผู้ป่วยที่มี อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการวินิจฉัยโรค เมื่อเข้ารับการรักษาว่าบาดเจ็บศีรษะรุนแรง (Glasgow coma score < 8 คะแนน) (3) ไม่ มีการบาดเจ็บที่ร่างกายส่วนอื่นที่มีพยาธิ สภาพที่มากกว่าหรือรุนแรงกว่าการบาดเจ็บ ศีรษะครั้งนี้ เช่น กระดูกต้นคอหัก กระดูกสัน หลังหัก (4) มีคะแนนความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีค่าคะแนนดัชนี บาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL index) อยู่ ระหว่าง 0-11 คะแนน (5) ยินดีเข้าร่วมการ วิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ (1) ผู้ป่วยที่แพทย์จำหน่ายไม่สมัครใจอยู่

(2) ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีการตายของ สมอ (3) ผู้ป่วยเสียชีวิต

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชายโรงพยาบาลนครพนม โดย เลือกแบบเจาะจง (purposive sapling) จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้ (1) เป็นผู้รับผิดชอบ หลักในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง เกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติที่อาศัยอยู่ใน ครอบครัวเดียวกัน หรือผู้ที่สมาชิกใน ครอบครัวจัดหา มาเพื่อทำหน้าที่ในการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง (2) การรับรู้ปกติ สามารถพูดคุยสื่อสารได้ (3) ยินดีเข้าร่วมการ วิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้ารับการสอนความรู้ และทักษะตามแผนการสอน

กลุ่มที่ 3 บุคลากรทีมสหสาขา วิชาชีพ โดยคัดเลือกแบบเจาะจงจากทีมที่ ให้ การดูแลผู้ป่วยทางคลินิกศัลยกรรม (Pateint Care Team) ที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 5 วิชาชีพ ได้แก่ ประสาทศัลยแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร พยาบาลจิตเวช พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

(1) ยินดีเข้าร่วมวิจัย (2) ปฏิบัติงาน อยู่ในช่วงเวลาระหว่างเดือนเมษายน 2560

ถึงกันยายน 2561 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ เจ้าหน้าที่ย้ายออก จากแผนกหรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลาดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่

1. แบบ สัมภาษณ์ และแบบ ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในการวิเคราะห์สถานการณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นคำถามปลายเปิด แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ในด้านความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา วิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นวัดความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง ซึ่งพัฒนามาจากแบบทดสอบความรู้เรื่องการบาดเจ็บศีรษะสำหรับญาติผู้ป่วยของ ประภัสศรี ช่างษ์⁶ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน

3. แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง ซึ่งผู้วิจัย

สร้างขึ้นโดยมีเนื้อหาครอบคลุมการปฏิบัติ 4 ด้าน จำนวน 35 ข้อ ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน จำนวน 13 ข้อ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 10 ข้อ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จำนวน 5 ข้อ และดูแลด้านจิตใจ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรลิเคิร์ต (Likert scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติได้ทุกครั้ง ปฏิบัติได้บางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติเกณฑ์การให้คะแนนปฏิบัติได้ทุกครั้ง ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติได้บางครั้งได้ 1 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติได้ 0 คะแนน

4. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด

5. แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล แบบประเมินความ

พึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น แบบทดสอบความรู้โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86, 0.94 และ 0.92 ตามลำดับ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง โดยมีวิธีการดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงย้อนหลังปี พ.ศ. 2559 จำนวน 30 ฉบับ ในประเด็นเกี่ยวกับ ลักษณะข้อมูลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง สถานะการเจ็บป่วยการรักษาพยาบาล การมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของทีมสหสาขาวิชาชีพ การใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังการจำหน่าย 2) สัมภาษณ์

บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คน ในประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง การดูแลต่อเนื่อง ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง 3) สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่มารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพนม จำนวน 5 คน ในประเด็นที่เกี่ยวกับลักษณะบริการที่ได้รับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง 4) ทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของปี พ.ศ. 2559 และ 5) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลปัญหาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง จากการวิเคราะห์เวชระเบียน การสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ การสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงประกอบด้วย

1) ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงตลอดจนปัญหาอุปสรรคจากนั้นจึงได้กำหนดรูปแบบซึ่งประกอบด้วย การกำหนดโครงสร้างทีมและบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในการวางแผนการจำหน่าย กำหนดรูปแบบและขั้นตอนในการวางแผนจำหน่าย การนำ

บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย รูปแบบวิธีการให้ความรู้ และการฝึกทักษะในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เมื่ออยู่ที่บ้าน และการส่งต่อข้อมูลเพื่อการต่อเนื่อง ได้แก่ กำหนดชุดข้อมูลที่จำเป็นที่จะส่งต่อให้สถานบริการต่างระดับที่ดูแลต่อ 2) สร้างคู่มือและแนวทางต่างๆ ที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง ได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงของทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง แบบฟอร์มบันทึกการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 3) ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำเสนอรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงและคู่มือและแนวทางต่างๆ ให้ร่วมพิจารณาความเหมาะสม หลังจากนั้นสรุปเป็นรูปแบบเพื่อนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง ก่อนนำรูปแบบไปทดลองใช้ผู้วิจัยประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบ และมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กระบวนการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 2) ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง กับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดที่มา รับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 5 คน 3) ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการปฏิบัติโดยการสังเกต และสอบถามการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามรูปแบบนำมาปรับปรุงรูปแบบแล้วนำไปทดลองใช้ใหม่ 4) ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการปฏิบัติ พบว่า ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนด 5) นำเสนอผลการทดลองใช้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพว่ามีความเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริงตามบริบท แล้วสรุปเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง

ขั้นตอนที่ 4 ขึ้นประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงในภาพรวมทั้งหมด โดยนำรูปแบบที่ผ่านการปรับปรุง 2 ครั้งไปประเมินผลตามผลลัพธ์ที่กำหนดกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 30 คน ผลลัพธ์ที่กำหนด ได้แก่ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหา การ

สัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะและผู้ดูแล และการทบทวนตัวชี้วัดผล การดำเนินงาน ข้อมูลเชิงปริมาณ ก่อนการ สอนให้ความรู้ผู้วิจัยได้ทดสอบความรู้ของ ผู้ดูแลเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะ และก่อน จำหน่าย 1 วัน ได้ทดสอบความรู้ซ้ำ โดย แบบทดสอบชุดเดิม หลังการจำหน่าย 30 วัน ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของ ผู้ดูแล และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ โดยถ้าผู้ป่วยมา ตรวจตามนัดผู้วิจัยจะดำเนินการประเมินด้วย ตัวเอง แต่ถ้าเป็นการประเมินการติดตาม เยี่ยมที่บ้าน จะประเมินโดยพยาบาลศูนย์ ดูแลต่อเนื่อง การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เก็บจากแบบบันทึกเวชระเบียน ประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขา วิชาชีพต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะรุนแรงหลังสิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ Paired t-test และ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การ วิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เลขที่อนุมัติ NP-EC- 11 No.37/2560 วันที่รับรอง 2 มีนาคม 2560 ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตและขอ ความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายให้ทราบ

ถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย โดยผู้ดูแลผู้ป่วย สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยโดยไม่มีข้อบังคับ ใดๆ และสามารถยุติการเข้าร่วมการทำวิจัย ในช่วงใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย

ผลการวิจัย (Result)

1. ผลการศึกษาศถานการณ์ด้าน กระบวนการดูแล พบว่า (1) การวางแผน จำหน่ายขาดการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา วิชาชีพและบุคลากรในครอบครัว กระบวนการ วางแผนจำหน่ายไม่มีประสิทธิภาพ (2) การ ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องมีความล่าช้า และ ขาดความสมบูรณ์ของข้อมูล ด้านผู้รับบริการ พบว่า บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยยังมิ ด้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยไม่ เพียงพอ และยังขาดความตระหนักถึงความ จำเป็นในการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันการ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

2. รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง จากการมีส่วนร่วม ในทุกขั้นตอนของการพัฒนาของทีม สหสาขาวิชาชีพ ได้รูปแบบการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง ที่มี องค์ประกอบดังนี้

2.1 การกำหนดโครงสร้างทีม สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมในการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะรุนแรง ประกอบด้วยศัลยแพทย์ ประสาทและสมอง พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร พยาบาลจิตเวช พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

และมีบทบาทหน้าที่ดังนี้ คัลยแพทย์ประสาท : ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ให้การวินิจฉัยโรค รักษา ประเมินสภาพผู้ป่วยต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่าย และนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามการรักษา พยาบาลประจำหอผู้ป่วย : ประเมินปัญหาและรวบรวมข้อมูลปัญหาภายหลังการจำหน่าย วินิจฉัยปัญหา วางแผน ปฏิบัติตามแผน และประเมินผล ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับเรื่องการบาดเจ็บศีรษะและการดูแล การบันทึกข้อมูลที่จะส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง : ร่วมในการประเมินปัญหากับทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วย สอนทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ศูนย์การเรียนรู้ ประสานส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ ติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมบริการปฐมภูมิในการเยี่ยมครั้งแรกและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล พยาบาลจิตเวช : ประเมินปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เกสซิก : ให้ความรู้เรื่องยา การเฝ้าระวัง ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา นักกายภาพบำบัด : ให้การบำบัดฟื้นฟูตามสภาพปัญหาที่บ้าน โดยการสอน/สาธิตการฟื้นฟูผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล พร้อมสรุปปัญหาเพื่อส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง นักโภชนาการ : ประเมิน

ปัญหาผู้ป่วยร่วมกับทีมเพื่อกำหนดพลังงานและสารอาหารตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย และสอนญาติในการจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วย

2.2 ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย 2) การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และความ ต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย 3) การกำหนดแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ METHOD 4) การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย และ 5) การประเมินผล

2.3 การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะประเมินและคัดเลือกบุคคลในครอบครัวเข้ามาร่วมในกระบวนการวางแผนจำหน่ายและเตรียมความพร้อมในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในการศึกษานี้กำหนดผู้ดูแลได้มากกว่า 1 คน

2.4 รูปแบบและวิธีการให้ความรู้ เป็นการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนตามแผนการสอนโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยและทีมดูแลที่เกี่ยวข้อง มีศูนย์การเรียนรู้โดยมีหุ่นจำลองให้ญาติฝึกทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนการฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การป้อนอาหาร การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดทำ การช่วยในการขับถ่าย การดูแลแผล การดูแลท่อเจาะคอ สายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ การ

ล้างมืออย่างถูกวิธี ฯลฯ ตลอดจนการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่จะนำกลับไปใช้ที่บ้าน

2.5 การสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือให้แก่ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้านตามสภาพปัญหาและความจำเป็น ได้แก่ เครื่องดูดเสมหะ เตียงผู้ป่วย ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน ไม้ค้ำยัน รถนั่งที่ช่วยเดิน ฯลฯ ใช้ระบบการเยี่ยมซึ่งให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะเป็นผู้ประเมินความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือแล้วประสานศูนย์สำรองอุปกรณ์เครื่องมือ

2.6 การส่งข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลประจำหอผู้ป่วยบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรโดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ การสอนและการฝึกทักษะที่ให้แก่ผู้ดูแล สภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย เป้าหมายของการดูแลต่อเนื่อง การกำหนดปัญหาที่ต้องทำให้ดูแลต่อเนื่องเมื่อออกจากโรงพยาบาล พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องนำข้อมูลทั้งหมดลงในโปรแกรมการดูแลระยะยาว (Long Term Care Program) ส่งต่อไปยังเจ้าหน้าที่สถานบริการปฐมภูมิ ซึ่งการใช้โปรแกรมนี้จะลดปัญหาเรื่องความล่าช้าการส่งต่อข้อมูล

3. ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง จำนวน 30 คน มีอายุระหว่าง 15-30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 28.45 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 70.00 สถานภาพโสด ร้อยละ 56.67 สาเหตุการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 90.00 การวินิจฉัยโรค Subdural Hemorrhage มากที่สุด ร้อยละ 53.33 มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) ก่อนจำหน่ายระหว่าง 5-11 คะแนน ร้อยละ 96.67

2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 46.67 อายุเฉลี่ย 44.25 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.33 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.67 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา ร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่ ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 96.67

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง

ด้านผู้ป่วย อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และจากข้อมูลตอบกลับหลังการติดตามเยี่ยมบ้านก็ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ด้านผู้ดูแล

1. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการบาดเจ็บศีรษะของผู้ดูแล ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับเรื่องการบาดเจ็บศีรษะโดยรวมของผู้ดูแลก่อนได้รับการสอนอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 14.07$, $SD = 2.14$) หลังการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง

($\bar{x} = 33.15$, $SD=0.92$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการสอน พบว่าหลังการสอนผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.0001$ (95%CI -19.78, -18.48) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการบาดเจ็บศีรษะของผู้ดูแลก่อนและหลังการสอน (n=30)

ความรู้	คะแนนเต็ม	$\bar{x}$	SD	$\bar{d}$	95% CI of μd	t	df	p-value
ก่อนการสอน	35	14.07	2.14	-19.08	-19.78	-37.78	29	<0.01*
หลังการสอน		33.15	0.92		-18.48			

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$

2. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงของผู้ดูแล หลังการจำหน่าย 30 วัน พบว่าผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

บาดเจ็บศีรษะโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 1.75$, $SD= 0.30$) เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่าผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในระดับสูงทุกด้าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลังการจำหน่าย 30 วัน (n=30)

ความสามารถความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	$\bar{x}$	SD	ระดับความสามารถ
1) การดูแลกิจวัตรประจำวัน	1.78	0.18	สูง
2) การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน	1.78	0.22	สูง
3) การฟื้นฟูสภาพ	1.80	0.39	สูง
4) การดูแลด้านจิตใจ	1.67	0.41	สูง
รวม	1.75	0.30	สูง

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงพบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.88$, $SD=0.24$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกข้อได้แก่ ด้านความสะดวกรวดเร็ว ด้านพฤติกรรมบริการ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การประสานของทีมนดูแล การได้รับข้อมูล การสอนสาธิต การสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือไปใช้ที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ การสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นเมื่อกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน และ

การประสานบริการของทีมนดูแล ($\bar{x} = 4.96$, $SD= 0.18$)

ด้านทีมนสหสาขาวิชาชีพ ความพึงพอใจของทีมนสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงพบว่า คะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.77$, $SD=0.49$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าทีมนสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกข้อ และข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ รูปแบบมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ($\bar{x} = 4.89$, $SD=0.33$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของทีมนสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง (n=30)

ความพึงพอใจ	$\bar{x}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
1) ความเหมาะสมในการนำไปใช้	4.89	0.33	มากที่สุด
2) ความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ	4.77	0.44	มากที่สุด
3) เป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติ	4.67	0.44	มากที่สุด
4) การประสานการทำงานของทีม	4.77	0.33	มากที่สุด
5) การใช้ความรู้ความสามารถของทีมในการดูแลผู้ป่วย	4.67	0.70	มากที่สุด
6) เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล	4.89	0.33	มากที่สุด
รวม	4.77	0.49	มากที่สุด

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีก็คือ ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้ และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จประการที่หนึ่งก็คือ การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้ามาาร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา เสนอทางเลือกการแก้ไขปัญหา ปรับเปลี่ยนจนได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง การวางแผนจำหน่ายที่เป็นระบบ การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่รวดเร็วทันเวลา ข้อมูลมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะนำไปใช้ในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกประการหนึ่งก็คือการประสานวางแผนและการติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการบริหารทีมการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากต้องเชื่อมโยงทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงานร่วมกัน ตลอดจนเชื่อมโยงไปถึงผู้ป่วยและญาติ ซึ่งในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะครั้งนี้ได้กำหนดให้พยาบาลหัวหน้าเวรประจำหอผู้ป่วยทำหน้าที่ในการประสานทีมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งประสานบุคคลในครอบครัว

ผู้ดูแลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้เป็นปัจจัยความสำเร็จอีกประการหนึ่ง ทั้งนี้ในการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดูแล การตัดสินใจ การเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะแรกๆ จะทำให้เกิดความร่วมมือและเข้าใจในแผนการรักษา

2. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง

2.1 การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน
หลังการใช้รูปแบบ พบว่า การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน อธิบายได้ว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายนี้มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ โดยการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนการสนับสนุนต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอุปกรณ์เครื่องมือที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ตามแผนที่กำหนดไว้ นอกจากนี้การสนับสนุนด้านกำลังใจและด้านข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย จึงเป็นผลให้ไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณนา หวังกิตติกันต์ และคณะ⁷ และ จุไรพร วงศ์วัฒนฤกษ์ และคณะ⁸ ที่ศึกษาการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงโดยทีม สหสาขาวิชาชีพ พบว่าหลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยมีระยะเวลาอนในโรงพยาบาลลดลง และไม่พบการกลับมา

รักษาซ้ำภายใน 28 วัน อย่างไรก็ตามในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน ผู้ดูแลอาจจะเกิดความเหนื่อยล้าในการปฏิบัติ ดังนั้นทีมบุคลากรสุขภาพควรมีการเสริมพลังผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.2 ความรู้ของผู้ดูแล ก่อนการสอน ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะรุนแรงโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 14.07$, $SD=2.14$) หลังการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 33.15$, $SD=0.92$) จากคะแนนเต็ม 35 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการสอน พบว่า หลังการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01 อธิบายได้ว่า รูปแบบและวิธีการให้ความรู้นี้เป็นการสอนอย่างมีแบบแผนและเป็นระบบตามคู่มือและแผนการสอน และมีการประเมินความรู้ก่อนและหลังการสอนหากพบว่าผู้ดูแลยังไม่เข้าใจหรือเข้าใจไม่ถูกต้องก็จะให้ความรู้ซ้ำ นอกจากนี้จากการที่จัดสอนแบบรายบุคคล ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นจึงเป็นผลให้การเรียนรู้พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สูงขึ้นทุกด้าน

2.3 ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนความสามารถอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 1.75$, $SD=0.30$) อธิบายได้ว่าเป็นผลจากการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ จากทีม

สหสาขาวิชาชีพ จึงทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ทักษะและเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการดูแลอยู่ในระดับสูง เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือ ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนให้ต้องกลับมารักษาซ้ำ 28 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุวรรณา หวังกิตติกันต์ และคณะ⁷ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบพบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในระดับดีมากและไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และการศึกษาของ กันทิมา ชาวเหลือง และคณะ⁹ และกัลยา เข้มเป้า¹⁰ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเป้าหมาย มีความรู้และทักษะที่สูงขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยหรือตนเองโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่ามีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.88$, $SD=0.24$) อธิบายได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงนี้จุดเน้นก็คือ การทำงานเป็นทีม การนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนดูแลร่วมกัน การให้ข้อมูลที่เป็นระบบ ตลอดจนการจัดระบบสนับสนุนด้านอุปกรณ์เครื่องมือที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่ง

ข้อนี้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจสูงสุด ($\bar{x} = 4.96$) ทั้งนี้เป็นเพราะว่าสถานบริการสามารถจัดบริการด้านอุปกรณ์เครื่องมือให้ได้ตามความต้องการทุกรายโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ

2.5 ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.77$, $SD = 0.49$) อธิบายได้ว่าในการพัฒนารูปแบบนี้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาในทุกขั้นตอน และมีการปรับแก้ไขจนเป็นที่ยอมรับของทีมว่ามีความเหมาะสม เมื่อนำไปปฏิบัติก็เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยที่ประจักษ์ชัด จึงเป็นผลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณทีมนำทางคลินิก ศัลยกรรม เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health organization. **รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน พ.ศ.2558.** (สืบค้นวันที่ 20 สิงหาคม 2559). Available from: <http://www.WHO.int.road-safety-status>.
2. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **สถานการณ์**

อุบัติเหตุทางถนน ปี 2558. (สืบค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2560) Available from: URL: <http://www.thaincd.com/Document/file/info/injured/สถานการณ์อุบัติเหตุปี 2556>.

3. สำนักโรคบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ปี 2558.** [สืบค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2560]. Available from: URL: <http://www.boe.moph.go.th/Report>.
4. Montgomery RJV, Olive R, Reisner A, fallat M. The effect of severe traumatic brain injury on the family. Journal of Trauma-injury infection & Critical care 2002; 52(6): 1121-1124.
5. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาล นครพนม. **สรุปสถิติผู้ป่วย พ.ศ.2558-2559.** (เอกสารอัดสำเนา). นครพนม: โรงพยาบาล; (ม.ป.ป.).
6. ประภัศรี ขาวงษ์. **การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น.** [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2535.
7. ยุวรรณา หวังกิตติกันต์, อัปสร สารสุวรรณ, เพ็ญญา เลิศสุวรรณ. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง. **วารสาร**

**การแพทย์โรงพยาบาลศิริระเกษ
สุรินทร์ บุรีรัมย์; 2557; 29(1): 1-11.**

8. จุไรพร วงศ์วัฒนฤกษ์, ไพลิน นัดสันเทียะ,
ปิยนุช บุญทอง. รูปแบบการดูแลผู้ป่วย
เด็กบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงอย่างต่อเนื่อง
ของโรงพยาบาลสกลนคร.**วารสารวิชาการ
สาธารณสุข**, 2554; 20(4), 607-618.
9. กันทิมา ขาวเหลือง, ปรียกมล รัชกุล,
เรณู พุกบุญมี. การพัฒนารูปแบบการ
วางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด

ที่ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง. **วารสารวิจัย
ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**; 2556; 6(1):
27-38.

10. กัลยา เข้มเป้า. การพัฒนารูปแบบการ
วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด
ไม่พึ่งอินซูลินที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาล
พลพยุหเสนา. **วารสารกองการ
พยาบาล**; 2552; 36(3): 113-132.

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น

วัชรภรณ์ นาพิกุล , ลำไพร แทนสา , สุรภา พิลาดอน¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) การวิจัยแบบ Pretest – Posttest One Group Design มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม 2561 – กันยายน 2561 กลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ Paired t-test, 95 %CI และ p-value ผลการวิจัย พบว่า หลังให้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด และระดับดัชนีมวลกาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$, $p\text{-value}=0.01$ ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$, $p\text{-value}=0.001$ และ $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) โปรแกรมนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษา ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายทางด้านการรักษาพยาบาล การสาธารณสุขและเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่างๆ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรม, การจัดการตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวาน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเป็ยน้อย อำเภอเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Wacharaporn Nalikul , Email : wacharaporn@gmail.com

EFFECTS OF A SELF- MANAGEMENT SUPPORTING PROGRAM ON GLYCEMIC CONTROL FOR PATIENTS WITH UNCONTROLLED DIABETES IN PUA NOI HOSPITAL, KHON KAEN PROVINCE

Wacharaporn Nalikul , Lumpri Tansar , Surapa Pilaon¹

ABSTRACT

This quasi-experimental research (one group pretest – posttest design) aimed to study the effects of a self-management supporting program on glycemic control for patients with uncontrolled diabetes in Puai Noi Hospital, Khon Kaen Province. The study population were 40 patients with uncontrolled diabetes who registered for treatment at Puai Noi Hospital, Khon Kaen Province. The questionnaire was collected data. Data were analyzed by descriptive statistic such as frequency, percentage, and standard deviation, inferential statistic using pair- t test, 95%CI and p-value. The results showed that the mean score of glycemic control and body mass index showed a significant decrease ($p\text{-value} < 0.01$, $p\text{-value} = 0.01$ respectively) the knowledge of diabetes, attitude towards diabetes control behavior showed significance ($p\text{-value} < 0.01$, $p\text{-value} = 0.001$ and $p\text{-value} = 0.001$, respectively). This program can help the diabetes patients to behave properly among the inability to regulate the glycemic control. This influences the effectiveness of treatment, which helps reduce the medical expenses. The program also prevents the acute complications and slow down the various types of chronic complications, this will affect the quality of life of patients to be better.

Key words: Competency Promoting Program , Self Care, Diabetic

¹ Registered Nurse , Profession Level , Puainoi Hospital , Khon Kean Province

บทนำ (Introduction)

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก สถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานโลกปี 2558 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกถึง 415 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2583 หรือในอีก 25 ปีข้างหน้า สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetic Federation) คาดการณ์ว่าผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกในปี 2553 ที่มีอายุระหว่าง 20-79 ปี มีจำนวน 85 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 150 ล้านคน เป็น 235 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 150 ล้านคน เป็น 235 ล้านคน ในอีก 5 ปีข้างหน้า¹ ในประเทศไทยพบว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศในปี 2556-2558 เท่ากับ 14.93, 17.5 และ 17.83 ตามลำดับ² ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี 2551 ยังพบว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานเฉลี่ย 1,172 บาทต่อราย ส่วนผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 10,217 บาทต่อราย รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 3,984 ล้านบาทต่อปี หากคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวาน รวม 3 ล้านคนต่อปี มารับบริการที่สถานพยาบาล จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 47,596 ล้านบาทต่อปี³ อัตราตายของโรคเบาหวานผู้ป่วยที่

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ทำให้เกิดมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 10.64 ภาวะแทรกซ้อนทางไตสูงสุดร้อยละ 33.63 รองลงมา ภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 21.75 ภาวะแทรกซ้อนทางประสาท ร้อยละ 17.19 ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดง ร้อยละ 12.62 และภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง ร้อยละ 12.62³ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เหมาะสมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย หรือการรับประทานยาไม่ครบ เป็นต้น จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต แนวทางหนึ่งที่จะช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ คือ การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวคิดของ Orem โดยมองว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจะมีการเรียนรู้ เพื่อให้สามารถจัดการตนเองให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การรักษาสมดุลของระดับน้ำตาลในเลือดโดยเน้นกิจกรรม 3 อ 2 ส และการควบคุมโรคเบาหวานจะทำให้ได้ผลดีที่สุด และจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมโรค และรักษาสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ⁴ ดังนั้นหากสามารถป้องกันควบคุมการเกิดของปัจจัยเสี่ยงร่วมกันจะสามารถลดโรคได้อีกหลายโรค

การปรับวิถีชีวิตโดยเฉพาะพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงและการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ของกลุ่มป่วย จึงเป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญเพื่อลดปัญหา ดังกล่าว⁵

จากการดำเนินงานคลินิก โรคเบาหวานของโรงพยาบาลเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น ที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ป่วยที่ เข้ารับการรักษาที่ขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2556 – 2560 มีผู้ป่วย 840, 665, 942, 991 และ 1,063 ราย ตามลำดับ และจากผล การติดตามการรักษา พบว่าระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับสูงกว่าค่า ปกติ มากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วย ทั้งหมดในคลินิกเบาหวาน ซึ่งพบว่าผู้ป่วย เบาหวานมีทัศนคติต่อการรักษาโรค โดยหวัง พึ่งแพทย์ให้การรักษาเพียงอย่างเดียว และ ขาดความรู้ความเข้าใจในภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค ภาวะฉุกเฉิน ที่เกิดขึ้น และแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยขาดความตระหนักที่จะควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ผู้ป่วยเบาหวาน ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ใน ระดับปกติได้ จากการคัดกรอง พบว่า ผู้ป่วย เบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา เท้า เพิ่มขึ้น จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการ จัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับ น้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเป็อยน้อย จังหวัด

ขอนแก่น เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ชะลอการเกิด ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่างๆ อันจะส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นไปโดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่ง ทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบ Pretest – Posttest One Group Design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มารับการรักษาใน คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลเป็อยน้อย อำเภอเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,075 ราย ระยะเวลาในการวิจัยครั้งนี้ ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือน กันยายน พ.ศ. 2561 การกำหนดขนาดกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้สูตรในการคำนวณขนาด ตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่ม ตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม หาค่าเฉลี่ยสองค่า เปรียบเทียบกันและไม่เป็นอิสระกัน (Dependent group) โดยวัดก่อนและหลังทำ กิจกรรมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การเลือกพื้นที่ ผู้วิจัยเลือกศึกษาผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน
2. มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
3. ช่วยเหลือตัวเองได้ ยินดี และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมตลอดการวิจัย
4. ไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันมากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม ของ อรุณ จีรวฒน์กุล⁶

$$n = \frac{\sigma_a^2 (z_{\alpha} + z_{\beta})^2}{\mu_a^2}$$

คำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ทั้งหมดจำนวน 36 คน เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์หากกลุ่มตัวอย่างมีการสูญหาย (drop out) ระหว่างดำเนินการวิจัย ระหว่างการทดลองร้อยละ 10 ($r = 0.10$) คำนวณขนาดตัวอย่างที่ปรับค่าใหม่จากสูตร อรุณ จีรวฒน์กุล⁶ จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม

เกณฑ์ที่กำหนดในการศึกษาทั้งหมด จำนวน 40 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองโดยศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม สันทนา กลุ่มและศึกษาข้อมูลจากเอกสาร
2. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2.1) จัดเป็นฐานการเรียนรู้แบ่งออกเป็น 5 ฐานได้แก่

ฐานที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ : การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานอธิบายโดยใช้กิจกรรมกลุ่ม

ฐานที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ: การรับรู้ความรุนแรงของโรคให้ผู้ป่วย เบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสูงเล่าปัญหาและ อุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเอง และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ช่วยกันหาแนวทางแก้ไข

ฐานที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ : การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหา

ฐานที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ : การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

ตามคำแนะนำของแลกลเปลี่ยนประสบการณ์
คนที่รักษาระดับน้ำตาลได้ และไม่ได้ฝึก
ปฏิบัติการดูแลเท้า การวัดและออกกำลัง
กายเท้า การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย
ความเครียด

ฐานที่ 5 แบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพ : การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว
เพื่อดูแลสุขภาพใช้กิจกรรมกลุ่มพูดคุยเรื่อง
ฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียงของยา วิธี
ป้องกัน การการลืมหายา หรือทานยาเกิน
ขนาด

2.2) ความสามารถแห่งตน
แลกลเปลี่ยน ประสบการณ์คนที่รักษาระดับ
น้ำตาลและตั้งเป้าหมายตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเครื่องมือ
(Validity ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง
ของเนื้อหา ให้มีความเหมาะสมทั้งด้าน
เนื้อหา ด้านภาษาให้มีความชัดเจน และ
ถูกต้อง

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ
(Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการ
ตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง โดยอาจารย์ที่
ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้
(Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะ
คล้ายคลึงกัน ณ คลินิกโรคเบาหวานแผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองสองห้อง
อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น
จำนวน 30 ราย โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha
Coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.83

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลจะทำการเก็บข้อมูลในทุกวัน
พุธของคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเป็อย
น้อย อำเภอเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น และ
ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอ
ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการเก็บข้อมูล
ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน
มกราคม – กันยายน 2561

สถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล
เชิงเนื้อหาใช้การบรรยายและข้อมูลเชิง
ปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
สถิติเชิงอ้างอิง เปรียบเทียบความแตกต่าง
ของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม ใช้
สถิติ Paired t-test ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มศึกษา
การศึกษาค้นคว้าได้ผ่านการรับรองจริยธรรม
จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ขอนแก่น เลขที่ COA6119 KEC 61194 และ
ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ โดยยึดหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) หลัก
ความเคารพในบุคคล (Respect for person)
2) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย
(Beneficence) และ 3.) หลักความยุติธรรม
(Justice) ซึ่งจะคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรี
ความเป็นมนุษย์

ผลการวิจัย (Result)

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเป็ดย่อย อำเภอย่อย จังหวัดขอนแก่น

1. **ข้อมูลลักษณะทั่วไป** พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.0) เพศชาย (ร้อยละ 35.0) ส่วนใหญ่มีอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 65.0)

อายุเฉลี่ย 62.18 ปี (S.D = 7.7) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สถานภาพคู่ (ร้อยละ 72.5) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 87.5) อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 87.5) รายได้ส่วนใหญ่มีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 95.0) ดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่ปกติ (ร้อยละ 52.5) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเป็ดย่อย อำเภอย่อย จังหวัดขอนแก่น (n = 40)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	(ร้อยละ)
1.เพศ		
ชาย	14	35.0
หญิง	26	65.0
2.อายุ		
อายุ 40 - 50 ปี	3	7.5
อายุ 50 - 60 ปี	11	27.5
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	26	65.0
(Mean = 62.18 ปี, S.D. = 7.70 ปี, Min = 45 ปี, Max = 83 ปี)		
3.สถานภาพสมรส		
โสด	2	5.0
คู่	29	72.5
หม้าย	9	22.5
4.ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	5.0
ประถมศึกษา	35	87.5

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเป็ดยน้อย อำเภอเป็ดยน้อย จังหวัดขอนแก่น (n = 40) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	(ร้อยละ)
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	2.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	5.0
5.อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ทำงาน	4	10.0
รับจ้าง	1	2.5
ค้าขาย	2	5.0
เกษตรกรรม	33	82.5
6.รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	38	95.0
5,001 – 10,000 บาท	1	2.50
มากกว่า 10,000 บาท	1	2.50
(Min = 600 บาท, Max = 15,000 บาท)		

1.2 ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับดัชนีมวลกาย พบว่า ก่อนดำเนินการกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 196.13 (SD=55.04) ภายหลังการดำเนินการกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 162.28 (SD=50.58) โดยหลังการดำเนินการกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่าก่อนการดำเนินการกิจกรรม 33.85 (95% CI 14.28 – 53.42) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า หลังการดำเนินการกิจกรรมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (p-value <0.01) และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนการดำเนินการกิจกรรมเท่ากับ 24.65 (SD=4.76) ภายหลังการดำเนินการกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เท่ากับ 23.92 (SD=3.86) โดยหลังการดำเนินการกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่าก่อนการดำเนินการกิจกรรม 0.73 (95% CI 0.16 – 1.30) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย พบว่า หลังการดำเนินการกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ลดลงก่อนการดำเนินการกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.01) ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (n = 40)

ระดับน้ำตาลในเลือด	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{d}$	95% CI of μd	t	p-value
ก่อนการดำเนินกิจกรรม	196.13	55.04	33.85	14.28, 53.42	3.50	<0.01
หลังการดำเนินกิจกรรม	162.28	50.58				

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (n = 40)

ดัชนีมวลกาย	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{d}$	95% CI of μd	t	p-value
ก่อนการดำเนินกิจกรรม	24.65	4.76	0.73	0.16, 1.30	2.59	0.01
หลังการดำเนินกิจกรรม	23.92	3.86				

1.3 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เท่ากับ 15.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.37 ภายหลังการดำเนินกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.04 โดยหลังการดำเนินกิจกรรม คะแนนเฉลี่ย

มากกว่าก่อนการดำเนินกิจกรรม 2.37 (95% CI 1.54, 3.21) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่า หลังการดำเนินกิจกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.01, 95% CI 1.54, 3.21) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (n = 40)

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{d}$	95% CI of μd	t	p-value
ก่อนการดำเนินกิจกรรม	15.15	1.37	2.37	1.54, 3.21	5.76	<0.01
หลังการดำเนินกิจกรรม	17.52	2.04				

1.4 ทศนคติต่อโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนน ทศนคติต่อโรคเบาหวาน เท่ากับ 37.7 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.82 ภายหลัง การดำเนินกิจกรรม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.98 โดยหลัง การดำเนินกิจกรรม คะแนนเฉลี่ยมากกว่า

ก่อนอบรม 1.95 (95% CI 0.86 , 3.06) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทศนคติต่อ โรคเบาหวาน พบว่า หลังการดำเนินกิจกรรม ค่าเฉลี่ยคะแนนทศนคติต่อโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นก่อนการดำเนินกิจกรรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$, 95% CI 0.83, 3.06) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทศนคติต่อโรคเบาหวาน ก่อนและหลัง การดำเนินกิจกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ($n = 40$)

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{d}$	95% CI of μd	t	p-value
ก่อนการดำเนินกิจกรรม	37.7	3.82	1.9	0.83, 3.06	3.55	0.001
หลังการดำเนินกิจกรรม	39.6	2.98	5			

1.5 พฤติกรรมการควบคุม โรคเบาหวาน พบว่า ก่อนดำเนินกิจกรรม มี ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุม โรคเบาหวาน เท่ากับ 59.6 (S.D.=3.17) ภายหลังดำเนินกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 63.0 (S.D.=3.53) เมื่อเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุม โรคเบาหวาน พบว่าหลังดำเนินกิจกรรม มี ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุม โรคเบาหวาน มากขึ้น ก่อนดำเนินกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 95% CI 2.43, 4.36) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ก่อนและหลัง การดำเนินกิจกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ($n = 40$)

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{d}$	95% CI of μd	t	p-value
ก่อนการดำเนินกิจกรรม	59.6	3.17	3.40	2.43, 4.36	7.10	<0.001
หลังการดำเนินกิจกรรม	63.0	3.53				

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

จากผลการวิจัยผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเป็ยน้อย อำเภอเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า หลังการดำเนินกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงก่อนการดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย หลังดำเนินกิจกรรมมีค่าลดลงก่อนการดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) หลังการดำเนินกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะคิดต่อโรคเบาหวาน พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการดำเนินกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ของ สุมาลี หงสาวดี⁷ ทศนีย์ ชันทอง⁸ และกรรณิการ์ ยิ่งยืน⁹ การจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม สนับสนุนการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ¹⁰ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานตามกรอบแนวคิดแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน หลังการใช้โปรแกรม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับผลสรุปองค์ความรู้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่ามี 2 รูปแบบ คือ การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยติดตาม อย่างต่อเนื่อง และการจัดกิจกรรมการดูแลเฉพาะเรื่อง ได้แก่ ด้านโภชนาการ การใช้ยา และการจัดการกับอาการเจ็บป่วย¹² และผลการศึกษาลดคลั่งกับการศึกษาอื่นๆ ที่นำแนวคิดการจัดการตนเองมาจัดกิจกรรมส่งเสริม ให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังเช่น การศึกษาของ จุฑามาศ เกษศิลป์¹³ การจัดการดูแลตนเอง ความรู้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการดูแลตนเองมีคะแนนความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน คะแนนคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 ประชุมพร กวีกรณ์ และคณะ ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จากการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรง

พยาบาลเปื่อยน้อย อำเภอเปื่อยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับดัชนีมวลกาย หลังการดำเนินกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและระดับดัชนีมวลกาย น้อยกว่าก่อนการดำเนินกิจกรรม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะการควบคุมโรคเบาหวาน หลังการดำเนินกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะการควบคุมโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการดำเนินกิจกรรม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษา ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายทางด้านการรักษาพยาบาล การสาธารณสุขและเป็นการป้องกันไม่ให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่างๆ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาและนำไปรณรงค์สนับสนุนการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ไปประยุกต์ใช้ในรพสต. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ด้วยดี จากความกรุณาของ ดร.ประทีป กาลเชื้อว่า อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ให้ความรู้และข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย รวมทั้งให้คำปรึกษาและแนะนำ ตรวจทาน แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ งานวิจัยฉบับนี้ เสร็จสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ นายแพทย์ ประวีร์ คำศรีสุข นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเปื่อยน้อย นายแพทย์นิติรัฐ นานาให้ผล นายแพทย์ปฏิบัติการ นายชัยธัช นามมา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลเปื่อยน้อย ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเปื่อยน้อย ทุกท่านที่สนับสนุน และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นที่ได้จัดอบรมงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ทำให้มีโอกาสเข้าร่วมอบรม และเกิดผลงานวิจัยฉบับนี้ขึ้น

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas*. 3rd ed. Brussels: International Diabetes Federation: 2016.

2. กรมควบคุมโรค สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. **สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ**. นนทบุรี: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.
3. กรมควบคุมโรค สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. **การควบคุมโรคไม่ติดต่อ**. กรุงเทพฯ : สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
4. Schemthaner G. Cardiovascular mortality and morbidity in type-2 diabetes mellitus. Diabetes Res Clin Pract. 1996; 31 Suppl: S3-S13.
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554–2563**. 2553.
6. อรุณ จิรวัดน์กุล. **สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย**. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์. 2558.
7. สุมาลี หงษ์วงศ์. **โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโพธารามจังหวัดราชบุรี**. Journal of Health Science. 2019; 28(3).
8. ทศนีย์ ชันทอง, แสงอรุณ อิศระมาลัย, พัชริคมจักรพันธ์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้
- อินชูลิน. Thai Journal of Nursing Council 2013; 28(1).
9. กรรณิการ์ ยิ่งยืน, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. **นวัตกรรมเพื่อการจัดการตนเองผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง**. Srinagarind Medical Journal 2016; 31(6).
- 10.พรพิมล อุลิตผล. การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่โรงพยาบาลเขาพนมอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2558; 3(3): 441-452.
- 11.ดารารัตน์ อุ่มบางตลาด. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. **วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา** 2560;18(1):11-23.
12. วันดี ใจแสน. **การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการควบคุมโรคในบุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา

การพยาบาล ผู้ใหญ่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
2551.

13. จุฑามาศ เกษศิลป์, พาณี วิรัชกุล, อรุณี หล่อนิล. การจัดการดูแลตนเอง ความรู้ คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ก่อน-หลัง เข้าโปรแกรมการจัดการการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขต อ.เมือง จ.อุทัยธานี.

วารสารกองการพยาบาล 2556;
40(1):84-103.

- 14.ประชุมพร กวีกรรม และคณะ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา. **วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 2559; 4(3): 307-324.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ ในศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษาที่ 10

กัญญพร ลอยจิว¹, วิชาญดา ทองเครือ , ศุภชัย ณ ภีบาล , ประเสริฐ ประสมรักษ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษในศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษาที่ 10 กลุ่มตัวอย่างเป็นครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ จำนวน 47 คน จากสูตรประมาณค่าสัดส่วนกรณีไม่ทราบประชากรสุ่มศูนย์การศึกษาพิเศษด้วยการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลครูผู้ดูแลเด็กทุกคนในศูนย์ที่ได้รับการสุ่ม ด้วยแบบวัดระดับความเครียด แบบสอบถามสัมพันธภาพในหน่วยงาน แบบสอบถามภาระการดูแลของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางด้านสังคม ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93, 0.87, 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ด้วย Chi-Square test หรือ Fisher's Exact Test

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 89.4 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 มีอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 45.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 81.0 ไม่ได้จบด้านการศึกษาพิเศษ ร้อยละ 85.7 ได้รับเงินเดือนระหว่าง 15,000-20,000 บาท ร้อยละ 66.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.5 ประสบการณ์ในการเป็นครู 3-10 ปี ร้อยละ 47.6 เคยได้รับการอบรมทางการศึกษาพิเศษ ร้อยละ 78.6 และประเภทของนักเรียนที่ได้รับผิดชอบคือ ความบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 59.5 ระดับความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 52.4 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ($p\text{-value} = 0.012$) สัมพันธภาพในหน่วยงาน ($p\text{-value} = 0.034$) และด้านการสนับสนุนทางสังคม ($p\text{-value} = 0.005$) ดังนั้น ศูนย์การศึกษาพิเศษ ควรปรับแบบการดูแลสุขภาพของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ เสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างครู และผู้บริหารควรสนับสนุนให้คำปรึกษาแก่ครูผู้ดูแลเด็กพิเศษเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : ครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ, ความเครียด, การสนับสนุนทางสังคม

¹หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

Corresponding Author: Prasert Prasomruk , Email: prasert.pra@mahidol.edu.

THE FACTORS RELATED TO STRESS OF TEACHER WHO TEACH CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS AT REGIONAL SPECIAL EDUCATION CENTER 10

Kanyaporn Loyjiw , Wichadaya Thongkreng , Suppachai Na piba I, Prasert Prasomruk¹

ABSTRACT

The aim of this cross-sectional analytic study was to study the factors related to the stress of teachers who teach children with special needs at Regional Special Education Center 10. The sample was 47 teachers drawn through the formula with proportional to size and simple random sampling technique for the child care center. The instrument employed in this study were stress, relationship in an organization, job responsibilities, and the social support questionnaire with reliability as 0.93, 0.87, 0.89 and 0.91, respectively. The data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics with the Chi-square test and fisher's exact test.

The results found that, response rate as 89.4 %, mostly women (83.3%) aged between 30-39 years (45.2%) the average of age was 34.5 ± 8.1 years, marriage status (52.4%), a bachelor's degree graduation (81%), no special educational course (85.7%), the salary between 15,000-20,000 (66.7%), no congenital disorder (90.5%), the teacher experiences 3-10 years (47.6%), have been trained in special education (78.6%), the type of disability is Intellectual disabilities were accepted (59.5%), most of the teacher who teaches children with special needs 52.4 % had a low level of stress and the factors related to congenital disorder ($p\text{-value}=0.012$), the relationship in an organization ($p\text{-value}=0.034$) and social support ($p\text{-value}=0.005$) were significantly associated with teacher's stress. This finding can be used to consider in the special education center should remodel about teacher healthcare, to encourage the relationship between teachers and supervisors by giving them more suggestions.

Key words: The teacher who teach children with special needs, stress, social support

¹ Bachelor of Public Health , Mahidol University , Amnatcharoen Campus

บทนำ (Introduction)

เด็กพิเศษ ย่อมาจาก “เด็กที่มีความต้องการพิเศษ” หมายถึง เด็กที่มีสภาพความบกพร่องใน ลักษณะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทางด้าน พัฒนาการทางร่างกาย อารมณ์ สังคม ภาษา หรือสติปัญญา และไม่สามารถ ปฏิบัติงานในชีวิตประจำวันได้¹ ซึ่งแนวโน้มของเด็กพิเศษมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พบว่า ปี 2559 มีคนพิการที่อยู่ในวัยเด็กและวัยศึกษา (แรกเกิด - 21 ปี) มีจำนวน 144,015 คน² และในปี 2561 มีคนพิการที่อยู่ในวัยเด็กและวัยศึกษา มีจำนวน 154,196 คน³ จากสถิติดังกล่าวพบว่า จำนวนคนพิการที่อยู่ในวัยเด็กและวัยศึกษา มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นโดยในจำนวนนี้ ข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์คนพิการประเทศไทย ปี พ.ศ.2563 พบว่ามีอัตราส่วนของคนพิการทางสติปัญญามากที่สุด ร้อยละ 30.23 ของจำนวนคน⁴ ซึ่งเด็กที่มีความต้องการพิเศษ จะมีความแตกต่างจากเด็กคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกันทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และการเรียนรู้ ทำให้เด็กมีข้อจำกัดในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยการฝึกพัฒนาการเด็กและการช่วยเหลือด้านอื่นๆ ทำให้ต้องอาศัยครอบครัว และ ครูผู้ดูแลเป็นหลัก⁵

ครูผู้ดูแลก็เป็นบุคคลที่มีสำคัญต่อการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ บทบาทสำคัญของครูผู้ดูแลต่อการพัฒนานักเรียน

คือ เป็นผู้เพิ่มพูนทั้งสติปัญญาขัดเกลาจิตใจ เป็นแบบอย่างที่ดี และช่วยส่งเสริมให้นักเรียนสามารถพัฒนาตนเอง มีการแสดงออกทางอารมณ์ จิตใจที่เหมาะสม โดยครูผู้สอนต้องมีความอดทนและพยายามอย่างมาก เนื่องจากเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามีระดับสติปัญญาต่าง มีความสามารถในการเรียนรู้และมักจะมี ความพิการอื่นๆ ร่วมด้วย⁶ ดังนั้นการดูแลเด็กพิเศษจึงอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือรบกวนชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลอ่อนเพลีย วิตกกังวล เครียด และ ซึมเศร้า⁷ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ มีความเครียดจากการทำหน้าที่ดูแลเด็กพิเศษระดับปานกลางถึงระดับมาก^{6,8} โดยประสบการณ์ความเครียดเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติก อาทิ 1) ความรู้สึกในการดูแล รู้สึกว่าทำไมต้องเป็นเรา และทำใจได้ 2) ความเครียดจากการดูแล มีความกังวลใจ และมีความทุกข์ ท้อ กัดตัน 3) อาการของความเครียด มีอาการนอนไม่หลับและปวดศีรษะ 4) ผลกระทบของความเครียด ผลกระทบต่อตัวเด็กโดยตรงคือ โดนดุและโดนตี⁹

ความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ เกิดจากหลายปัจจัย จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถจำแนกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ ได้ 2 ประการ คือ 1) ปัจจัยภายใน

ได้แก่ การขาดความรู้ในการดูแล การจัดการ กับอารมณ์เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา ขาด ทักษะในการดูแลกิจวัตรประจำวัน การฝึก พัฒนาการ และขาดประสบการณ์ในการ ทำงานจนไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ ไม่เหมาะสมของเด็กพิเศษ จากการศึกษา ของจิราพรรณ เบญญศรี ศึกษาความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในครูที่สอนนักเรียน พิการทางการศึกษาระดับชั้นอนุบาลและ ประถมศึกษา ในโรงเรียนสังกัดบริหารงาน คณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนใน เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับความเครียด ได้แก่ การเข้าการอบรมทาง การศึกษาพิเศษ และการสอนและการดูแล นักเรียนพิการทางการศึกษาประเภทบกพร่อง ทางทางพูดและภาษา รายได้ส่วนตัวต่อเดือน^๖ 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านการ สนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับข้อมูล และ คำแนะนำในการดูแลเด็ก โดยเฉพาะสิทธิทาง การศึกษา การรักษาพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับ โรค อาการหรือความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการ ดูแลรักษาเด็ก เพื่อให้สามารถดูแลเด็กได้ อย่างเหมาะสม^๖ (2) ปัจจัยจากสังคม เช่น สัมพันธภาพในสังคม^๖ (3) ปัจจัยด้าน สภาพแวดล้อม เช่น หน้าที่ความรับผิดชอบ ภาระการดูแล ทัศนคติที่มีต่อเด็กออทิสติก ของครู และการสนับสนุนทางสังคม^{๖,๙} อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าวแตกต่างกันไป ตามรูปแบบของสถานศึกษา และบริบทของ พื้นที่

ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 10 ครอบคลุมพื้นที่ให้บริการ 6 จังหวัด ได้แก่ ศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดนครพนม ศูนย์ การศึกษาพิเศษจังหวัดมุกดาหาร ศูนย์ การศึกษาพิเศษจังหวัดยโสธร ศูนย์การศึกษา พิเศษจังหวัดอำนาจเจริญ ศูนย์การศึกษา พิเศษจังหวัดร้อยเอ็ด และศูนย์การศึกษา พิเศษจังหวัดอุบลราชธานีมีโครงสร้าง หลักสูตรการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม สำหรับเด็กพิการ มุ่งเน้นการพัฒนาตาม ทักษะการเรียนรู้ 7 ทักษะ ประกอบด้วย ทักษะกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ทักษะกล้ามเนื้อมัด เล็ก ทักษะ การช่วยเหลือตนเองใน ชีวิตประจำวัน ทักษะการรับรู้และแสดงออก ทางภาษา ทักษะทางสังคม ทักษะทาง สติปัญญาหรือการเตรียมความพร้อมทาง วิชาการ และทักษะจำเพาะเฉพาะความพิการ หรือทักษะจำเป็นอย่างอื่น ๆ เพื่อให้สามารถเรียนรู้ และช่วยเหลือตนเองอยู่ในสังคมได้อย่างมี ความสุข บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าคนพิการ ทุกคนสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ เต็มศักยภาพ รวมถึงการจัดทำแผนการจัด การศึกษาเฉพาะบุคคล และ การจัดทำ แผนการให้บริการเฉพาะครอบครัว อัตราส่วน ครูต่อนักเรียนเท่ากับ 1 ต่อ 34 ซึ่งต่ำกว่า เกณฑ์^{๑๐} จะเห็นได้ว่า ศูนย์การศึกษาพิเศษใน เขตการศึกษาที่ 10 มีทิศทางและเป้าหมาย การพัฒนาที่ชัดเจน ซึ่งถือเป็นบทบาทของครู ผู้ดูแลเด็กทุกคนที่จะร่วมกันผลักดันให้บรรลุ เป้าหมายดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การ

ดำเนินงานให้ได้ตามเป้าหมายในกลุ่มเด็กพิเศษ เป็นสิ่งที่ท้าทายและมีความกดดันหลายประการ

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ประกอบกับที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาภาวะความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ เพื่อเป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดของครู อีกทั้งผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบจัดการ การวางแผนนโยบาย เพื่อป้องกันการเกิดความเครียดในครูผู้ดูแลเด็กพิเศษต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษาที่ 10
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษาที่ 10

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross sectional analytic study)

ประชากรศึกษา ครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษาที่ 10 จำนวน 90 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 10 จากสูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบประมาณค่าสัดส่วน กรณีไม่ทราบประชากร¹¹ แทนค่า p ด้วย 0.5 จากร้อยละของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษที่มีภาวะความเครียด⁸ และระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z_{\alpha} = 1.96$

$$\text{โดยให้สูตร} = \frac{Z_{\alpha}^2 p(1-p)}{d^2}$$

$$\text{แทนค่า } n = \frac{1.96^2 (0.5)(0.5)}{0.15^2} = \frac{0.9604}{0.0225} = 42.68 \approx 43 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 10 เนื่องจากเป็นการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 47 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม มีวิธีการสุ่มดังนี้ ทำการสุ่มศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษาที่ 10 เมื่อได้ศูนย์การศึกษาพิเศษ จะทำการเก็บข้อมูลในศูนย์การศึกษาพิเศษนั้นทุกคน และถ้าจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่ครบจะทำการสุ่มศูนย์การศึกษาพิเศษอีกครั้งจนกว่าผู้ตอบแบบสอบถามจะครบตามจำนวนโดยครูผู้ประสานเป็นผู้สุ่มตามรายชื่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: แบ่งออกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิการศึกษาพิเศษ สภาพเศรษฐกิจ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว เป็นแบบสอบถามปลายปิด

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพการสอนเด็กพิเศษ ได้แก่ ประสิทธิภาพการเป็นครู การอบรมครูทางการศึกษาพิเศษ ประเภทความพิการของเด็กที่ดูแล เป็นแบบสอบถามปลายปิด

ตอนที่ 3 สัมพันธภาพในหน่วยงาน ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างครูกับผู้บริหาร และเพื่อนร่วมงาน ซึ่งประยุกต์ใช้แบบสอบถามของทศพล บุญธรรม ระดับ ที่มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87¹² และภาระการดูแลของครูที่ดูแลเด็กพิเศษ ซึ่งประยุกต์ใช้แบบสอบถามของนาฏยพรรณ ภิบุญ¹³ ที่มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 โดยลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงลบทั้งหมด แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากระดับน้อยที่สุด ถึงมากที่สุด คะแนน 1-5 คะแนน

ตอนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรและวัตถุของสรรพคุณ ลีออนูญวัชชัย และพีรพันธ์ ลีออนูญวัชชัย¹⁴ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรา

ส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากระดับน้อยที่สุด ถึงมากที่สุด คะแนน 1-5 คะแนน

ตอนที่ 5 แบบวัดความเครียด จากการทำงานประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงลบทั้งหมด แบบมาตราส่วนประมาณค่า กำหนดคำตอบเป็นข้อความ 5 ระดับ จากระดับไม่เคยเลย ถึงระดับเป็นประจำทุกวัน คะแนน 1-5 คะแนน โดยวัดเกี่ยวกับระดับความเครียดจากการทำงาน ของทศพล บุญธรรม ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93¹²

การแปลผล แบบสอบถามตอนที่ 3-4 ด้านการบริหารจัดการ และการสนับสนุนทางสังคมโดยนำค่ามากที่สุด ลบด้วยค่าน้อยที่สุด หารด้วยจำนวนชั้น $((5-1)/2=2.00)$ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ คะแนน 1.00-3.00 ระดับน้อย และคะแนน 3.01-5.00 ระดับมาก ส่วนการแปลผลระดับความเครียด ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีภาวะความเครียดในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีภาวะความเครียดในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีภาวะความเครียดในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีภาวะความเครียดในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีภาวะความเครียดในระดับมากที่สุด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้

จัดทำหนังสือแนะนำตัวจากทางมหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ ถึงผู้บริหารสถานศึกษาที่ได้รับการสุ่ม เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดส่งแบบสอบถามไปพร้อมหนังสือขอความอนุเคราะห์ โดยขอให้ตอบกลับภายใน 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำมาลงรหัสและตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง จึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Pack for Social Science) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประสิทธิภาพการสอนเด็กพิเศษ สัมพันธภาพในหน่วยงาน การสนับสนุนทางสังคมและระดับความเครียดจากการทำงาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับระดับความเครียดด้วยสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Chi-Square test หรือ

Fisher's Exact Test กรณีค่าความคาดหวังน้อยกว่า 5 เกินกว่าร้อยละ 20

ผลการวิจัย (Result)

1. **ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**
อัตราการตอบกลับแบบสอบถาม ร้อยละ 89.4 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 มีอายุ 30 - 39 ปี ร้อยละ 45.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 81.0 ไม่ได้จบด้านการศึกษาพิเศษ หรือวิชาโทด้านการศึกษาพิเศษ ร้อยละ 85.7 เงินเดือน 15,000 – 20,000 บาท ร้อยละ 66.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.5 ไม่มีโรคทางจิตเวชทั้งตนเองและครอบครัว ร้อยละ 100.0 ประสบการณ์ในการเป็นครู ในช่วง 3- 10 ปี ร้อยละ 47.6 เคยได้รับการอบรมครู และบุคลากรทางการศึกษาพิเศษ ร้อยละ 78.6 และประเภทของความพิการทางการศึกษาที่รับผิดชอบด้านบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 59.5

2. **ระดับความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ**ภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษาที่ 10 มีความเครียดในระดับน้อย ร้อยละ 52.4 รองลงมา คือ ระดับเครียดน้อยที่สุด ร้อยละ 40.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ระดับความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษาที่ 10 (n=42)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดน้อยที่สุด	17	40.5
ความเครียดน้อย	22	52.4
ความเครียดปานกลาง	3	7.1

3. สัมพันธภาพในหน่วยงาน
 ภาระการดูแลของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษและ
 การสนับสนุนทางสังคมพบว่าส่วนใหญ่ครู
 ผู้ดูแลเด็กพิเศษ มีความสัมพันธ์ภายใน
 หน่วยงานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.0 รู้สึก

ว่าไม่เป็นภาระการดูแลเด็กพิเศษ ร้อยละ
 71.4 และด้านการสนับสนุนทางสังคมใน
 ระดับปานกลาง ร้อยละ 78.6 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษาที่ 10 ราย ด้าน (n=42)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยสุด
สัมพันธภาพในหน่วยงาน	19(45.2)	21(50.0)	1(2.4)	1(2.4)	0(0.0)
ภาระการดูแลของครูที่ดูแลเด็กพิเศษ	0(0.0)	0(0.0)	2(4.8)	10(23.8)	30(71.4)
ด้านการสนับสนุนทางสังคม	0(0.0)	4(9.5)	33(78.6)	5(11.9)	0(0.0)

4. การทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ พบว่า

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ โรคประจำตัว (p-value= 0.012) ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การจบ

การศึกษาพิเศษ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ

ปัจจัยด้านประสบการณ์สอนเด็กพิเศษ พบว่า ประสบการณ์การเป็นครู การอบรมครูทางการศึกษาพิเศษ ประเภทความพิการของเด็กที่ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ

ส่วนปัจจัยด้านสัมพันธภาพใน
หน่วยงาน (p-value= 0.034) และด้านการ
สนับสนุนทางด้านสังคม (p-value= 0.005)

มีความสัมพันธ์กับความเครียดของครูผู้ดูแล
เด็กพิเศษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพิเศษ
เขตการศึกษาที่ 10 (n=42)

ปัจจัย	ระดับความเครียด (n(%))		χ^2	p- value
	เครียด	ไม่เครียด		
เพศ				
ชาย	2(28.6)	5(71.4)	0.187	1.000 ^b
หญิง	13(37.1)	22(62.9)		
อายุ				
น้อยกว่า 33 ปี	10(41.7)	14(58.3)	0.864	0.353 ^a
มากกว่า 33 ปี	5(27.8)	13(72.2)		
สถานภาพสมรส				
ไม่มีคู่	7(35.0)	13(65.0)	0.008	0.927 ^a
มีคู่	8(36.4)	14(63.6)		
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	15(36.6)	26(63.4)	0.569	1.000 ^b
สูงกว่าปริญญาตรี	0(0.0)	1(100)		
จบด้านการศึกษาพิเศษ				
ไม่ใช่	14(38.9)	22(61.1)	1.106	0.395 ^b
ใช่	1(16.7)	5(83.3)		
รายได้ต่อเดือน				
ต่ำกว่า 18,000 บาท	8(33.3)	16(66.7)	0.138	0.710 ^a
ตั้งแต่ 18,000 บาทขึ้นไป	7(38.9)	11(61.1)		
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	7(30.4)	16(69.6)	0.617	0.432 ^a
ไม่เพียงพอ	8(42.1)	11(57.9)		

ตารางที่ 3 ทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพิเศษ
เขตการศึกษาที่ 10 (n=42) (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับความเครียด		χ ²	p-value
	(n(%))			
	เครียด	ไม่เครียด		
โรคประจำตัว				
ไม่มี	11(28.9)	27(71.1)	7.958	0.012 ^b
มี	4(100)	0(0.0)		
ประสบการณ์เป็นครู				
น้อยกว่า 7 ปี	11(44.0)	14(56.0)	1.847	0.174 ^a
มากกว่า 7 ปี	4(23.5)	13(76.5)		
การอบรมครูทางการศึกษาพิเศษ				
ไม่เคยอบรม	4(44.4)	5(55.6)	0.380	0.698 ^b
เคยอบรม	11(33.3)	22(66.7)		
ประเภทความพิการของเด็กที่ดูแล				
บกพร่องทางการมองเห็น				
ใช่	3(33.3)	6(66.7)	0.028	1.000 ^b
ไม่ใช่	12(36.4)	21(63.6)		
บกพร่องทางการได้ยิน				
ใช่	3(30.0)	7(70.0)	0.187	1.000 ^b
ไม่ใช่	12(37.5)	20(62.5)		
บกพร่องทางสติปัญญา				
ใช่	8(30.8)	18(69.2)	0.727	0.394 ^a
ไม่ใช่	7(43.8)	9(56.3)		
บกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพ				
ใช่	7(30.4)	16(69.6)	0.617	0.432 ^a
ไม่ใช่	8(42.1)	11(57.9)		

ตารางที่ 3 ทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพิเศษ
เขตการศึกษาที่ 10 (n=42) (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับความเครียด		χ^2	p-value
	(n(%))			
	เครียด	ไม่เครียด		
ปัญหาทางการเรียนรู้				
ใช่	4(40.0)	6(60.0)	0.105	1.000 ^b
ไม่ใช่	11(34.4)	21(65.6)		
บกพร่องทางการพูดและภาษา				
ใช่	2(22.2)	7(77.8)	0.908	0.451 ^b
ไม่ใช่	13(39.4)	20(60.6)		
ปัญหาทางพฤติกรรมหรืออารมณ์				
ใช่	2(22.2)	7(77.8)	0.908	0.451 ^b
ไม่ใช่	13(39.4)	20(60.6)		
ออทิสติก				
ใช่	7(30.4)	16(69.6)	0.617	0.432 ^a
ไม่ใช่	8(42.1)	11(57.9)		
พิการซ้อน				
ใช่	3(20.0)	12(80.0)	2.510	0.113 ^a
ไม่ใช่	12(44.4)	15(55.6)		
สัมพันธภาพในหน่วยงาน				
มีความสัมพันธ์น้อย	7(63.6)	4(36.4)	5.061	0.034 ^{b*}
มีความสัมพันธ์มาก	8(25.8)	23(74.2)		
ภาระการดูแลของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ				
ไม่เป็นภาระ	15(35.7)	27(64.3)	N/A	N/A
การสนับสนุนทางสังคม				
มีการสนับสนุนน้อย	6(85.7)	1(14.3)	9.147	0.005 ^{b*}
มีการสนับสนุนมาก	9(25.7)	26(74.3)		

^aวิเคราะห์โดยใช้สถิติ chi square, ^bวิเคราะห์โดยใช้สถิติ fisher exact, *มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

จากสรุปผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 10 ในครั้งนี้ มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้

ระดับความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษาที่ 10 พบว่า มีความเครียดในระดับน้อยและน้อยที่สุดรวมร้อยละ 92.9 ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล ทวีพันธ์⁶ ศึกษาความเครียด ภาระการดูแล และทัศนคติที่มีต่อเด็กออทิสติกของครูที่ดูแลเด็กออทิสติกในโรงเรียนสาธิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ พบว่าระดับของความเครียดจากการทำงานครูที่ดูแลเด็กออทิสติกอยู่ในระดับน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพรรณ เบญญศรี⁹ ศึกษาเกี่ยวกับครูที่สอนนักเรียนพิการทางการศึกษาระดับชั้นอนุบาลและประถมศึกษา ในโรงเรียนสังกัดสำนักบริหาร งานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าระดับของความเครียดจากการ ทำงานครูที่สอนนักเรียนพิการทางการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับน้อยเช่นกัน

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ คิดเป็นร้อยละ 9.5 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ชูทิพย์ ปานปรีชา¹⁵

กล่าวถึงที่มาของความเครียดมาจากการมีสุขภาพไม่ดี ความเหนื่อยล้า ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ มีโรคประจำตัว

ด้านสัมพันธภาพในหน่วยงาน พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษในครั้งนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพรรณ เบญญศรี⁹ ศึกษาเกี่ยวกับครูที่สอนนักเรียนพิการทางการศึกษาระดับชั้นอนุบาล และประถมศึกษา ในโรงเรียนสังกัดสำนักบริหาร งานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการมีความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานที่ไม่ดีเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ และสอดคล้องแนวคิดของ Brown and Moberg¹⁶ ความเครียดเกิดจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมสัมพันธภาพระหว่างหน่วยงาน กล่าวคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ร่วมงาน

ด้านการดูแลของครูที่ดูแลเด็กพิเศษ พบว่า ครูผู้ดูแลเด็กพิเศษรู้สึกที่ไม่เป็นภาระในการดูแลเด็กพิเศษ คิดเป็นร้อยละ 71.4 ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล ทวีพันธ์⁵ ศึกษาความเครียด ภาระการดูแล และทัศนคติที่มีต่อเด็กออทิสติกของครูที่ดูแลเด็กออทิสติกในโรงเรียนสาธิตแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ พบว่าครูที่ดูแลเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่เป็นภาระในการดูแล และสอดคล้องกับแนวคิดของ Montgomery et al.¹⁷ ให้ความหมาย

ภาวะการดูแล คือ การรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความเดือดร้อน เป็นความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิต และจากผลการศึกษาครูผู้ดูแลเด็กพิเศษรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลอาจเนื่องมาจากศูนย์การศึกษาพิเศษ ในเขตการศึกษา 10 มีการบริหารจัดการศึกษาตามมาตรฐานการศึกษา มีการพัฒนาครูโดยต่อเนื่อง จนทำให้ครูมีความพร้อมในการดูแล ไม่มีความยากลำบากในการดูแล ส่งผลให้ครูมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลหรือไม่ รู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล

ด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษในครั้งนี้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Brown and Moberg¹⁶ สาเหตุของการทำงานที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ ความเครียดมีความเกี่ยวข้องกับการไม่ได้รับการยอมรับ การขาดความช่วยเหลือ สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่ไม่สะดวกสบาย หรือ ไม่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.สุภาวดี พันธุมาศ อาจารย์ยุวดี สารบุร อาจารย์พิสมัย นาทัน และอาจารย์ ดร.พรพรรณ ประพัฒน์พงษ์ ที่มีส่วนรวมในการสนับสนุน ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์

ต่อการวิจัย ทำให้โครงการวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. ณิชพร ศุภสมุทร์. การจัดการเรียนการสอนสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 กันยายน 2562, เข้าถึงได้จาก <http://www.rajanukul.go.th>.
2. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต. ผลการสำรวจคนพิการที่อยู่ในวัยเด็ก และวัยศึกษา พ.ศ. 2559. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2562, เข้าถึงได้จาก <http://www.dep.go.th/>.
3. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต. ผลการสำรวจคนพิการที่อยู่ในวัยเด็ก และวัยศึกษา พ.ศ. 2561. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2562, เข้าถึงได้จาก <http://www.dep.go.th/>.
4. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต. รายงานข้อมูลด้านสถานการณ์คนพิการในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 เข้าถึงเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2563, เข้าถึงได้จาก <http://www.dep.go.th/>.
5. ศิริรัตน์ อุฬารัตินนท์. ชุดวิชาพัฒนการเด็กพิเศษ. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 กันยายน 2562, เข้าถึงได้จาก <http://www.humaneco.stou.ac.th>.

6. นฤมล ทวีพันธ์. **ความเครียด ภาระการดูแล และทัศนคติที่มีต่อเด็กออทิสติกของครูที่ดูแลเด็กออทิสติก ในโรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา.** วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะวิทยาศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
7. ชนิษฐา หะยีมะแซ. **การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึม และเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์.** วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556.
8. ปวีดา โพธิ์ทอง, สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุนทรี ชะชาตย์, และ เสาวลักษณ์ แสนฉลาด. **การศึกษาภาวะสุขภาพของเด็กออทิสติก ความรู้และความเครียดของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ที่ได้รับการบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษ เขต 5 จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี** 2557; 25(2): 26-40.
9. จิราพรรณ เบญญศรี. **ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในครูที่สอนนักเรียนพิการทางการศึกษา ระดับชั้นอนุบาลและประถมศึกษา ในโรงเรียนสังกัดสำนักบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.**
10. ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 10 จังหวัดอุบลราชธานี. **ข้อมูลพื้นฐาน.** [อินเทอร์เน็ต]. 2558. ค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2562, จาก <http://www.ubonspecial10.go.th>.
11. อรุณ จิรวรรณกุล. **สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย.** กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2552.
12. ทศพล บุญธรรม. **ภาวะความเครียดจากการทำงานของครูระดับมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่การศึกษานครปฐม เขต 1. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2547.**
13. นาฏยพรรณ ภิญญ. **ความรู้สึกล่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษา ใน ตึก ผู้ป่วย ใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.**

14. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. **การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ธารานพรสการพิมพ์; 2553.
15. ชูติตย์ ปานปรีชา. **อารมณ์ ความเครียด และการปรับตัว**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2534.
16. Brown, Warren B., and Moberg, Denis J. **Organizational Theory and Management: A Macro Approach**. New York: John Wiley & Sons; 1980.
17. Montgomery, R., Gonyea, J., & Hooyman, N. **Caregiving and experience of subjective and objective burden**. Family Relations 1985; 34: 19-26.

การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติก ในจังหวัดขอนแก่น ด้วยโปรแกรมฝึกทักษะสังคม

ธิดากร มณีรัตน์¹, พัชรภรณ์ เจนใจวิทย², ภัทรา ฤทธวรารักษ์³,
ภัทราภรณ์ กาบกลาง⁴, ปิยะวรรณ ศรีสุรักษ์⁵, พรหมณี หาญหิ⁶

บทคัดย่อ

ครอบครัวที่มีคนพิการได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะครอบครัวบุคคลออทิสติกวัยรุ่นซึ่งต้องการมีปฏิสัมพันธ์สังคมตามวัย และการพัฒนาทักษะสังคมต้องอาศัยครอบครัวเป็นหลัก งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัวด้วยโปรแกรมฝึกทักษะสังคม ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานที่เสร็จสมบูรณ์ เครื่องมือประกอบด้วย แบบวัดคุณภาพชีวิตครอบครัวจำนวน 30 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.93 และโปรแกรมฝึกทักษะสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับออทิสซึม 2) ทักษะพ่อแม่ 3) ทักษะสังคมเรื่องวินัยที่บ้าน 4) ทักษะสังคมเรื่องการจัดการตนเองเมื่อโกรธ 5) ทักษะสังคมเรื่องการเข้าหาเพื่อน และ 6) เรื่องเล่าทางสังคม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกอายุ 12 -20 ปี จำนวน 52 ครอบครัว ผู้วิจัยแจกแบบวัดคุณภาพชีวิตครอบครัวให้ตอบ และคัดเลือกผู้มีคะแนนต่ำสุดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง 10 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 10 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอบรม 6 สัปดาห์ ละ 3 ชั่วโมง ร่วมกับการติดตามโดยการส่งการบ้าน และการเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติก ระยะก่อนได้รับโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนไม่แตกต่างกัน ระยะหลังได้รับโปรแกรมพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p=0.026$) โดยพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นทั้งโดยรวมและรายองค์ประกอบ ($p<0.001$) ดังนั้น ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวมีความต่างของค่าเฉลี่ยสูงสุด (9.58) รองลงมาคือด้านการเลี้ยงดูบุตรในครอบครัว (8.06) ด้านการสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ (7.90) ด้านสุขภาพความเป็นอยู่ (6.00) และด้านข่าวสารสวัสดิการที่ได้รับ (5.00)

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตครอบครัว, โปรแกรมฝึกทักษะสังคม, ออทิสติก

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการ โรงพยาบาลขอนแก่น

⁴นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

⁵ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁶อาจารย์ ศูนย์วิจัยออทิสติก มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding Author: Thirakorn Maneerat , Email: thirakorn1@gmail.com

PROMOTING FAMILY QUALITY OF LIFE OF FAMILY WHO HAVE INDIVIDUAL WITH AUTISM IN KHON KAEN PROVINCE THROUGH SOCIAL SKILL TRAINING PROGRAM

*Thirakorn Maneerat¹, Patcharaporn Jenjaivit², Pathra Ruechurak³,
Pattraporn Kabklang⁴, Piyawan Srisuruk⁵, Pornmanee Hanhak⁶*

ABSTRACT

Families with disabilities were affected by the quality of life, especially the family who have individual with autism who want to have social interaction according to age growth. The development of social skills depends mainly on the family. The purpose of this research is to enhance the family quality of life (FQOL) through social skills training program. Using quasi-experimental research as part of the completed work. The research tools included the FQOL questionnaire, consisting of 30 items, had a reliability of 0.93 and social skills training program developed by the researcher consisting of 1) basic knowledge about autism 2) parenting skills 3) social skills on discipline at home 4) social skills on self-management when angry 5) social skills for approaching friends and 6) social stories. The sample consisted of 52 families who have individual with autism aged 12 -20 years. The researcher distributed FQOL questionnaire to answer and selected the lowest score to be the experimental group of 10 people and the comparison group of 10 people. The experimental group would receive the 6 weeks course training by 3 hours per week, follow-up by home program and home visits. The results showed that FQOL were not different in two group before receiving the program. After the program it was found that FQOL in the experimental group were higher than comparison group ($p=0.026$). The FQOL of the experimental group showed that, after the program there was higher mean score than before in both overall FQOL and in each factor ($p<0.001$). As follow, the family relationships was the highest difference (9.58), then the family rearing (8.06), the social and emotional support (7.90), the well-being (6.00) and the information and welfare (5.00)

Key words: Family quality of life , Autism spectrum disorder , Social skills training program

¹ Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

³ Medical Physician, Senior Professional Level, Khon Kaen Hospital

⁴ Public Health Officer, Professional Level, Khon Kaen Hospital

⁵ Assistant Professor, Faculty of Education, Khon Kaen University

⁶ Instructor, Autistic Research Center, KhonKaen University

บทนำ (Introduction)

ออทิสติก หรือ ออทิสซึมสเปกตรัม เป็นความพิการประเภทที่ 7 มีความบกพร่องทางพัฒนาการ 2 ด้านคือปฏิสัมพันธ์การสื่อสารทางสังคม และพฤติกรรม ปัจจุบันอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในอเมริกาพบบุคคลออทิสติกเพิ่มขึ้นเป็น 1 ต่อ 59 ของประชากรเด็กอายุ 8 ปี¹ พบในทุกเชื้อชาติทุกเชื้อสาย และคาดว่าอุบัติการณ์น่าจะเพิ่มขึ้นอีก โดยยังไม่พบสาเหตุที่แน่ชัด แต่อาการความบกพร่องมีตั้งแต่เกิดไปจนตลอดชีวิต

ครอบครัวของบุคคลออทิสติกเหล่านี้ได้รับผลกระทบโดยตรงทั้งต่อร่างกายและจิตใจ² ต้องมีค่าใช้จ่ายจำนวนมากกว่าคนทั่วไป 4.1-6.2 เท่า³ พบว่าบิดามารดาที่มีบุตรออทิสติกมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าและมีปัญหาทางร่างกายมากกว่าบิดามารดาทุกกลุ่ม⁴ และต้องเผชิญปัญหามากมายรวมทั้งปัญหาพฤติกรรมด้วย⁵ ทั้งนี้เนื่องจากคนพิการด้านออทิสติก เป็นความพิการที่ไม่เห็นประจักษ์ เสี่ยงต่อการถูกละเลย มีข้อจำกัดจากความบกพร่องหลักด้านการสื่อสารทางสังคม ไม่สามารถระบุปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของตนเองได้ ใช้เวลาเกือบทั้งหมดอยู่ที่บ้าน⁶ และส่วนใหญ่ไม่ได้ไปโรงเรียนเช่นคนทั่วไปเพราะถูกโรงเรียนปฏิเสธจากการที่ไม่สามารถจัดการปัญหาพฤติกรรมได้ ซึ่งการไม่ได้ไปโรงเรียนยังเป็นอุปสรรคขัดขวางพัฒนาการด้านทักษะสังคม

ครอบครัวจึงต้องเผชิญปัญหาพฤติกรรมที่ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การมีข้อมูลคุณภาพชีวิตครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁷ ทั้งเพื่อตอบคำถามว่าบริการในปัจจุบันสามารถตอบสนองต่อประเด็นความต้องการของครอบครัวหรือไม่ และเพื่อใช้ออกแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

คุณภาพชีวิตครอบครัว (family quality of life [FQOL]) เป็นการประเมินผลลัพธ์สุขภาพทางมนุษยศาสตร์ (humanistic outcome) เพิ่มเติมจากผลลัพธ์ทางคลินิกเพื่อวัดผลลัพธ์ของครอบครัว จากบริการที่ได้รับ มีพัฒนาการจากคุณภาพชีวิตระดับบุคคล เริ่มใช้เมื่อต้นทศวรรษที่ 1980s จากแนวคิดที่ว่าคนพิการมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดครอบครัว⁸ โดยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตครอบครัวมีความแตกต่างกันตามบริบทสังคมวัฒนธรรม สำหรับประเทศไทยได้มีการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีคนพิการ⁹ ที่สอดคล้องกับแนวคิดของ The Beach Center Family Quality of Life Scale (FQOL)¹⁰ โดยคุณภาพชีวิตครอบครัวไทยประกอบด้วย 5 ด้านได้แก่ 1) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว 2) ด้านการเลี้ยงดูบุตรในครอบครัว 3) ด้านสุขภาพ ความเป็นอยู่ และกายภาพของครอบครัว 4) ด้านการสนับสนุนทางสังคม และอารมณ์ 5) ด้านข่าวสาร สวัสดิการ และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ ซึ่งเป็นการสะท้อนการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงของสังคม ที่เห็นว่าคนพิการและครอบครัว มีสิทธิ

ในการมีชีวิตที่มีคุณภาพคล้ายคลึงกับคนทั่วไป สอดคล้องกับกระแสการเคลื่อนไหวด้านลดการจัดบริการในสถาบัน (deinstitutionalize) ฟูการดูแลคนพิการโดยชุมชน (community base rehabilitation [CBR]) ที่ส่งผลต่อการถ่ายโอนบทบาทบุคลากรผู้ครอบครัว ครอบครัวจึงกลายเป็นหุ้นส่วนสำคัญ ที่เป็นทั้งผู้ให้และรับบริการสุขภาพในขณะเดียวกัน การจัดบริการภาครัฐจึงต้องตอบสนองทั้งต่อคนพิการและครอบครัวไปพร้อมกัน¹¹ เช่นเดียวกับหลักการพยาบาลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered approach)¹² คำนี้ถึงความต้องการของทุกคนในครอบครัว รวมทั้งความสัมพันธ์ของแต่ละคนในครอบครัว ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อพัฒนาการและกระบวนการเรียนรู้ของคนพิการและครอบครัว

การจัดการกับทักษะสังคมของบุคคลออทิสติก โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น เป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและความอ่อนแอของครอบครัว เพราะเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นบุคคลออทิสติก ส่วนใหญ่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมากขึ้นตามวัยและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป แต่ด้วยการด้อยทักษะการเข้าสังคม ทำให้เกิดความสับสนยุ่งยากและรุนแรงขึ้น จนกระทั่งต้องใช้ยาบำบัดเพื่อจัดการเกี่ยวกับความกดดันและความกังวล คนในครอบครัวจึงต้องการความรู้และทักษะที่จำเป็น

เหมาะสมตามพัฒนาการแต่ละช่วงวัย เพื่อฝึกทักษะให้รวมทั้งการตอบสนองที่เหมาะสมด้วย

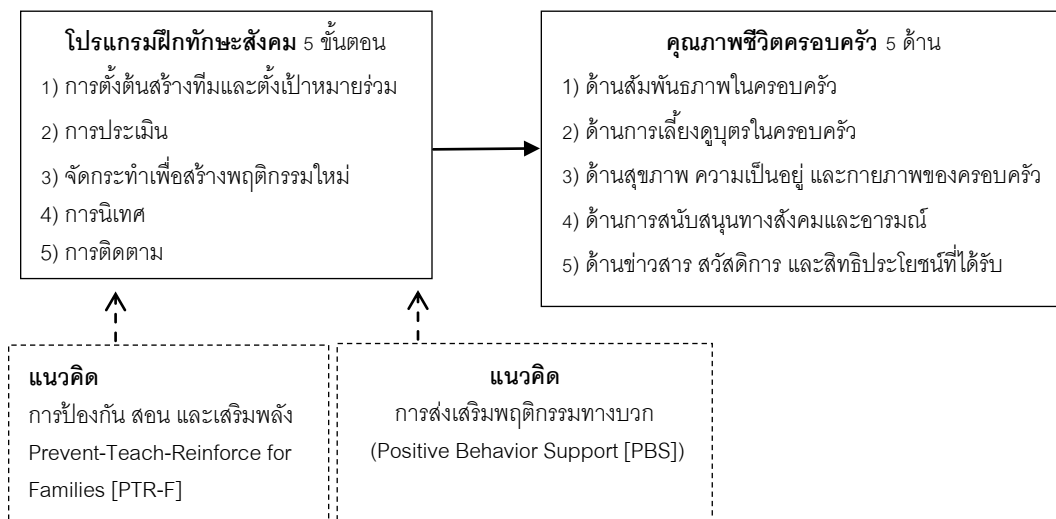
ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาจึงได้พัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะสังคม (social skill training) ที่มีลักษณะของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงจากครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การตั้งต้นสร้างทีมและตั้งเป้าหมายร่วม initiating the process 2) การประเมิน assessing 3) จัดกระทำเพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ developing interventions 4) การสอนนิเทศ coaching และ 5) การติดตามกำกับ monitoring ซึ่งโปรแกรมฝึกทักษะสังคมที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จะสามารถเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีวัยรุ่นออทิสติกได้ ช่วยลดความเครียดของครอบครัว สามารถปรับตัวพึ่งตัวเองได้ คนในครอบครัวเรียนรู้ที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสม มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของคนพิการและเป็นส่วนที่เกื้อกูลสังคมอย่างมีคุณธรรมด้วย

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะสังคม ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคล ออทิสติกวัยรุ่น

2. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมฝึกทักษะสังคมในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเภทกึ่งทดลองแบบ two group pre-post test

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นครอบครัวที่มีคนพิการด้านออทิสติก ที่จดทะเบียนคนพิการในจังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งสิ้น 277 คน¹³

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ครอบครัวที่มีคนพิการด้านออทิสติกอายุ 12 -20 ปี ที่จดทะเบียนคนพิการในจังหวัดขอนแก่น คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G power

กำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.3 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า power เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 49 คน หลังจากนั้นใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยสุ่มอำเภอที่อาศัยอยู่จำนวน 26 อำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่างรวมจำนวน 52 ครอบครัว หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลมาจัดเรียงคะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวจากน้อยไปมาก และคัดเลือกสมาชิกครอบครัวผู้มีคะแนนต่ำสุดจำนวน 30 คน สอบถามความสมัครใจ เพื่อคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่ม

ตัวอย่างในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต ครอบครัวด้วยโปรแกรมฝึกทักษะสังคม โดยมีเกณฑ์ในคัดออกจากโครงการวิจัย คือ 1) เป็นคนที่มี significant hearing or vision loss หูตึงมากหรือตามองไม่เห็นที่รุนแรง 2) มีโรคทางระบบประสาทหรือโรคทางกายอื่นๆ เช่น intellectual disorder, cerebral palsy, history of severe head trauma or stroke เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ประกอบด้วย

แบบวัดคุณภาพชีวิตครอบครัว :
ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีคนพิการไทยของ ธีรกร มณีรัตน์ และคณะ (2557)⁹ จำนวน 30 ข้อ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.93 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93 โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตครอบครัว ประกอบด้วย 2 ส่วน ข้อมูลทั่วไป และ ข้อมูลคุณภาพชีวิตครอบครัว เป็นมาตรวัดประมาณค่าความพึงพอใจ 5 ระดับ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

โปรแกรมฝึกทักษะสังคม :
ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะสังคม เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัว สำหรับครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น โดยประยุกต์ 2 แนวคิดเข้าด้วยกัน ได้แก่ แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมทางบวกสำหรับครอบครัว (Positive Behavior Support

[PBS]) ของ Carr et al (2002)¹⁴ ซึ่งอธิบายถึงการเรียนรู้ที่จะป้องกันและแทนที่พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการสร้างพฤติกรรมใหม่ และแนวคิด Prevent-Teach-Reinforce for Families [PTR-F] ของ Glen et al. (2017)¹⁵ โปรแกรมฝึกทักษะสังคมครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การตั้งต้นสร้างทีมและตั้งเป้าหมายร่วม 2) การประเมิน 3) จัดกระทำเพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ 4) การสอนนิเทศ และ 5) การติดตามกำกับ ผวนกรรวมกับกรอบแนวคิดของคุณภาพชีวิตครอบครัว โดยเน้นให้โปรแกรมมีความเหมาะสมกับการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น เนื้อหาของโปรแกรมได้มาจากการสนทนากลุ่มผู้ปกครอง 6 คน การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 13 คน และตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 8 ท่าน หลังจากนั้นทดลองใช้โปรแกรม และนำไปปรับปรุงเพื่อนำไปใช้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมประกอบด้วย ความรู้พื้นฐาน 6 ชั่วโมง และความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะสังคม 12 ชั่วโมง รวมเวลา 18 ชั่วโมง การอบรมแต่ละครั้งใช้เวลา 3 ชั่วโมง รวม 6 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรมบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต ชมวิดีโอทัศน์ การเล่าประสบการณ์ และการฝึกปฏิบัติ มีเนื้อหา ดังนี้

ครั้งที่ 1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ
อาชีพที่เลือก ประกอบด้วยอาชีพที่เลือกมา
และ
แนวทางการดูแล

ครั้งที่ 2 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ
ทักษะพ่อแม่ (ป้องกัน สอนพฤติกรรมใหม่
แทนที่พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และเสริม
พลัง) ประกอบด้วย การรู้ตัวรู้คุณค่าเสีย
ใจ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ครั้งที่ 3 ทักษะสังคม ประกอบด้วย
วินัยที่บ้าน ตารางภาพนาฬิกาชีวิต

ครั้งที่ 4 ทักษะสังคม การจัดการ
ตนเองเมื่อโกรธ ถูกรังแก ถูกกลั่น

ครั้งที่ 5 ทักษะสังคม การเข้าหา
เพื่อน การทำงานเป็นทีม ไปงานเลี้ยง ไป
เที่ยว

ครั้งที่ 6 ทักษะสังคม เรื่องเล่าทาง
สังคม

วิธีการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัย
ดำเนินการดังนี้ เก็บข้อมูลคุณภาพชีวิต
ครอบครัว โดยเก็บกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน
52 ครอบครัว ที่อาศัยอยู่ 26 อำเภอด้วย
ตนเอง นำข้อมูลที่ได้มาจัดกระทำวิเคราะห์
ข้อมูล และจัดเรียงลำดับข้อมูลคุณภาพชีวิต
ครอบครัวจากน้อยไปมาก คัดเลือกกลุ่ม
ตัวอย่างที่ได้คะแนนจากน้อยที่สุดขึ้นมา
จำนวน 30 คน สอบถามความสมัครใจ และ
จัดเข้ารับการอบรมตามโปรแกรมจำนวน
13 คน ดำเนินการตามโปรแกรม 5 ขั้น ใช้
เวลา 3 เดือน ติดตามโดยการส่งการบ้าน
ในไลน์กลุ่ม และการเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาหลังการ

ทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบ
แบบวัดคุณภาพชีวิตครอบครัว คะแนนในครั้ง
นี้เป็นคะแนนหลังการทดลอง (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วย
โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ค่าสถิติเชิง
พรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอ้างอิง ใช้
สถิติ t-test (Independent sample t-test)
เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิต
ครอบครัว ทดสอบค่าเฉลี่ยกรณีกลุ่มตัวอย่าง
2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน และใช้สถิติ Pair- t
test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณี
2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน และ 95%
Confidence Interval ระดับนัยสำคัญทาง
สถิติ 0.05

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณา
รับรองเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
วิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อ
วันที่ 11 พฤศจิกายน 2559 เลขที่ HE 591359

ผลการวิจัย (Result)

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจและลงชื่อเข้า
ร่วมโครงการเป็นกลุ่มทดลองทั้งหมด 13 ราย
มีเพียง 10 ราย ที่อยู่ครบตลอดโครงการ ส่วน
ใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 8 คน มีอายุเฉลี่ย
45.1 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 34-10 ปี
จำนวน 6 คน สถานภาพคู่จำนวน 7 คน
เกือบทั้งหมดดูแลบุคคลออทิสติกมากกว่า

10 ปี บุคคลออกทิสติกเป็นเพศชาย 9 คน
มีอายุระหว่าง 12- 20 ปี อายุเฉลี่ย 16.1 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

10 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 9 คน
มีอายุเฉลี่ย 42.4 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง

35-40 ปี จำนวน 5 คน สถานภาพคู่จำนวน
6 คน เกือบทั้งหมดมีระยะเวลาที่ดูแลบุคคล
ออกทิสติกมากกว่า 10 ปี บุคคลออกทิสติกเป็น
เพศชาย 9 คน มีอายุระหว่าง 13- 29 ปี อายุ
เฉลี่ย 16.9 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะประชากร จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=10)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	2	20	1	10
หญิง	8	80	9	90
2. อายุ				
35-40 ปี	6	60	5	50
41-50 ปี	2	20	4	40
51-60 ปี	2	20	1	10
เฉลี่ย(min-max)	45.1 (35-60)		42.4 (31-60)	
4. สถานภาพสมรส				
คู่	7	70	6	60
ม่าย	3	30	3	30
โสด	0	0	1	10
5. ระยะเวลาที่ดูแลบุคคลออกทิสติก				
5-10 ปี	1	10	1	10
> 10 ปี	9	90	9	90
เฉลี่ย(min-max)	13.6 (8-29)		15.2 (10-30)	
6. เพศของบุคคลออกทิสติก				
ชาย	9	90	9	90
หญิง	1	10	1	10

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะประชากร จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=10)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. อายุของบุคคลออกทิสติก				
12-15 ปี	5	50	5	50
16-20 ปี	5	50	5	50
เฉลี่ย(min-max)	16.1 (12-20)		16.9 (13-29)	

ข้อมูลคุณภาพชีวิตครอบครัว
ระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่นนั ะยะก่อนการได้รับโปรแกรมฝึกทักษะสังคม พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 20 อยู่ในระดับต่ำ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนในระยะหลังได้รับโปรแกรมฝึกทักษะสังคม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่

ร้อยละ 90 มีระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวในระดับปานกลาง และร้อยละ 10 มีระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวในระดับสูง ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

คุณภาพชีวิต		กลุ่มทดลอง (n=10)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=10)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนได้รับโปรแกรม	ระดับสูง	0	0	0	0
	ระดับปานกลาง	8	80	8	80
	ระดับต่ำ	2	20	2	20
หลังได้รับโปรแกรม	ระดับสูง	1	10	0	0
	ระดับปานกลาง	9	90	8	80
	ระดับต่ำ	0	0	2	20

เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น ระยะเวลา ก่อนการได้รับโปรแกรมฝึกทักษะสังคม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 100.04 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 101.40 ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($p=0.616$) ส่วนในระยะเวลาหลังได้รับโปรแกรมฝึกทักษะสังคม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 132.27 และกลุ่ม

เปรียบเทียบมีคะแนนคุณภาพชีวิตครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 99.93 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.026$) ดังตารางที่ 3 และเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น ระยะเวลา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกทักษะสังคม ในกลุ่มทดลอง พบว่า มีความต่างกันทั้งโดยรวมและรายองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

คุณภาพชีวิตครอบครัว		n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	95 % CI of Mean Difference	t	df	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	10	100.04	13.05	-1.36	92, 108	0.5	18	0.616
	กลุ่มเปรียบเทียบ	10	101.4	7.32		96.9, 106			
หลังได้รับโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	10	132.27	15.16	32.34	123, 142	-13	18	0.026*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	10	99.93	6.06		96.2, 104			

*p-value < 0.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของของคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น
จังหวัดขอนแก่น ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

องค์ประกอบ	ก่อน ทดลอง $\bar{X}$ (S.D.)	หลัง ทดลอง $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	S.D. s_d	95% CI of μd	t	df	p-value
สัมพันธภาพในครอบครัว	48.9 (2.8)	54.4 (0.9)	9.58	0.66	3.09, 7.101	7.03	9	<0.001*
การเลี้ยงดูบุตรในครอบครัว	21.1 (2.1)	29.2 (0.6)	8.06	0.77	6.57, 9.54	8.44	9	<0.001*
สุขภาพ ความเป็นอยู่ และ กายภาพของครอบครัว	20.2 (2.1)	26.2 (2.4)	6.00	0.88	3.82, 8.17	9.06	9	<0.001*
การสนับสนุนทางสังคม และอารมณ์	15.8 (1.1)	23.7 (2.5)	7.90	0.69	6.02, 9.77	9.87	9	<0.001*
ข่าวสาร สวัสดิการ และสิทธิ ประโยชน์ที่ได้รับ	16.0 (1.0)	21 (2.7)	5.00	0.58	3.03, 6.97	8.07	9	<0.001*
คุณภาพชีวิตครอบครัว โดยรวม	100.0 (13.0)	132.2 (15.1)	32.23	13.0	18.94, 45.51	10.75	9	<0.001*

*p-value< 0.05

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. คุณภาพชีวิตครอบครัวของครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น จังหวัดขอนแก่น

จากผลการวิจัยที่พบว่า ครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 20 อยู่ในระดับต่ำ ในระยะก่อนการได้รับโปรแกรมฝึกทักษะสังคม ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และเมื่อแยกพิจารณา

คุณภาพชีวิตครอบครัวรายด้านพบว่า ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านสุขภาพ ความเป็นอยู่ และกายภาพของครอบครัว อธิบายได้ดังนี้

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่นจังหวัดขอนแก่น ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ขัดแย้งกับการศึกษาของเพ็ญนา กุลนาคล¹⁶ ที่ศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตครอบครัวของวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพในครอบครัว

มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากวัยรุ่นทั่วไป อยู่ในวัยเรียนมีกิจกรรมนอกห้องเรียนมากมาย ไม่ได้ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับบ้าน เหมือนคนพิการ พ่อแม่จึงรับรู้คุณภาพชีวิต ครอบครัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำ อย่างไรก็ดีตามในการศึกษาค้นคว้านี้กลับสะท้อนให้เห็นว่า แม้มีคนพิการในครอบครัว พ่อแม่ผู้ดูแลมีการะเพิ่มขึ้น แต่สมาชิกในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเหมาะสม ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีต่อสมาชิกครอบครัว และมีการแสดงออกที่สื่อถึงความรัก ดูแลเอาใจใส่เอื้ออาทร ให้เกียรติและยอมรับกันและกัน เช่น กอด สัมผัสอย่างอ่อนโยน โทรศัพท์ถามทุกข์สุข ให้อาหารใหญ่ เป็นต้น จึงส่งผลคุณภาพชีวิตครอบครัวในองค์ประกอบ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่วนในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีคะแนนต่ำสุด คือด้านการเลี้ยงดูบุตรในครอบครัว แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ครอบครัวในการเลี้ยงดูบุตรในศตวรรษที่ 21 ว่ามีแนวโน้มของพ่อแม่ที่ถึงแม้จะมีความรู้สูงแต่ขาดทักษะการอบรมเลี้ยงดูลูก มีความรู้แต่ปฏิบัติไม่ถูกวิธี ทั้งสถานการณ์ปัจจุบันที่พ่อแม่ผู้ดูแลมีเวลาให้กันน้อยลง จึงส่งผลให้องค์ประกอบด้านการเลี้ยงดูบุตรในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้ อาจเนื่องจากเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น บุคคลออทิสติก ส่วนใหญ่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมากขึ้นตามวัย แต่ด้วยการด้อยทักษะการเข้าสังคม ทำให้เกิดความสับสนยุ่งยาก

และรุนแรงขึ้น ดังนั้นหากพ่อแม่และคนในครอบครัว มีความรู้และทักษะที่จำเป็นเหมาะสมตามพัฒนาการแต่ละช่วงวัย และได้รับสร้างเสริมความสามารถที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการพัฒนาทักษะสังคมของออทิสติกวัยรุ่น นอกจากจะลดผลกระทบจากความรุนแรงของพฤติกรรมเชิงลบ ยังช่วยเสริมสร้างพัฒนาการของบุคคลออทิสติก¹⁷ และยังส่งผลต่อสัมพันธภาพกับพ่อแม่ที่มั่นคงต่อไป¹⁸ หรืออาจกล่าวในอีกมุมมองหนึ่งคือ คุณภาพชีวิตครอบครัวที่สำคัญคือ การพัฒนาความเป็นพ่อแม่ การกระทำของพ่อแม่ที่ตระหนักและเห็นคุณค่าของการพัฒนาลูก ส่งผลให้เกิดความรักและความผูกพันในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น

2. ผลการใช้โปรแกรมฝึกทักษะสังคม ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีบุคคลออทิสติกวัยรุ่น

ผลการใช้โปรแกรมฝึกทักษะสังคมที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น พบว่า ครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมฝึกทักษะสังคมส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 มีระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวในระดับปานกลาง และร้อยละ 10 มีระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวในระดับสูง และสูงขึ้นในระยะหลังการทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ใช้หลักการและแนวคิดบูรณาการการส่งเสริมพฤติกรรมทางบวก (PBS) ผสมผสานแนวคิด (PTR-F) เพื่อป้องกัน สอน และเสริมพลังมาใช้ ดังการศึกษาของ Smith-Bird, & Turnbull¹⁹

และ Hieneman²⁰ ที่พบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมทางบวก ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งในระดับบุคคลและคุณภาพชีวิตครอบครัวและการศึกษาของ Lucyshyn et al.²¹ ที่พบว่า การป้องกัน สอน และเสริมพลังนอกจากจะช่วยลดพฤติกรรมเชิงลบในระยะยาวแล้วยังช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกและคุณภาพชีวิตของพ่อแม่ผู้ดูแลด้วย ยิ่งไปกว่านั้นจุดเด่นของโปรแกรมที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัว มีดังนี้

2.1) บทบาทของพ่อแม่ ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยเสริมให้ครอบครัวมีพัฒนาการคุณภาพชีวิตครอบครัวที่ดีขึ้น มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ แสดงออกซึ่งกันและกันได้มากขึ้น เมื่อผนวกรวมกับองค์ความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรม ทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถพัฒนาตนเอง รับรู้ถึงหลักการป้องกัน การส่งเสริมพฤติกรรมทางบวก และเสริมพลัง และเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง การใช้ภาษาสื่อสารเชิงบวก และการสร้างวินัยภายในบ้าน ตลอดจนระบบสอนนิเทศ การติดตามและกลวิธีในการช่วยเหลือครอบครัวผ่านไลน์กลุ่มและการเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพราะพ่อแม่เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการให้การช่วยเหลือ ฉะนั้นจากกล่าวได้ว่าความสำเร็จของโปรแกรมประการหนึ่งขึ้นอยู่กับ การแสดงออกถึงบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลช่วยเหลือครอบครัวของตนเอง

2.2) การจัดขนาดกลุ่มในการอบรมเป็นกลุ่มเล็ก พอที่จะเปิดโอกาสให้อาสาสมัคร มีโอกาสที่จะพูดคุย ชักถาม เรียนรู้และมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และเต็มที่ ดังที่ Gladding²² เสนอว่าขนาดของกลุ่มให้คำปรึกษาที่ได้ผลสูงสุดควรมีสมาชิกประมาณ 8-12 คน และมีสอดคล้องกับคำแนะนำของ Jacobb, Mansson & Harvill²³ ที่กล่าวว่าขนาดของกลุ่มที่อบรม จะมีผลทำให้ผู้เข้าอบรมได้มีโอกาสเรียนรู้เพื่อที่จะรู้จักตนเองจากปฏิกิริยาของสมาชิกที่มีต่อตนเอง เป็นการได้รับข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกคนอื่นและวิทยากร สอดคล้องกับคำกล่าวของนาถลดา ตะวันกาญจน์โชติ²⁴ ที่กล่าวว่าโปรแกรมที่จะสามารถพัฒนาทักษะสังคมได้อย่างต่อเนื่องควรเน้นการสอนสาธิตซึ่งเป็นรูปแบบที่มีการระบุนการจัดกระทำเพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ชัดเจน และมีการบ้านให้กลับไปทำ มีการนิเทศโดยการเยี่ยมบ้านพร้อมให้คำปรึกษาปัญหา ทำให้เกิดผลลัพธ์เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาลง^{25,26} ส่งผลให้บุคคลออทิสติกสามารถพัฒนาทักษะสังคมได้อย่างต่อเนื่อง จากจุดเด่นของกระบวนการภายในโปรแกรม ที่ประกอบด้วย 1) การตั้งต้นสร้างทีมและตั้งเป้าหมายร่วม 2) การประเมิน 3) การจัดกระทำเพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ 4) การนิเทศ และ 5) การติดตาม ทำให้โปรแกรมฝึกทักษะสังคมที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถนำองค์ความรู้มา

ประยุกต์ใช้ได้เป็นอย่างดี จึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตครอบครัวดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบบริการ ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การมีความรู้ในการฝึกทักษะสังคมของวัยรุ่นนอกทิสติกเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งจากคำบอกเล่าของผู้เข้าร่วมการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นการทำตามกันมา ยังไม่สามารถจัดการกับทักษะสังคมที่เป็นปัญหาชี้ให้เห็นว่าครอบครัวยังต้องการความรู้เพื่อดูแลบุคคลออทิสติกวัยรุ่นให้มีทักษะสังคมสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในชุมชนได้อย่างกลมกลืน เข้าถึงบริการที่จำเป็น สามารถดำรงชีวิตอยู่ด้วยตนเองตามศักยภาพ ลดอัตราการเจ็บป่วยจากปัญหาพฤติกรรมซ้ำซ้อน ดังนั้นเพื่อเข้าสู่เป้าหมายการเป็นสังคมที่เข้มแข็งเอื้ออาทร และมีความสุข ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องเช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน หรืออื่นๆ จึงควรมีการปรับเปลี่ยนบริการ ให้เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ผลการศึกษาครั้งนี้ ยังชี้ให้เห็นว่า ครอบครัวถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการดำเนินชีวิต หน่วยบริการจึงควรสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลออทิสติกวัยรุ่นในชุมชน เนื่องด้วยจุดเด่นของสังคมวัฒนธรรมไทย เช่น ความเกื้อกูลกันในหมู่

เครือญาติ จึงควรใช้เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาเครือข่ายการดูแลครอบครัวต่อไป เช่น การส่งเสริมการพัฒนากลุ่มแม่ผู้ดูแล การหล่อเลี้ยงผู้ดูแล เป็นต้น นอกจากนี้ ยังสามารถนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตครอบครัวไปใช้ในพื้นที่ และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินระดับปัญหาก่อนให้การดูแล ตลอดจนใช้ประเมินประสิทธิภาพของการจัดบริการต่อไป เพื่อให้เกิดความมั่นคงแก่สถาบันครอบครัว ซึ่งเป็นหลักในการพัฒนาหล่อหลอมบุคคลตั้งแต่ในครรภ์จนถึงเชิงตะกอน เพื่อเป็นการปลูกฝังคุณลักษณะที่ดีในอนาคตต่อไป

การพัฒนางานวิจัย ควรมีการวิจัยคุณภาพชีวิตครอบครัว ในบริบทที่หลากหลาย เช่น ครอบครัวที่ย่ำแย่ ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว และควรนำโปรแกรมนี้เป็นแนวทางจัดบริการทั้งภาครัฐและองค์กรเอกชน เช่น สมาคมเพื่อและสมาคมของคนพิการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากข้อค้นพบเกี่ยวกับโปรแกรมฝึกทักษะสังคม ที่ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับออทิสซึม ทักษะพ่อแม่ และการพัฒนาทักษะสังคมนี้ ชี้ให้เห็นว่านโยบายที่จะเอื้อให้ครอบครัวสามารถเสริมสร้างทักษะสังคมของบุคคลออทิสติกได้นั้น ผู้กำหนดนโยบายต้องปรับกรอบแนวคิดและวิธีการทำงานในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ให้เปิดกว้างสู่การสร้างเสริมพลังอำนาจครอบครัว เพื่อเติมเต็มความต้องการความรู้ในการเลี้ยงดูทุกช่วงวัย ตลอดจนการ

จัดการป้องกันปัญหาแต่แรกเริ่มโดยเฉพาะ
วัยรุ่นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ ที่ “ยิ่งโต ยิ่งรุนแรง”
ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณกองทุนพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตคนพิการแห่งชาติ และสำนักงาน
คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่ให้ทุน
สนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณศาสตราจารย์
ชั้นสูง นายแพทย์สุชาติ พหลภาคย์
ผู้อำนวยการแผนงานวิจัยและที่ปรึกษา
สถาบันวิจัยและบริการด้านออทิซึม ที่ให้
คำแนะนำตรวจสอบในทุกขั้นตอน
ขอขอบคุณสมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิซึม
จังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนบางส่วนใน
การนำเสนองานวิจัยในต่างประเทศ
ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนสถานที่ในการทำ
วิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
ขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศูนย์วิจัยออทิซึม มูลนิธิขอบฟ้ากว้าง ศูนย์
การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 9 ขอนแก่น
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนแกนนำ
เรียนร่วม ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณครอบครัวที่มี
บุคคลที่มีภาวะออทิซึมทุกท่านที่เสียสละเวลา
และเปิดโอกาสให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่ง
ในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. **MMWR Surveill Summ.** 2018; 67 (No. SS-6): 1–23. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1>.
2. Gray DE. Coping over time: the parents of children with autism. **J Intellect Disabil Res.** 2006; 50(12): 970-976. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00933.x>.
3. Shimabukuro TT, Grosse SD, Rice C. (2008). Medical expenditures for children with an autism spectrum disorder in a privately insured population. **J Autism Dev Disord.** 2008 Mar; 38(3): 546-52. Epub 2007 Aug 10.
4. Benjak T. Subjective quality of life for parents of children with autism spectrum disorders in Croatia. **Applied Research Quality Life.** 2011; 6: 91–102. DOI 10.1007/s11482-010-9114-6.
5. Werner S, Edwards M, & Baum NT. Family quality of life before and after out-of-home placement of a family member with an intellectual disability.

- Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 2009; 6: 32–39.
6. Brown RI, Geider S, Primrose A & Jokinen NS. Family life and the impact of previous and present residential and day care support for children with major cognitive and behavioural challenges: a dilemma for services and policy. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2011; 55(9): 904-917.
 7. Isaacs BJ, Brown I, Brown RI, Baum N, Myerscough T, Neikrug S, et al. The international family quality of life project: Goals and description of a survey tool. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2007; 4: 177–185.
 8. Schalock R, Brown I, Brown RI, Cummins R, Felce D, Matikka L, et al. Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental Retardation*. 2002; 40: 457-470.
 9. Maneerat T, Jongudomkarn D, & Khiewyoo J. Development of family quality of life scale for Thai families who have persons with disabilities. *Journal of Nursing Science and Health [Internet]*. 2014; 37(4): 13-6. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/23949>.
 10. Hoffman L, Marquis J, Poston D, Summers JA, & Turnbull A. Assessing family outcomes: Psychometric evaluation of the Beach Center Family Quality of Life Scale. *Journal of Marriage and Family*. 2006; 68: 1069–1083.
 11. Keen D. Parents, families and partnerships: issues and considerations. *International Journal of Disability Development and Education*. 2007; 54(3): 339-349.
 12. Friedman MM. *Family nursing theory and assessment*. (2nd e.d.) 1986 Connecticut : Appleton-Century-Crofts.
 13. พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดขอนแก่น. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจังหวัดขอนแก่น ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560–2564 (แผนปฏิบัติการภายใต้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 5 พ.ศ.2560–2564) 2560. เอกสารจัดสำเนา.
 14. Carr EG, Dunlap G, Horner RH, Koegel RH, Turnbull AP, Sailor W, & Fox L. Positive behavior support: Evolution of an applied science. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 2002; 4: 4-16. [Ref list]

15. Dunlap G, Strain PS, Lee JK, Joseph JD, Vatland C, & Fox L. Prevent Teach - Reinforce for Families: A model of individualised positive behavior support for home and community. 2017; Baltimore, ML: Paul H. Brookes Publishing Co.
16. เพ็ญภา กุลนาคดล. การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตครอบครัวด้วยโปรแกรมภาษารัก. **วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**. 2559; 22(2): 233-246.
17. Leann ES, Jan SG, Marsha MS, & Jinkuk H. Symptoms and behavior problems of adolescents and adults with autism: effects of mother-child relationship quality, warmth, and praise. **American Journal on Mental Retardation**. 2008; 113(5): 387-402.
18. Siller M, & Sigman M. The behaviors of parents of children with autism predict subsequent development of their children's communication. **J Autism Dev Disord**. 2002; 32: 77-89.
19. Smith-Bird E, & Turnbull AP. Linking positive behavior support to family quality-of-Life outcomes. **Journal of Positive Behavior Interventions**. 2005; 7: 174-180.
20. Hieneman M. Positive behavior support for individuals with behavior challenges. **Behavior Analysis in Practice**. 2015; 8(1): 101-108.
21. Lucyshyn JM, Albin RW, Horner RH, Mann JK, Mann JA, Wadsworth G. Family Implementation of positive behavior support for a child with autism: longitudinal, single-case, experimental, and descriptive replication and extension. **Journal of Positive Behavior Interventions**. 2007; 9(3): 131-150.
22. Gladding ST. Effective group counseling. 1994. Greensboro, NC: ERIC/CASS.
23. Jacobb EE, Masson RL, & Harvill RL. **Group counseling: strategies and skills**. 2002. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
24. นาถลดา ตะวันกาญจน์โชติ. ทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 2559; 30(2): 1-27.
25. Frankel F, Myatt R, Sugar C, Whitham C, Gorospe CM, & Laugeson E. A randomized controlled study of parent-assisted children's friendship training with children having autism spectrum disorders. **Journal Autism Development Disorders**. 2010; 40: 827-842.

26. Reichow B, Steiner AM, & Volkmar F.
Social skills groups for people aged
6 to 21 with autism spectrum disorders
(ASD). **The Cochrane Database
Systemic Review**. 2012; (7): Cd008511.

การพยาบาลผู้ป่วยสมองขาดเฉียบร่วมกับมีภาวะเลือดออก เหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

ธัญรัตน์ ปิยวัชรเวลา¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การดูแล การรักษาพยาบาล ในผู้ป่วยสมองขาดเฉียบร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน มกราคม-กันยายน พ.ศ. 2562 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแนวทางการสัมภาษณ์ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์เนื้อหาโดยกำหนดประเด็นความครอบคลุมการดูแล ทั้งในระยะวิกฤติ และฉุกเฉิน ระยะพักฟื้น และฟื้นฟู และการดูแลระยะยาว ทั้งการดูแลรักษาทางการแพทย์ ปัญหาทางการพยาบาล และความต่อเนื่องในการดูแลต่อที่บ้าน และชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลในระยะวิกฤติและฉุกเฉิน ต้องได้รับการประเมินที่รวดเร็ว แม่นยำ รวมถึงต้องได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาขั้นสูงเพื่อให้ได้รับยาและผ่าตัดรักษาอย่างเร่งด่วน การบริการตามมาตรฐาน และใช้เครื่องมือประเมินที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต หรือลดภาวะทุพพลภาพได้ การให้การพยาบาลโดยใช้หลักวิชาการที่เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติ การประเมินสภาพผู้ป่วย และระบุปัญหาและความต้องการที่สอดคล้อง ทั้งในระยะวิกฤติและฉุกเฉิน ระยะฟื้นฟู และระยะยาว จะทำให้สามารถลดความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่อชีวิต ข้อเสนอแนะจากการศึกษาต่อระบบบริการสาธารณสุขอาจต้องพัฒนาแนวทางประเมินกลุ่มผู้ป่วยขาดเฉียบที่ศีรษะที่ไวต่ออาการทางสมองที่เปลี่ยนแปลง แนวปฏิบัติที่เฉพาะ รวดเร็วเป็นพิเศษ และการพัฒนาฟื้นฟูทักษะความเชี่ยวชาญของบุคลากรทุกระดับในการดูแล ช่วยเหลือในทุกระยะการเจ็บป่วยต่อเนื่อง นโยบายการจัดการความปลอดภัยในการใช้รถ ใช้ถนนปัจจุบันซึ่งควรบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด ร่วมกำหนดมาตรการทางสังคมร่วมกัน และสื่อสารธรรมาภิบาลในลักษณะเตือนภัย ปลุกฝังวินัยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

คำสำคัญ : การพยาบาล , ภาวะสมองขาดเฉียบ , ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding Author: Thanyaras Piyawatchwela , Email: p.thanyaras@gmail.com

NURSING CARE OF TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENT WITH EPIDURAL HEMATOMA

Thanyaras Piyawatchwela¹

ABSTRACT

This study aims to analyze nursing care of traumatic brain injury patient with epidural hematoma who were admitted at emergency room in KhonKaen hospital during January-September 2019. Data were collected from medical record, patient record form, and caregiver's interview form. The data were analyzed using content analysis covering the critical care, emergency care, recovery, rehabilitation, and long term care including medical treatment, nursing care, and continuing care at home and community. The results revealed that nursing care in critical and emergency period must be evaluated immediately and accurately. Moreover, referring to advanced medical care for receiving urgent medicine and operation, providing standard services, and utilizing sensitivity assessment tools could be enhancing survival and reducing disability rate. Likewise, providing nursing care based on principle, practice guidelines, patient condition, and problem & need identifying during critical and emergency stage, rehabilitation, and long term period could decrease the severity and harmful condition of patient. The suggestion to public health system should be developed specifically and rapidly evaluating guideline for traumatic brain injury patient who is sensitive for neuro change. Also, the development and refreshing skill and competency among health care providers and relevant key actors to be capable in all stage of illness should be manipulated. Especially, promoting the policy of safety management and law enforcement on safety driving should contribute as the social measures, warning public media, and discipline construction.

Key words: Nursing care , Traumatic Brain Injury , Epidural Hematoma

¹ Registered Nurse Professional Level , Emergency Department , KhonKaen Hospital

บทนำ (Introduction)

จากรายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน ปีพ.ศ. 2561 (Global Report on Road Safety 2018) โดยองค์การอนามัยโลก พบว่า การบาดเจ็บและสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา พบอัตราผู้เสียชีวิตบนท้องถนนสูงถึง 1.25 ล้านคนต่อปี และจะเพิ่มเป็น 1.35 ล้านคนในอีกสามปี หรือเฉลี่ย 3,700 คนต่อวัน สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากรถยนต์ รถจักรยานยนต์ และคนเดินถนน ตามลำดับ¹ ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรปีพ.ศ. 2560-2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้อัตราตายในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง แต่อัตราเฉลี่ย 6 ปี ยังมีสัดส่วนที่สูง และเป็นอันดับสองของโลก อันดับหนึ่งของเอเชีย² สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ 3 ใน 4 ของการอุบัติเหตุทั้งหมดเกิดจากรถจักรยานยนต์ รองลงมาเป็นรถยนต์ และคนเดินเท้า ตามลำดับ ผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดกับผู้ประสบเหตุมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการปะทะ และการมีอุปกรณ์ป้องกัน การบาดเจ็บโดยเฉพาะการบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งเป็นเกิดจากแรงปะทะจากภายนอกส่งผลให้เนื้อสมองได้รับบาดเจ็บ ประเมินจากลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ ความรุนแรงการปะทะ มีอาการแสดงถึงการสูญเสียความรู้สึกตัว สูญเสียความทรงจำ ความผิดปกติทางระบบประสาท³ มีระดับ

ความรุนแรงที่ต่างกัน การบริการทางการแพทย์ประเมินและจัดระดับความรุนแรงและการบาดเจ็บที่สมองจากการประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) โดย (1) ระดับรุนแรงคะแนนประเมิน $GCS \leq 8$ พบร้อยละ 10 (2) ระดับปานกลางคะแนนประเมิน $GCS = 9-12$ พบร้อยละ 15 และ (3) ระดับเล็กน้อย $GCS = 13-15$ พบร้อยละ 75 คะแนนที่ประเมินอาจสอดคล้องกับอาการและอาการแสดง แต่ความเสี่ยงที่เกิดจากการบาดเจ็บที่สมองยังคงต้องเฝ้าระวังอาการทางสมองอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ผลจากการเฝ้าระวัง ดูแลอย่างใกล้ชิดทุกระดับความรุนแรงพบว่า ผู้ประสบเหตุเสียชีวิตร้อยละ 5.1 ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดร้อยละ 13.39 เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 70 ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกหรือภาวะเลือดออกที่ผิวสมอง (Epidural hematoma หรือ Extradural hemorrhage) เป็นอีกภาวะหนึ่งที่พบบ่อยเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดสมองบริเวณเยื่อหุ้มสมอง หรือหลอดเลือดระหว่างกะโหลกศีรษะและเยื่อหุ้มสมองชั้นดura ส่งผลให้เนื้อสมองถูกกดเบียดทำให้เกิดอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก อัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ชัด แขนขา เคลื่อนไหวผิดปกติ หรือหมดสติได้⁴ การเกิดหลอดเลือดฉีกขาดทำให้เกิดก้อนเลือดมีสาเหตุจากการผิดรูปของกะโหลกศีรษะในขณะที่มีแรงมากระทบทำให้หลอดเลือดที่แตกแขนงไปเลี้ยงกะโหลก

ศีรษะถูกดิ่งรั้งจนฉีกขาดทำให้มีก้อนเลือดขนาดใหญ่ขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลงอย่างรวดเร็ว การได้รับการรักษากับประสาทศัลยแพทย์อย่างทันท่วงที จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตและลดความพิการ⁵ ทุพพลภาพได้ผลกระทบอื่นที่เกิดขึ้นต่อคนในครอบครัวที่เจ็บป่วย หรือเสียชีวิตกะทันหัน ส่งผลขาดรายได้ ไร้อาชีพ ภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในการดูแลรักษาที่สูงขึ้นทั้งในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ระยะฟื้นฟู และระยะยาว

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,000 เตียง ดูแลรักษาผู้ป่วยทุกสาขา และเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง โดยเฉพาะสาขาอุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด ซึ่งมีระบบบริการการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างเข้มข้น และต่อเนื่อง พัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพรวดเร็ว ทันสมัยครอบคลุมทั้งจังหวัด ให้บริการผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 เพิ่มขึ้นทุกปี ได้แก่ 25, 445 ราย 25, 293 ราย และ 26,097 รายตามลำดับ แม้อัตราการป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Epidural Hematoma: ICD10 S0640-S0641) จะมีแนวโน้มลดลงคือ จำนวน 254, 204 และ 172 ราย เสียชีวิต 18, 14 และ 8 รายตามลำดับ สาเหตุการเสียชีวิตส่วนหนึ่งเกิดจากพยาธิสภาพ ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การประเมินและ

และการดูแลรักษาที่ล่าช้า ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิต ผลกระทบที่อาจเกิดในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน คือ การเกิดข้อร้องเรียนจากกระบวนการให้บริการ การวินิจฉัยล่าช้า อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง เสียชีวิต หรือทุพพลภาพได้ ในระยะฟื้นฟูรัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูง ผู้ป่วยและครอบครัวขาดรายได้ขาดอาชีพ ต้องเฝ้าระวังอาการทางสมองรวมถึงฟื้นฟูให้ฟื้นหายเป็นปกติ ระยะยาวผู้อาจทุพพลภาพ ไม่สามารถดำรงชีวิตแบบเดิมได้ ครอบครัวต้องปรับตัว ให้การดูแลช่วยเหลือเพิ่มเติมภาระ ค่าใช้จ่ายจึงอาจเพิ่มแบบทวีคูณฉะนั้นการดูแลบริการผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ควรได้รับการประเมินด้วยความเชี่ยวชาญ เครื่องมือที่ใช้มีความไวต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ให้การบำบัด รักษาด้วยการผ่าตัดทันเวลา จะช่วยให้หายเป็นปกติได้ จึงกำหนดวัตถุประสงค์ในการศึกษานี้เพื่อวิเคราะห์การดูแล การรักษาพยาบาล ในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก กำหนดขอบเขตการศึกษาไว้เฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินและวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น โดยเลือกแบบเจาะจง 2 ราย ที่แตกต่างกันทั้งความรุนแรงของอุบัติเหตุ การเข้ารับบริการ พยาธิสภาพ การและผลลัพธ์การบริการเพื่อหาช่องว่างการ

บริการและให้การดูแล รักษาพยาบาลที่ครอบคลุม รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ความต่างของการเกิดอุบัติเหตุ การเข้ารับบริการทางการแพทย์ อาการและอาการแสดง และพยาธิสภาพ และผลลัพธ์หลังรับการรักษา และเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ. 2562 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแนวทางการสัมภาษณ์ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยในการศึกษา และศึกษาจากเอกสารมือสอง ได้แก่ แบบบันทึกการรับส่งต่อ แพ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ความเหมือนความต่างตามแนวทางเวชปฏิบัติใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความครอบคลุมบริการสาธารณสุข การบำบัดรักษาทาง การแพทย์ และปัญหาและการวินิจฉัยทางการแพทย์ทั้งในระยะฉุกเฉินและวิกฤตและฉุกเฉิน ระยะฟื้นฟู และระยะยาว⁷⁻⁸ และข้อเสนอแนะการจัดระบบบริการสาธารณสุขให้สามารถเติมเต็มช่องว่างการดูแล บำบัดรักษาและให้การพยาบาล ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

ข้อมูลเบื้องต้นการเข้ารับบริการของกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 54 ปี อาชีพรับราชการ มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดศีรษะหลังเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที ประวัติการเจ็บป่วย ชีวรถจักรยานยนต์หักหลบรถยนต์ล้ม ไม่สลบ รู้สึกตัวดี มีศีรษะ มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะขนาด 1 นิ้ว สวมหมวกนิรภัย ไม่ดื่มสุรา ถูกนำส่งโดยรถกู้ชีพ แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดศีรษะ GCS = 15 ($E_4V_5M_6$) pupil 2 mm. reaction both eyes แขน ขา ขยับได้ grade 5 pain score 7 ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 162/85 มิลลิเมตรปรอท หลังได้รับการสังเกตอาการ 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทลดลง ประเมิน GCS = 8 ($E_3V_1M_4$) pupil 3 mm. reaction both eyes แขนขาข้างขวาอ่อนแรง grade 4 ผล CT scan brain : Epidural Hematoma at Left Temporoparietal regions ได้รับการผ่าตัด Craniotomy with removal clot พ้นระยะวิกฤต นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 19 วัน จำหน่ายและนัดตรวจติดตามการรักษา 6 สัปดาห์

กรณีศึกษารายที่ 2 เด็กชายไทย อายุ 13 ปี รับส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับ M2 ประวัติการเจ็บป่วย ขณะเดินถนนถูกรถปิคอัพชน เสียหลักล้ม ไม่สลบ รู้สึกตัวดี บ่นปวดศีรษะ อาเจียน 3 ครั้ง GCS = 15

(E₄V₅M₆) pupil 3 mm. reaction both eyes ความดันโลหิต 152/91 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที pain score 6 ถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลระดับ M1เพื่อทำ CT Scan brain ขณะเดินทางเพื่อส่งต่อ อาการทางระบบประสาทลดลง ซึมลง GCS= 7 (E₁V₁M₅) pupil 3 mm. reaction both eyes ความดันโลหิต 177/99 มิลลิเมตรปรอทโรงพยาบาลระดับ M1 ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ และประสานส่งต่อ แกร็บที่รพ.ขอนแก่น GCS= 7 (E₁V₁M₅) pupil 3 mm. not react to light botheyes ชีพจร 62 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/90 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจ CTScanbrain พบ Epidural Hematoma at Bilateral Occipital regions with Occipital Bone Fracture ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ และเสียชีวิตในที่สุด

ผลการวิจัย (Result)

ผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย โดยเลือกผู้รับบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด ศึกษาข้อมูลตั้งแต่แรกรับ จนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สัมภาษณ์ผู้ดูแลในครัวเรือน ได้แก่ ภรรยาผู้ป่วยรายที่ 1 และยายของผู้ป่วยรายที่ 2 พบลักษณะการจัดการดูแลรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลกรณีศึกษาใน 3 ประเด็น ได้แก่ ความครอบคลุมบริการสาธารณสุข การ

บำบัดรักษาทางการแพทย์ และปัญหาและการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ครอบครัว 3 ระยะของการดูแลผู้ป่วยคือ ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ระยะฟื้นฟู และระยะยาว

ประเด็นความครอบคลุมการบริการสาธารณสุข

ข้อมูลกรณีศึกษารายที่ 1 เกิดเหตุในเขตเมืองได้รับการดูแลฉุกเฉิน ณ ที่เกิดเหตุตามมาตรฐานโดยหน่วยกู้ชีพ นำส่งถึงห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งเป็นศูนย์เชี่ยวชาญด้านฉุกเฉินและวิกฤติ มีแพทย์พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และเครื่องมือที่ทันสมัยวินิจฉัยใช้เวลารวมเพียง 20 นาที

รายที่ 2 พื้นที่เกิดเหตุในต่างอำเภอมียาลำดับของความเชี่ยวชาญของหน่วยบริการสุขภาพตามโครงสร้างบริการ และระบบการส่งต่อของบริการสาธารณสุข โดยจากจุดเกิดเหตุมีบริการช่วยเหลือฉุกเฉิน ณ ที่เกิดเหตุ นำส่งโรงพยาบาลชุมชนในเขตพื้นที่ใช้เวลา นำส่งเท่ากัน และมีอาการแสดงเปลี่ยนแปลง หลังอุบัติเหตุใช้เวลาใกล้เคียงกัน แต่ด้วยศักยภาพในการจัดบริการ จึงต้องส่งต่อโรงพยาบาลในระดับสูงขึ้น แต่ยังคงความเชี่ยวชาญทางด้านประสาทศัลยแพทย์ จึงต้องส่งต่อตามลำดับ ใช้เวลารวมจนถึงแผนกฉุกเฉินและวิกฤต รพ.ขอนแก่น รวมเวลา 4 ชั่วโมง 10 นาที ผู้ป่วยจึงอยู่ในระยะวิกฤตยาวนาน การกดยึดของก้อนเลือดที่สมองเป็นเวลา นานส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และเสียชีวิตในที่สุด

บริการสาธารณสุขระยะวิกฤติและฉุกเฉิน มีบริการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งผู้ปฏิบัติการมีทักษะในการใช้เครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะและทำการประเมินตามมาตรฐานจึงระบุอาการแสดง และอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการกดเบียดที่สมอง บริการสาธารณสุขในระยะนี้มีข้อจำกัดใน 3 ส่วน ได้แก่ (1) ระดับความเชี่ยวชาญของหน่วยบริการในการดูแล รักษาพยาบาล (2) สภาพภูมิประเทศ และระยะทางจากพื้นที่จนถึงหน่วยบริการหลัก หรือหน่วยบริการระดับเชี่ยวชาญ (3) ระบบการส่งต่อที่มีหลายขั้นตอน อาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมอง และจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และต้องได้รับผ่าตัดสมองโดยประสาทศัลยแพทย์ ซึ่งมีเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลเชี่ยวชาญขั้นสูง

ประเด็นการบำบัดรักษาทางการแพทย์

ข้อมูลกรณีศึกษา รายที่ 1 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นหลังเกิดเหตุ 20 นาที ผลการประเมินระดับความรุนแรงและการบาดเจ็บที่สมองเปลี่ยนแปลงโดยคะแนนลดลงจาก 15 คะแนน เป็น 8 คะแนน ภายใน 2 ชั่วโมง แสดงถึงการมีเลือดออกในสมอง หรือเนื้อสมองได้รับการบาดเจ็บ จึงพบอาการแสดงระดับความรู้สึกตัวลดลง ความผิดปกติของระบบ

ประสาท ซึ่งต้องได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอย่างรวดเร็ว จึงจะมีโอกาสรอดชีวิตลดความพิการ ทูพพลภาพได้ **รายชื่อที่ 2** การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกเกิดขึ้นขณะนำส่งจากที่เกิดเหตุ เมื่อถึงโรงพยาบาลขนาด M2 ได้ส่งต่อทันทีแต่เป็นการส่งต่อตามลำดับคือโรงพยาบาลระดับ M1 ซึ่งมีศักยภาพ และความเชี่ยวชาญสูงกว่า พบว่าผู้ป่วยหยุดหายใจเนื่องจากการกดเบียดของก้อนเลือดในสมองเป็นเวลานาน ได้ใส่ท่อช่วยหายใจและแก้ไขภาวะวิกฤตอย่างรีบด่วนรวมระยะเวลาส่งต่อมาที่ รพ.ขอนแก่น ถึงห้องฉุกเฉิน 5 ชั่วโมง 10 นาที แพทย์วินิจฉัยรักษา และวางแผนผ่าตัดทันทีเมื่อผู้ป่วยพร้อม เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นต้องช่วยฟื้นคืนชีพ และเครื่องช่วยหายใจ ทีมแพทย์ได้ให้ข้อมูลกับญาติถึงพยาธิสภาพอาการแทรกซ้อน และแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมต่อมาผู้ป่วยได้เสียชีวิตรวมระยะเวลาตั้งแต่เกิดเหตุถึงเสียชีวิตรวมเวลา 8 ชั่วโมง 35 นาที

การบำบัดรักษาทางการแพทย์ระยะวิกฤติและฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองแล้วไปกดศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลต้องมีความรู้ทักษะในการประเมินอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพตามมาตรฐานการดูแลระยะวิกฤติและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเมื่อพบว่าคะแนนการประเมินทาง

ระบบประสาทลดลง เช่น GCS ลดลง ≥ 2 คะแนน หรือ motormovement ลดลง 1 คะแนน ควรรับปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ เพื่อวินิจฉัยรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ ทั้งการวางแผนเตรียมผ่าตัด หรือ การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการขั้นสูง ไม่ควรรอการวินิจฉัย หรือตรวจพิเศษอื่นที่อาจทำให้การผ่าตัดหรือส่งต่อผู้ป่วยล่าช้าโดยไม่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยที่มีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ถ้าได้รับการผ่าตัดโดยรวดเร็ว ผู้ป่วยมักมีพยากรณ์โรคที่ดี สามารถกลับมาปกติได้ เนื่องจากการเกิดสมองบาดเจ็บระยะแรก ไม่มากต่างกับเลือดออกในสมองชนิดอื่น ถ้าได้รับการผ่าตัดช้าอาจเกิดสมองขาดเลือดจากภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้

ประเด็นปัญหาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล

วิเคราะห์ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้ง 2 กรณีเตรียมความพร้อมใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ระยะฟื้นฟู และระยะยาว มีการจัดการดูแล ทางการพยาบาลแต่ละระยะดังนี้

ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน การพยาบาลในระยะวิกฤตมีเป้าหมายคือการลดความดันกะโหลกศีรษะ ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงเส้นเลือดสมอง ลดภาวะแทรกซ้อนจากสมองย่อย โดยผู้ป่วยทั้งสองรายจะได้รับการประเมิน อาการทาง

ระบบประสาทและสัญญาณชีพ ให้สารน้ำตามแผนการรักษา ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับยาลดปวด ยาลดความดันในกะโหลกศีรษะ ยาลดภาวะสมองบวม ยาแก้ชัก ยาต้านจุลชีพ รายที่ 1 ให้การดูแลหลังผ่าตัด Craniotomy with removal ส่วนรายที่ 2 ได้ช่วยฟื้นคืนชีพ และให้ยากระตุ้นหัวใจวางแผนให้การดูแลเมื่อพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดการพยาบาลระยะวิกฤตและฉุกเฉินเป็นไปตามเป้าหมาย มีกระบวนการ ดูแล ดังนี้ (1) ให้การดูแล โดยการประเมินน้ำเข้าออกพร้อมวิเคราะห์ความสมดุล การให้ยาตามแผนการรักษาเคร่งครัดลดปัจจัยที่ทำให้เลือดคั่งในสมองเพิ่ม และขาดออกซิเจน เช่น การจัดท่านอนที่เหมาะสม การประเมินสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาท สังเกตและเฝ้าระวังอาการชักเกร็ง การดูแลก่อนและหลังผ่าตัดตามมาตรฐาน การให้ข้อมูลครอบครัวจึงมีความจำเป็นที่ต้องประเมินการสื่อสารทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล ด้วยสถานะในครอบครัวของผู้ป่วย 2 ราย แตกต่างกัน โดยรายที่ 1 เป็นหัวหน้าครอบครัว รับราชการ ส่วนรายที่ 2 เป็นนักเรียนอาศัยอยู่กับตา ยาย ซึ่งมีเหตุหายใจเป็นระยะการเตรียมครอบครัวระยะวิกฤตจึงต้องให้ข้อมูลเป็นระยะเกี่ยวกับการรักษาและอาการผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมของครอบครัวเมื่อเกิดการสูญเสีย

ระยะฟื้นฟู การพยาบาลในระยะฟื้นฟู เป็นการวางแผนดูแลเมื่อพ้นระยะวิกฤต โดยใช้กระบวนการฟื้นฟูสภาพให้ครอบคลุม ปัญหา และทันเวลา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยรายที่ 1 ใช้เวลาหลังการวินิจฉัยรักษาเพียง 1 ชั่วโมง ได้รับการผ่าตัด หลังผ่าตัดได้รับการดูแลในระยะวิกฤต 4 ชั่วโมง ตามแนวทางเวชปฏิบัติ และต้องเตรียมความพร้อม วางแผนให้การพยาบาลในระยะฟื้นฟู รายที่ 2 มีระยะของการส่งต่อ และการวินิจฉัยซึ่งใช้เวลามากกว่า รายที่ 1 ถึง 5 เท่าส่งผลให้เลือดที่ออกในสมอง กดศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ไม่สามารถผ่านระยะวิกฤต และฉุกเฉินได้ การพยาบาลในระยะนี้จึงต้องวางแผนการดูแล และเตรียมการฟื้นฟู เพื่อการฟื้นฟูและคืนสภาพปกติให้เร็วที่สุด ได้แก่ (1) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การติดเชื้อปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ แผลผ่าตัดติดเชื้อ แรงดันในสมองเพิ่มขึ้น เป็นต้น (2) การบริหารความปวดด้วยยาตามแผนการรักษา (3) การฟื้นฟูกระตุ้นกล้ามเนื้อและข้อจากการนอนนาน รวมถึงการเฝ้าระวัง ป้องกันแผลกดทับ (4) การประเมินการทำงานและฟื้นฟูของสมอง และระบบประสาท (5) การฝึกอบรม ทักษะสำหรับผู้ดูแลในครัวเรือนในการให้การช่วยเหลือ ดูแลฟื้นฟูที่ถูกต้องและเหมาะสม

ระยะยาว การพยาบาลระยะยาว เป็นการวางแผนจำหน่าย และเตรียมครอบครัว ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย เป็นการเตรียมผู้ป่วย ครอบครัว ในการกลับบ้าน และดำรงชีวิตในชุมชนหลังการเจ็บป่วย ซึ่งได้วางแผนการพยาบาลในรายที่ 1 ซึ่งใช้เวลาในโรงพยาบาล 19 วัน และนัดติดตามการรักษา 6 สัปดาห์ เข้าสู่การดูแลระยะยาว การพยาบาลที่จำเป็นคือการออกแบบการดูแลโดยครอบครัว ชุมชน ซึ่งผู้ป่วยอาจมีความพิการ หรือทุพพลภาพ พยาบาลต้องประเมินความต้องการระยะยาว เช่น สภาพครอบครัว ผู้ดูแลหลัก อาชีพหรือลักษณะการทำงาน ซึ่งต้องประเมินและสนับสนุนให้ครอบครัว หรือผู้ดูแลหลักมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ อาการผิดปกติที่จำเป็นต้องพบแพทย์ เช่น อาการชัก การรับรู้วัน เวลา สถานที่ แล่งทรัพยากรสนับสนุนที่ต้องใช้ประโยชน์ เช่น สถานพยาบาลใกล้บ้าน หน่วยฉุกเฉิน เบอร์โทรศัพท์ ศูนย์ฟื้นฟูฯ ในชุมชน เป็นต้น การวางแผน และออกแบบเพื่อปรับสภาพแวดล้อมร่วมกับครอบครัว เช่น เตียงนอน สถานที่พัก ห้องน้ำ ทางเดิน รวบรวมสภาพนอกบ้านที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยน อริยบท เป็นต้น

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ในศึกษารายกรณี มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การดูแล การรักษาพยาบาล ใน

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ที่เข้ารับการรักษที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ผลการศึกษาสรุปประเด็นการดูแลรักษาพยาบาลได้ 3 ส่วน ได้แก่

(1) ประเด็นความครอบคลุมการบริการสาธารณสุข ทั้งสองกรณีมีบริการฉุกเฉินทางการแพทย์เข้าช่วยเหลือ ณ ที่เกิดเหตุ และได้รับการประเมินเบื้องต้น ให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติ แตกต่างกันที่สถานที่เกิดเหตุที่รายที่ 2 อยู่ต่างอำเภอมียันตอนของการส่งต่อมายังหน่วยบริการที่มีความเชี่ยวชาญชั้นสูง ฉะนั้นการเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการระดับอำเภอให้สามารถวินิจฉัยรักษาแบบเบ็ดเสร็จ โดยเฉพาะการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพในระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับอำเภอ หรืออาจใช้เทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกับบริการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยการวินิจฉัย⁹⁻¹⁰ จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายลดการเสียชีวิต หรือทุพพลภาพได้

(2) การบำบัด รักษาทางการแพทย์ ทั้งสองกรณีได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะสาเหตุจากเกิดอุบัติเหตุจากรถ ไม่พบการผิดปกติที่แสดงถึงระดับความรุนแรงต่อสมองในครึ่งชั่วโมงแรก หลังจากนั้นมีอาการและอาการแสดงของการบาดเจ็บที่สมองและมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Epidural Hematoma) ระบบบริการสาธารณสุขเอื้อต่อการเข้าสูการบำบัด รักษาทางการแพทย์ ตามแนวทางเวชปฏิบัติ มีปัจจัยเงื่อนไขที่ผลลัพธ์การบำบัด

รักษาแตกต่างกันคือ รายที่ 1 พ้นหายจำหน่ายกลับบ้าน รายที่ 2 ไม่สามารถให้การบำบัดรักษาจนผ่านระยะวิกฤติ และฉุกเฉินได้ เนื่องจากมีระยะการรอวินิจฉัย การส่งต่อเป็นเวลานานจนสมองถูกกดเบียด หยุดหายใจ ช่วยฟื้นคืนชีพ ใส่ท่อช่วยหายใจ และใส่เครื่องช่วยหายใจ และเสียชีวิตในที่สุดฉะนั้นเงื่อนไขการบำบัด รักษาทางการแพทย์จึงเป็น การเข้าถึงการผ่าตัดเพื่อนำเลือดที่คั่งในสมองออก และให้ยารักษาทั้งการลดแรงดันในสมอง ยาต้านจุลชีพ และยาอื่นๆตามความจำเป็น¹¹ รวมทั้งการพยาบาลที่วางแผนครอบคลุมครบถ้วนตลอดการนอนรักษาในโรงพยาบาล

(3) ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งสองกรณีมีการวางแผนการพยาบาลครอบคลุม 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤติและฉุกเฉิน ระยะฟื้นฟู และระยะยาว ครอบคลุมตามพยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่สมอง แม้ในรายที่ 2 จะเสียชีวิต แต่การศึกษาและดำเนินการในรายที่ 1 ทำให้เกิดบทเรียนของการบริการทางการแพทย์ ในการให้การดูแลแบบองค์รวม เป็นระบบ ครบถ้วนทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว ส่วนรายที่สองแม้ไม่ผ่านระยะวิกฤติ ในทางการพยาบาลจะให้การดูแลช่วยเหลือ ครอบครัวให้มีข้อมูล ความรู้ เตรียมความพร้อมรับการสูญเสียได้¹²⁻¹³ ฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดพยาธิสภาพของการ

บาดเจ็บที่สมอง โดยเฉพาะการเกิดการบาดเจ็บระยะที่สอง (secondary brain injury) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ทำให้ผู้บาดเจ็บมีอาการรุนแรงมากขึ้น การเฝ้าระวังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจึงเป็นหน้าที่หลักสำคัญของพยาบาลห้องฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดในระยะแรก ต้องนำมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงอาการแสดงทางระบบประสาท การเฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วย การเข้าใจความหมายของข้อมูลที่เกิดขึ้น อาการเตือนของผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงกับโรคและกลุ่มอาการ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต รวมถึงการตัดสินใจรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อแพทย์ทันที ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่อชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอต่อการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยทางถนน ได้แก่ (1) การจัดการปัจจัยด้านคน ทั้งเป็นผู้ขับขี่ คนเดินถนน ผู้โดยสาร เป็นต้น (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรถ ทั้งประเภทของรถ สภาพรถทั้งอายุการใช้งาน การดัดแปลงการใช้ความเร็ว เป็นต้น และ (3) ปัจจัยด้านถนน ได้แก่ สภาพถนน สัญญาณไฟ สัญญาณจราจร สภาพแวดล้อมรอบถนน เป็นต้น เพื่อลดความรุนแรงจากอุบัติเหตุ

2. ข้อเสนอต่อระบบบริการสาธารณสุข 3 ส่วน ได้แก่ (1) การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะระบบการดูแลช่วยเหลือฉุกเฉินในระดับตำบล ให้มีศักยภาพในการประเมินที่ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สหวิชาชีพ รวมถึงระดับครัวเรือน หน่วยงาน เช่น โรงเรียน อปท. สถานีตำรวจ เป็นต้น

3. ข้อเสนอด้านวิชาการ ควรส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาความรู้ทางวิชาการ ทั้งด้านคลินิก และการพัฒนาระบบการดูแลในระยะวิกฤตและฉุกเฉินโดยชุมชน การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองแบบองค์รวม การพัฒนาเครื่องมือประเมินผู้บาดเจ็บที่สมองที่ความไวรอบด้าน

4. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บในระยะวิกฤต ร่วมกับการประเมินสมรรถนะของพยาบาลห้องฉุกเฉินทั้งเครือข่ายจังหวัด เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: 2562.
2. American College of Surgeons. ATLS^R Advance Traumatic Life Support^R Student Course Manual. 10th ed. 633N. Saint Clair Street Chicago, IL 60611-3211; 2018.
3. นครชัย เปอ่นปฐม, ธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี; 2562.
4. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์; 2553.
5. ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: บริษัท พรอสเพอร์สพลัส จำกัด; 2562.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสำหรับบุคลากรทาง
การแพทย์. ขอนแก่น: เพ็ญพรินต์
จำกัด; 2556.
7. ไชยพร ยุกเซ็น, ธาวิณี ไตรณวงศ์สกุล, ยุวเรศมศรี ลิทธิชาญบัญชา. Emergency care: the pocket guide book. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์; 2556.
8. อรทัย ชาทิภิตติคุณวงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต. ใน: รัชณี เบญจฉนัง, บรรณาธิการ. การพยาบาลศัลยศาสตร์วิกฤต. กรุงเทพฯ: พีเอ ลิฟวิ่ง; 2558.
9. กรกฎ อภิรัตน์วรกุล. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(3): 289-294.
10. วิบูลย์ เตชะโกศล. ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบทางด่วนพิเศษในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2557; 29(6): 524-529.
11. สรสิทธิ์ บุญยะวิโรจ. การศึกษาความแตกต่างในผลการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับความรุนแรงน้อยที่มีความเสี่ยงต่อสมองระดับปานกลางที่ห้องสังเกตอาการและหอผู้ป่วยใน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2559; 6(2): 771-781.
12. รุ่งนภา เทียวชะอำ, อรพรรณ โตสิงห์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ป่วย

- บาดเจ็บที่ศีรษะ. Journal of Nursing Science 2011; 29(1): 18 – 25.
13. รุ่งนภา เขียวชะอำ, ชดช้อย วัฒนะ. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม. Journal of Phrapokklao Nursing College 2017; 28(1): 133-143.

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (Journal of Khon Kaen Provincial Health Office) จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) ตลอดจนองค์ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ บทความวิชาการทางด้านการแพทย์ โดยทุกบทความได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัย แลกเปลี่ยนแนวคิดองค์ความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขออกสู่สาธารณะ

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

2.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 1.5 นิ้ว ขอบล่าง 1 ซม. ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว. ขอบขวา 1 นิ้ว

2.3 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun ขนาด 16 point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point
ตัวหนา จัดชิดขวา ได้ชื่อเรื่อง

- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point
ตัวหนา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ

- E-mail address ของผู้พิมพ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้าย
บทความย่อ ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ ขนาด 16 point โดยจะต้องไม่เป็นชื่อเดียวกันกับชื่อเรื่อง

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

3.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.7 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย
- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.10 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใช้ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

- Wang R-H, Hsu H-Y, Lin S-Y, Cheng C-P, Lee S-L. Risk behaviours among early adolescents: risk and protective factors. Journal of Advanced Nursing. 2010; 66(2): 313-323.

1.2 กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

และตามด้วย et al.

- Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, et al. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. 1999. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. York (UK): Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1995-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67984>

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- World Health Organization Cancer. An overview on CALR and CSF3R mutations and a proposal for revision of WHO diagnostic criteria. Ann Oncol. 2013;24:13-17.

3. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- Atienzo EE, Campero L, Estrada F, Rouse C and Walker D. Interventions involving parents in order to impact adolescent sexual behavior. Salud publica de Mexico. 2011; 53(2): 160-171.

4. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Adolescent health and development: a WHO regional framework 2001-2004. Philippines: Manila; 2004.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

- Cha E-S. Predictors of sexual behavior among Korean college students: Testing the theory of planned behavior [Thesis of Ph.D.]. United States - Pennsylvania: University of Pittsburgh; 2005.

7. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- Centers of Disease Control and Prevention. Sexual Risk Behavior: HIV, STD, & Teen Pregnancy Prevention. Adolescent and School Health. [Online]. 2012 [cited 10 June 2013]; Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/sexualbehaviors/index.htm>.

3.11 ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม ผู้วิจัยต้องคำนึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอคำยินยอม ความเป็นส่วนตัว การเก็บรักษาความลับ

3.12 การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้เขียน ส่ง file ต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.doc) ไปที่ e-mail: m.phuhongtong@gmail.com เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสาร และดำเนินการส่งบทความเข้าฐานข้อมูลระบบออนไลน์ของ JKKPHO (Journal of Khon Kaen Provincial Health Office: JKKPHO) ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่ <http://110.771.139.142/kkphoj>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
Khon Kaen Provincial Health Office
108 หมู่ 4 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ TEL : 043-221125 โทรสาร FAX : 043-224037
<http://110.771.139.142/kkphoj/>

