



วารสาร

มูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

THE JOURNAL OF BANGKOK PUBLIC HEALTH NURSE FOUNDATION

ปีที่ 5-6 มกราคม-ธันวาคม 2562-2563 Vol.5-6 January-December 2019-2020

วารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯ ปีที่ 5-6 มกราคม-ธันวาคม 2562-2563

ที่ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นางศรีวรรณ ตันศิริ
2. นางชุตามภรณ์ ศิริสนธิ
3. นางสาววาณิรัตน์ รุ่งเกียรติกุล

บรรณาธิการ

นางกาญจนา อนุตริยะ

ที่ปรึกษา

1. นางเขาวนีย์ เพชรบุญนิน
2. นางสุกัญญา เลหารัตนาทิรัญ
3. นางอำภา จากน่าน
4. นางเกษณี ตระการศิริโรรัตน์
5. นางพรทิพย์ สุนทรนันท์
6. นางมนภรณ์ วิทยาวงศรีจุ
7. นางวรรณมา งามประเสริฐ
8. นางวิไลพร มัทธนาภิวัฒน์
9. นางยุพดี เขาวนภาพรรณ
10. นางสาวชลธิชา นิवासเวส

บรรณาธิการ

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 1. นางภินดา ไสแก้ว | ศบส.6 สโมสรวัดมรรคมหาบุรุษ | 16. นางอรวรรณ ปีกขาว | ศบส.51 วัดไผ่ตัน |
| 2. นางเบญจมาภรณ์ ปิตานพวงศ์ | ศบส.19 วงศ์สว่าง | 17. น.ส.รศยา ยูวพรพาณิชย์ | ศบส.36 บุคโคไล |
| 3. นางสาวนีย์ คมคาย | ศบส.19 วงศ์สว่าง | 18. นางช่อทิพย์ อัมพรภิมย์ | ศบส.47 คลองขวาง |
| 4. นางสุพรรณษา กตัญญู | ศบส.35 หัวหมาก | 19. นางเบญจวรรณ แสงสังจา | ศบส.12 จันทร์เที่ยง เนตรวิเศษ |
| 5. น.ส.พรเพชร โชคเสน | ศบส.39 ราษฎร์บูรณะ | 20. น.ส.จรรยาภรณ์ บุญสุวรรณโณ | ศบส.37 ประสงค์-สุตสาคร ตู๊จินดา |
| 6. นางนันทนา สรศิลป์ | ศบส.47 คลองขวาง | 21. น.ส.นงนุช ชันธอารี | ศบส.43 มีนบุรี |
| 7. นางวาสนา ยอดระยับ | ศบส.52 สามเสนนอก | 22. น.ส.ฐิตาพร ไชยพันธ์ | ศบส.31 เียบ-จิตร ทังสุบุตร |
| 8. นางเนตรนภาพค์ เจริญนพท | ศบส.60 รสสุคนธ์ มโนชฎาภกร | 23. นางสุภัทรา แพเสื่อ | ศบส.16 ลุมพินี |
| 9. นางจิตตานันท์ เกียรติพันธ์สุดใส | ศบส.59 ทุ่งครุ | 24. น.ส.ยุพิน แซ่ลิ่ม | ศบส.11 ประดิพัทธ์ |
| 10. นางเบญจวรรณ จันทรไอยม | ศบส.68 สะพานสูง | 25. น.ส.จิราภา ขำทอง | ศบส.10 สุขุมวิท |
| 11. นางชัชชนันท์ เรืองขจิต | ศบส.7 บุญมี ปุรุราชรังสรรค์ | 26. นางอรวรรณ บุญฉั่ว | ศบส.24 บางเขน |
| 12. นางสมพร แจ้งสิทธิธรรม์ | ศบส.14 แก้ว สีบุญเรือง | 27. น.ส.อรชา คำอาจ | ศบส.38 จิต-ทองคำ บำเพ็ญ |
| 13. นางกนกวรรณ ระนาท | ศบส.21 วัดธาตุทอง | 28. น.ส.ลริตา ชอบประดิ | ศบส.66 ตำหนักพระแม่กวนอิม โชคชัย 4 |
| 14. นางจิริยา ไบมิเด็น | ศบส.26 เจ้าคุณพระประยุรวงศ์ | 29. นางเพ็ญแข จันท | ศบส.44 ลำผักชี |
| 15. นางมุกดาวรรณ ศรีประพันธ์ | ศบส.63 สมาคมแต่จิ๋วแห่งประเทศไทย | | |

พิมพ์ที่: โรงพิมพ์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... <http://www.....>

ทุกบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร ได้ผ่านการพิจารณาถ้อยคำและคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อยสองท่าน
ทัศนะและเนื้อหาที่ปรากฏในวารสาร ไม่ถือเป็นทัศนะและความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการ

สารบัญ

ประธานมูลนิธิแถลง

บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
ของบุคลากรสาธารณสุข เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 5-12
- การสร้างรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 13-20
- การศึกษาผลการดำเนินโครงการสุขสดใจป้องกันท้องก่อนวัย 21-30
- ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ 31-37
- ผลการดำเนินงานการใช้สัมพันธภาพบำบัดในคลินิกเมทาโดน
ของศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง 38-49
- การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
ของศูนย์บริการสาธารณสุข 12 จันทน์เที่ยง เนตรวิเศษ 50-59
- การเสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชุมชนประดิษฐ์ไทรการ 60-70
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข 20
บมจ.ธนาคารนครหลวงไทย สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร 71-81
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม
ในชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข 13 ไมตรีวานิช 82-96
- ผลการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการควบคุมระดับน้ำตาล
เฉลี่ยสะสม (HbA1c) ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือด ในศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังวาลย์ ทัศนารมย์ 97-110
- โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
ศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง 111-124

บทความวิชาการ

- CALCULATE VACCINATION DAY (คำนวณวันรับวัคซีนเด็กเล็ก) 125-126
ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่าง นุชเนตร
- การสร้างคู่มือการประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐาน
การดูแล 12 Care ในโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุต่อเนื้องที่บ้าน
(Nurse Record 12 Care in BMA Home Ward Referral Program)
หลักสูตรการบริหารการพยาบาล (ด้านบริหารอนามัย) รุ่นที่ 20 127-133

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

134-139

ผู้ให้การสนับสนุนวารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 5-6

ประธานมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุขแถลง

วารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เป็นวารสารทางวิชาการที่เปลี่ยนชื่อมาจาก วารสารชมรมสายงานพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับสู่ระดับสากล แต่เนื่องจากเป็นวารสารที่เผยแพร่เฉพาะสมาชิกชมรมสายงานพยาบาลของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จึงได้เปลี่ยนชื่อในนามวารสารนิติบุคคล คือ วารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร อย่างไรก็ตามการดำเนินการให้วารสารได้มาตรฐานสู่สากล กฎเกณฑ์มากมาย โดยเฉพาะผลงานวิชาการที่จะลงเผยแพร่ จะต้องผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เพื่อให้ผลงานมีคุณภาพตามมาตรฐาน ซึ่ง 6 ปีที่ผ่านมาในนามวารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร นื่อง ๆ ที่บริหารพยาบาลทุ่มเทกันมากมาตั้งแต่วันที่ 13-19 ระยะเวลาหลังวารสารไม่สามารถตีพิมพ์ได้ตามเวลาที่กำหนด ต้องเผชิญเงื่อนไขผลงานคุณภาพ เงื่อนไขการเงินในการจัดทำต่อ 1 เล่มสูงมาก ในฐานะประธานมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และอดีตผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข ขอชื่นชมในความพยายามของทุกคน ที่ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและปรับเปลี่ยนให้เป็นวารสารที่เผยแพร่โดยไม่คำนึงถึงความเป็นสากล แต่แสดงความเป็นตัวตน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำงานร่วมกันก็น่าจะเพียงพอ การลงทุนก็จะต่ำลง ซึ่งคาดว่าจะมีการปรับเปลี่ยนกันในเล่มต่อไป และอาจจะมีการปรับเปลี่ยนกลับไปใช้ชื่อเดิม คือ วารสารชมรมสายงานพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ท้ายสุดนี้ พี่ขอขอบคุณน้องทุกคน ที่ร่วมแรงร่วมใจกันในการจัดทำวารสารด้วยความเสียสละ ขอให้น้องทุกคนมีความสุข ความเจริญ ยิ่งๆ ขึ้นไป

วาณีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล

ประธานมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความประจำฉบับ (Peer Review)

ผศ.ดร.สุสารี	ประคินกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์	มหาวิทยาลัยสยาม
ผศ.ดร.จรัสดาว	เรโนลด์	คณะพยาบาลศาสตร์	มหาวิทยาลัยสยาม
ผศ.ดร.วัลลภกษณ์	พุ่มพวง	คณะพยาบาลศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.จันทิมา	ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.อัจฉริยา	พวงแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.สุรินทร์	กัลมพากร	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.วัลยา	ตูพานิช	คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ผศ.สุณี	เวชประสิทธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ผศ.ปราณีณา	ทองศรี	คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
อ.ดร.จันทวรรณ	วงศ์อารีย์สวัสดิ์	คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ดร.เอกรัตน์	เชื้ออินดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง	

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของบุคลากรสาธารณสุข เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

ชวัลรัตน์ เจียมอุดมสิน*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุขเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากร และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข 10 สุขุมวิทและศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตย จำนวน 227 คน เครื่องมือที่ใช้ รวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square

ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิง ร้อยละ 78 สถานสมรส ร้อยละ 51.5 จบปริญญาตรี ร้อยละ 31.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 16620.70 บาท ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 9.32 ปี มีความรู้ในการดูแลสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 90.7 มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพในระดับสูงร้อยละ 91.2 มีการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 95.2 มีการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพในระดับสูงร้อยละ 50.2 มีกิจกรรมในการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.7 มีสัมพันธภาพในครอบครัวในการดูแลสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 58.1 ได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคลอื่น ในการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ ร้อยละ 85.0 มีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ในระดับสูง ร้อยละ 71.8 มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.1 ในระดับสูง ร้อยละ 71.8 มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.1 มีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด ในระดับสูง ร้อยละ 69.2 และพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.006$)

คำสำคัญ ได้แก่ 1)พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 2)บุคลากรสาธารณสุข

Factors related to self care behaviors of staffs and volunteers in health center 10 Sukhumvit and health center 41 Klogtoei by, Bangkok

Chawanrat Jeamaudomsin

Abstract

This research was a descriptive research aims to study factors related to self care behaviors of staffs and volunteers. The samples were 227 staffs and volunteers in health center 10 Sukhumvit and health center 41 Klogtoei by, Bangkok. Collecting data by questionnaires and data analyzed by frequency, percentage, mean standard deviation, minimum, maximum and chi-square.

The result showed that female (78.0%), married (51.5%), bachelor (31.7%), average income 16620.70 Baht per month, experience 9.32 years. And knowledge of self care behaviors in high level (90.7%), attitude of self care behaviors in high level (91.2%), benefit of self care behaviors in high level (95.2%), access to health resources of self care behaviors in high level (50.2%), activity of self care behaviors in moderate level (57.7%), family relationship of self care behaviors in moderate level (58.1%), advice and supported of self care behaviors in lower level (85.0%), food consumption in moderate level (71.8%), physical activity in moderate level (55.1%), stress management in high level (69.2%) And found that knowledge was related to self care behaviors statistical significance ($p\text{-value} < .001$), family relationship was related to self care behaviors statistical significance ($p\text{-value} = .006$)

KEYWORDS: self care behaviors / public health personnel

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาองค์กรและทรัพยากรบุคคลให้มีคุณภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และสร้างมาตรฐานการทำงานขององค์กร ทำให้การคำนึงถึงคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ที่จะต้องมีความสามารถทางด้านทักษะการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การทำงานให้ได้มาซึ่งคุณภาพของการบริการ (สำนักอนามัย, 2558, หน้า 6)

ศูนย์บริการสาธารณสุข 10 สุขุมวิทและศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตยเป็นหน่วยงานของ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีข้าราชการลูกจ้างและอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งสิ้นประมาณ 200 คน เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบงานบริการสาธารณสุขทั้ง 4 มิติ คือการศึกษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูประชาชนในเขตคลองเตย ทั้งหมดประมาณ 120,000 คน จากการทำ SWOT พบว่าเจ้าหน้าที่ต้องทำงานบริการประชาชนทั้งในสถานที่ และในชุมชนรวมถึงการทำงานกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน จากปัญหาที่พบ ภาระงานที่มากกว่าเจ้าหน้าที่บางครั้งมีนโยบายเร่งด่วนให้รีบดำเนินการภายใต้ความหวัง และความกดดันจากผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องส่งผลให้เจ้าหน้าที่จำนวนมากเกิดความเครียดในการทำงานและผลการตรวจสุขภาพย้อนหลัง 3 ปี

พบว่ามีเจ้าหน้าที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3.53 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 17.65 มีภาวะไขมันสูง 40 คน คิดเป็นร้อยละ 47.06 BMI เกิน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 45.89 จากข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี 2559 ของเฉพาะเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 10 สุขุมวิท และศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตย ยกเว้นอาสาสมัครสาธารณสุข เห็นได้ว่าในปัจจุบัน ประชาชนโดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร ซึ่งรวมถึงบุคลากรสาธารณสุขต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ สุขภาพและจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรม

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้บริหารบุคลากรสาธารณสุขจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุขเขตคลองเตย โดยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎี การวินิจฉัยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ Precede-Framework โดยนำกระบวนการของการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการวินิจฉัยและประเมินผลของพฤติกรรม

โดยการเริ่มต้นจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่ หรือผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้น (outcome) แล้วลองมาย้อนกลับไปยังสาเหตุหรือปัจจัยที่นำพา (Input) ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรอิสระ ซึ่งคาดว่า ผลการวิจัย จะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพให้แก่บุคลากร รวมทั้งเป็นแนวทางให้หน่วยงานใช้การวางแผน ดำเนินงานโครงการ ส่งเสริมสุขภาพให้แก่บุคลากรและประชาชนกลุ่มต่างๆ ให้สามารถมีพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่มีประสงคที่ดี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุข เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ประชากรกำหนดขนาดประชากรทั้งหมดที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในของศูนย์บริการสาธารณสุข 10 สุขุมวิท และศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตย กรุงเทพมหานคร จำนวน 255 คน ปฏิบัติงานในช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2558-30 กันยายน 2559 โดยมีความสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยวิธีการศึกษาค้นคว้าหนังสือ ตำราแนวคิดทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาความถูกต้องเหมาะสมของภาวศาสตร์ครอบคลุมเนื้อหาโดยมีค่า IOC = .90

2. ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัย นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) บุคลากรสาธารณสุข ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน เพื่อนำแบบสอบถาม ไปใช้จริงกับประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ตามสูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม โดยใช้สถิติแจกความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยมัธยฐานเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม โดยใช้สถิติไคส์แควร์ (Chi-square Test)

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 78 สถานภาพโสด ร้อยละ 51.5 การศึกษาสูงสุด ร้อยละ 31.7 ระดับปริญญาตรี รายได้ต่อเดือน ร้อยละ 76.2 มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท ลักษณะการปฏิบัติงานตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 96.9 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 59.5 ปฏิบัติงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 37 ระยะเวลาปฏิบัติงาน 11 ปี – 30 ปี ร้อยละ 3.5 ปฏิบัติงานมากกว่า 30 ปี ค่าดัชนีมวลกาย ร้อยละ 7.5 น้อยกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 42.6 เหมาะสม ร้อยละ 31.3 เกินมาตรฐาน ร้อยละ 13.7 โรคอ้วนการตรวจสุขภาพประจำปี เคยตรวจสุขภาพเป็นบางครั้ง ร้อยละ 8.4 เคยตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 91.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 40.1 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.9 สถานะสุขภาพ ร้อยละ 90.7 คิดว่าตัวเองแข็งแรงสามารถทำทุกอย่าง ร้อยละ 6.2 คิดว่าตัวเองไม่แข็งแรงมีโรคประจำตัว และร้อยละ 3.1 ไม่แน่ใจว่าตัวเองแข็งแรงหรือไม่

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.7 มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 9.3 มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง

ทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.2 มีระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ระดับสูง ร้อยละ 8.8 มีระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง พบข้อคำถามที่ผู้ตอบมีระดับคะแนนมาก ส่วนใหญ่คืออาหารเข้าเป็นมือที่มีความสำคัญมากที่สุด (\bar{X} = 4.83) รองลงมา (\bar{X} = 4.6) มีระดับคะแนนเท่ากัน ยอมรับได้ของเครื่องมือค่าที่ได้ = .81 ข้อได้แก่การมีความรู้ในเรื่องโภชนาการทำให้สามารถเลือกอาหาร

ที่ดีมีประโยชน์และสามารถควบคุมน้ำหนักได้ การสวมมนต์หรือการนั่งสมาธิจะช่วยให้จิตสงบและคลายความเครียดและการตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ทราบภาวะสุขภาพตนเองและต่ำสุดได้แก่ทุกคนสามารถปรับปรุงวิธีการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม (\bar{X} = 1.98)

ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุข

ระดับการรับรู้ ร้อยละ 95.2 มีระดับปัจจัยนำด้านการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพในระดับสูง และในระดับปานกลางเพียง ร้อยละ 4.8

ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงทรัพยากรในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุข

ระดับการเข้าถึงทรัพยากรในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 50.2 มีระดับ ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงทรัพยากรในการดูแลสุขภาพในระดับสูงและใกล้เคียงในระดับปานกลางคือ 42.7 มีเพียงร้อยละ 7 ที่มีการเข้าถึงต่ำ

ปัจจัยเอื้อ ด้านการมีกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุข

มีระดับการมีกิจกรรมและการได้รับข่าวสารร้อยละ 57.7 มีระดับปัจจัยเสริมด้านการมีกิจกรรม ในการดูแลสุขภาพในระดับกลางและในระดับสูงรองมาคือร้อยละ 39.6

ปัจจัยเสริม ด้านสัมพันธ์ภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุข พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 58.1 มีระดับปัจจัยเอื้อการมีสัมพันธ์ภาพในการดูแลสุขภาพในระดับ กลางและในระดับสูงรองมาคือร้อยละ 39.2

ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคลอื่น

พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85 มีระดับปัจจัยเอื้อด้านการได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคลอื่น ในการดูแลสุขภาพในระดับต่ำร้อยละ 85 และในระดับกลางร้อยละ 15

พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.8 มีระดับพฤติกรรม ด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรอยู่ในระดับสูงและระดับกลาง ร้อยละ 25.6

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของบุคลากร พบว่าตัวอย่างร้อยละ 55 มีระดับพฤติกรรม ด้านการออกกำลังกายของบุคลากร อยู่ในระดับปานกลางและรองมา ระดับต่ำร้อยละ 23.8

พฤติกรรมความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.2 มีระดับพฤติกรรมความเครียดของ บุคลากรอยู่ในระดับสูงและระดมระดับกลางร้อยละ 30.8 ไม่พบในระดับต่ำ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุข เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร พบว่า

เพศ ของบุคลากรสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.112)

อายุ ของบุคลากรสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ บุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.328)

ระดับการศึกษาของบุคลากรสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.884)

สถานภาพสมรสของบุคลากรสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.985)

รายได้ต่อเดือนของบุคลากรสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ บุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.852)

ลักษณะตำแหน่งงานของบุคลากรสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.335)

ระยะเวลาที่ทำงานของบุคลากรสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =.175)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากร สาธารณสุข เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร พบว่า

ความรู้ของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001)

ทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.353)

การรับรู้ประโยชน์ของบุคลากรสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (pvalue=.282) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ของบุคลากร สาธารณสุข เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร พบว่า

การเข้าถึงบริการของบุคลากร สาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของ บุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.100)

การมีกิจกรรมและข่าวสารในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.151)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุข เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร พบว่า

การมีสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.006)

การได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.836)

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุข เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร อภิปรายผลได้ดังนี้ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ตนเองของบุคลากรสาธารณสุข เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรญา จารุงศ์ (2552) ได้ศึกษา พฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพของบุคลากรจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มี ความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพของบุคลากรจังหวัดอำนาจเจริญ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

ลักษณะการปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหารและ
ผู้ปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแล
สุขภาพตนเองบุคคลากรสาธารณสุข เขตคลองเตย
กรุงเทพมหานคร อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็น
ผู้ปฏิบัติงานสัดส่วนจึงแตกต่างกันมากแต่สอดคล้อง กับ
การศึกษาของนงนุช จตุราบัณฑิต (2550) พบว่าตำแหน่งใน
การปฏิบัติงานหรือกลุ่มวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการ
สร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยนำ ด้านความรู้บุคคลากรสาธารณสุข เขต
คลองเตย กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.7 มีความรู้
เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูงมีพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพตนเอง มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ระดับ 0.05 (p-value<.001) ซึ่งสอดคล้องกับ
วิจัยของภารดี ศรีโพธิ์ช้าง (2548) ได้ทำการวิจัยเรื่อง
ประสิทธิผลของ โปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายแบบ
องค์รวม ในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลตำบล ธรรมศาลา จังหวัด
นครปฐม พบว่าบุคลากรร้อยละ 90.7 มีระดับทัศนคติในการ
ดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่ม
ตัวอย่างอยู่ในวิชาชีพ ด้านสาธารณสุขและใกล้เคียง ซึ่ง
สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช จตุราบัณฑิต (2550) ได้
ศึกษาปัจจัย ที่มีผลต่อการสร้างเสริม สุขภาพของบุคลากร
สาธารณสุข ในจังหวัด ผลการวิจัยพบว่า บุคลากร
สาธารณสุข มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีการรับรู้
อิทธิพล ระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์
อยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยเชื้อเอชไอวีและเข้าถึงทรัพยากรในการดูแล
สุขภาพตนเอง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรม การ
ดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุข เขตคลองเตย
กรุงเทพมหานคร (p-value = .100) พบว่าร้อยละ 57.7 ระดับ
การเข้าถึงทรัพยากรในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับกลาง
เข้าถึงทรัพยากรในพื้นที่เขต คลองเตย กรุงเทพมหานครนั้น
เป็นพื้นที่เศรษฐกิจทำให้การเข้าถึงได้ยาก แต่ปัจจัยเชื้อ
จะเป็นสิ่งที่จำเป็นในการแสดง พฤติกรรมช่วยให้การแสดง
พฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ง่ายขึ้นหรือขัดขวางพฤติกรรมนั้นการ
มีกิจกรรมในการดูแล ตนเอง การมีกิจกรรมและข่าวสารใน
การดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุขว่าไม่มี
ความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ
บุคลากรสาธารณสุขอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(p-value=.151) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภามิตรา
นามวิชา (2549) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ กับ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในโรงงาน
อุตสาหกรรม ในเขตจังหวัด สมุทรปราการ

ปัจจัยเสริมการมีสัมพันธภาพในครอบครัวของ
บุคลากรสาธารณสุข เขตคลองเตย กรุงเทพมหานครมี
ความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ
บุคลากรสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
(p-value=.006)ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแล
สุขภาพ กับปัจจัยเสริม พบว่าบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่
ร้อยละ58.1 มีสัมพันธภาพในครอบครัว อยู่ในระดับปาน
กลางร้อยละ 39.2 มีสัมพันธภาพในระดับสูงซึ่งสอดคล้องกับ
การศึกษาของ พิษณุ อภิสม่าจารย์โยธิน (2549) ได้ศึกษา
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเอง
ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ของนักศึกษาระดับ
ปริญญาตรีมหาวิทยาลัยในจังหวัดนครปฐม พบว่าความ
ตระหนักเรื่องสุขภาพ การจูงใจจากเพื่อน และการจูงใจจาก
ครอบครัวในเรื่องสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การได้รับคำแนะนำสนับสนุน
ให้ปฏิบัติ พฤติกรรมดูแลสุขภาพจากบุคคลต่างๆในการ
ดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุข ไม่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ
บุคลากรสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ0.05
(p-value=.836)

ซึ่งคล้องกับการศึกษาของกอมณี สุรวงษ์สิน (2551) ที่ศึกษา
เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของบุคลากรสำนักงานปลัด กระทรวง สาธารณสุข พบว่า
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ
มีความสัมพันธ์กันกับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพของ
บุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านการได้รับ
คำแนะนำ สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพจาก
บุคคลต่างๆ มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. จากผลการศึกษาพบว่าบุคลากรสาธารณสุข เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ถือเป็นแบบอย่างที่ดีของประชาชน เป็นภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กรสาธารณสุข ดังนั้นการที่จะให้บุคลากรสาธารณสุขมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี อย่างต่อเนื่องและสามารถทำให้เกิดเป็นวัฒนธรรมขององค์กรได้ควรมีการกำหนดนโยบายโดย มุ่งเน้นการส่งเสริมให้กำลังใจ เพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ดีอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. จากผลการประเมินค่าดัชนีมวลกายที่ไม่เหมาะสม พบว่าบุคลากรสาธารณสุข มีดัชนีมวลกายร้อยละ 7.5 น้อยกว่ามาตรฐานร้อยละ 47.6 เหมาะสมร้อยละ 31.3 เกินมาตรฐานร้อยละ 13.7 โรคอ้วน ซึ่งล้วนเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมและ ขาดการออกกำลังกาย ทุกหน่วยงานควรมีการกำหนดแผนหรือช่วงเวลาในการตรวจสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข ที่แน่นอนและต้องมีการประเมินผลการ ตรวจสุขภาพ ประจำปี เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ของบุคลากร สาธารณสุข พร้อมทั้งจัดโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเสี่ยงของแต่ละบุคคล

3. จากผลการศึกษพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำด้านความรู้และปัจจัยเสริม ด้านการมีสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรสาธารณสุข เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ดังนั้นจึงควรสร้างกระแสและทางเลือกพร้อมทั้งสร้างช่องทางสื่อสาร ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารแก่บุคลากรพร้อมทั้งส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่สร้างเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวบุคลากร

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับบุคลากรสาธารณสุขตามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งได้จากการวิจัยนี้ ซึ่งได้แก่การสร้างองค์ความรู้เพิ่มเติมและการสร้างสัมพันธภาพความรักความเข้าใจในครอบครัว

2. ควรให้ความสำคัญด้านการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์โดยมีการขยายการศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองไปในระดับบนและล่างได้แก่ครอบครัวของบุคลากรสาธารณสุขและ ระดับกรุงเทพมหานคร เพื่อนำผลการวิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถูกต้องทางควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลังดำเนินการว่ามีการเปลี่ยนแปลงใน ทิศทางที่ดีขึ้นหรือไม่อย่างน้อยเพียงใด

บรรณานุกรม

กรุงเทพมหานคร, สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล.(2557).แผนพัฒนากรุงเทพมหานครระยะ20ปี ระยะที่1

(พ.ศ.2556-2560),กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานคร,สำนักอนามัย.(2558).แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ2559.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์

กรุงเทพมหานคร

กองมณี สุรวงษ์สิน.(2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข

. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (2550). แผนพัฒนาสาธารณสุข ในแผน พัฒนาเศรษฐกิจ

และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ.(2550 – 2554). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

นงนุชจตุรรัตน์. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดพังงา.

วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ , บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต .

พิษณุ อภิสมมาตรโยธิน.(2549.) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทย

แข็งแรงของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยในจังหวัด

การดี ศรีโพธิ์ช้าง .(2548).ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายแบบองค์รวมในผู้สูงอายุ เขตเทศบาล

ตำบลธรรมศาลา จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตวิทยาศาสตร์ (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์).

มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณ จารุงศ์.(2552) .พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ.

วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต.สาขาการสร้างเสริมสุขภาพ. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

สุภามิตร์ นามวิชา.(2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในโรงงาน

อุตสาหกรรมในเขตจังหวัดสมุทรปราการ.วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

การสร้างรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

นางจุฑารัตน์ เกษสำลี

บทคัดย่อ

ปัจจุบันมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ และมีแนวโน้มเจ็บป่วย เสียชีวิตจากมะเร็งเพิ่มขึ้น ทางสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแต่ยังขาดการประสานงานที่ดีทำให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อน ลำช้า การสร้างรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นแนวคิดที่นำมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเจ็บป่วย บรรเทาความทุกข์ทรมาน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (System theory) ของ Donabedian แนวคิดการจัดการรายกรณีของ Yoder Wise และแนวปฏิบัติ Gold standard of palliative care (7C) โดยศึกษาจากครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 4 ครอบครัว ใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต แบบฟอร์มการแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินผู้ป่วยมะเร็งแบบองค์รวม แบบประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้ Visual analog scale และแผนการดูแลขั้นสูง (Advance care plan) โดยมีแนวปฏิบัติ Gold standard of palliative care (7C) ดำเนินกิจกรรมจัดอบรมทีม Palliative Care จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม 2559 ใช้การสังเกต การเยี่ยมผู้ป่วยและการตรวจแฟ้มเยี่ยมบ้าน

ผลการศึกษได้รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และการนำไปใช้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ (1)ผู้จัดการรายกรณีควรเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อให้ทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด (2)พยาบาลควรได้รับการอบรม Palliative Care เพื่อให้มีทักษะ ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม (3)ควรมีการผลักดันให้มีการจัดการรายกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มโรคอื่น ๆ

คำสำคัญ : รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Establishing of Format in Dealing with Individual Case of Final Stage Cancer Patient

Mrs. Jutarat Kedsumli

Abstract

Presently, cancer is the main cause of death and potential of illnesses, deaths is rising. The Bangkok Health Bureau has palliative approach on dealing with patients and yet, still lacks of coordination which causes operational repetition and delay. Establishing of format in dealing with individual case of final stage cancer patients is a concept of which has been applied in order to help patients in dealing with the illness to alleviate the suffering and improve the quality of life for patients and their families so they can leave their lives with dignity and peacefully by using the System Theory of Donabedian, the Concept on Dealing with Individual Case by Yoder Wise and the Gold Standard of Palliative Care (7C) by observing 4 families of patients, using the Caring for Patients as They Approach Their Final Stage of Life handbook, Categorization Form for patients that have been in palliative care, holistic cancer patient assessment form, pain assessment form for cancer patient by the use of Visual Analog Scale and the Advanced Care Plan along with the Gold Standard of Palliative Care (7C) training Palliative Care for 12 individuals. Data on caring for cancer patients in their final stage is collected by the use of the dealing with individual case of final stage cancer patient format from the month of February through July of 2016 by observing patient visitation and examining house call files.

The result from this study is the format for dealing with final stage cancer patient and the application in order to physically, social psychologically, emotionally and spiritually care for patient. Families of patients are satisfied with the format for dealing with cancer patients in their final stage. This study suggests that (1) Case manager should be the local nurse so they can become aware of changes in patients and provide intimate care. (2) Nurses should go through Palliative Care training so they will have skills, experience in caring of holistic cancer patients in their final stage. (3) Encourage for dealing with final stage patients of other illnesses.

Keyword: Format for Dealing with Final Stage Cancer Patient.

Keywords: Format in Dealing with Individual Case of Final Stage Cancer Patient

ความเป็นและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกพบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้คนทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าจำนวนจะเพิ่มขึ้นสูงในทุกๆ ปี โดยเมื่อย้อนกลับไปในปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลกในปีนั้นราว 7.6 ล้านคน ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 จำนวนของผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลกมีจำนวนถึง 8.2 ล้านคน นอกจากนี้ ยังมีการคาดการณ์ว่าประมาณปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 13 ล้านคนอีกด้วย (กรมการแพทย์, 2557)

จากสถานการณ์สภาวะด้านสุขภาพของประชากรไทยพบว่า แนวโน้มการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข อัตราป่วยโรคมะเร็งจาก 468.3 ในปี 2548 เป็น 759.8 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ในขณะที่โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่า จาก 12.6 ในปี 2510 เป็น 43.8 ในปี 2540 และ 98.5 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 25.3 ในปี 2548 เป็น 31.7 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาต เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.8 ในปี 2547 เป็น 1.6 ในปี 2553 จากแนวโน้มดังกล่าวข้างต้นที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึงความต้องการการบริการการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น ประมาณการณ์ว่าในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา (2542 - 2552) ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นร้อยละ 11 (102,330 คน เป็น 113,548 คน) (แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2555)

โรคมะเร็งระยะสุดท้ายเกิดปัญหาที่ซับซ้อนทั้งจากผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในระยะสุดท้ายต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในการพยุงชีวิต การเสียชีวิตจึงเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเป็นหลักผู้ป่วยมะเร็งต้องใช้เวลาอันยาวนานในการรักษาและดูแลต่อเนื่อง และเมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย รักษาไม่หาย ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และในทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8-11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

และเป็นร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน จากการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 80,780 บาทสำหรับปีสุดท้ายของชีวิต และวันนอนเฉลี่ย 29.2 วันต่อคนนอกจากนี้ ยังพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยแบบประคับประคองน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามปกติ และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ตายที่โรงพยาบาลสูงกว่าตายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งตายนอกบ้านถึง 2 เท่า (กรมการแพทย์, 2557)

ปัจจุบันศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัยมีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยแต่ละวิชาชีพจะปฏิบัติงานในส่วนของตน ยังขาดการประสานงานที่ดี เป็นเหตุให้การทำงานซ้ำซ้อนหรือล่าช้า และมีปัญหาด้านการติดตามความก้าวหน้าหรือการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ถึงแม้จะมีแนวทางดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว แต่ยังขาดรูปแบบการจัดการที่ชัดเจน อาทิไม่มีผู้ประสานงานที่เป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วย และระหว่างทีมสหวิชาชีพ ส่งผลถึงคุณภาพการบริการพยาบาลซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ การพัฒนาให้มีรูปแบบการบริการพยาบาลแบบอื่นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้สูง และสามารถทำงาน เป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดูแลได้อย่างครบวงจรซึ่งหากมีรูปแบบที่เป็น การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะช่วยให้การบริการดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี (Case Management) เป็นแนวคิดหนึ่งที่ได้รับคามนิยมในการนำมาใช้โดยกำหนดขั้นตอน หรือกระบวนการของการพยาบาลแบบการจัดการรายผู้ป่วยไว้ 6 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดกรองและเลือกผู้ป่วย การประเมินสภาพ การประสานงาน การเฝ้าระวัง การดำเนินการการประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่าย และสิ้นสุดการดูแลสอดคล้องกับ Case Management Society of America (CMSA) (เวรดี ศิรินครและคณะ, 2543:25-26) ได้ให้ความหมายของ Case Management ว่าเป็นกระบวนการความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม และประเมินทางเลือกและบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพและคุ้มค่า หากได้บริการตามกระบวนการพยาบาล

รูปแบบนี้แล้วจะสามารถให้การดูแลแบบองค์รวม มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ลดค่าใช้จ่ายและประสานการดูแลระหว่างเจ้าหน้าที่ที่มิสหวิชาชีพมีการจัดทำแผนการดูแลรักษาตามแบบแผนที่กำหนดไว้

ผู้จัดทำมีบทบาทด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านจึงได้เห็นถึง ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคคุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ตามบริบทของปัจเจกบุคคลเท่าที่จะทำได้ในเวลาที่เหลืออยู่ รวมทั้งการจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างถูกวิธีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการเตรียมความพร้อมจนเสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
3. เพื่อให้ญาติได้รับการดูแลหลังจากการจากไปของผู้ป่วย
4. เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การศึกษานี้เป็นการพยาบาลรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 4 ครอบครัวของศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า ลาดกระบัง สังกัดกรุงเทพมหานครผู้เข้าร่วมคือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล พนักงานผู้ช่วยงานสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพบำบัด

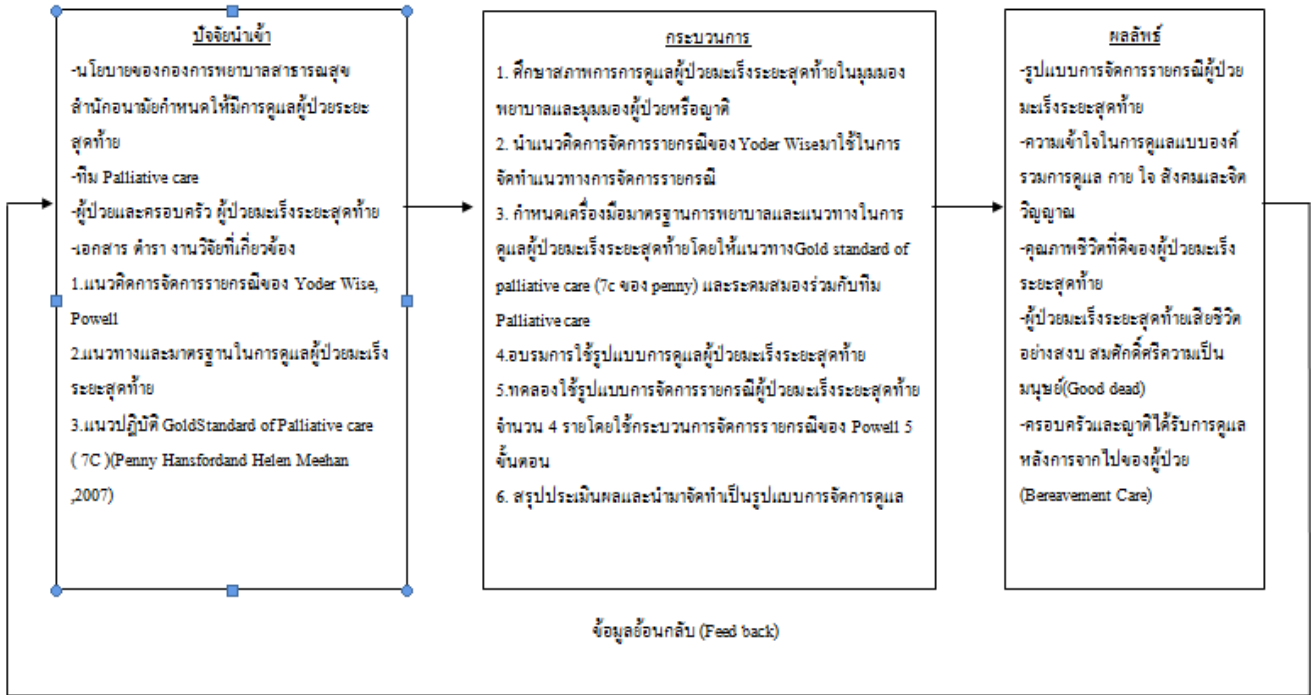
ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การจัดการรายกรณี
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ผลการพยาบาลรูปแบบการจัดการรายกรณีครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยและญาติโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of Life care)
2. สมาชิกในครอบครัวได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและรวมถึงการ ป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานความเจ็บปวด
3. ผู้ป่วยและญาติโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลสุขภาพจนได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Good death) ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติ ภายหลังการจากไปของผู้ป่วย (Bereavement Care)
4. ทำให้พยาบาลชุมชนมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการปฏิบัติงานเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนรวมทั้งมองเห็นแนวทางและวิธีการที่จะนำมาปรับปรุงแก้ไขวิธีการดำเนินงาน ให้ได้ผลดียิ่งขึ้น
5. สามารถนำผลการศึกษานี้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวในรายอื่นๆได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพ
6. เป็นรูปแบบตัวอย่างสำหรับนำไปสร้างรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มอื่นๆ

กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 1 แนวคิดการดำเนินการจัดการรายกรณี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นครอบครัวผู้ป่วยระยะเรื่งระยะสุดท้ายที่อยู่ในความดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า ลาดกระบัง จำนวน 4 ครอบครัว โดยจำแนกเป็น

- ครอบครัวมะเร็งปอดระยะสุดท้าย 1 ครอบครัว
- ครอบครัวมะเร็งรังไข่ระยะสุดท้าย 1 ครอบครัว
- ครอบครัวมะเร็งตับระยะสุดท้าย 1 ครอบครัว
- ครอบครัวมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้าย 1 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

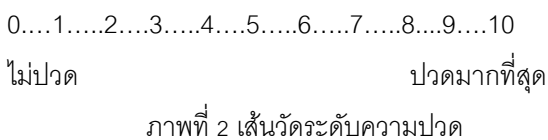
1. คู่มือการดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต (ข้อมูลสำหรับญาติและผู้ดูแล)ของพ.ญ.ดาริน จตุรภัทรพรอธิบายถึงอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ข้อมูลกับญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อลดความวิตกกังวล และการตกใจกลัว ทำให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจ อาการเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายและมอบคู่มือการดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิตให้กับญาติผู้ป่วย

2. แบบฟอร์มการแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance scale version 2) เป็นแบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองข้อมูล

ระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นข้อมูลสนับสนุนข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล นำไปใช้ได้หลายวัตถุประสงค์ ได้แก่ เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร เพื่อความรวดเร็วในการอธิบายระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมในขณะปัจจุบัน เป็นเกณฑ์ในการประเมินภาระงาน เป็นเครื่องมือที่ใช้พยากรณ์โรคของผู้ป่วย (prognostic value) ซึ่งใช้เมื่อวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยพยาบาลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินเมื่อเข้าเยี่ยม

3. แบบประเมินผู้ป่วยระยะเรื่งแบบองค์รวม เป็นการประเมินทางด้านร่างกาย สังคม จิตวิญญาณและความต้องการของผู้ป่วยระยะเรื่งระยะสุดท้าย ปรับปรุงจากแบบประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมเมื่อแรกรับ โรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งทีม Palliative care เข้าประเมินผู้ป่วยได้อธิบายเรื่องโรค แผนการดูแลให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ โดยผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้แจ้งให้ทีม Palliative care ทราบ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษา เป็นผู้ป่วยประเมินเนื่องจากเป็นผู้จัดการรายกรณี ร่วมในทีม Palliative care

4. แบบประเมินความปวดผู้ป่วยมะเร็ง เป็นแบบประเมินความปวดโดยใช้ Visual analog scale: VAS เป็นการวัดโดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ให้ปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง ไม่ปวด ปลายอีกข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง ปวดรุนแรงมากที่สุด มีการประเมินตั้งแต่แรกกับผู้ป่วย และมีการติดตามประเมินโดยสอนให้ผู้ดูแลทำการประเมินดังนี้ Pain score >7 ประเมินทุก 2 ชั่วโมง Pain score 4-6 มีการประเมินทุก 4 ชั่วโมง และ Pain score <4 ประเมินทุก 8 ชั่วโมง โดยกำหนดให้ผู้ป่วยที่มี Pain score >4 ขึ้นไปต้องได้รับการดูแลเพื่อลดอาการปวด วิธีการวัดกระทำโดยผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงนี้เพื่อแสดงความรุนแรงของความปวดแล้วนำค่าที่ได้มาวัดเป็นเซนติเมตร แทนค่าความปวดเหมือนการให้คะแนนความปวด(Pain score) เป็น 0-10 วิธีการนี้มีข้อจำกัดในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่มีปัญหาทางสายตา



5. ใช้แผนการดูแลขั้นสูง (Advance Care Plan) โดยมีแนวปฏิบัติ GoldStandard of Palliative care (7 C) (Penny Hansford and Helen Meehan ,2007) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและบรรเทาความทุกข์ทรมานในวาระสุดท้าย และมีการตายดี (Good Death)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ศึกษาประสานงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา และ ขอความร่วมมือในการจัดการอบรมทีม Palliative care แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัดและพนักงานผู้ช่วยสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า ลาดกระบัง จำนวน 12 คนและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยความร่วมมือของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ลงบันทึกไว้ตามแนวทางการประเมินและการดูแล

2. เก็บรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตั้งแต่ กุมภาพันธ์ –กรกฎาคม พ.ศ. 2559 โดยใช้การสังเกต การเยี่ยมผู้ป่วย และการตรวจเยี่ยมที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่ ข้อเสนอแนะทำการวิเคราะห์เนื้อหา และเสนอโดย การบรรยาย

ผลการศึกษา

1. รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า ลาดกระบังประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบคือ 1) ผู้จัดการรายกรณี โดยมีการกำหนดเป็นผู้จัดการรายกรณีการกำหนดหน้าที่ การคัดกรองการจัดการและการประสาน และการกำหนดบทบาทการเป็นพี่เลี้ยง ผู้สอนและผู้ถ่ายทอดเทคโนโลยีต่างๆ 2) กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้แพทย์ พยาบาลและทีม Palliative care มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการอบรมพยาบาลวิชาชีพ พนักงานช่วยงานสาธารณสุขจำนวน 12คน ก่อนนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไปใช้ 3) กำหนดแผนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประเมินหรือแบบฟอร์มต่างๆ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินและการดูแลผู้ป่วย

2. ผลจากการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 4 รายพบว่าผู้ป่วยมะเร็งทั้ง 4ราย มีการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีการใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้ง 4รายได้รับการดูแลทั้ง 8มาตรฐานผู้ป่วยได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ ผู้ป่วย 1 รายนับถือศาสนาอิสลามได้ประกอบพิธีทางศาสนา ก่อนเสียชีวิตตามความเชื่อ ผู้ป่วย 1 ราย ได้ใส่บาตรทุกวัน ทำบุญตามที่ตนเองต้องการ ผู้ป่วย 1รายญาติสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟังและมีพระพุทธรูปวางบนหัวเตียงผู้ป่วย ส่วนอีก 1ราย ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า อยากพบสามีก่อนเสียชีวิตได้ตอบสนองความต้องการครั้งสุดท้ายผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว แต่สามารถจัดกิจกรรมตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พึงพอใจ 2ราย อีก 2รายไม่ได้รับการประเมินเนื่องจากไม่สะดวกในการประเมินตามขั้นตอนที่กำหนด

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ทางคลินิก

1. ผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การประสานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นพี่เลี้ยงและสอนงานให้กับพยาบาลหรือพนักงานช่วยงานสาธารณสุข ตลอดจนการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นควรเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติในพื้นที่ของผู้ป่วยนั้น จะทำให้เกิดผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากผู้จัดการรายกรณีสามารถรับทราบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ก่อน และสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยได้ใกล้ชิด

2. การเข้าประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมและการเข้าดูแลด้านจิตวิญญาณควรทำเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเนื่องจากอาการผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วอาจเสียชีวิตก่อนเข้าไปดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณและการเตรียมตัวก่อนตาย

3. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้ป่วยควรได้รับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่พยาบาลได้รับการอบรมเรื่อง Palliative care และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง นิ่มนวลและความเอื้ออาทรจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่

4. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีปัญหาด้านจิตสังคม อารมณ์ ทำให้ไม่ร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ดังนั้นพยาบาลที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยควรมีความรู้ด้านจิตสังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม

5. ควรมีการผลักดันให้มีการจัดการรายกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น โรคทางสมอง หัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินผลในระยะยาวเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. ควรมีการวัดทัศนคติและความพึงพอใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข(2557). ความรู้เกี่ยวกับมะเร็ง. ค้นข้อมูลเมื่อ 10 พฤษภาคม 2559, จากเว็บไซต์
<http://www.nci.go.th/th>.

ดาริน จตุรภัทรพร (2550). การดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต. ค้นข้อมูลเมื่อ 10 มกราคม 2559, จากเว็บไซต์.
<https://www.doctor.or.th/clinic/detail/7276>

เรวดี ศิรินคร, ยูวดี เกตสัมพันธ์ , ผ่องพรรณธนาและสุวิภา นิตยางกูร.(2543). CASEMANAGEMENT. เอกสารในการประชุม 2nd
national forum on Hospital Accreditation. กรุงเทพมหานคร: J.S. การพิมพ์. .

Donabedian A.(2003). An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press.

Yoder - Wise, P. S. (2007). *Leading and Managing in Nursing* (4th ed.). Philadelphia: Westline Industrial Drive.

การศึกษาผลการดำเนินโครงการสุขสไตป้องกันท้องก่อนวัย

ณัฐธิดา จิตวรนันท์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบกับก่อน – หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เรื่องการป้องกันปัญหาท้องก่อนวัยและเพศศึกษา มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันปัญหาท้องก่อนวัยอันควร และมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ในการป้องกันปัญหาท้องก่อนวัย กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 1-6 อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่มีคนรักและมีพฤติกรรมค่อนข้างเกร ในโรงเรียนวชิร-ธรรมสาริต แขวงบางจาก เขตพระโขนง จำนวน 50 คน โดยจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะชีวิต ใช้ระยะเวลา 1 วัน และติดตามดูแลต่อเนื่อง รวมระยะเวลาศึกษา 10 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้เข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษา และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ ในระยะก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และหลังเข้าร่วมกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และ Paired sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 12-15 ปี ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น การประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกัน รวมทั้งผลกระทบทางการศึกษาของการตั้งครรภ์ในวัยเรียน ตลอดจนเครื่องมือช่วยหรือสถานที่ที่สามารถให้คำปรึกษาหรือช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยเรียน พบว่าอยู่ในระดับที่สูงมาก คะแนนความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ และมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษา ดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$

จากการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าโครงการสุขสไต ป้องกันท้องก่อนวัย สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกัน และสถานที่ให้ความช่วยเหลือทั้งการป้องกันและแก้ไข ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อช่วยป้องกันปัญหาท้องก่อนวัยได้

คำสำคัญ : เพศสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, การป้องกันท้องก่อนวัย

The study of the results of "Suksodsai project" to prevent premature pregnancy

Nutteera Thitaworranant

Abstract

This research is a one-group semi-experimental research, comparing before-after, with the objective of allowing participants to have knowledge about prevention of premature and sexual problems. Have a positive attitude to prevent premature stomach problems and have proper self-protection behavior to prevent premature stomach problems, the sample group consisted of mathayomsuksa 1-6 students under the age of 18 who had a lover and had rather unruly behavior. In Wachira-Thammasat School, Bangchak Subdistrict and Phra Khanong District, there are 50 people who organize life skills development activities for a period of 1 day with total study period of 10 months. Data were collected by using the knowledge and understanding test about sex education and satisfaction assessment form for participation in project activities in the period before joining the activity and after joining the activity Data analysis using computer program with statistics, mean, percentage and paired samplet-test.

The results showed that most of the samples were male , age between 12-15 years old, studying at the lower secondary level Assessment of attitude about sexually transmitted diseases and prevention including the educational impact of school-age pregnancy. As well as networks or institutions that can provide counseling or help in solving problems of sexually transmitted diseases and school-age pregnancies found that it is at a very high level Satisfaction score for participating in the project in every level And have an average score of knowledge and understanding about sex education better than before participating in the project with statistical significance at p -value $< .05$. From this research, it can be concluded that the Suk Sawai project, preventing premature pregnancy, can make the sample group participating in the project have a better understanding of sex education in school age sexually transmitted diseases and prevention. And institutions that provide assistance in both prevention and correction which can be applied to students with similar characteristics to help prevent premature stomach problems.

Keywords: Sex and pregnancy in adolescents, prevention of premature pregnancy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการตั้งครกในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) และเป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) โดยกำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และอายุ 15-19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาพะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย ที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ.2573 สำหรับประเทศไทย พบการคลอดในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ข้อมูลสถิติสาธารณสุขพบว่า วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรเพิ่มขึ้น จากประมาณ 95,000 คน ในปี พ.ศ. 2546 เป็นประมาณ 104,300 คน ในปี พ.ศ. 2558 ในจำนวนนี้เป็นการคลอดบุตรโดยวัยรุ่นที่มีอายุน้อย คืออายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณปีละ 3,000 คน นอกจากนี้ วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ที่คลอดบุตรซ้ำหรือคลอดเป็นครั้งที่สองขึ้นไป มีมากถึง 12,700 คน หรือเท่ากับร้อยละ 12.2 ของการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ทั้งหมด (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560:หน้า 2)

สถานการณ์การตั้งครกของวัยรุ่นประเทศไทย จากการสำรวจล่าสุดในปี พ.ศ. 2557 พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คิดเป็นร้อยละ 47.9 ร้อยละ ของการคลอดซ้ำในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในช่วง 5 ปีหลัง มีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 11.3 ในปี พ.ศ. 2553 ขึ้นมาสูงถึงร้อยละ 12.8 ข้อมูลเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ปี 2557 พบว่ามีการทำแท้งเองร้อยละ 42.6 โดยร้อยละ 31.5 อายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งร้อยละ 38.1 มีสถานภาพเป็นนักเรียน นักศึกษา อัตราโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี ในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มสูงมากกว่าปี พ.ศ. 2556 เกือบ 2 เท่า (จาก 52.21 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2556 เป็น 103.37 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2557) สำหรับสถานการณ์การตั้งครกของวัยรุ่นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 37.7 ต่อ 1000 คนหรือร้อยละ 3.77

เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติของกรุงเทพมหานครกับสถิติโดยรวมของประเทศไทยแล้ว ยังจัดอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า แต่อย่างไรก็ตาม อัตราการคลอดบุตรนี้ยังจัดอยู่ในจำนวนที่ค่อนข้างสูง และควรที่จะได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ลดจำนวนลงในอนาคต(กรมสุขภาพจิต กรมอนามัยกรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559 :หน้า 2)

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพในเชิงรุก ซึ่งเป็นไปตามแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร 12 ปี ระยะที่ 2 (พ.ศ.2552-2563) ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนากรุงเทพมหานครให้เป็นมหานครแห่งคุณภาพชีวิตที่ดี และมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4.2 การพัฒนาสุขภาพและสร้างสังคมแห่งสุขภาพจะมีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ เพื่อให้ยุทธศาสตร์มีการนำไปปฏิบัติในทุกพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในเรื่องการตั้งครกในวัยรุ่นอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีการส่งเสริมการจัดการองค์ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา อนามัยเจริญพันธุ์ สุขภาวะทางเพศ เพื่อให้เด็ก เยาวชน และทุกภาคส่วนในสังคมมีความเข้าใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีการจัดกิจกรรมอบรมสัมมนาและอื่นๆ เพื่อสร้างกระแสความตระหนักรู้อย่างต่อเนื่อง

ศูนย์บริการสาธารณสุข 34 โพธิ์ศรี มีหน้าที่รับผิดชอบประชากรในพื้นที่เขตพระโขนง พบว่ามีมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการคลินิกฝากครรภ์ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 28 ราย ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 36 ราย และในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 40 ราย จะเห็นได้ว่า มารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนสูงขึ้นในแต่ละปี (ระบบรายงานประจำเดือนของศูนย์บริการสาธารณสุข 34 โพธิ์ศรี) ในฐานะที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข 34 โพธิ์ศรี มีบทบาทหน้าที่ที่ควรตระหนักถึงและให้ความสำคัญต่อปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำ “โครงการสุขสดใสป้องกันท้องก่อนวัย” โดยมีการบรรยายความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาท้องก่อนวัยและเพศศึกษาแก่เยาวชนในโรงเรียน ร่วมกับการจัดกิจกรรมสร้างเสริมทักษะเท่ากับ 1.1 ต่อ 1,000 คน หรือเท่ากับร้อยละ 0.11 ชีวิต เพื่อให้เยาวชนได้เรียนรู้และเข้าใจเพศศึกษา ผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ซึ่งจะส่งผลให้เยาวชนมีทัศนคติเชิงบวกเรื่องเพศ ตระหนักถึงปัญหาทางเพศและการป้องกันปัญหาการท้องก่อนวัย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อให้นักเรียนอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้เรื่องการป้องกันปัญหาท้องก่อนวัยและเพศศึกษา สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ
2. เพื่อให้นักเรียนอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่เข้าร่วมโครงการ มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันปัญหาท้องก่อนวัยอันควร
3. เพื่อให้นักเรียนอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสมในการป้องกันปัญหาท้องก่อนวัย

วิธีดำเนินการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาดำเนินโครงการ สุขสดใส่ป้องกันท้องก่อนวัยโดยใช้กิจกรรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติ เพื่อให้ความรู้แก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเรียนของโรงเรียนวชิรธรรมสาธิต แขวงบางจาก เขตพระโขนงโดยใช้เวลาอบรม 1 วัน และได้ติดตามผลของโครงการ โดยการสังเกต นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร หมายถึง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนวชิรธรรมสาธิต แขวงบางจาก เขตพระโขนง จำนวน 2,879 คน

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนวชิรธรรมสาธิต แขวงบางจาก เขตพระโขนง จำนวน 50 คนโดยได้รับการคัดเลือกจากคุณครูซึ่งพิจารณาว่านักเรียนมีคู่รักและมีพฤติกรรมเกเร เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโครงการ

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา ก่อน-หลังทำกิจกรรมเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานที่ควรทราบในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น แนวทางการป้องกันปัญหาการท้องก่อนวัย จำนวน 15 ข้อ 15 คะแนน

1. แบบประเมินทัศนคติเชิงบวกเรื่องเพศ และพฤติกรรมการป้องกันปัญหาการท้องก่อนวัย ก่อน-หลังทำกิจกรรม เป็นแบบสอบถามทัศนคติ เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันปัญหาการท้องก่อนวัย เพื่อประเมินทัศนคติเรื่องเพศ

และพฤติกรรมการป้องกันท้องก่อนวัย ของผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 15 ข้อ

2. แบบประเมินทักษะชีวิตที่ดีและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการการป้องกันท้องก่อนวัย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

จัดกิจกรรมโครงการสุขสดใส่ป้องกันท้องก่อนวัย ในโรงเรียนวชิรธรรมสาธิต แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพฯ

1. ลงทะเบียนผู้เข้าร่วมโครงการ และให้ผู้เข้าร่วมโครงการทำแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษาก่อนทำกิจกรรม

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความเข้าใจในโครงการที่จัดดำเนินการอบรม

2.1 ดำเนินการอบรม โดยมีกิจกรรมดังนี้

2.1.1 ประเมินผลก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ โดยให้ผู้เข้าร่วมทำแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษาหลังทำกิจกรรม

2.1.2 ประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการเมื่อสิ้นสุดโครงการ

2.1.3 ประเมินความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการป้องกันท้องก่อนวัยโดยใช้ แบบสอบถามความคิดเห็น

2.1.4 สรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 50 คน นำมาแจกแจงความถี่ โดยนำเสนอในรูปแบบตารางแสดงจำนวน และร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาของผู้เข้าร่วมโครงการ ก่อนและหลังกิจกรรม โดยใช้สถิติ paired sample t – test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

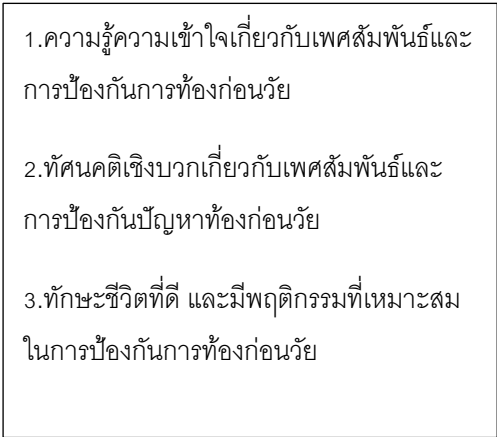
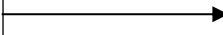
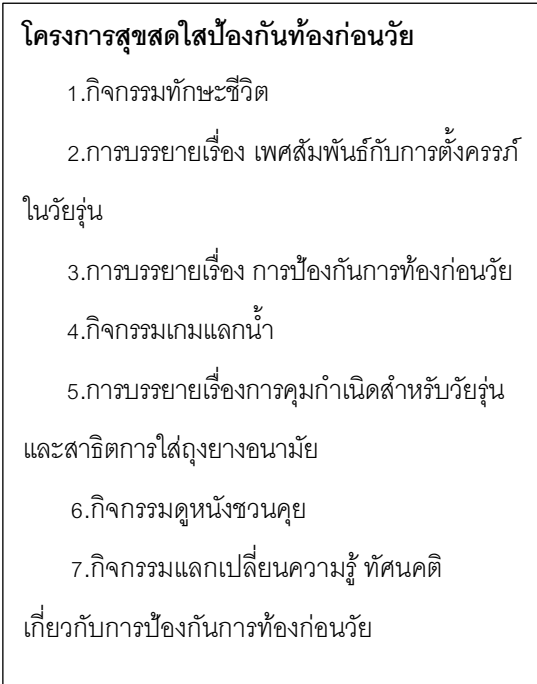
3. ประเมินทัศนคติเชิงบวกเรื่องเพศ และพฤติกรรมการป้องกันปัญหาการท้องก่อนวัย หลังทำกิจกรรมผ่านแบบสอบถามความคิดเห็นโดยการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ประเมินทักษะชีวิตและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการการป้องกันท้องก่อนวัย

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ผลการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษามูลค่าการดำเนินโครงการ สุขสดใสป้องกันท้องก่อนวัย ที่มีต่อความรู้ ความเข้าใจทัศนคติเกี่ยวกับเพศศึกษา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรรภ์ไม่พร้อม ของกลุ่มนักเรียนในโรงเรียนวชิรธรรมสาธิต แขวงบางจาก เขตพระโขนงซึ่งครูพิจารณาสุ่มคัดเลือกจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีคนรักและมีพฤติกรรมค่อนข้างเเกร เข้าร่วมโครงการโดยการสมัครใจ จำนวน 50 คน จัดทำโครงการเป็นระยะเวลา 1 วัน และได้ติดตามดูแลต่อเนื่อง ซึ่งผลการดำเนินโครงการได้นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่านักเรียนที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 50 คน มีเพศชาย จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และมีเพศหญิง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 40 อายุระหว่าง 12-13 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 40 อายุระหว่าง 14-15 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 40 อายุระหว่าง 16-18 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ด้านการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 60 มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 40

2. การประเมินความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเพศศึกษา และการป้องกันปัญหาท้องก่อนวัยของผู้เข้าร่วมโครงการ ก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจแตกต่างกันอย่างมีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในข้อต่อไปนี้ คือ 1)สายด่วนการตั้งครรรภ์ไม่พร้อมคือเบอร์ 1663 2)สายด่วนสุขภาพจิต คือเบอร์ 1323 3)ยา รับประทานหลังการมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการตั้งครรรภ์คือ ยา Postinor 4)การใช้ถุงยางอนามัยควรสังเกตวันหมดอายุ ก่อนใช้งานทุกครั้ง 5)เมื่อแฟนขวนมีเพศสัมพันธ์ควรปฏิเสธ แฟนว่าไม่ดีหรือยังไม่ถึงเวลา ถ้ารักจริง เธอต้องรอฉันได้ 6)วัยรุ่นหญิงจะมีพัฒนาการทางเพศเร็วกว่าวัยรุ่นชาย 7)โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่นโรคเอดส์ โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคหนองในเทียมโรคซิฟิลิส เป็นต้น ส่วนข้ออื่นๆ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ อย่างไรก็ตามผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบในภาพรวมเพื่อให้ทราบผลการประเมินดังตารางที่ 1

3. การประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการท้องก่อนวัยอันควร พบว่า ในภาพรวม ผู้เข้ารับการอบรมมีทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ โรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควรในระดับ มาก หรือร้อยละ 87.4 ($\bar{x} = 4.37$) โดยเห็นว่าศูนย์บริการสาธารณสุข มีหน้าที่และความสามารถให้บริการคำปรึกษาแก่ผู้ที่ตั้งครรรภ์ในวัยเรียนได้ ผู้เข้าร่วมโครงการ ยังคงต้องการให้มีการจัดกิจกรรมในลักษณะนี้อีกต่อไป การมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรรภ์ในวัยเรียน จะส่งผลกระทบต่อ การศึกษา การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ดีที่สุด คือ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้

จากการประเมินภาพรวมของการจัดกิจกรรม โครงการฯ ซึ่งมีคะแนนร้อยละ 87.4 โดยอยู่ในระดับที่เห็นด้วย มาก นอกจากนี้ในด้านอื่นๆ คือด้านความรู้ความเข้าใจ ก็มีระดับคะแนนอยู่ในระดับร้อยละ 90 ดังจะเห็นได้จากที่ ผู้เข้าร่วมโครงการต้องการให้มีการจัดกิจกรรมลักษณะนี้อีก

4. การประเมินทักษะชีวิตและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการการป้องกันท้องก่อนวัยและการสร้างเครือข่ายในศูนย์บริการสาธารณสุข ในชุมชน และในโรงเรียน

4.1 เกิดเครือข่ายคณะทำงานการตั้งครรรภ์ไม่พร้อม โดยศูนย์บริการสาธารณสุข34 โพธิ์ศรี อาสาสมัครสาธารณสุข ครูแนะแนว ครูฝ่ายปกครองโรงเรียนวชิรธรรม ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิแพชทูเฮลท์ เชื่อมประสานการทำงานแบบรอบด้านมากขึ้น เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม ทำให้นักเรียนได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

4.2 นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีกลุ่มเครือข่าย Line เพื่อส่งข้อมูลข่าวสารด้านความรู้ในการป้องกันการตั้งครรรภ์ไม่พร้อม

4.3 เครือข่ายการทำงานการตั้งครรรภ์ไม่พร้อมได้มีการประชุมเพื่อติดตามนักเรียนกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการดังกล่าวและกลุ่มนักเรียนอื่นๆในโรงเรียนด้วย โดยศูนย์บริการสาธารณสุขได้มีการประชุมคณะทำงานชมรมรักษาใจอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินนักเรียนกลุ่มนี้

4.4 มีการติดตั้งกล่องถุงยางอนามัยที่โรงเรียน และประเมินการใช้ถุงยางอนามัยจากยอดการเบิกของโรงเรียน

4.5 นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 50รายไม่เกิดการตั้งครรรภ์ในวัยเรียน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาและการป้องกันปัญหาท้องก่อนวัยของผู้เข้าร่วมโครงการ ก่อน-หลังการเข้าร่วมโครงการ โดยการทดสอบ paired sample t-test (n=50)

	ก่อนทำกิจกรรม				หลังทำกิจกรรม			
	Max	Min	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	t	p
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษาของผู้เข้าร่วมโครงการ	14	8	11.42	1.33	13.42	1.05	-11.36	.000*

*significant level $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษา โดยรวม อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 11.42$, S.D. = 1.33) หลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษาเพิ่มขึ้น โดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 13.42$, S.D. = 1.05)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษาของผู้เข้าร่วมโครงการก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผลการดำเนินโครงการ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการดำเนินโครงการสุขสดใสป้องกันท้องก่อนวัย ที่มีต่อความรู้ ความเข้าใจทัศนคติเกี่ยวกับเพศศึกษา และการท้องก่อนวัย ของกลุ่มนักเรียนในโรงเรียน วชิรธรรมสาธิต แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพฯ ซึ่งครูพิจารณาสุ่มคัดเลือกจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีคนรักและมีพฤติกรรมค่อนข้างเกเร เข้าร่วมโครงการโดยการสมัครใจ จำนวน 50 คน จัดทำโครงการเป็นระยะเวลา 1 วัน ใน และได้ติดตามดูแลต่อเนื่อง

ดำเนินโครงการโดยจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ เน้นเนื้อหาความรู้ในการป้องกันเรื่อง เพศศึกษา และสร้างทักษะชีวิตที่โดยประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1)กิจกรรมบรรยายเรื่องเพศสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2)กิจกรรมวิเคราะห์ความเสี่ยง 3)กิจกรรมการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย 4)กิจกรรมเส้นชีวิต 5)กิจกรรมเป้าหมายชีวิต 6)กิจกรรมดูหนังชวนคุย 7)กิจกรรมเกมแลกน้ำ 8)กิจกรรมสอนการใช้ถุงยางอนามัย

ประเมินผลการดำเนินโครงการ โดยใช้แบบทดสอบความรู้เข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษา และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทำกิจกรรม จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าสถิติ paired sample t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

พบว่า ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 50 คน มีเพศชายจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และมีเพศหญิงจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 40 อายุระหว่าง 12-13 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 40 อายุระหว่าง 14-15 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 40 อายุระหว่าง 16-18 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 60 มัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 40

2. ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษาของผู้เข้าร่วมโครงการ

พบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษา โดยรวม

อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 11.42$, S.D. = 1.33) หลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษา โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 13.42$, S.D. = 1.05) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษาของผู้เข้าร่วมโครงการก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. แบบสอบถามทัศนคติ เกี่ยวกับกิจกรรม โครงการสุขสดใสป้องกันท้องก่อนวัย

ผลการประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกัน รวมทั้งผลกระทบทางการศึกษาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตลอดจนเครือข่ายหรือสถาบันที่สามารถให้คำปรึกษาหรือช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่า

นักเรียนมีทัศนคติเรื่องของเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการศึกษา อยู่ในระดับที่สูงมาก โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ 4.84, ความรู้และความเข้าใจในเรื่องของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันรักษานั้น อยู่ในระดับที่สูงมากเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ 4.52 ส่วนทัศนคติในแนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตลอดจนทัศนคติเกี่ยวกับสถาบันที่ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือในเรื่องดังกล่าว เช่น สถาบันครอบครัว และศูนย์บริการสาธารณสุขนั้น อยู่ในระดับที่สูงมากเช่นกัน โดยมีความเห็นว่า พ่อแม่ สามารถเป็นที่ปรึกษาเมื่อเกิดตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ สูงถึง 4.14 ของค่าเฉลี่ย ส่วนศูนย์บริการสาธารณสุข อยู่ในระดับที่สูงมาก โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.92

นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมโครงการสุขสดใสป้องกันท้องก่อนวัย ของศูนย์บริการสาธารณสุข 34 โพธิ์ศรี ในครั้งนี้ นักเรียนยังมีความเห็นว่าเป็นโครงการที่มีประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมโครงการเป็นอย่างมาก โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.40 และยังมีความเห็นอีกว่า ควรจัดให้มีการจัดทำโครงการในลักษณะนี้อีก ซึ่งความต้องการดังกล่าวมีสูงมากในระดับค่าเฉลี่ยที่ 4.92

4. การประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ

นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการ มีความพึงพอใจ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.52$, S.D. =0.62) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการ มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ

โดยสรุป ภาพรวมของโครงการสุขภาพดี ป้องกันท้องก่อนวัย นักเรียนผู้ตอบแบบสอบถาม ให้ความเห็นว่าเป็นโครงการที่ให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกัน และสถาบันที่ให้ความช่วยเหลือทั้งการป้องกันและแก้ไข ตลอดจน ความต้องการให้มีการจัดกิจกรรมเป็นโครงการในลักษณะเช่นเดียวกันนี้อีกต่อไป เพราะเป็นโครงการที่เป็นประโยชน์อย่างมาก โดยมีค่าเฉลี่ยในระดับที่ 4.37 ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยที่สูงมาก

5. การประเมินทักษะชีวิตและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการการป้องกันท้องก่อนวัยและการสร้างเครือข่ายในศูนย์บริการสาธารณสุข ในชุมชน และในโรงเรียน

5.1 เกิดเครือข่ายคณะกรรมการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม โดยศูนย์บริการสาธารณสุข 34 โพรซีคิว อาสาสมัครสาธารณสุข ครูแนะแนว ครูฝ่ายปกครองโรงเรียนวชิรธรรม ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิแพธทูเฮลท์ เชื่อมประสานการทำงานแบบรอบด้านมากขึ้น เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม ทำให้นักเรียนได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

5.2 นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีกลุ่มเครือข่าย Line เพื่อส่งข้อมูลข่าวสารด้านความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

5.3 เครือข่ายการทำงานการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมได้มีการประชุมเพื่อติดตามนักเรียนกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการดังกล่าว และกลุ่มนักเรียนอื่นๆในโรงเรียนด้วย โดยศูนย์บริการสาธารณสุขได้มีการประชุมคณะกรรมการชมรมรักสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินนักเรียนกลุ่มนี้

5.4 มีการติดตั้งกล่องถุงยางอนามัยที่โรงเรียน และประเมินการใช้ถุงยางอนามัยจากยอดการเบิกของโรงเรียน ซึ่งมียอดการเบิกใช้ทุกเดือน เดือนละ 300 ชิ้น

5.5 นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 50 รายไม่เกิดการตั้งครรภ์ในวัยเรียน คิดเป็นร้อยละ 100

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัย และเพศศึกษา
2. นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติเชิงบวกเรื่องเพศ สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและเหมาะสมตามวัย
3. เกิดกลุ่มLineในนักเรียน เพื่อเป็นที่ปรึกษาให้กับกลุ่มนักเรียนได้
4. มีพฤติกรรมกำบังตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสมในการป้องกันปัญหาท้องก่อนวัย

ข้อเสนอแนะ

1. พ่อแม่ผู้ปกครองต้องเข้าใจจิตวิทยาของวัยรุ่น ต้องพัฒนาตนเองให้ทันสมัยและสังคมที่เปลี่ยนแปลง ทั้งเรื่องข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี การใช้ชีวิต ทักษะชีวิต
2. ครอบครัวควรเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการให้ความเอาใจใส่ดูแล เข้าใจ และมีการให้กำลังใจแก่วัยรุ่น ทั้งก่อนและหลังการเกิดปัญหา เพื่อให้วัยรุ่นเหล่านั้น มีกำลังใจที่จะใช้ชีวิตต่อไปอย่างมีความสุขได้
3. หากมีลูกหลานเป็นผู้ชาย ควรสอนเขาตั้งแต่เด็กถึงความเป็นสุภาพบุรุษ ไม่ล่วงเกินเพศตรงข้าม หากยังไม่พร้อมและไม่สามารบริบผิดชอบเลี้ยงดู สร้างครอบครัวได้
4. ควรมีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งชุมชนในการดำเนินงานป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในกลุ่มเยาวชน ในระดับพื้นที่อย่างชัดเจน
5. ควรมีเวลาในการจัดกิจกรรมมากขึ้น อาจจัดเป็นการเข้าค่ายอบรม 3 วัน และเพิ่มเนื้อหาของกิจกรรมให้หลากหลายยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- กิ่งดาว มะโนวรรณ. (2551). แนวทางการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภไม่พึงประสงค์ :กรณีศึกษา โครงการคุมแม่วัยใสห่วงใยอนาคต ศูนย์ฝึกอาชีพสตรีจังหวัดเชียงราย อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. คณะสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
- กมลพรรณ ชีวพันธุ์ศรี. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภในวัยรุ่น: ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงที่ฝากครรภในศูนย์บริการสาธารณสุข 34 โพลีศรี สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. วารสารเวชเวช ปีที่: 57 ฉบับที่: 1 หน้า: 37-44.
- กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). องค์ความรู้การดำเนินงาน ดูแลสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการ สำหรับที่ม่นักจัดการสุขภาพวัยรุ่น พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทปิยอนด์พับลิชชิ่งจำกัด
- บุญฤทธิ์ สุจริตน์. (2557). การตั้งครรภในวัยรุ่น :นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- เบญจพร ปัญญา. (2553). การทบทวนความรู้: การตั้งครรภในวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2: กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เพิ่มศักดิ์ สุเมษศรี. (2556). การตั้งครรภในวัยรุ่น. ในเวชศาสตร์ปริกำเนิดทันยุค. พิมพ์ วงศ์ศิริเดช และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย.
- มุกดา ธรรมเสนา. (2556). การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร. เข้าถึงได้จาก <http://www.sby.ac.th/krumukda/index.php/2012-07-11-07-37-37/136-sexedu>
- รักเกล้า มีศีล และฟ้ารุ่ง มีอุตร. (2558) การตั้งครรภไม่พร้อมในวัยรุ่น สาเหตุและแนวแนวทางแก้ไข: กรณีศึกษาวัยรุ่นในเขตชนบท แห่งหนึ่งจังหวัดขอนแก่น. การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ครั้งที่ 2 “งานวิจัยเพื่อพัฒนาท้องถิ่น” ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติ 60 ปี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
- หทัยชนก บัวเจริญ และคณะ. (2551). การประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลของคิงในกระบวนการพัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยเป็นเบาหวานในชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 31, ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม.
- King, I.M. (1981). A theory of nursing: Systems, concepts, process. New York: A wiley publication.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (1989). Fundamental of nursing: Concepts, process and practice (2nd ed.). St.Louis: Mosby Yea

ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมกำบัง โรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์

ธัญญา มนต์ศิลป์*

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงและแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมกำบังโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างใช้แบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ ที่เข้ารับบริการในช่วงเดือนเมษายน 2562 จำนวน 384 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ตอนคือ ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ การรับรู้ความเสี่ยงที่มีต่อโรคไข้หวัดใหญ่ แรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และพฤติกรรมในการป้องกันไข้หวัดใหญ่ สถิติที่ใช้คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัยสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ อยู่ในระดับดี
2. การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ อยู่ในระดับดีมาก
3. แรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ อยู่ในระดับดีมาก
4. พฤติกรรมในการป้องกันไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ อยู่ในระดับดี
5. ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกัน

โรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปปรับใช้ในการส่งเสริมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ และเป็นฐานข้อมูลในการวิจัยอื่นๆ ในครั้งต่อไป

คำสำคัญ: โรคไข้หวัดใหญ่, พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

Knowledge Perceived Risk and Motivation for the Prevention of Illness Affecting Influenza Preventative Behavior among Clients in Outpatient Department of Yalasirirattanak Hospital

Thunya monsin

Abstract

In this descriptive research investigation, the researcher studies the knowledge perceived risk and motivation for the prevention of illness affecting influenza preventative behavior among clients in outpatient department of Yalasirirattanak hospital. The sample population consisted of 384 clients in outpatient department of Yalasirirattanak hospital. The subjects were selected using the method of purposive sampling on April 2019. The instruments of research consisted of a questionnaire eliciting data concerning demographical characteristics, knowledge, perceived risk motivation and influenza preventative behavior.

Using techniques of descriptive statistics, the data collected were analyzed in terms of frequency, mean, standard deviation and correlation analysis by the researcher.

Findings are as follows:

1. The level of knowledge of influenza was the high.
2. The level of perceived for risk of influenza was the highest.
3. The level of motivation for prevention of influenza was the highest.
4. The level of preventative behavior of influenza was the high.
5. The statistic significant on the relationship among knowledge, perceived risk and motivation on influenza preventative behavior among clients in outpatient department of Yalasirirattanak hospital ($p < .01$)

The result can be used as the data to promote a preventative behavior among clients in outpatient department of Yalasirirattanak hospital and used as reference for further research.

Keyword: Influenza, Influenza preventative behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไข้หวัดใหญ่ (Influenza) เป็นโรคติดต่อของระบบทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลัน และเป็นโรคติดต่อที่สามารถระบาดได้เร็ว เมื่อเกิดระบาดขึ้นในพื้นที่ใดก็จะทำให้คนในพื้นที่นั้นติดเชื้อและป่วยเป็นจำนวนมาก ซึ่งต้องพักรักษาตัวทำให้ส่งผลกระทบต่อสังคมภาระหน้าที่การทำงาน ต้องหยุดงาน ทำให้ขาดกำลังพล หากยังศึกษาอยู่ก็ต้องหยุดเรียนและครอบครัวต้องมีภาระการดูแลผู้ป่วย ตลอดเวลาของการเจ็บป่วยและการพักฟื้น (ประเสริฐ เอื้อวรากุล, ม.ป.ป.; จริยา วิรุฬาราช, ม.ป.ป.)

จากข้อมูลเฝ้าระวังโรค ปี 2561 พบผู้ป่วย 181,949 ราย จาก 77 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 278.10 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 31 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.05 ต่อแสนประชากร พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 25-34 ปี (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่ในพื้นที่ของจังหวัดยะลา ให้บริการด้านการรักษาแก่ข้าราชการตำรวจในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และประชาชนในพื้นที่ มีการเปิดบริการรักษาโรคทั่วไป ตั้งแต่เปิดให้บริการถึงปัจจุบัน เข้าสู่ปีที่ 3 พบว่า จำนวนของผู้ป่วยกลุ่มโรคไข้หวัดใหญ่ และอาการสัมพันธ์กับไข้หวัดใหญ่มีจำนวนเพิ่มขึ้น จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลพบว่า ปีพ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 248 ราย และในปีพ.ศ. 2561 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มเป็นจำนวน 430 ราย เพิ่มขึ้น 1.7 เท่าของปี พ.ศ. 2560 ผู้ใช้บริการของโรงพยาบาล ปี 2561 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการตำรวจ และครอบครัว รวมถึงนักเรียนนายสิบตำรวจและประชาชนซึ่งอยู่ในพื้นที่ พบว่ากลุ่มวัยเรียน (บุตร หลาน ครอบครัวของข้าราชการตำรวจ) ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่มากที่สุดลำดับต่อมาเป็นกลุ่มวัยทำงาน คือตัวข้าราชการตำรวจและคู่สมรส และข้าราชการสังกัดอื่นๆ จากการบันทึกในรายงาน 506 พบว่าน่าจะมีการติดต่อมาจากครอบครัว เนื่องจากมีคนในบ้านเดียวกันป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ หรืออาศัยอยู่พลัดเดียวกัน และที่ทำงานเดียวกันป่วยมาก่อน เช่น ที่กองร้อย สถานีตำรวจ การรักษาตัวในแต่ละราย ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือพักรักษาตัวที่บ้าน ในเด็กที่ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ต้องให้หยุดเรียนจนกว่าจะพ้นระยะมีไข้ ให้หมดช่วงการแพร่กระจายเชื้อ อาจนานถึง 7 วัน ในกลุ่มผู้ใหญ่ ใช้เวลาในการรักษาตัวน้อยกว่านั้น แต่ถ้าเป็นกลุ่มภูมิคุ้มกันต่ำ อาจต้องหยุดยาวนานกว่าเป็น

สัปดาห์ หรือเดือน (คณะทำงานด้านการรักษาพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะแพทยศาสตร์จากมหาวิทยาลัยต่างๆ, 2554) จึงต้องมีการให้ความสำคัญต่อการป้องกันควบคุมโรค และสถานที่ที่มีการรวมตัวกันของคนหมู่มาก (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) กลุ่มข้าราชการตำรวจที่ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ ทำงานในด้านอำนวยความสะดวกและความมั่นคงในพื้นที่ ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพักรักษาตัวเป็นเวลายาวนานและการแพร่กระจายเชื้อต่อเพื่อนร่วมงานจึงกระทบต่อจำนวนกำลังพลที่ปฏิบัติหน้าที่กองกำลังตำรวจ จังหวัดชายแดนภาคใต้โดยตรง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสภาพภูมิอากาศมีฝนตกชุก และอากาศเย็นเกือบตลอดทั้งปี (ศูนย์ภูมิอากาศ สำนักพัฒนากรมอุตุนิยมวิทยา กรมอุตุนิยมวิทยา, 2560) อัตราป่วยในประเทศเขตร้อนเพิ่มมากขึ้นในฤดูฝน และช่วงต้นฤดูหนาว เนื่องจากสภาพอากาศเหมาะแก่การเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ ทำให้มีช่วงเวลายาวนานในการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ จากข้อมูลและสถิติเกี่ยวกับกลุ่มโรคไข้หวัดใหญ่ของโรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่เป็นมาตรการที่สำคัญในการลดการระบาดของไข้หวัดใหญ่ ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันไข้หวัดใหญ่ของบุคคลนั้น มีหลายปัจจัย อาทิ เช่น ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม ฯลฯ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (สุปรียา ต้นสกุล, 2549; สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, รัตนา สำโรงทอง, ศุภรินทร์วิมุข ตายน, ปราลบ พรมล้วน, 2552; ฉัจฉรา จันเพชรและวารภรณ์ ศิวดำรงพงศ์, 2553; อานาจ พันธุ์พิทักษ์, 2555; วัลลภา วาสนา สมปองและคณะ, 2557) และโรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ยังไม่เคยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว จึงทำโครงการวิจัยเรื่อง “ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และแรงจูงใจในการป้องกันโรคติดต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงและแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์
2. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์
3. เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์
4. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 384 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้แบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ ที่เข้ารับบริการในช่วงเดือนเมษายน 2562 และกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้การวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

- 1) อายุระหว่าง 20-60 ปี
- 2) ไม่มีภาวะผิดปกติทางการสื่อสารและการได้ยิน
- 3) สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้
- 4) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย

5) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

- 1) อายุไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา
- 2) มีความผิดปกติทางการสื่อสารและการได้ยิน

- 3) ไม่สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้
- 4) มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย
- 5) ไม่สมัครใจและไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 6) ขอลถอนตัวจากการเข้าร่วมงานวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากจำนวนประชากรที่ไม่แน่นอน และอยู่ในช่วงของการระบาด ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถคำนวณได้จากสูตรไม่ทราบขนาดตัวอย่างของ W.G. Cochran กำหนดค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 384 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 ตอน คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้เข้าร่วมวิจัยและคนในครอบครัวหรือสถานที่ทำงาน/สถานศึกษา ซึ่งเป็นแบบสำรวจ จำนวน 10 ข้อ
2. แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงนิมานจำนวน 10 ข้อ และเชิงนิเสธจำนวน 5 ข้อ
3. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงที่มีต่อโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงนิมาน จำนวน 12 ข้อ และเชิงนิเสธ จำนวน 3 ข้อ
4. แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงนิมาน จำนวน 14 ข้อ และเชิงนิเสธ จำนวน 1 ข้อ
5. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 13 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องและนำผลการตรวจสอบมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Item Objective Congruence Index: IOC)
2. หาความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ทดลองใช้

(Try out) กับผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .87

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยความถี่และสถิติร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง แรงจูงใจในการป้องกันโรค ตลอดจนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เป็นรายด้านและแปลผลกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันไข้หวัดใหญ่ โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ (Correlation)

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและการวิจัย โรงพยาบาล ตำรวจ หลังจากได้รับความเห็นชอบ ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการโดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย วิธีการ และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการติดประกาศที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก และชี้แจงเชิญชวนรายบุคคล ทั้งนี้การเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างต้องมีการแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร (Consent form) หากกลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมหรือไม่ต้องการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้แล้ว กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา และข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมและจะนำมาใช้ประโยชน์ทางด้านวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 20-29 ปี สถานภาพโสด ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีอาชีพเป็นข้าราชการตำรวจ รายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท มีโรคประจำตัว เพียงร้อยละ 10.94 ประวัติในรอบปีที่ผ่านมา มีกลุ่มตัวอย่างเคยป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 9.37 ในรอบปีที่ผ่านมาเคยมีญาติหรือบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 13.80 และในรอบปีที่ผ่านมาเคยมีเพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนร่วมชั้นป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 35.42

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ อยู่ในระดับดี

3. การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ อยู่ในระดับดีมาก

4. แรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ อยู่ในระดับดีมาก

5. พฤติกรรมในการป้องกันไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ อยู่ในระดับดี

6. ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์

อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ อยู่ในระดับดี ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 10.98 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน อาจจะเป็นเรื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ที่ได้รับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ประกอบกับการมีประชาสัมพันธ์ในการให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องเกี่ยวกับไข้หวัดใหญ่ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่เป็นอย่างดี สอดคล้องกับหลายๆงานที่วิจัยที่พบว่า การศึกษามีผลต่อความรู้ (อัจฉรา จันเพชร และวราภรณ์ ศิวดำรงพงศ์, 2553; ณรงค์ฤทธิ์ ชูเรือง, 2554; เกสินี จันทสิริยากร, 2542)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 38.67 จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน อาจจะเป็นเนื่องจากการระบาดและมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์รวมถึงการคัดกรองเรื่องการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ที่ได้รับการศึกษา จึงทำให้เกิดการรับรู้ความเสี่ยงได้ดีกว่าในกลุ่มอื่นๆ (อัจฉรา จันเพชร และวราภรณ์ ศิวดำรงพงศ์, 2553)

แรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 59.69 จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับ อรรรณ จุลวงษ์ (2557) และ Roger (1975) อ้างอิงใน ทรรคมณ แสงพิทักษ์ (2553) เมื่อมีการกระตุ้นด้วยความกลัว การรับรู้ข่าวสารการระบาด รวมถึงข้อมูลความรู้ต่างๆ มีผลทำให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค

พฤติกรรมในการป้องกันไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ อยู่ในระดับดี ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 30.74 จากคะแนนเต็ม 39 คะแนน พฤติกรรมสุขภาพของคนเราเกิดจากปัจจัยหลายประการ ไม่ว่าจะเป็น ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และแรงจูงใจในการป้องกันโรค เป็นต้น ซึ่งหลายสิ่งเหล่านี้ อาจจะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง (อัจฉรา จันเพชรและวราภรณ์ ศิวดำรงพงศ์, 2553; สุปรียา ต้นสกุล, 2549; สุรศักดิ์ สุานีพานิชสกุล, รัตนา สำโรงทอง, ศุกรินทร์ วิมุทตายน, ปราลป พรหมล้วน, 2552; อำนาจ พันธุ์พิทักษ์, 2555; วัลลภา วาสนาสมปองและคณะ, 2557)

ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ การที่ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ โดยมีปัจจัยหลายๆปัจจัยไม่ว่าจะเป็น ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง รวมถึงแรงจูงใจในการป้องกันโรค จะก่อให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพและเกิดสุขภาพที่ดีตามมา (อัจฉรา จันเพชรและวราภรณ์ ศิวดำรงพงศ์, 2553; สุปรียา ต้นสกุล, 2549; สุรศักดิ์ สุานีพานิชสกุล, รัตนา สำโรงทอง, ศุกรินทร์ วิมุทตายน, ปราลป พรหมล้วน, 2552; อำนาจ พันธุ์พิทักษ์, 2555; วัลลภา วาสนาสมปองและคณะ, 2557)

ข้อเสนอแนะและการวิจัยในครั้งต่อไป

1. การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาดูเฉพาะ ผู้รับบริการที่มาเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์เท่านั้น

2. ควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นฐานข้อมูล เพื่อไปปรับใช้ในการวางแผนงานและมาตรการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์

3. ผลการวิจัยในครั้งนี้ อาจใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งต่อไป เช่น การนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆโรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ เพื่อจะได้ทราบถึงพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นฐานข้อมูล ไปปรับใช้ในการวางแผนงานและมาตรการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และลดอัตราการป่วยและการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน

บรรณานุกรม

- เกสินี จันทสิริยากร. 2542. รายงานการวิจัยเรื่อง "การประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายโดยผ่านแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอปากเกร็ด จังหวัด นนทบุรี" ภาคนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- คณะทำงานด้านการรักษาพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะแพทยศาสตร์จากมหาวิทยาลัยต่างๆ. (2554). Clinical Practice Guideline for Influenza. ฉบับปรับปรุงครั้งที่3. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2562 จาก <http://www.boe.moph.go.th>.
- จริยา วิรุฬาราช. (ม.ป.ป.). แผ่นพับความรู้เรื่อง "ไข้หวัดใหญ่". สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2562 จาก <https://med.mahidol.ac.th/sdmc/sites/default/files/public/pdf/influenza.pdf>
- ฉัจฉรา จันเพชรและวารภรณ์ ศิวดำรงพงศ์. (2553). ความรู้ การรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา. ยะลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา
- ทรรสมน แสงพิทักษ์. (2553). การประยุกต์ใช้ทบ.แรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายโรงเรียนขยายโอกาสวิทยานิพนธ์. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) ม.มหิดล
- ณรงค์ฤทธิ์ ชูเรือง. 2544. รายงานการวิจัยเรื่อง "การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาตำบลชะมวง อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง" ภาคนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต(สาธารณสุขชุมชน), วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา.
- ประเสริฐ เชื้อวรากุล. (ม.ป.ป.). ไข้หวัดใหญ่ (Influenza). สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2562 จาก http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/admin/article_files/311_1.pdf
- วัลลภา วาสนาสมปอง, ธนวัฒน์ ชัยพงษ์พัชรา,วันวิสาข์ สายสนั่น ณ ยุทธยา, พงษ์มาตา ตามาพงศ์, สุริยวรรณ สีลาดเลา และธรรมศักดิ์ สายแก้ว. (2557). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่5. รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ กลุ่มระดับชาติด้านการศึกษา.3 (6), 397-409.
- ศูนย์ภูมิอากาศ สำนักพัฒนาอุตุนิยมวิทยา กรมอุตุนิยมวิทยา, (2560). ภูมิอากาศจังหวัดยะลา. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2562 จาก <http://www.climate.tmd.go.th>. 30/12/2561 10.00
- สุปรียา ต้นสกุล. (2549). จิตวิทยาพัฒนาการกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิฑูรย์ การปก.สุรศักดิ์ สุานีพานิชสกุล, รัตนา สำโรงทอง, ศุกรินทร์ วิมุกตายน และปราลป พรมล้วน. (2552). โครงการสำรวจความรู้และการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ชนิดเอ เอช1เอ็น1 ของประชาชนใน กทม.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2562 จาก <http://www.boe.moph.go.th>
- อรวรรณ จุลวงษ์. (2557). แรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมสุขภาพของพลทหารกองประจำการ. วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 5 ฉบับที่ 2: 29
- อำนาจ พันพิทักษ์. (2555). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยพะเยา. พะเยา.

ผลการดำเนินงานการใช้สัมพันธภาพบำบัดในคลินิกเมทาโดน ของศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง

สุชาดา ศิระวณิชการ*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการศึกษา (One Group Pre-Post-test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังได้รับกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด ในคลินิกเมทาโดนของศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดยาเสพติดกลุ่มฝิ่นและอนุปันธุ์ฝิ่นแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละและการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ผลการตรวจปัสสาวะพบสารเสพติด ก่อนและหลังเข้าโครงการ

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด หลังได้รับกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยลดลงทั้ง 6 ด้านดังนี้ ความถี่ของการใช้สารจาก 4.60 ลดลงเหลือ 2.20 ความต้องการใช้สารจาก 0.70 ลดลงเหลือ 0.30 ด้านปัญหาสุขภาพ สังคม กฎหมาย และการเงินจาก 2.57 ลดลงเหลือ 0.17 ด้านการไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ จาก 0.53 ลดลงเหลือ 0.3 ความเป็นห่วงของคนอื่นต่อการใช้สารเสพติดจาก 5.10 ลดลงเหลือ 3.10 ด้านความล้มเหลวในการควบคุมการใช้สารจาก 1.4 ลดลงเหลือ 1.10 ผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดลดลงจากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 63.33

ผลการศึกษาชี้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยยาเสพติดให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วยการใช้สัมพันธภาพบำบัด โดยการอบรมบุคลากรและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย

คำสำคัญ : สัมพันธภาพบำบัด คลินิกเมทาโดน

Therapeutic Nurse-Client Relationship Methadone Clinic Relationship Result Public Health Center Methadone Clinic 21 Wat That Thong Health Center

Suchada Sirawanichkan*

Abstract

to compare patient behavior of addictive substance use during Pre-Post Therapeutic activity relationship, Public Health Center Methadone Clinic 21, Wat That Thong Health Center. Opium and derivatives addicted for 30 outpatients were selected by purposive sampling.

Data analysis was used by average measurement, percentage and compare differentiation of addictive substance use behavior. The study found addictive substances in examination of urine during Pre -Post study. The study found that average measurement of addictive substance use behavior post-activity is decreasing. Addictive use frequency decreased from 4.60 to 2.20. Addictive substance requirement decreased from 0.70 to 0.30. Health, social, legal and finance problems decreased from 2.57 to 0.177. Malfunction decreased from 0.53 to 0.37. Anxiety of other addictive substance use decreased from 5.10 to 3.10. Failure to use addictive substance decreased from 1.4 to 1.10. Urine examination result to find addictive substance decreased from 100 percent to 63.33 percent.

Studies have suggested to develop health service to addictive substance patients in order for patients to have appropriate behavior by using Therapeutic relationship providing human resource training and following up continuously as evaluation of addictive substance patient behaviors.

Keywords: Therapeutic relationship, Methadone Clinic

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาหายาเสพติดมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง จำนวนผู้ติดสารเสพติดที่เพิ่มมากขึ้นรัฐบาลได้ให้ความสำคัญและถือว่าปัญหาหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติที่ต้องดำเนินการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง ซึ่งนโยบายของรัฐบาลต่อปัญหาหายาเสพติด ถือว่า ผู้เสพเป็นผู้ป่วย มีอาการของโรคสมองติดยาหรือติดยาเคมี ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา บำบัดรักษาฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติโดยให้ยึดถือระยะของการรักษาครบคลุม จนถึงขั้นการติดตามการรักษาอีก 1 ปีรวมระยะเวลาการบำบัด 12 เดือนขึ้นไป เป็นหนึ่งของการบำบัดรักษาหายาเสพติดจนครบทุกกระบวนการ ในด้านสาธารณสุขถือว่า การติดยาเสพติดเป็นปัญหาทางสุขภาพที่มีผลกระทบต่อผู้เสพซึ่งถือเป็นผู้ป่วย และมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและชุมชน การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่มีความสำคัญในการที่จะเอื้ออำนวยต่อการแก้ไขปัญหาหายาเสพติดของชาติให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทางกรมแพทย์ได้จำแนกผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มใช้เป็นประจำ กลุ่มเสพ กลุ่มติด และกลุ่มติดยาแรง ซึ่งกลุ่มติดยาแรงเป็นกลุ่มที่ใช้ยาเสพติดต่อเนื่องเป็นเวลานาน ไม่สามารถเลิกหรือหยุดเสพได้ ไม่ตั้งใจเลิกยาเสพติดอย่างจริงจังและไม่ยอมรับการบำบัดขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ บางคนได้พัฒนาการเสพยาจากกิน สูบ เป็นฉีด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี รวมไปถึงโรคที่ติดต่อทางเลือดอื่นๆ ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งการใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดมีการเปลี่ยนแปลงประเภทของยาที่ใช้จากเฮโรอีนไปเป็นตัวยาอื่นที่มีรูปแบบยาไม่เหมาะสมกับการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เช่น โดมิคุม (dormicum) เป็นต้น นอกจากจะเกิดอันตรายจากยาที่ใช้แล้วยังอาจเกิดผลต่อการดูดซึมในหลอดเลือดได้ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันก็เป็นภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและเมื่อร่างกายอ่อนแอ การป่วยด้วยโรคอื่นโรคและการติดเชื้ออวัยวะอื่นๆก็มักควบคู่กันไป การดูแลผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีฉีดจะต้องมองปัญหาให้เป็นรูปธรรมและเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้ยังไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้และอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูงรวมถึงเข้าถึงได้ยาก ปัญหาหายาเสพติดและปัญหาโรคเอดส์รวมทั้งการติดเชื้อทางเลือดยังเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงโดยกลุ่มผู้เสพยาด้วยวิธีการฉีด (Injecting Drug User) ถือ

เป็นกลุ่มที่เชื่อมทั้งสองปัญหา ซึ่งแม้ว่าในปัจจุบันกลุ่มผู้เสพยาด้วยวิธีฉีด มีจำนวนไม่มากหากเทียบกับผู้เสพยาทุกประเภท รวมทั้งสัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มผู้เสพยาด้วยวิธีการฉีด อาจมีสัดส่วนไม่มากนัก เมื่อเทียบกับผู้ติดเชื้อกลุ่มอื่นรวมกัน การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดมีหลายรูปแบบ แต่การบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพยาติดยาเสพติดมีหลายอนุพันธ์มีต้น ด้วยยาเมทาโดนเป็นรูปแบบการบำบัดที่เป็นสากล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและคุ้มค่าทั้งผู้ให้ บริการและผู้รับบริการ สามารถลดจำนวนผู้ที่กลับไปใช้ยาเสพติดชนิดนี้ได้ ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการใช้สารเสพติดขณะเข้ารับการรักษาและการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ปัจจัยหลักคือด้านบุคคล ปัจจัยรองลงมาคือด้านครอบครัว และปัจจัยสุดท้ายคือด้านสังคม ดังนั้นจะป้องกันปัญหาการเสพยาและการกลับมาเสพยาซ้ำนั้นต้องเริ่มแก้ที่ตัวบุคคลเป็นอันดับแรกโดยสร้างความตระหนักและเจตคติเชิงลบต่อยาเสพติดและควรเสริมสร้างสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถควบคุมตนเอง และเชื่อมั่นในกระบวนการบำบัดรักษา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยในคลินิกเมทาโดนและเข้าร่วมกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด

1. มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลดลง
2. มีความเสี่ยงและผลกระทบจากพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลดลง

คำถามการวิจัย

กิจกรรมสัมพันธภาพบำบัดทำให้พฤติกรรมการใช้สารเสพติด รวมถึงความเสี่ยงและผลกระทบจากพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลดลงหรือไม่

สมมุติฐานการวิจัย

หลังได้รับกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด

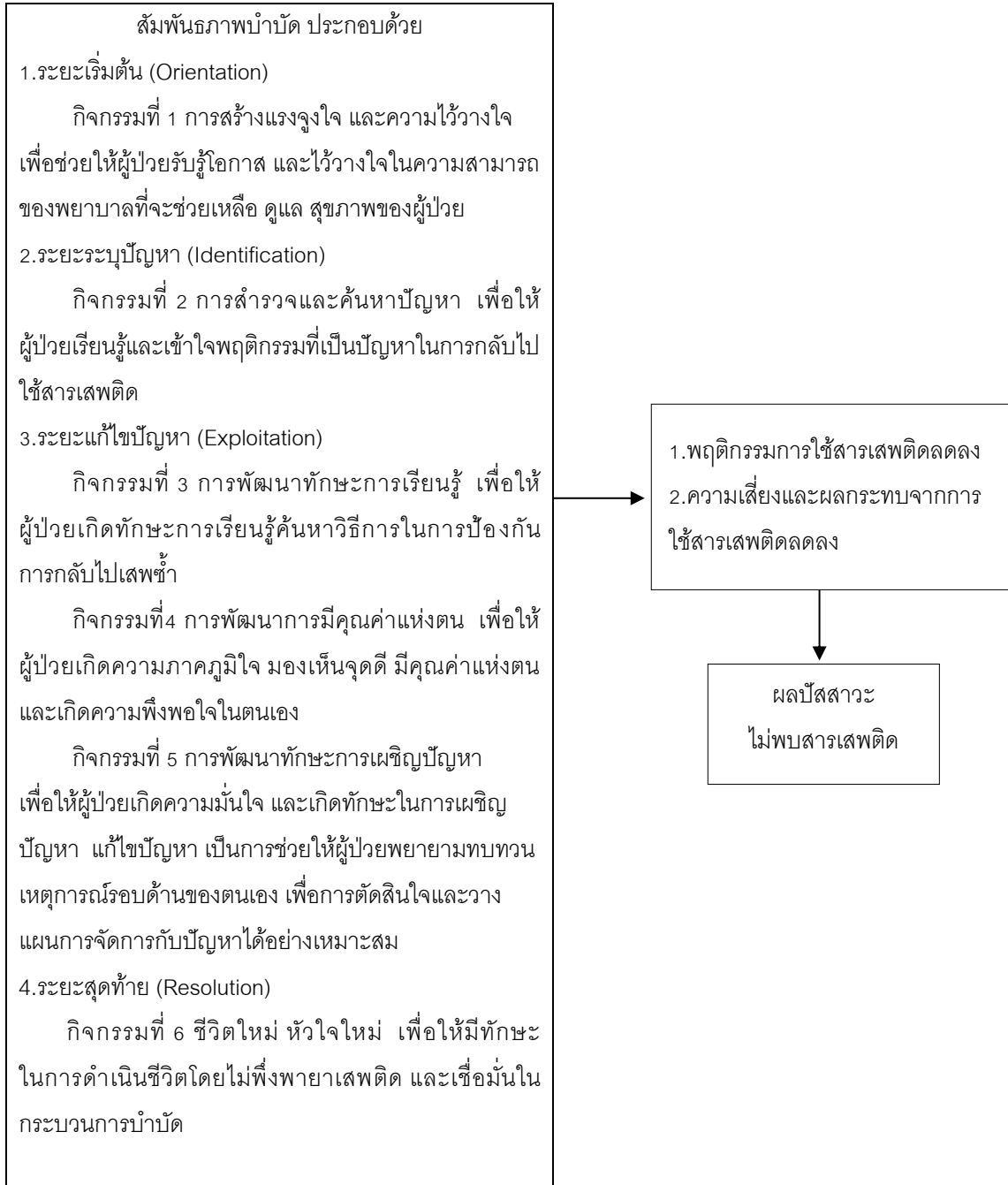
1. มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลดลง
2. มีความเสี่ยงและผลกระทบจากการใช้สารเสพติดลดลง

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาผลของสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยที่ได้รับเมทาโดน โดยอาศัยแนวทางของนักวิชาการหลายท่าน โดยสังเคราะห์มาศึกษา ดังกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการศึกษา (One Group Pre – Post-test design) มีวิธีการดำเนินการศึกษาเป็นขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
3. การดำเนินการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี กลุ่มผื่นและอนุพันธ์ผื่นที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกเมทาโดน ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่เข้ารับบริการในช่วงเดือนมกราคม

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คนไม่จำกัดเพศอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่ใช้สารเสพติดที่ผ่านการประเมินจากแพทย์ว่าไม่มีอาการแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิต ผู้ป่วยสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ศาสนา สถานภาพ ภาวะสุขภาพ ฯลฯ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด (บสต 3) ซึ่งมีข้อมูลครบถ้วนตามที่ต้องการ
2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้สารเสพติด ซึ่งผู้ศึกษาใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 (ASSIST)
3. ผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ของผู้ป่วยก่อนได้รับกิจกรรมและตรวจทันทีหลังจบกิจกรรมและอีก 1 เดือนและ 3 เดือนหลังจบ
4. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ กิจกรรมสัมพันธ์ภาพบำบัด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนดำเนินการ และขั้นตอนประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูลโปรแกรมและสถิติที่ใช้

ทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม epi-info โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งก่อนและหลังการใช้กิจกรรมสัมพันธ์ภาพบำบัดมาคำนวณทางสถิติดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการใช้สารเสพติด (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ		
20 - 29 ปี	7	23.33
30 - 39 ปี	12	40.00
40 - 49 ปี	10	33.30
50 - 59 ปี	1	03.33
เพศ		
ชาย	29	96.67
หญิง	1	03.33
สถานภาพ		
โสด	15	50.00
คู่	8	26.67
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	7	23.33
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	12	40.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	33.33
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	10.00
ปวช	4	13.33
ปริญญาตรี	1	03.33
อาชีพ		
ว่างงาน	7	23.33
รับจ้าง	19	63.34
ค้าขาย	4	13.33
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
ไม่มีรายได้	7	23.33
5,000 - 10,000 บาท	13	43.33
10,000 บาท ขึ้นไป	10	33.33
ระยะเวลาการใช้สารเสพติด (ปี)		
0 - 5 ปี	3	10.00
6 - 10 ปี	10	33.3
มากกว่า 10 ปี	17	56.66

จากตารางที่ 1 พบว่าอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 40.00 มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี รองลงมาร้อยละ 33.33 มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 23.33 มีอายุระหว่าง 20 - 29 ปี และร้อยละ 3.33 มีอายุระหว่าง 50 -59 ปี อายุเฉลี่ย 33.73 ปี อายุมากที่สุด 59 ปี อายุน้อยที่สุด 23 ปี ($X=33.73$)

เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 96.67 และเพศหญิง ร้อยละ 3.33

สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 50.00 อยู่ในสถานะโสด รองลงมาร้อยละ 26.67 อยู่ในสถานะคู่ และร้อยละ 23.33 อยู่ในสถานะหม้าย หย่า แยกกันอยู่ ตามลำดับ

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 40.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมา ร้อยละ 15.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 13.33 จบการศึกษาระดับ ปวช. ร้อยละ 10 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และร้อยละ 3.33 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ตามลำดับ

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.33 มีอาชีพรับจ้าง รองลงมา ร้อยละ 23.33 วางงานและ ร้อยละ 13.33 มีอาชีพค้าขาย

รายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.33 มีรายได้ ต่อเดือนในช่วง 5,000 -10,000 บาท และ ร้อยละ 33.33 มีรายได้ตั้งแต่ 10,000 บาท ขึ้นไป นอกนั้นร้อยละ 23.33 ไม่มีรายได้เป็นของตัวเอง

ระยะเวลาในการใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 56.67 มีระยะเวลาการใช้สารเสพติด นานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 33.33 มีระยะเวลาการใช้สารเสพติด นาน 6 – 10 ปี และร้อยละ 10 มีระยะเวลาการใช้สารเสพติด 0 -5 ปี ตามลำดับ ระยะเวลาการใช้สารเฉลี่ย 9 ปี 6 เดือน ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดน้อยที่สุด 3 ปี ระยะเวลาที่ใช้ยาวนานที่สุด 22 ปี ($X = 9.50, SD = 3.79$)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด

2.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังได้รับกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายชื่อก่อนและหลังได้รับกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด (n=30)

พฤติกรรมการใช้สารเสพติด	ก่อน		หลัง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ด้านความถี่ในการใช้สาร				
ไม่เคย	0	0.00	10	33.33
เพียง 1-2 ครั้ง	0	0.00	0	00.00
เดือนละ 1-3 ครั้ง	2	6.66	14	46.67
สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	18	60.00	6	20.00
เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)	10	33.33	0	00.00
ด้านความต้องการที่จะใช้สาร				
ไม่เคย	23	76.66	27	90.00
เพียง 1-2 ครั้ง	7	23.33	3	10.00
เดือนละ 1-3 ครั้ง	0	0.00	0	00.00
สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	0	0.00	0	00.00
เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)	0	0.00	0	00.00
ด้านปัญหาสุขภาพ สังคม กฎหมายและการเงิน				
ไม่เคย	16	53.33	29	96.67
เพียง 1-2 ครั้ง	0	0.00	0	00.00
เดือนละ 1-3 ครั้ง	8	26.66	1	03.33
สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	5	16.66	0	00.00
เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)	1	3.33	0	00.00
ด้านการไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ				
ไม่เคย	27	90.00	28	93.34
เพียง 1-2 ครั้ง	2	6.66	1	03.33
เดือนละ 1-3 ครั้ง	1	3.33	1	03.33
สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	0	0.00	0	00.00
เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)	0	0.00	0	00.00
ด้านความเป็นห่วงของคนอื่นต่อการใช้สารเสพติด				
ไม่เคย	0	0.00	0	00.00
เคยแต่ก่อน 3เดือนที่ผ่านมา	9	30.00	29	96.67
เคยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	21	70.00	1	03.33
ด้านความล้มเหลวในการควบคุมการใช้สาร				
ไม่เคย	20	66.66	21	70.00
เคยแต่ก่อน 3เดือนที่ผ่านมา	6	20.00	7	23.33
เคยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	4	13.33	2	06.67

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด พบว่าพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างลดลงหลังได้รับกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด ทั้ง 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความถี่ในการใช้สาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างหยุดใช้สารเสพติดถึงร้อยละ 33.33 และความถี่ในการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นจากใช้สารเกือบทุกวัน ลดความถี่ลงเหลือสัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง ร้อยละ 20.00 และเดือนละ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 46.66
2. ด้านความต้องการที่จะใช้สาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการใช้สารลดลงและไม่มีการใช้สารสูงถึงร้อยละ 90.00

3. ด้านปัญหาสุขภาพ สังคม กฎหมาย และการเงิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้าน ปัญหา สุขภาพ สังคม กฎหมาย และการเงินสูงถึงร้อยละ 96.66
4. ด้านการไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงทำหน้าที่ของตนเองได้ตามปกติไม่เปลี่ยนแปลง
5. ด้านความเป็นห่วงของคนอื่นต่อการใช้สารเสพติด พบว่า ความเป็นห่วงของคนอื่นต่อการใช้สารเสพติดลดลง จากความห่วงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา จากร้อยละ 70.00 เหลือเพียงร้อยละ 3.33
6. ด้านความล้มเหลวในการควบคุมการใช้สาร สำหรับด้านความล้มเหลวในการควบคุมการใช้ลดลงเพียงเล็กน้อย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้สารเสพติดก่อนและหลังได้รับกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด (n = 30)

พฤติกรรมการใช้สารเสพติด	ก่อน		หลัง		t-test	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ด้านความถี่ในการใช้สาร	4.60	1.037	2.20	1.627	8.905	.001*
ด้านความต้องการที่จะใช้สาร	0.70	1.291	0.30	0.915	2.122	.043*
ด้านปัญหาสุขภาพ สังคม กฎหมายและการเงิน	2.57	2.825	0.17	0.913	4.871	.000
ด้านการไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ	0.53	1.634	0.37	1.402	1.000	.326
ด้านความเป็นห่วงของคนอื่นต่อการใช้สารเสพติด	5.10	1.398	3.10	0.548	6.679	.000*
ด้านความล้มเหลวในการควบคุมการใช้สาร	1.40	2.191	1.10	1.845	0.828	.415

*P < .05df = 29

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง 6 ด้าน ก่อนและหลังได้รับกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความถี่ในการใช้สาร ด้านปัญหาสุขภาพ สังคม กฎหมาย และการเงิน ด้านความเป็นห่วงของคนอื่นต่อการใช้สารเสพติด ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับ p value <0.01

ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% CI ส่วนด้านความต้องการที่จะใช้สารมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ p value <0.05 ส่วนอีก 2 ด้านคือ ด้านการไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติและด้านความล้มเหลวในการควบคุมการใช้สาร มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม

2.2 เปรียบเทียบระดับผลกระทบจากการใช้สารเสพติดก่อนและหลังได้รับกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับผลกระทบจากการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับ กิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด (n=30)

ระดับผลกระทบจากการใช้สาร	ก่อนได้รับกิจกรรม		หลังได้รับกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ* (2-3 คะแนน)	0	0	7	23.33
ปานกลาง** (4-26 คะแนน)	29	96.67	23	76.67
สูง*** (27 คะแนนขึ้นไป)	1	3.33	0	0

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับผลกระทบจากการใช้สารเสพติดก่อนและหลังได้รับกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลกระทบจากการใช้สารเสพติดก่อนได้รับกิจกรรมอยู่ในระดับสูง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 หลังได้รับกิจกรรมไม่พบผู้ป่วยได้รับผลกระทบสูงเลย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลกระทบจากการใช้สารเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 96.67 หลังจากได้รับกิจกรรมแล้วพบว่า ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเสพติดอยู่ในระดับปานกลางลดลงจากร้อยละ 96.67 เหลือร้อยละ 76.67 และพบมีผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 23.33

ส่วนที่ 3 ผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับ กิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด (n=30)

	ก่อนได้รับกิจกรรม		ทันทีที่จบกิจกรรม		หลังได้รับกิจกรรม			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	1 เดือน		3 เดือน	
					จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พบสารเสพติด	30	100	11	36.67	13	43.33	13	43.33
ไม่พบสารเสพติด	0	0	19	63.33	17	56.67	17	56.67

จากตารางที่ 5 พบว่าก่อนได้รับกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างพบสารเสพติด (Positive) คิดเป็นร้อยละ 100 หลังได้รับกิจกรรม ตรวจปัสสาวะในกลุ่มตัวอย่างทันที พบสารเสพติด (Positive) คิดเป็นร้อยละ 36.67

และไม่พบสารเสพติด (Negative) คิดเป็นร้อยละ 63.33 และหลังจบกิจกรรม 1 เดือนและ 3 เดือน ตรวจปัสสาวะพบสารเสพติด (Positive) ร้อยละ 43.33 และไม่พบสารเสพติด (Negative) ร้อยละ 56.67

อภิปรายผลการศึกษา สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 96.67) มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 40) ส่วนใหญ่เป็นโสด (ร้อยละ 50) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 40) มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด (ร้อยละ 63.34) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 10,000 (ร้อยละ 43.33) และมีระยะเวลาการใช้สารเสพติดเฉลี่ย 9.5 ปี เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังการบำบัด พบว่าสัมพันธภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ลดลงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด ส่วนระดับความเสี่ยงและผลกระทบจากการใช้สารเปรียบเทียบร้อยละพบว่า หลังจากได้รับกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัดระดับความเสี่ยงและผลกระทบระดับสูงไม่พบ ระดับปานกลางลดลง ส่วนระดับต่ำเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเลื่อนระดับจากสูง ปานกลางมาสู่ระดับต่ำ และจากการเปรียบเทียบผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด ก่อนได้รับกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีผลปัสสาวะ Positive ทุกราย แต่หลังจากได้รับกิจกรรม และตรวจปัสสาวะทันทีหลังจบกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลปัสสาวะ Negative 19 ราย และหลังจากติดตามตรวจปัสสาวะต่ออีก 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลปัสสาวะ Negative 17 ราย ทั้ง 2 ครั้ง จึงสรุปได้ว่าการใช้สัมพันธภาพบำบัดทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยยาเสพติด ช่วยให้มีความเสี่ยงและผลกระทบจากการใช้ยาและสารเสพติดเกิดผลดีทั้งในด้านตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. ผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัด มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลดลง สามารถป้องกันตัวเองไม่กลับไปเสพซ้ำ และสามารถหยุดยาเสพติดได้นานขึ้น
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดสำหรับหน่วยงาน
3. ช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพ สังคม ความมั่นคง และปัญหาอื่น ๆ ที่มีสาเหตุมาจากการติดยาเสพติดและเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยแก้ไขปัญหาเสพติดของประเทศ จำนวน 6 กิจกรรม

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. การใช้สัมพันธภาพบำบัดทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยยาเสพติด ช่วยให้มีความเสี่ยงและผลกระทบจากการใช้สารเสพติดเกิดผลดีทั้งในด้านตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและส่งผลถึงประเทศชาติด้วย จึงควรให้มีการใช้สัมพันธภาพบำบัดในหน่วยบริการสุขภาพที่มีผู้ป่วยยาเสพติดอื่น ๆ มารับบริการ ก่อนนำกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัดไปใช้ควรมีการอบรมแก่บุคลากร ในการใช้สัมพันธภาพบำบัดเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม
2. การใช้กิจกรรมสัมพันธภาพบำบัดในผู้ป่วยยาเสพติด ควรมีการติดตามประเมินผลในระยะยาวอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- คลินิกบำบัดยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.(2559). รายงานผลการดำเนินงาน ปี2557 - 2559. (เอกสารอัดสำเนา)
- จิราภรณ์ อรุณากูร. (2558). แพทย์ห่วงนร.ใช้ยาไปรษณีย์ผิดวัตถุประสงค์ เสี่ยงเสพติดยาอื่น. สืบค้นจาก <http://www.csip.org/wordpress/> เมื่อ21กรกฎาคม2558
- ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, สุกุม่า แสงเดือนฉาย. (2557). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน. วารสารกองการพยาบาล, ปีที่ 40 ฉบับที่ 1, หน้า24-38.
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2557) : สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด : การประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2), 84-91
- ปรีชญาณ์ นักพื่อน . (2559). พฤติกรรมของกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดที่เข้ารับบริการตามมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด. วารสารการเมืองการปกครอง, 6 (2), 8-10.
- ธนาธิป หอมหวาน และคณะ. (2557). การเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นเสพ ติดแอมเฟตามีน. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- ธงชัย อุ่นเอกกลาง. (2554). การบำบัดรักษายาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ธีรุตล โตพันธานนท์. (2560). ใช้ยาในทางที่ผิดอาจเสพติดทำลายชีวิต สืบค้นจาก<http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/2560> เมื่อ 2 มกราคม 2560
- ศิริพร พึ่งวิทยา. (2550). ยาระงับปวดชนิดเสพติดและยาต้านฤทธิ์. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
- ศิริลักษณ์ ปัญญา. (2556). ผลของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
- สถาบันธัญญรักษ์. (2554). วิธีการหลีกเลี่ยงยาเสพติด. ปทุมธานี:กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุรพงษ์ ไสธนะเสถียร. (2534). การสื่อสารกับสังคม. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกุม่า แสงเดือนฉาย. (2553). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดยาและพฤติกรรมที่ไม่ติดยาของผู้ป่วยสุรา. (ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).
- อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไทร. (2556). ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ในทางที่ผิดและติดยาของผู้เข้ารับ การตรวจพิสูจน์ในระบบบังคับบำบัด วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2556(58), 371-384
- Peplau, H. E. (1987). Interpersonal constructs for nursing practice. Nurse Education Today, (7) 201- 208.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ ศูนย์บริการสาธารณสุข 12 จันทน์เทียง นครวิเศษ

นางอัจฉรีย์ กิ่งจิโรจน์ *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน วัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ให้การพยาบาลการดูแลตามปกติ ศึกษากับผู้ดูแลที่เป็นญาติ เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข 12 จันทน์เทียง นครวิเศษ จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและทบทวนประสบการณ์และการผ่อนคลาย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านมีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับขอบข่ายเนื้อหา (Index of Congruence : IOC) อยู่ที่ 1.0 ทุกข้อ และค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบคอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ Paired-sample t-test ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนรวมทั้ง 4 ด้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูงกว่า (M=3.13, SD=0.34) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=2.56, SD=0.24) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีเพียง 2 ด้านคือ ด้านความเข้มแข็งในตนเอง และความสามารถในการตัดสินใจ และด้านความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูงกว่า (M=3.14 และ 3.06 , SD=0.37 และ 0.46 9 ตามลำดับ) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=2.73 และ 2.81, SD=0.29 และ 0.39) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอีก 2 ด้านคือค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทางด้านความเข้มแข็งด้านสุขภาพ และด้านความความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูงกว่า (M= 3.37 และ 2.97, SD=0.67 และ 0.70 ตามลำดับ) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=1.77 และ 2.94, SD=0.34 และ 0.45) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value > .05)

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลที่ให้บริการในชุมชนควรส่งเสริมให้ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น และควรมีการติดตามการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทุกเดือนเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความมั่นใจ สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ

คำสำคัญ: โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

The Effect of Potential Development of Care for Schizophrenic Patients in the community.of Public Health Center 12 Chanthieng Natewised

Mrs. Ajanee Roongjiraroj

ABSTRACT

This quasi experimental research aimed to study the activity pattern of caring for schizophrenic patients in the community, affecting the care ability of schizophrenia caregivers in the community before and after their participation the program and compare the ability of caregivers in taking care of schizophrenic patients. The participants were caregivers who are relatives, friends, health volunteers that care for 40 schizophrenia patients who Home Health Care registration of the Public Health Center 12 Chanthieng Natewised divided into 2 groups, the experimental group 20 people, the comparison group 20 people for 8 weeks, consisting of relationship building activities Awareness about schizophrenia Participation in taking care of schizophrenia and reviewing the experience and relaxation. Data were collected using questionnaires created by the researcher. Content validity analysis was conducted by 3 experts with the Index of Congruence (IOC) is 1.0 at every item and the reliability of the instruments by using the Cronbach's alpha coefficient equal to 0.91. Data were analyzed using percentage, average, standard deviation and paired-sample t-test.

The results showed that The mean score of caregiving ability of schizophrenia patients in community in 4 aspects including after participated in the program at a higher level ($M = 3.13$, $SD = 0.34$) than before participated the program ($M = 2.56$, $SD = 0.24$) the differences were statistically significant at the 0.05 level. Considering each aspect, it was found that the average score of caregiving ability of schizophrenia patients with only 2 aspects as strength in oneself And the ability in decision making and knowledge and experience in decision making after participated the program were at a higher level ($M = 3.14$ and 3.06 , $SD = 0.37$ and 0.469 respectively) before participated the program ($M = 2.73$ and 2.81 , $SD = 0.29$ and 0.39) differences were statistically significant at the 0.05 level. The other two aspects are the mean of the ability to care for schizophrenia of schizophrenia caregivers in health strengthening. And the attention to the health of schizophrenia patients after participated the program were at a higher level ($M = 3.37$ and 2.97 , $SD = 0.67$ and 0.70 respectively) before participated the program ($M = 1.77$ and 2.94 , $SD = 0.34$ and 0.45). There was no significant difference in Statistics at the level of 0.05 ($p\text{-value} > .05$)

Suggestion: Nurses providing services in the community should encourage caregivers of schizophrenic patients to participate in the program to develop the capacity of caregivers of schizophrenic patients in the community in order to improve their care capability and follow-up the care of schizophrenia caregivers in the community every month so that schizophrenic caregivers are confident able to take care of schizophrenic patients and so that patients do not relapse.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทย โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบมากที่สุด พบว่ามีจำนวน 412,394 ราย ซึ่งมีเพียง 249,139 ราย หรือประมาณ ร้อยละ 61 เท่านั้น ที่เข้าถึงบริการทางการแพทย์ ได้รับการวินิจฉัย และการบำบัดรักษา โดยกรมสุขภาพจิตได้กล่าวไว้ว่าปัญหาด้านการรับรู้ พฤติกรรม และการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจะก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระดับประเทศ โดยเฉพาะการกลับมาป่วยซ้ำ พบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2559) สอดคล้องกับศูนย์เชี่ยวชาญฟื้นฟูสุขภาพจิตอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ในปี 2554 กล่าวว่า “ผู้ป่วยหรือญาติที่ดูแลไม่เห็นความสำคัญในการรักษาต่อเนื่อง คิดว่าหายแล้ว จึงไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งขาดยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติทางสุขภาพจิต และกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ”(อังคนางค์ทอง, 2554) ดังนั้น หากผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ลดความหนักใจในการดูแลผู้ป่วย และลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลให้อัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง (กรมสุขภาพจิต, 2559) แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่าสมรรถนะแห่งตน (self - efficacy) เป็นความเชื่อหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมหนึ่งที่กำหนดไว้เป็นผลสำเร็จเป็นแรงผลักดันที่จำเป็นภายในตัวบุคคล เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลพยายามกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้สำเร็จ แหล่งที่มาที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะแห่งตนมากที่สุด คือการบรรลุผลจากการกระทำของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องเป็นการประสบความสำเร็จที่เกิดจากความเชี่ยวชาญของตนเอง

ศูนย์บริการสาธารณสุข 12 จังหวัดเชียงใหม่ นครวิเศษ มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านทั้งหมด 20 ราย มีผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำในรอบ 1 ปี จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 สาเหตุหนึ่งมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขาดความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดยา ผู้ศึกษาจึงสนใจนำโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมาใช้

การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เข้าร่วมการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสามารถและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของศูนย์บริการสาธารณสุข 12 จังหวัดเชียงใหม่ นครวิเศษ
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเพื่อลดการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของศูนย์บริการสาธารณสุข 12 จังหวัดเชียงใหม่ นครวิเศษ มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือไม่อย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันตามทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะ แห่งตน Bandura (1977) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท แลกเปลี่ยนประสบการณ์โดย ให้สมาชิกในกลุ่มเล่าถึงอาการผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในความ ดูแล เกิดอาการกำเริบ ค้นหาสาเหตุ แลกเปลี่ยนการจัดการ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

กิจกรรมที่ 3 การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ เสนออาการและ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากประสบการณ์จริงร่วมกันเพื่อหา แนวทางแก้ไขระหว่างสมาชิกในกลุ่ม แลกเปลี่ยนวิธีการที่ใช้ ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในความดูแล และวิธีการจัดการ อาการที่เป็นปัญหา

กิจกรรมที่ 4 ทบทวนประสบการณ์ และ

การผ่อนคลาย ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพ และการแก้ปัญหาของตนเอง การเผชิญ ความเครียด วิธีการจัดการความเครียด สานิตวิธีการผ่อนคลาย ความเครียด โดยอภิปรายร่วมกัน

- ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
1. ความเข้มแข็งในตนเอง และความสามารถในการตัดสินใจ
 2. ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ
 3. ความเข้มแข็งด้านสุขภาพ
 4. ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยที่กลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำลดลง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนวัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ให้การพยาบาลการดูแลตามปกติ ศึกษากับผู้ดูแลที่เป็นญาติ เพื่อน อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข 12 จังหวัดเที่ยง นครราชสีมา ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ปี 2560 ถึง 30 กรกฎาคม ปี 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 ที่ขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข 12 จังหวัดเที่ยง นครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่เป็นญาติ เพื่อน อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข 12 จังหวัดเที่ยง นครราชสีมา ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 40 คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1.เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ผู้ดูแลที่เป็นญาติ เพื่อน อาสาสมัครสาธารณสุขที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2.เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10
- 3.เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถสื่อสารภาษาไทย เข้าใจ พูดคุยได้ตอบและอ่านออกเขียนได้

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชนิด คือ

- 1.โปรแกรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันตามทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1977) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) ซึ่งมีการจัดกิจกรรม 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ,

กิจกรรมให้สมาชิกในกลุ่มเล่าถึงอาการผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในความดูแล เกิดอาการกำเริบ ค้นหาสาเหตุ แลกเปลี่ยนการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบร่วมกัน, กิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้อาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากประสบการณ์จริงร่วมกันเพื่อหาแนวทางแก้ไขระหว่างสมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนวิธีการที่ใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแล และวิธีการจัดการอาการที่เป็นปัญหา, และกิจกรรมทบทวนประสบการณ์ และการผ่อนคลายผู้ดูแลแลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และการแก้ปัญหาของตนเอง การเผชิญความเครียด วิธีการจัดการความเครียด สหัตถ์วิธีการผ่อนคลายความเครียด โดยอภิปรายร่วมกัน ใช้เวลา 4 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ดำเนินการระหว่างวันที่ 3 พฤษภาคม 2560-วันที่5 กรกฎาคม 2560 เวลา 9.00-11.00 น. ณ.ศูนย์สุขภาพชุมชนหลัง 300 ห้อง

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) เพื่อใช้ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมี 4 ด้านดังนี้ 1)ด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจำนวน, 2)ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท, 3)ความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ 4)ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้วิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับขอบข่ายเนื้อหา (Index of Congruence : IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.0 นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้กับในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.91

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1) การเตรียมความรู้ผู้วิจัย 2) จัดการประชุมคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง 3) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา 4) ขอความร่วมมือในการทำการวิจัยและเก็บข้อมูลในชุมชน และ 5) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ วางแผนและนัดหมายวัน เวลาในการทำกิจกรรมตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ขั้นดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่างทำการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre-Test) ก่อนเริ่มกิจกรรมดำเนินการจัดกิจกรรม 4 กิจกรรม ทั้งหมด 4 ครั้ง กิจกรรมที่ 1 และ 2 ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง/กิจกรรม กิจกรรมที่ 3 และ 4 ใช้เวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง/กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมคือสร้างสัมพันธภาพที่ดี เช่น การสร้างสัมพันธภาพพูดคุย เตรียมความพร้อม ทราบประเมินปัญหาต่างๆ โดยใช้เวลาในการสอน 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมให้สมาชิกในกลุ่มเล่าถึงอาการผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในความดูแล เกิดอาการกำเริบ ค้นหาสาเหตุ แลกเปลี่ยนการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบร่วมกัน โดยใช้เวลาในการสอน 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้อาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากประสบการณ์จริงร่วมกันเพื่อหาแนวทางแก้ไขระหว่างสมาชิกในกลุ่ม แลกเปลี่ยนวิธีการที่ใช้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในความดูแล และวิธีการจัดการอาการที่เป็นปัญหา ตามแนวคิดของแบนดูรา 4 ด้าน ทักษะการเสริมสร้างและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมถึงแจกสมุด ซึ่งประกอบด้วย เรื่องโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การป้องกัน และแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ เพื่อจะได้วางแผนการดูแลร่วมกันกับญาติ โดยใช้เวลาในการสอน 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 4 ทบทวนประสบการณ์และการผ่อนคลาย เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่ดีจากบุคคลตัวอย่าง การระบายความเครียด การผ่อนคลายทำสมาธิ เป็นต้นโดยใช้ เวลาในการสอน 3 ชั่วโมง

ขั้นประเมินผล

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทำการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post - Test) ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลวิจัยและวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติการทดสอบค่าที แบบไม่อิสระ (paired t – test) ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีเพศหญิงและชายจำนวนเท่ากันโดย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 เพศชาย ร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 30.0 รองลงมาอายุ 41-50 ปี และมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.0 ซึ่งมีจำนวนเท่ากันทั้งสองกลุ่ม มีสถานะภาพคู่/สมรส ร้อยละ 35.0 และ 45.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงสุดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 65.0 อาชีพส่วนใหญ่เป็นค้าขาย ร้อยละ 75.0 และ 65.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดช่วงเวลา 6-10 ปี จำนวนร้อยละ 45.0 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.0 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่ ร้อยละ 45.0 และ 55.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามความสามารถ 4 ด้าน ได้แก่

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยสูงสุด และค่าเฉลี่ยต่ำสุด ของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มทดลองในแต่ละด้านและภาพรวม

ตัวแปรต้นที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง(n = 20)					หลังการทดลอง (n = 20)				
	\bar{X}	SD	Min	Max	ระดับ	\bar{X}	SD	Min	Max	ระดับ
1. ด้านความเข้มแข็งในตนเอง แล ความสามารถในการตัดสินใจ	2.73	0.29	2.20	3.20	ปานกลาง	3.14	0.37	2.40	3.80	ปานกลาง
2. ด้านความรู้และประสบการณ์ใน การตัดสินใจ	2.81	0.39	2.11	3.67	ปานกลาง	3.06	0.46	2.33	4.00	ปานกลาง
3. ด้านความเข้มแข็งด้านสุขภาพ	1.78	0.34	1.50	2.5	น้อย	3.37	0.67	2.00	4.00	ปานกลาง
4. ด้านความความเข้าใจใส่ใน สุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท	2.94	0.45	2.00	3.6	ปานกลาง	2.97	0.70	2.00	4.00	ปานกลาง
รวม	2.56	0.24	1.95	2.95	ปานกลาง	3.13	0.34	2.58	3.77	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่าภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.56, SD = 0.24 และ \bar{X} = 3.13, SD = 0.34)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ด้านความเข้มแข็งในตนเอง

ความสามารถในการตัดสินใจ ด้านความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ ด้านความเข้มแข็งด้านสุขภาพและด้านความ
เอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรต้นที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		df	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
1. ด้านความเข้มแข็งในตนเอง และความสามารถในการตัดสินใจ							
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	2.73	0.29	2.77	0.25	38	-0.51	0.61
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	3.14	0.37	2.58	0.34	38	4.98	<.001*
2. ด้านความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ							
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	2.81	0.39	2.51	0.52	38	2.05	.05
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	3.06	0.46	2.36	0.45	38	4.86	<.001*
3. ด้านความเข้มแข็งด้านสุขภาพ							
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	1.77	0.34	2.37	0.53	38	-4.22	<.001*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	3.37	0.67	3.02	0.47	38	1.92	0.06
4. ด้านความความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท							
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	2.94	0.45	2.74	0.45	38	1.39	0.17
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	2.97	0.70	2.85	0.53	38	0.66	0.51
5. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลรวม							
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	2.56	0.24	2.59	0.25	38	-0.39	0.69
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	3.13	0.34	2.70	0.23	38	4.74	<.001*

*(p < 0.05)

จากตารางที่ 2 เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t - test พิจารณาโดยภาพรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังได้รับการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มการทดลอง เท่ากับ 3.13 กลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 2.70 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันพบว่า หลังได้รับกิจกรรมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) และพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ด้านความเข้มแข็งในตนเอง และความสามารถในการตัดสินใจ หลังการทดลอง เท่ากับ 3.14 และกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 2.58 ด้าน

ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ หลังได้รับกิจกรรม กลุ่มทดลอง เท่ากับ 3.06 และกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 2.36 ด้านความเข้มแข็งด้านสุขภาพ กลุ่มทดลอง เท่ากับ 3.37 และกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 3.02 ด้านความความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มทดลอง เท่ากับ 2.97 และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 2.85 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันพบว่า ทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 2 ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) คือ ด้านความเข้มแข็งในตนเอง และความสามารถในการตัดสินใจ ด้านความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ ส่วนด้านความเข้มแข็งด้านสุขภาพ และด้านความความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยไม่พบความแตกต่าง

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงกว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1977) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้ลดภาวะความเครียด ความกลัว และความกังวลจากการดูแลและรู้สึกมีความมั่นใจต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากสถานการณ์ที่เป็นอยู่นำไปสู่การปฏิบัติได้จริงสอดคล้องกับการงานวิจัยของ สุนันทา นวลเจริญ (2553) ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทผลการศึกษา พบว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและหลังทดลองความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Maria and Vazgaves (2010) ทำการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อลดความเครียด ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้น มีอาการด้านลบและการแสดงทางอารมณ์อาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ทำให้ผลรายด้านและผลรวมสอดคล้องกับงานวิจัย

ดังนั้นสรุปได้ว่า การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1986) โดยจัดกิจกรรม 4 กิจกรรมคือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 3 การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 4 ทบทวนประสบการณ์ และการผ่อนคลาย โดยเนื้อหาในกิจกรรมผู้วิจัยเป็นผู้สร้างแบบขึ้นมาเอง เพื่อให้ความรู้และทักษะแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภท พัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมพัฒนาศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถทำให้กลุ่ม ตัวอย่างตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขนครมีการจัดคู่มือการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้านนำไปจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นทุกปีซึ่งญาติมีความกังวลในการดูแลและเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลต่อไปในอนาคต

2. ควรมีการติดตามการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทุกๆเดือนเพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมั่นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต (2559). รายงานประจำปี.[เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th>
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ประคอง กรรณสูต. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2556). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- ฟารีดา อิบราฮิม. (2546). ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- Bandura,A. (1986). Social foundations of thought and action: A Social cognitive theory. New Jersey: Prentice – Hall,ine.
- Marram,G.D. (1987). The group approach in nursing practice practice.2 ed. Saint Louis: The C.V. mosby Company.

การเสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชุมชนประดิษฐ์โทรการ

อำไพ พิพัฒน์สมพร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) เพื่อศึกษาผลการโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง ในเรื่องการบริหารโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนการคลายเครียด และการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตามเกณฑ์ โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนประดิษฐ์โทรการ แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คนดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม - 30 กันยายน 2557 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามได้แก่แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ,แบบสอบถามพฤติกรรม 5 ด้าน ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคลายเครียด และพฤติกรรมการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานโดยใช้การทดสอบความแตกต่างของค่ากลางของสองประชากรไม่อิสระ (Paired t-Test) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนประดิษฐ์โทรการจำนวน 30 คน เข้าร่วมโปรแกรมครบทั้ง 4 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 100 โดย เป็นเพศหญิง จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.3) และเพศชายจำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.6) และหลังจากที่ดำเนินกิจกรรมการเสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ด้านความรู้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.3 (\bar{X} = 11.66, S.D = 1.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้านได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคลายเครียด และการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลของการปฏิบัติพฤติกรรมดังนี้ 1) ผลของพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 2.66, S.D = .47) 2) ผลของพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับดี (\bar{X} = 2.40, S.D = .49) 3) ผลของพฤติกรรมการพักผ่อนอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 2.76, S.D = .43) 4) ผลของพฤติกรรมการคลายเครียด อยู่ในระดับดี (\bar{X} = 2.45, S.D = .50) 5) ผลของพฤติกรรมการรักษาอย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับดี (\bar{X} = 2.93, S.D = .35) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ด้านระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะเลือดปลายนิ้วหลังจบโครงการระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 63.33 ข้อเสนอแนะ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าควรมีระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน ให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ การติดตามประเมินผลหลังสิ้นสุดโครงการถือเป็นกลวิธีในการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเบาหวาน ได้ตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

คำสำคัญ : การสร้างเสริมพลังการดูแลตนเอง / ผู้ป่วยเบาหวาน

Empowering self-care of diabetic patients in Pradit Torakarn community

Amphai Phiphatanasaphon

Abstract

This study is a Quasi-Experimental Research to study the effect of self-empowerment program in diabetic patients. The objective is to allow diabetic patients to modify their health behaviors correctly. Regarding food consumption Exercise, relaxation, stress relief And continuous treatment For diabetic patients Able to control blood sugar levels according to the criteria The population used in this study was 30 diabetic patients in Pradittrakarn Community, Ladyao Subdistrict, Chatuchak District, Bangkok, conducted from 1 March - 30 September 2014. Purposive sampling was selected. The data collection instrument divided questionnaires which were Diabetic Knowledge Questionnaire , Questionnaire with 5 aspects of behavior, consisting of food consumption behavior Exercise, relaxation, stress relief And ongoing diabetes treatment behaviors Data analysis using descriptive statistics. Mean and standard deviation Inferential statistics using Paired t-Test The results revealed that A total of 30 diabetic patients in the Pradittrakarn community participated in all 4 programs, representing 100 percent, with 19 female (63.3percent) and 11 males (36.6 percent) and after That conduct self-empowerment activities for diabetic patients ound that the knowledge is at a high level 53 percent (\bar{x} = 11.66, SD = 1.06) with statistically significant (p-value <0.05) in 5 aspects of health behavior, which are food consumption behavior Exercise, relaxation, stress relief And continuous treatment The results of the behavioral behaviors are as follows: 1) The results of food consumption behavior were at a good level (\bar{x} = 2.66, SD = .47) 2) The results of exercise behavior. Was at a good level (\bar{x} = 2.40, SD = .49) 3) The effect of resting behavior was at a good level (\bar{x} = 2.76, SD = .43) 4) The result of stress relief behavior Is at a good level (\bar{x} = 2.45, SD = .50) 5) Effect of ongoing diabetes care behaviors Were at a good level (\bar{x} = 2.93, SD = .35) respectively with statistically significant (p-value <0.05) in the blood glucose level from the finger blood collection after the blood glucose improvement project. Accounted for 63.33 percent The Suggestions from this study found that there should be a system to follow up on patients. As a warning Providing patients with consistent behavior and follow-up evaluation after the project is a strategy to encourage diabetic patients Be aware of health promotion behavior To control blood sugar levels

Keywords : Empowerment for self-care / diabetic patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก รวมทั้งประเทศไทยที่ปัญหากำลังมีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยอ้างถึงข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation) ในรายงาน ปี พ.ศ. 2556 พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 382 ล้านคน และ คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีจำนวนผู้ป่วย เพิ่มขึ้นเป็น 592 ล้านคน ซึ่งในประเทศไทย คาดการณ์ว่าระหว่างปี พ.ศ. 2563 จะพบ ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 553,941 คน/ปี ทั้งนี้จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มเป็น 2 เท่า ภายในเวลา 6 ปี และในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มสูงถึง 8.2 ล้านคน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2556) โดยมีปัจจัยสนับสนุนที่จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้เร็วขึ้น คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสัดส่วนโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว ไม่สามารถควบคุมความอ้วนได้ สูบบุหรี่ดื่มสุรา ไม่สามารถจัดการความเครียดได้ (เพ็ญศรี พงษ์ประภาพรรณ์และคณะ, 2555:68) ดังนั้นการป้องกันควบคุมที่ดีโดยเฉพาะในเรื่องของการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อป้องกันและควบคุมโรคจะสามารถลดการป่วย พิการ และตายจากโรครวมทั้งชะลอการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคลงได้ แต่การดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานที่ผ่านมา มุ่งเน้นการรักษาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำตามแผนการรักษาของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอจึงพบว่ามีกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เกิดขึ้นทุกๆ ปี ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะจากปัจจัย อื่นๆ ไม่ใช่เพียงปัจจัยส่วนบุคคลเท่านั้น ยังมีอิทธิพลจากครอบครัว และสังคมที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังกล่าว (WHO, 2014) และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงและเมื่อทำแล้วจะได้ผลตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตาม การจัดการกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ ในตัวผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้การสนทนากลุ่มนับเป็นวิธีที่จะสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเรียนรู้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากกระบวนการกลุ่มเป็นการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งผู้ป่วยทุกคนมีโอกาสจะแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเองได้รับฟังความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่น ได้เรียนรู้ถึงการดูแลตนเองจาก

ประสบการณ์โดยตรงที่ผู้ประสบความสำเร็จใช้ในการดูแลตนเอง ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการกระทำนั้นๆมีผลให้เกิดการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กนกพร ร่วมวปี.2557)

ศูนย์บริการสาธารณสุข 17 ประชาชนิเวศน์ รับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของประชากรรวม 80,727 คน ประกอบด้วยเพศชายจำนวน 39,552 คน เพศหญิงจำนวน 41,175 คน และมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี โดย ปี 2557 มีผู้ป่วยเบาหวาน 631 คน, 2558 จำนวน 652 คน และ 2559 จำนวน 683 คน (งานเวชระเบียน ,ศูนย์บริการสาธารณสุข 17 ประชาชนิเวศน์. 2559) ทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านตัวผู้ป่วยเอง ด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการ ที่อาจเกิดขึ้นจากผลของโรคและจากการสำรวจข้อมูลในชุมชนประดิษฐ์โทรการแขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพมหานครพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 39 คน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 30 คน และ ข้อมูลด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนนี้ได้จากการวินิจฉัยชุมชนเบื้องต้นพบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องดังนี้ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีรสหวาน ไม่ออกกำลังกาย รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่พบแพทย์ตามนัด ญาติหรือผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมา

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้สนใจที่จะทำการศึกษาการเสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชุมชนประดิษฐ์โทรการ โดยนำแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของกิบสัน (Gibson, 1993) และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ในการจัดควรพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานชุมชนประดิษฐ์โทรการ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และลดผลกระทบอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ให้มีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทั้งในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคลายเครียด และการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคลายเครียด และการรักษาอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตามเกณฑ์

คำถามการวิจัย

การเสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชุมชน ประดิษฐ์โครงการ แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร มีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเป้าหมายสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตามเกณฑ์

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการสร้างเสริมพลังการดูแลตนเอง
ผู้ป่วยเบาหวานชุมชนประดิษฐ์โครงการ
1.กิจกรรมครั้งที่1 การประเมินสุขภาพ, การค้นพบความจริงและการรู้จักตนเอง
2.กิจกรรมครั้งที่2 สะท้อนคิด วิเคราะห์ วิจาร์ณ และเป็นเหตุเป็นผล
3.กิจกรรมครั้งที่3 การตัดสินใจเลือกทางออกหรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม
4.กิจกรรมครั้งที่4 กิจกรรมพันธะสัญญา

ตัวแปรตาม

ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนประดิษฐ์โครงการเรื่อง
1. การบริโภคอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การคลายเครียด
4. การพักผ่อน
5. การรักษาอย่างต่อเนื่อง

สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคลายเครียด และการรักษาอย่างต่อเนื่อง หลังเข้าร่วมโครงการมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมมีระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโครงการ

กรอบแนวคิดการศึกษา

สร้างเสริมพลังการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานชุมชน ประดิษฐ์โครงการ แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร ผู้ศึกษาได้กำหนดกรอบแนวคิดโดยนำแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของกิบสัน (Gibson, 1993) และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ดังแผนภูมิที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลการโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ประดิษฐ์โทรการ จำนวน 30 คน ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม - 30 กันยายน 2557

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานอย่างน้อย 6 เดือนและมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ในชุมชนประดิษฐ์โทรการ โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามกำหนด และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกและคำถามปลายเปิด

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมืองานวิจัย การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดปรุณาวาส ของเพ็ญศรี พงษ์ประพันธ์และคณะ (เพ็ญศรี พงษ์ประพันธ์และคณะ , 2555 : 100 - 111) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการป้องกันโรค ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนแบบประเมิน ค่า Rating scale จำนวน 15 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แบ่งระดับความรู้ 0 - 8 คะแนน อยู่ระดับความรู้ต่ำได้คะแนน 9 - 11 คะแนน อยู่ระดับความรู้ปานกลางได้คะแนน 12 - 15 คะแนน อยู่ระดับความรู้สูง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค จำนวน 10 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกายจำนวน 10 ข้อ พฤติกรรมการพักผ่อนจำนวน 10 ข้อ พฤติกรรมการคลายเครียดจำนวน 10 ข้อและพฤติกรรมการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมืองานวิจัย การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน วัดปรุณาวาส ของเพ็ญศรี พงษ์ประพันธ์และคณะ (เพ็ญศรี พงษ์ประพันธ์และคณะ , 2555 : 100 - 111)แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูลที่เชิงบวกและเชิงลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิต 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน, ปฏิบัติ 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์, ปฏิบัติ 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์, ปฏิบัติ 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์และไม่ปฏิบัติเลย การแปลความหมายของคะแนน ใช้เกณฑ์ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับดี ,คะแนนเฉลี่ย 2.34- 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00- 2.33 หมายถึง ระดับต่ำ

ตอนที่ 4 แบบประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ ประเมินดัชนีมวลกาย (BMI), ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) มีเกณฑ์ในการประเมินดังนี้ การประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI)ในการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย ใช้สูตร น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)/ส่วนสูง m2 แปลผลได้ดังนี้ น้อยกว่า 18.5เท่ากับน้ำหนัก น้อยกว่ามาตรฐาน,18.5-22.9 เท่ากับน้ำหนักปกติ,23-24.9 เท่ากับ อ้วนระดับ 1 , 25-29.9 เท่ากับ อ้วนระดับ 2 และ มากกว่าหรือเท่ากับ 30 เท่ากับ อ้วนระดับ 3 ค่าความดันโลหิต พิจารณาตามระดับความดันขณะหัวใจบีบตัว (ค่าตัวบน) และขณะหัวใจคลายตัว (ค่าตัวล่าง) แปลผลได้ดังนี้ ระดับปกติ (normal) น้อยกว่า130และ/หรือ80-84 มม.ปรอท, ระดับค่อนข้างสูง (High normal) 130-139และ/หรือ85-89 มม.ปรอท, ระดับสูง เกรด 1 (mild) 140-159และ/หรือ90-99 มม.ปรอท,ระดับสูง เกรด 2 (moderate)160-179 และ/หรือ 100-109 มม.ปรอท,ระดับสูง เกรด 3 (severe) มากกว่าหรือเท่ากับ 180 หรือ มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มม.ปรอทและระดับสูงเฉพาะเฉพาะตัวบน มากกว่าหรือเท่ากับ 140 และ น้อยกว่า 90 มม.ปรอท ซึ่งมักพบในผู้สูงอายุ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (วีรศักดิ์ ศรีนนภา, 2557 : 2) หมายถึง งดอาหารและน้ำดื่มทุกชนิดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ค่าปกติ 90 - 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร งดอาหารและน้ำดื่มทุกชนิดอย่างน้อย 8 ชั่วโมงค่าผิดปกติ มากกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

คุณภาพของเครื่องมือ

ได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่านในการตรวจสอบเชิงเนื้อหา ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาแล้ว นำข้อมูลที่รวบรวมจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมา คำนวณหาค่า IOC โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence) ของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณค่า ดัชนีความสอดคล้องมีค่า IOC เท่ากับ 0.89

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโรงซ็อน 45 แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร ที่มีบริบทชุมชนคล้ายกับชุมชน ประดิษฐ์โทรการ จำนวน 30 ชุด ต่อโรค จำแนกและแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเตอร์ - ริชาร์ดสัน สูตร KR-20 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพแล้ว นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.82

3. นำแบบสอบถามที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้งก่อนนำไปดำเนินการ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2557 - 30 กันยายน 2557 รวมระยะเวลา 7 เดือน ดำเนินการในกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชุมชน ประดิษฐ์โทรการ มีกิจกรรมดังนี้

ระยะเตรียมการ

1. เขียนโครงร่างและวางแผนกรอบในการดำเนินงาน , จัดทำโครงการเสนอผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อขออนุมัติโครงการ จัดเตรียมบุคลากร เพื่อชี้แจงโครงการแนวทางการดำเนินงานและขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการ

2. เตรียมอุปกรณ์ได้แก่ จัดทำเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล, จัดทำทะเบียนรายชื่อ ผู้ป่วยเบาหวาน จัดเตรียมสื่อการสอนสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานและวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องใช้ในการจัดกิจกรรม เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว

3. การวางแผนกิจกรรม ได้แก่ ประชุมอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อชี้แจงแนวทาง การดำเนินงาน และฟื้นฟูความรู้, ตรวจสอบประเมินสุขภาพเบื้องต้น จัดกิจกรรมเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน , จัดตารางนัดหมายกลุ่มเป้าหมาย, จัดทำแผนการจัดกิจกรรมกลุ่ม/แผนก จัดทำแบบสอบถามก่อนและหลัง ดำเนินกิจกรรมในวันที่ 28 พฤษภาคม 2557 และจบโครงการวันที่ 2 สิงหาคม 2557

ระยะดำเนินการศึกษา

การดำเนินการกระบวนการกลุ่ม ในการเสริมพลัง เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ดำเนินการ 4 ครั้ง ตั้งแต่วันที่ 28 พฤษภาคม - 2 สิงหาคม 2557 ที่ชุมชนประดิษฐ์โทรการ โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ดำเนินการ ในวันที่ 28 พฤษภาคม 2557 ใช้เวลาในการดำเนินการประมาณ 2 ชั่วโมง เป็นการดำเนินการในขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 ของ กระบวนการเสริมพลังอำนาจ คือขั้นค้นพบความจริง การรู้จักตนเอง และขั้นการสะท้อนคิด วิเคราะห์วิจารณ์ ความเป็นเหตุเป็นผล เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาและความต้องการ การดูแลตนเอง ดังนี้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ(10 นาที) การประเมินภาวะสุขภาพ และทำแบบสอบถามความรู้/พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (Pre-test) (10 นาที) กิจกรรมละลายพฤติกรรม (10 นาที) กิจกรรมให้ความรู้ (30 นาที) กิจกรรมการค้นพบความจริงและการรู้จักตนเอง (30 นาที) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และการดูแลตนเอง (30 นาที)

กิจกรรมครั้งที่ 2 ดำเนินการในวันที่ 12 มิถุนายน 2557 ใช้เวลาในการดำเนินการ 2 ชั่วโมง 40 นาที เป็นการดำเนินการในขั้นที่ 3 ของ กระบวนการเสริมพลังอำนาจ คือ ขั้นการตัดสินใจเลือกทางออก หรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดี เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมอย่างมีประสิทธิภาพจัดบรรยากาศ ที่เป็นกันเอง การอภิปรายปัญหาพร้อมกัน เทคนิคการใช้คำถาม กระตุ้นให้มีการติดตามตัวเองอย่างต่อเนื่อง การร่วมการหาทางเลือกเกี่ยวกับสุขภาพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ดังนี้ประเมินภาวะสุขภาพ (10 นาที) กิจกรรมละลายพฤติกรรม (30 นาที) การเลือกรับประทานอาหารและการคำนวณแคลอรีอาหาร การคำนวณปริมาณน้ำตาล (30 นาที) การจัดการอารมณ์ การคิดบวก การเสริม สร้างพลังอำนาจ เพื่อการจัดการปัญหาในชีวิต

(20 นาที) กิจกรรมสะท้อนคิด วิเคราะห์ วิจาร์ณ และเป็นเหตุเป็นผล (40 นาที) กิจกรรมการออกกำลังกาย (30 นาที)

กิจกรรมครั้งที่ 3 ดำเนินการในวันที่ 2 กรกฎาคม 2557 ใช้เวลาในการดำเนินการ 2 ชั่วโมง เป็นการดำเนินการในขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการเสริมพลังอำนาจ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ อย่างมีประสิทธิภาพ จัดให้มีการพบกันหลังจากที่กลุ่มเป้าหมายได้ดูแลสุขภาพไประยะหนึ่งแล้ว เพื่อให้ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปรีกษาหาหรือเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคตลอดจนผลที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกันแก้ไขปัญหาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ ดังนี้ประเมินภาวะสุขภาพ (10 นาที) กิจกรรมละลายพฤติกรรม (10 นาที) สอนการออกกำลังกาย เช่น การรำไม้พลอง การบริหารด้วยยางยืด เป็นต้น (30 นาที) การจัดการอารมณ์ การคิดบวก การเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อการจัดการปัญหาในชีวิต (30 นาที) ให้สมาชิกกลุ่มเล่าประสบการณ์ความสำเร็จของการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางแผนไว้ ให้กลุ่มรับฟัง (40 นาที)

กิจกรรมครั้งที่ 4 ดำเนินการในวันที่ 2 สิงหาคม 2557 ใช้เวลาในการดำเนินการ 2 ชั่วโมง เป็นการดำเนินการสรุปการประเมินผลและปิดโครงการ ดังนี้ประเมินภาวะสุขภาพ (10 นาที) ทำแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโครงการ (Post-test) และเปิดอภิปรายทั่วไป/ซักถามข้อสงสัย (1 ชม.30 นาที) ปรีกษาหาและนัดหมายการพบกัน เพื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน (20 นาที)

ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตามขั้นตอนดังนี้ 1) นำเครื่องมือที่เตรียมไว้ไปดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยมีลำดับขั้นตอนได้แก่ ชี้แจงรายละเอียดในของแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนเข้าโปรแกรม (pretest) ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล , ทดสอบความรู้และพฤติกรรม การปฏิบัติตัว 5 ด้าน ,ให้ความรู้ เรื่องโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างจนครบจำนวน 30 คน 2) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมได้แก่ การสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ , การสร้างการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพประเมินภาวะสุขภาพ ทบทวนระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าจากเวรระเบียบน ทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน จนครบจำนวน 30 คน ,หลังเข้าร่วมวารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯ (ปีที่ 5-6) | กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาระบบบริการพยาบาล 66

โครงการและสรุปโครงการมีการนัดหมาย เพื่อติดตามผลหลังสิ้นสุด โครงการ 3 เดือน และสร้างแรงจูงใจกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจนครบจำนวน 30 คนและนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องและรวบรวมจัดระเบียบข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลโปรแกรมและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวาน วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ใช้ความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าความถี่และร้อยละ
3. ข้อมูลคะแนนพฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการพักผ่อน พฤติกรรมการคลายเครียด และพฤติกรรมการรักษาอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)
4. คะแนนพฤติกรรม 5 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังร่วมโครงการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติ paired t-test
5. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาใช้ค่าความถี่และร้อยละ โดยใช้เกณฑ์การประเมินการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด ที่ถือว่าควบคุมได้ดี คือ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ระหว่าง 90 – 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

สรุปผลการวิจัย

ผู้ศึกษารวบรวมแนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นกรอบในการศึกษาได้แก่แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ(Empowerment) ของกิบสัน (Gibson, 1993) และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับบทบาทพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ผลการดำเนินงานโครงการ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้านดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เข้าร่วมโปรแกรมครบทั้ง 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 โดย เป็นเพศหญิง จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.3) และเพศชายจำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.6)

2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมได้รับการทดสอบความรู้ก่อนเข้าร่วมโครงการพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 และหลังเข้าร่วมโครงการมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 53.3 (\bar{X} = 11.66, S.D = 1.06) และเมื่อนำมาทดสอบค่าทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

3. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้านอย่างต่อเนื่องได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการพักผ่อน พฤติกรรมการคลายเครียด และพฤติกรรมการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลของการปฏิบัติพฤติกรรมมีดังนี้

1) ผลของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ มีการปฏิบัติตัวในเรื่องการบริโภคอาหารถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 1.96, S.D = .18) หลังเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 2.66, S.D = .47) และเมื่อนำมาทดสอบค่าทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโครงการคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.73, S.D = 0.26) หลังเข้าร่วมโครงการคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงขึ้นอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 3.78, S.D = 0.27) และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.0001)

2) ผลของพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีการปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 1.66, S.D = .47) หลังเข้าร่วมโครงการ เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 2.40, S.D = .49) และเมื่อนำมาทดสอบค่าทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.55, S.D = 0.40) หลังเข้าร่วมโครงการ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงขึ้นอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 3.45, S.D = 0.42) และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.0001)

3) ผลของพฤติกรรมการพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 1.96, S.D = .18) หลังเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 2.76, S.D = .43) เมื่อนำมาทดสอบค่าทางสถิติพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการพักผ่อนก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.88, S.D = 0.28) หลังเข้าร่วมโครงการ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการพักผ่อนสูงขึ้นอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 3.85, S.D = 0.32) และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.0001)

4) ผลของพฤติกรรมการคลายเครียด ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลายเครียดอยู่ในระดับ ปานกลาง (\bar{X} = 2.00, S.D = .17) หลังเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 2.45, S.D = .50) เมื่อนำมาทดสอบค่าทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการคลายเครียด ก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.86, S.D = 0.27) หลังเข้าร่วมโครงการ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการคลายเครียดสูงขึ้น อยู่ในระดับดี (\bar{X} = 3.65, S.D = 0.25) และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.0001)

5) ผลของพฤติกรรมการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.00, S.D = .37) หลังเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 2.93, S.D = .35) เมื่อนำมาทดสอบค่าทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.00, S.D = 0.42) หลังเข้าร่วมโครงการ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องสูงขึ้นอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 4.03, S.D = 0.29) และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.0001)

4. การประเมินภาวะสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 1) ประเมินดัชนีมวลกายค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้าร่วมโครงการ ก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่า

มีค่าดัชนีมวลกายปกติ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.66 ค่าดัชนีมวลกายเกิน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.34 หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 63.66 และค่าดัชนีมวลกายเกิน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 ในจำนวนนี้ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพบว่า ค่าดัชนีมวลกายเกินที่มีค่าเปลี่ยนแปลงดีขึ้น (ลดลง) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.66

2) ระดับความดันโลหิต ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการมีความดันโลหิตในระดับปกติ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 ค่าความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 หลังเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยเบาหวานมีความดันโลหิตในระดับปกติ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และค่าความดันโลหิตสูง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพบว่า ค่าความดันโลหิตสูงที่มีค่าเปลี่ยนแปลงทางที่ดีขึ้น จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67

3)ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าน้ำตาลจากการเจาะเลือดปลายนิ้ว กลุ่มตัวอย่าง 30 คนก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่า มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในเกณฑ์ควบคุมดี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ควบคุมไม่ดี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 หลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในเกณฑ์ควบคุมดี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ควบคุมไม่ดี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพบว่า ค่าน้ำตาลจากการเจาะเลือดปลายนิ้วของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเปลี่ยนแปลงทางที่ดีเพิ่มขึ้น จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33

5. ระยะติดตามผล การประเมินผลหลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือนได้ผลคือ จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังสิ้นสุดโครงการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในเกณฑ์ ควบคุมดี จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.67) ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมไม่ดี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.33) เนื่องจากก่อนมาเจาะน้ำตาล มีอาการเครียดนอนไม่หลับและจากการสอบถามรายละเอียดเรื่องการปฏิบัติตนเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยบางรายมีความยากลำบาก ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากไม่ได้เป็นผู้เตรียมอาหารเอง ส่วนใหญ่ซื้ออาหารรับประทานและคนในบ้านซื้ออาหารที่แต่ละคนชอบ ทำให้บางครั้งต้องรับประทานอาหารโดยไม่ได้ควบคุมอาหาร และบางครั้งก็ไม่ได้เข้มงวดในการรับประทานอาหาร

อภิปรายผล

จากการสำรวจภาวะสุขภาพ ในพื้นที่ชุมชนประดิษฐ์ไตรการ แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 5.45 เป็นอันดับ 2 ของโรคที่พบในชุมชนประดิษฐ์ไตรการ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจาก การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารแป้งและน้ำตาลมากเกินไป ความเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ และการรักษาตัว ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานที่มีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน ทำให้เกิดความพิการหรือชีวิตได้ จากการสอบถามวิธีปฏิบัติตน ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนประดิษฐ์ไตรการ พบว่า ยังไม่มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหาร จำพวกแป้ง มีรสหวาน ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง น้ำอัดลม และขาดการออกกำลังกาย และปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจึงเกิดภาวะการเจ็บป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษาได้จัดทำโครงการสร้างเสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชุมชนประดิษฐ์ไตรการขึ้นในวันที่ 28 พฤษภาคม - 2 สิงหาคม 2557 ดำเนินการตามกิจกรรมรวม 4 ครั้ง และได้ดำเนินกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของกิบสัน (Gibson, 1993) ซึ่งมีกระบวนการสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบความจริง การรู้จักตนเอง เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างอำนาจ เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์ และสภาพความเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดวิเคราะห์วิจารณ์ และเป็นเหตุเป็นผล เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์อย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจ และจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกทางออกหรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ในขั้นนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด ในการแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นวิธีการที่เลือกไปปฏิบัติและประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยจะรู้สึกมีพลังอำนาจมีความสามารถ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ไข

ปัญหานั้น และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลังจากใช้โปรแกรมสร้างเสริมพลังดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชุมชนประดิษฐ์โทรการ หลังเข้าร่วมโครงการกลุ่มตัวอย่าง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง ผลของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้านจากระดับปานกลางเป็นระดับดี เมื่อทำทดสอบค่าทางสถิติพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p -value < 0.05) จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโครงการมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ส่วนระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น ก่อนเข้าร่วมโครงการมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าอยู่ในเกณฑ์ควบคุมดี จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 20.00 ควบคุมไม่ดี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 หลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าอยู่ในเกณฑ์ควบคุมดี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ควบคุมไม่ดีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ จูรีรัตน์ เจริญจิตต์ (2556) ที่ได้ศึกษาผลการใช้กระบวนการเสริมพลัง ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของ น้ำหนักตัว พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย หลังการ จัดกิจกรรมการเสริมพลัง เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพประชาชนที่มีค่าดัชนีมวลกายเกิน และผู้ป่วยเบาหวาน การศึกษาในกลุ่มนี้ สรุปได้ว่าการใช้กระบวนการเสริมพลังในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ มีผลส่งเสริมให้มีน้ำหนักตัวลดลง และปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ดีให้มากขึ้น ส่วนระยะติดตามโครงการ หลังสิ้นสุดโครงการได้ 3 เดือน ได้มีการติดตามผลต่อเนื่อง พบว่า น้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้า อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมดีเพิ่มขึ้น จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 ส่วนที่ควบคุมไม่ดีจำนวน 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 13.33 ที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระดับปกติ จากการสอบถาม พบว่า มีความเครียด นอนไม่หลับการปฏิบัติเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากไม่ได้ทำอาหารเอง ส่วนใหญ่ซื้ออาหารรับประทานเอง และคนในบ้านซื้ออาหารที่แต่ละคนชอบรับประทาน ทำให้บางครั้งต้องรับประทานอาหาร โดย

ไม่ได้ควบคุมอาหารและไม่ได้เข้มงวดในการรับประทาน อาหาร ผลจากการศึกษาและดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมพลังในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในเกณฑ์ปกติไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งขึ้นในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทั้งในด้าน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคลายเครียด และการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนประดิษฐ์โทรการ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคลายเครียด และการรักษาอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ไม่เกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
3. นำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชุมชนประดิษฐ์โทรการ เพื่อเป็นต้นแบบไปเสริมพลังอำนาจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนอื่นได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานตามระดับการรับรู้ ข้อมูลความรู้ต่างๆ เพื่อให้สะดวกต่อการเข้าไปเสริมความรู้ ความเข้าใจนอกเวลาการทำงาน
2. ควรมีการบริหารจัดการ และควบคุมเวลาให้เป็นไปตามแผนการสอน เพื่อไม่ให้เป็นการรบกวนเวลาของผู้เข้าร่วมโครงการและต้องมีการแจ้งกำหนดการและระยะเวลาในการ ทำกิจกรรมครั้งต่อไปให้กลุ่มเป้าหมายได้รับทราบ
3. ข้อมูลที่ได้นำไปกำหนด นโยบายและวางแผนการ ส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ และมี ประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร ร่วมวาปี.(2557).การสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ที่มาใช้บริการใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนองแขง ตำบลไชยวาน อำเภอไชยวานจังหวัดอุดรธานี ปี 2557.สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุดรธานี.วันที่ค้นข้อมูล 27 ตุลาคม 2559เข้าถึงได้จาก
http://203.157.168.8/research/index.php?option=com_content&view=article&id=154:2015-11-02-04-00-00
- งานเวชระเบียน ,ศูนย์บริการสาธารณสุข 17 ประชาานิเวศน์.(2559) .ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังปีงบประมาณ 2559 .ศูนย์บริการ
สาธารณสุข 17 ประชาานิเวศน์,สำนักอนามัย,กรุงเทพมหานคร
- จุรีรัตน์ เจริญจิตต์.(2556). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายของ
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า. 24 (1), 32.
- เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์, สุวิมล แสนเวียงจันทร์ และประทีป ปัญญา. (2555). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วย
เบาหวานในชุมชนวัดบูรณาวาส, วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22 (3): pp: 100-111.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- วีรศักดิ์ ศรีนันทากร.(2557). การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษา: กรุงเทพฯ: กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2556). การรักษาโรคเบาหวาน. ในพระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิบัตรตำราสุขภาพ
สยามบรมราชกุมารี: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด.
- Gibson, (1993). A study of empowerment in mother of cronically in children (p.113) C.H. Michigan : Boston college.
- World Health Organization [WHO](2014). Prevalence of Diabetes in the WHO South-East

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข 20 บมจ.ธนาคารนครหลวงไทย สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

น.ส.พรภัทรา ครองยศ

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข 20 บมจ.ธนาคารนครหลวงไทย สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 117 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยมัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ปัจจัยนำในด้านเพศ ($p\text{-value}=0.019$) ด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยเอื้อในด้าน การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ด้านบุคลากร ด้านกระบวนการให้บริการ และด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ($p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยเสริมในด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($p\text{-value}<0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตัวแปรที่ร่วมกันทำนายการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ร้อยละ 56.3 ($R^2= 0.563$, $F = 48.134, p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ จากการวิจัยครั้งนี้ ควรจัดระบบการให้บริการให้มีความสอดคล้องกับผลการวิจัย เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

FACTORS RELATED TO PRACTICE OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS WHO CONTROL LEVEL OF PLASMA GLUCOSE IN PUBLIC HEALTH CENTER 20, HEALTH DEPARTMENT, BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION

Pornpattra Krongyot

ABSTRACT

This study was descriptive research. The aim to study the factors related to practice of type 2 diabetes mellitus patients who control level of plasma glucose in public health center 20, Health department, Bangkok metropolitan administration. Presents a Theory developed of PRECEDE -PROCEED Framework. The sample consisted of 117 patients with type 2 diabetes mellitus. Data were collected by questionnaire, and data analysis was done by using descriptive statistics, percentage, mean, median, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient and multiple regression analysis.

The results showed that most of the samples had good plasma glucose control in high level (56.4%). Factors related to practice of type 2 diabetes mellitus patients who control level of plasma glucose in gender (p-value = 0.019). Knowledge of diabetes mellitus. Perception of disease severity (p-value <0.001). Medical equipment and devices (p-value <0.001). Social support (p-value <0.001) were positively related to practice of type 2 diabetes mellitus patients who control level of plasma glucose with statistical significance. Variable to predict of type 2 diabetes mellitus patients who control level of plasma glucose is Social support, Knowledge of diabetes mellitus and Perception of disease severity by 56.3% ($R^2=0.563$, $F = 48.134$, p-value <0.001), respectively.

Suggestions from this research. The service system should be consistent with the results of the research. To be able to effectively practice who control level of plasma glucose.

KEYWORDS : TYPE 2 DIABETES MELLITUS, RELATED FACTORS, CONTROL LEVEL OF PLASMA GLUCOSE.

ความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น เนื่องจากสภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก พบความชุกจากโรคเบาหวานร้อยละ 9 และพบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่เป็นโรคเบาหวานในปี พ.ศ.2555 มีผู้เสียชีวิตจากเบาหวานประมาณ 1.5 ล้านคน ร้อยละ 80 ของผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง การควบคุมอาหารมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ควบคุมน้ำหนักตัวตามเกณฑ์ที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในศตวรรษที่ 21 ในปี พ.ศ.2558 มีประชากรป่วยด้วยโรคเบาหวานมากถึง 415 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าในปี พ.ศ.2588 จะเพิ่มเป็น 642 ล้านคน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2558)

สำหรับประเทศไทย จากผลการสำรวจสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศเมื่อปี พ.ศ.2552 พบว่าคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 3.5 ล้านคน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 7.7 และ 6.0 ตามลำดับ ที่สำคัญพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานมาก่อนเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 15-29 ปี อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีเพียงร้อยละ 29 อีกประมาณร้อยละ 70 ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ปี พ.ศ. 2557 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 11,389 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 32 คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 17.53 ต่อแสนประชากร และมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 698,720 ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,081.25 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมสภาวะของโรคเบาหวานได้ไม่ดี จะมีปัญหาของภาวะแทรกซ้อนตามมาทั้งของตา ไต หัวใจ สมอง และเท้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะถูกตัดขาสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเบาหวานถึง 25 เท่า (นุชรี อาบสุวรรณ, 2558) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาโดยการติดตามผู้ป่วยเบาหวานระยะยาว 4 ปี ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2549 ถึงกันยายน พ.ศ.2553 พบว่าสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดจากปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Poissat S et al., 2013) แม้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่หากผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดได้ ก็จะทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ดังนั้นจุดมุ่งหมายในการรักษาโรคเบาหวานก็คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น (มยุรี หอมสนิท, 2556) โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดแล้วยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มากมาย เช่นโรคหัวใจและหลอดเลือด ไตล้มเหลว แผลเรื้อรัง และประสาทตาเสื่อม ซึ่งพบว่าสาเหตุหลักที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เกิดจากพฤติกรรมกรรมกรดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ (Jansink et al., 2013) ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตสูงกว่าคนทั่วไป ซึ่งทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาลในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่พบว่าเป็นโรคจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และผู้ป่วยมักเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนมากกว่าสาเหตุจากโรคเบาหวานโดยตรง ดังนั้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงมีความสำคัญที่จะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถควบคุมป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น (เทพ หิมะทองคำ, 2554) ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข 20 บมจ.ธนาคารนครหลวงไทย สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข 20 บมจ.ธนาคารนครหลวงไทย สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข 20 บมจ.ธนาคารนครหลวงไทย สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

ปัจจัยนำ
1. ข้อมูลส่วนบุคคล
- เพศ
- อายุ
- สถานภาพสมรส
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ
- รายได้
- ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน
- ระดับน้ำตาลในเลือด
- การตรวจประสาทสัมผัสเท้า
- การเข้าร่วมกิจกรรมเบาหวานเพื่อ
ช่วยเพื่อน
- การสูบบุหรี่
2. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน

ปัจจัยเอื้อ
การเข้าถึงบริการสาธารณสุข
- บุคลากร
- กระบวนการให้บริการ
- เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์

ปัจจัยเสริม
การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิก
ในครอบครัว เพื่อน ผู้นำชุมชน แพทย์
พยาบาล และทีมสุขภาพ

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
- การรับประทานอาหาร
- การออกกำลังกาย
- การจัดการกับความเครียด
- การใช้ยาเบาหวาน
- การดูแลเท้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข 20 บมจ.ธนาคารนครหลวงไทย สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร ระยะเวลาการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม พ.ศ.2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจรักษาในศูนย์บริการสาธารณสุข 20 บมจ.ธนาคารนครหลวงไทย สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 117 คนคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างจากวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกตัวอย่างโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากศูนย์บริการสาธารณสุข 20 บมจ.ธนาคารนครหลวงไทย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานในศูนย์บริการสาธารณสุข 20 บมจ.ธนาคารนครหลวงไทย ติดต่อกันเกิน 3 ครั้งขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ สื่อสารเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากโครงการการฝึกอบรมหลักสูตรการบริหารการพยาบาล (ด้านบริหารอนามัย) รุ่นที่ 14 ระหว่างวันที่ 19 กุมภาพันธ์ - 9 กรกฎาคม 2557 เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งแนวข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา บทความ เอกสารวิชาการ วารสาร และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยนำ

1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย การได้รับการตรวจประสาทสัมผัสที่เท้า การเข้าร่วมกิจกรรมเบาหวานเพื่อช่วยเหลือตนเอง และการสูบบุหรี่ โดยเป็นลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบ และเติมข้อมูลแบบปลายเปิด จำนวน 11 ข้อ

1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และประยุกต์แนวคำถามจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มพัฒนาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ สำนักงาน

พัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักอนามัย เป็นการประเมินความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน อาการ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ภาวะแทรกซ้อน และการดูแลเท้า จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ข้อ จาก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด และไม่ทราบ มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 17 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนนตอบผิด หรือไม่ทราบ ให้คะแนน 0 คะแนนการแปลผลคะแนนพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของ Daniel (2005) คะแนนเฉลี่ย 0-6 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานควรปรับปรุงคะแนนเฉลี่ย 7-12 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 13-17 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับสูง

1.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน เพื่อประเมินการรับรู้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการหรือเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน จำนวน 6 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกคำตอบได้เพียงคำตอบเดียว มีข้อคำถาม ทั้งทางบวกและทางลบ ดังนี้ ทางบวกข้อ 1,2,3,5,6 และทางลบข้อ 4 โดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6 - 24 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน เห็นด้วย 3 คะแนนไม่เห็นด้วย 2 คะแนนไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนนการแปลผลคะแนนพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของ Daniel (2005) คะแนนเฉลี่ย 6 - 12 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำคะแนนเฉลี่ย 13 - 18 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 19 - 24 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในด้านบุคลากรกระบวนการให้บริการ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกคำตอบได้เพียงคำตอบเดียว ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 9 ข้อ การแปลผลคะแนนพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของ Daniel (2005) คะแนนเฉลี่ย 9 - 18 มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับน้อยคะแนนเฉลี่ย 19-27 มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 28 - 36 มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับมาก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ โดยเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย จำนวน 7 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยมาก 3 คะแนนเห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนนเห็นด้วยน้อย 1 คะแนนการแปลผลคะแนนพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของ Daniel (2005) คะแนนเฉลี่ย 7 - 12 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำคะแนนเฉลี่ย 13 - 17 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 18 - 21 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและประยุกต์แนวคำถามจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มพัฒนาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สำนักงานพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักอนามัย เป็นการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็นด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ อารมณ์และการจัดการกับความเครียด จำนวน 2 ข้อ การเข้ายารักษา จำนวน 2 ข้อ และการดูแลเท้า จำนวน 4 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวจาก 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ ดังนี้ ทางบวกข้อ 1,3,6,7,8,11,12,13,15 และทางลบข้อ 2,4,5,9,10,14 โดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 - 45 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ข้อความทางบวกปฏิบัติประจำ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ 1 คะแนนข้อความทางลบ ปฏิบัติประจำ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ 3 คะแนนการแปลผลคะแนนพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของ Daniel (2005) คะแนนเฉลี่ย 15 - 25 มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำคะแนนเฉลี่ย 26 - 35 มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 36 - 45 มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้มาแล้ว นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ตรวจสอบให้คะแนนและลงรหัส โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) บรรยายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคเบาหวานการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistics)

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลที่มีระดับการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย อายุ รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การได้รับการสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

2.2 วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกตามปัจจัย (n= 117)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p
ปัจจัยนำ		
เพศ	0.157	0.019*
อายุ	- 0.102	0.273
สถานภาพสมรส	- 0.205	0.359
ระดับการศึกษา	0.048	0.611
อาชีพ	0.084	0.365
รายได้	- 0.036	0.697
ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน	0.145	0.120
ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย	- 0.058	0.534
การได้รับการตรวจประสาทสัมผัสเท้า	- 0.303	0.212
การเข้าร่วมกิจกรรมเบาหวานเพื่อนช่วยเพื่อน	- 0.051	0.587
การสูบบุหรี่	0.033	0.727
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	0.591	< 0.001*
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.611	< 0.001*
ปัจจัยเอื้อ		
การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	0.566	< 0.001*
-บุคลากร	0.493	< 0.001*
-กระบวนการให้บริการ	0.492	< 0.001*
-เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์	0.489	< 0.001*
ปัจจัยเสริม		
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	0.601	< 0.001*

*p-value< 0.05

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่เข้าสมการถดถอยค่าสัมประสิทธิ์ การทำนาย (R Square) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติของสัมประสิทธิ์ การทำนายสหสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้นในการทำนาย การปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ขั้นตอนที่	ตัวแปรที่เข้าสมการ	R	R Square (R ²)	R Square Change	F
1	การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.611	0.374	0.374	68.623*
2	การรับรู้ความรุนแรงของโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	0.701	0.491	0.119	54.955*
3	การรับรู้ความรุนแรงของโรค การได้รับการสนับสนุนทางสังคมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	0.749	0.563	0.070	48.134*

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข 20 บมจ.ธนาคารนครหลวงไทย จำนวน 117 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.2 โดยส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64.1 รองลงมา อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 24.0 (\bar{X} =62, S.D.=10.71) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.4 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50.4 อาชีพส่วนมากเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 37.6 มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 35.0 โดยมีระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1-5 ปี ร้อยละ 48.7 (\bar{X} =7.09, S.D.=5.49) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้ายมากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 57.3 (\bar{X} =146.06, S.D.=37.49) โดยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจประสาทสัมผัสเท้าจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 57.3 เกือบทั้งหมดไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมเบาหวานเพื่อนช่วยเพื่อน ร้อยละ 92.3 และส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 84.6

ผลการวิจัย การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ปัจจัยนำในด้านเพศ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัจจัยเอื้อในด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ด้านบุคลากร ด้านกระบวนการด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และปัจจัยเสริมในด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรู้เรื่อง

โรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ดี การเข้าถึงบริการสาธารณสุขในด้านต่างๆอย่างครอบคลุมครบถ้วน รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้นำชุมชน แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การได้รับกำลังใจ การให้บริการ การกระตุ้นเตือนที่ดี จะเป็นผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปฏิบัติตัวที่ดีเพิ่มขึ้นด้วย

ผลการวิจัย การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยวิธีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ร้อยละ 56.3 ($R^2 = 0.563$, $F = 48.134$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรพยากรณ์ พบว่า มีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เป็นบวก คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($Beta = 0.320$) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ($Beta = 0.311$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($Beta = 0.302$) ผลการวิจัยในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย พรหมจักร (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการ

ที่คลินิกเบาหวาน ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในระดับพอใช้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีทักษะของผู้ป่วย และการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสนับสนุนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมากที่สุด คือ การได้รับสนับสนุนจากคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน แพทย์ พยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้ง 2 สามารถอธิบายร่วมกันได้ร้อยละ 12.90 ($R^2 = 0.129$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล, เกษร ลำภาทอง, และชดช้อย วัฒนนะ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในโรงพยาบาลภาชี ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ ร้อยละ 25.9 ($R^2 = 0.259$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ อนุรักษ์อุดม (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ตัวแปรรายได้ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่า การรับรู้ประโยชน์สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 23.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับศึกษาของ อรทัย วุฒิสเลา(2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดีมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 90.00 สอดคล้องกับศึกษาของ สุภาภรณ์ วัฒนประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, และนพวรรณ เปี้ยชื่อ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี และคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานได้ร้อยละ 48.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .69, p < .001$) และความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม ($r = .66, p < .001$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย รวมถึงการเข้ากลุ่มส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเอง ทำให้ได้รับแหล่งประโยชน์และข้อมูลที่ดี และมีเครือข่ายทางสังคมในการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้นำชุมชน แพทย์พยาบาล และทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้นำชุมชน แพทย์พยาบาล และทีมสุขภาพ ได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การได้รับกำลังใจ การให้บริการที่ดี มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และการกระตุ้นเตือน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม และครอบครัวได้อย่างมีความสุข

2. การเสริมพลัง (Empowerment) การเข้าร่วมกิจกรรมเบาหวานเพื่อนช่วยเพื่อนให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้นำชุมชน แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การให้คำปรึกษาแนะนำ การให้บริการด้วยใจ (Service mind) และการให้บริการแบบองค์รวม (Holistic care) โดยมีการประสานบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานในการให้บริการ เพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและประชาชนผู้มาใช้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เกิดความพึงพอใจในการให้บริการอย่างสูงสุด

3. พฤติกรรมการปฏิบัติตนมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ถึงแม้ว่าจากการศึกษาจะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงลบ ($r = -0.058$) ยังคงเป็นแนวทางที่น่าสนใจ ในการให้ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 20 บมจ.ธนาคารนครหลวงไทย

4. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อที่จะได้นำไปพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น และมีการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและผู้สูงอายุ ในศูนย์บริการสาธารณสุข และชุมชน ในสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาปรับปรุงกระบวนการให้บริการให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ครอบคลุมครบถ้วนทุกหน่วยงานของกรุงเทพมหานคร

2. ควรมีโครงการเตรียมความรู้และความพร้อม เพื่อปรับทัศนคติในการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้นำชุมชน แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการดำรงชีวิตและการพัฒนาประเทศในระยะยาว

3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า วิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเด็นอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล, เกสร สำภาทอง, และชดช้อย วัฒนนะ. (2551). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในโรงพยาบาลภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เทพ หิมะทองคำ. (2554). ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์.
- สมชาย พรหมจักร. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการที่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 1(2), 10-18.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2558). สถิติผู้ป่วยเบาหวานรายปี. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.
- นุชรี อาบสุวรรณ. (2558). ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลกปี2558.[ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>. (วันที่สืบค้นข้อมูล: 5 ธันวาคม 2559).
- มยุรี หอมสนิท. (2556). การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเบาหวาน. ในประเสริฐ อัสสันตชัย.(บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน, หน้า 195-220. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- สุภาภรณ์ อนุรักษอุดม. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุภามาศ ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, และนพวรรณ เปี้ยชื้อ. (2557). ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งทางภาคใต้ของประเทศไทย. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 20 (1), 97-111.
- อรรถัย วุฒิสเสลา. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรค เบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- Daniel, W.W. (2005). Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences (8thed.). New York: John Wiley & Sons.
- Jansink, R.et al. (2013). Minimal improvement of nurse' motivation interviewing skill in routinediabetes care one year after training:acluster randomized trial. BMC Family Practice,14 (44), 1-9.
- Potiat S, KrairittichaiU, JongsareejitA, Sattaputh C and Arunratanachote W. (2013). A4-yearprospective study on long-term complication of type 2 diabetic patients: the ThaiDMS diabetes complications.(DD.Comp.) project. J Met Assoc Thai, 96 (6), 637-643.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

อรนุช วุฒิกมลกรณารักษ์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design) แบบสองกลุ่มโดยวัดก่อนและหลัง (Two groups pre - posttest) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 13 ไมตรีวานิช สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ ชุมชนตลาดน้อย จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ชุมชนวานิช-สัมพันธ์ จำนวน 30 คน ระยะเวลาศึกษาทั้งสิ้น 28 สัปดาห์ แบ่งเป็นระยะทดลอง 16 สัปดาห์ และระยะการติดตามผล 12 สัปดาห์ เครื่องมือประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation), Paired Sample t-test และ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม มีค่าของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงและ ความรุนแรงต่อภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่พบจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติในผู้สูงอายุที่มีภาวะปกติเสี่ยง และป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมได้ โดยเน้นการส่งเสริม ป้องกันในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและฟื้นฟูในกลุ่มผู้ป่วยต่อภาวะสมองเสื่อม

คำสำคัญ : ภาวะสมองเสื่อม/ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม/แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

The Effect of health promotion program on elderly susceptible to Alzheimer's disease in community

Oranuch Wuttikornkanarak

Abstract

The quasi-experimental research conducted with a two group pretest-posttest design. The purpose of the study was to evaluate the effect of health promotion program on elderly susceptible to Alzheimer's disease in community. The samples were 60 people aged 60 or older in the responsibility area of Public Health Center 13, Maitee Vanich, Bangkok Health Office. The sample were divided into 2 groups, experimental group, Talat Noi community, and control group, Vanich Samphan community. Each group consisted 30 persons. The study was conducted over a period of 28 weeks divided into 16 weeks for experimental period, and 12 weeks for follow up period. The health promotion program on elderly susceptible to Alzheimer's disease was applied and data were collected. The frequency distribution, percentage, mean and standard deviation of a sample are calculated. The data were analyzed by pair and independent sample t-test. The results show after the experimental and follow up period, the ADKS (Alzheimer's Disease Knowledge Scale) score which comprises the symptoms, course, risk factors, life impact, benefit of healthcare and threat, caregiving, and treatment and management, of experimental group were improved, and significantly higher than control group at 95% confident interval. None of the experimental group found to have Alzheimer' disease. This study indicated that the health promotion program on elderly susceptible to Alzheimer's disease can be used as a guideline in caring for the elderly, general group, risk group and Alzheimer's patients by promoting prevent strategy in risk group and recovery strategy in patients

Keyword : Alzheimer's disease /elderly/old people/ risk to Alzheimer's/health belief model

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย

อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจะพบมาก ในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ตามจำนวน ของผู้ป่วย และช่วงอายุ ที่เพิ่มขึ้น โดยโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) เป็นสาเหตุ สำคัญและพบมากที่สุดของการเกิดภาวะสมองเสื่อม จาก รายงานสมาคมสมองเสื่อมนานาชาติ (Alzheimer's Disease International, 2015: 215) ได้ประมาณการว่าในปี 2015 มีประชากรทั่วโลกจำนวน 46.8 ล้านคน ป่วยด้วยภาวะสมอง เสื่อม และคาดการณ์ว่าจำนวนของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุก 20 ปี โดยในปี 2030 จำนวนผู้ป่วยจะ เพิ่มขึ้นเป็น 74.7 ล้านคน และจะเพิ่มจำนวนเป็น 131.5 ล้านคน ในปี 2050 จะมีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยสมองเสื่อมรายใหม่ มากกว่า 9.9 ล้านคนต่อปี ในประเทศไทยจากการสำรวจ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในปี พ.ศ. 2557 พบว่าจะมี ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 229,100 คน และคาดการณ์ว่าจะ มีจำนวนสูงเพิ่มขึ้นเป็น 450,200 คน และ 1,233,200 คน ภายใน ปี พ.ศ. 2563 และปี พ.ศ. 2593 ตามลำดับ (ศรุตยา หวางษ์, 2559:3) ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยคิดเป็น ร้อยละ 2-10 พบได้เฉลี่ยประมาณร้อยละ 1 เมื่ออายุ 60 ปี ร้อย ละ 2 เมื่ออายุ 65 ปี และร้อยละ 4 เมื่ออายุ 70 ปี โรคในกลุ่ม ภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยใน ผู้สูงอายุ คือ โรคสมองเสื่อม (Alzheimer's disease) พบเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 60-70 ของ ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งหมดรองลงมา คือ โรคหลอดเลือด สมอง (Alzheimer's Disease International and World Health Organization, 2012: 31-68) อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อม จากโรคสมองเสื่อม และโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มสูงขึ้นตาม อายุ โดยเฉพาะภายหลังอายุ 75 ปี พบว่า มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 85 ปี (เกรียงไกร แก้วณีกังษ์, 2555: 5) จากการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับ สำนักงาน เขตสัมพันธวงศ์ เมื่อปี พ.ศ.2558 มีจำนวนผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 6,539 คน พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม จำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.73 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด มีผู้เสียชีวิต 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.18 ของจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมด ปี พ.ศ.2559 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 6,839 คน พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม จำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.79 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดมีผู้เสียชีวิต 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.31

ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (ฝ่ายทะเบียน สำนักงานเขต สัมพันธวงศ์, 2559:16-22) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทำให้เกิดภาวะพึ่งพิง ในชุมชนตามมาบางรายไม่ได้รับการดูแลจากคน ในครอบครัว เกิดการทอดทิ้งไว้ในบ้านตามลำพัง ทำให้เป็นปัญหาสังคมและ ปัญหาทางด้านสาธารณสุขตามมาที่ค่อนข้างรุนแรง ซึ่งในฐานะ ที่เป็นบุคลากรด้านการพยาบาลได้ตระหนักถึงปัญหาด้าน สุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัญหาภาวะสมองเสื่อมถือว่าเป็น ปัญหาหนึ่งที่คุกคามต่อชีวิตของผู้สูงอายุ และยังส่งผลถึง ครอบครัวของผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจประเด็นการส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยการ มีส่วนร่วมของสมาชิก ครอบครัวให้การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ สมองเสื่อมในชุมชนโดยมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเป็น โปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม รวมถึงแนวทางการ ฝ้าสังเกตอาการแสดงเบื้องต้นของภาวะสมองเสื่อมเพื่อ เสริมสร้างให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมอง เสื่อมมีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิด ภาวะสมองเสื่อมมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสามารถปฏิบัติ ดูแลส่งเสริม สุขภาพและฝ้าสังเกตอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ได้ถูกต้องโดยมีสมาชิกครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนและส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตนได้ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยงมีสุขภาพที่ดีคงไว้ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าหากผู้สูงอายุและสมาชิก ครอบครัวสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ถูกต้องตั้งแต่ระยะ เริ่มแรกจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ถูกต้องเพื่อนำเข้าสู่ การคัดกรอง และรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้องตั้งแต่ใน ระยะแรกจะช่วยทำให้ภาวะสมองเสื่อมช้าลงและผู้สูงอายุก็จะ สามารถมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น ซึ่งพยาบาลและบุคลากรด้าน สุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชนสามารถนำโปรแกรมส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยมีมีส่วนร่วมของครอบครัวไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และจะส่งผลให้ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมี คุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผลในกลุ่มทดลอง มีค่าของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงต่อภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ต่อภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

2. ภายหลังจากการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าของคะแนนเฉลี่ยความรู้ เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมและได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามโปรแกรมสามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทางด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาประยุกต์ใช้เพื่อมุ่งในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีผู้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคสามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้คือหากบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหรือหลีกเลี่ยงโรคนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรค แม้ว่าบุคคลจะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคจะไม่เกิดหากบุคคลนั้นขาดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงร่วมกับ รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหากไม่ได้รับการรักษา การรับรู้ถึงความรุนแรงของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน บุคคลจะรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคก็ต่อเมื่อได้รับรู้ว่าโรคนั้นอันตรายถึงชีวิตเกิดความ

พิการมีผลกระทบต่อครอบครัว และเศรษฐกิจของครอบครัว การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนบุคคลที่รับรู้โอกาสเสี่ยงรับรู้ความรุนแรงของโรคจะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แต่การที่บุคคลจะ ลงมือปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ว่าจะปฏิบัติ นั้นสามารถลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคนั้นได้

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเมื่อรับรู้การปฏิบัติ นั้น ลดภาวะคุกคามของโรค แต่การปฏิบัติก็อาจทำให้เกิดผลในด้านลบ เช่น ความไม่สะดวกสบาย มีค่าใช้จ่ายสูงไม่สบายใจ เสียเวลา ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติมากผลในด้านลบจะเกิดขึ้นได้น้อย จึงทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาหากบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติ น้อยผลในด้านลบจะเกิดขึ้นมาก เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติบุคคลก็จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค นอกจากนี้หากผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง มีความเชื่อในความสามารถในการปฏิบัติของตน และเชื่อในผลลัพธ์ในการปฏิบัติว่ามีผลดีต่อตนเอง จะมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ที่ถูกต้องมากขึ้น

ขอบเขตในการศึกษา

ขอบเขตของเนื้อหาในการศึกษาโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมในชุมชน โดยการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม พื้นที่ที่ต้องการศึกษา คือลานชุมชนตลาดน้อย แขวงตลาดน้อยในเขตสัมพันธวงศ์กรุงเทพมหานคร ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลใช้เวลาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึง 30 มีนาคม พ.ศ.2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่อยู่ในชุมชนพื้นที่ในเขตของ ความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 13 ไมตรีวานิช สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จากฐานข้อมูลทะเบียนผู้สูงอายุเขตสัมพันธวงศ์ ปี พ.ศ.2559 (ฝ่ายทะเบียน สำนักงานเขตสัมพันธวงศ์, 2559: 16-22) จำนวน 6,839 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อยู่ในเขตพื้นที่ของชุมชนตลาดน้อย และชุมชนวานิชสัมพันธ์ เขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 13 ไมตรีวานิช สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้งหมดจำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ ชุมชนตลาดน้อย จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ชุมชนวานิชสัมพันธ์ จำนวน 30 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Two group pretest-posttest and follow up design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparisons group) ซึ่งมีการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษา ค้นคว้า ความรู้ทางวิชาการและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเป็นแบบ เลือกคำตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนใช้ระยะเวลาทั้งหมด 28 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเรื่องการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องความตรงในเนื้อหา (Content Validity index: CVI) ซึ่งผลของการตรวจสอบของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้มีค่าเท่ากับ 0.92 ซึ่งคำนวณค่า CVI ได้ดังนี้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 0.93 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 0.96 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 0.91 การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเท่ากับ 0.91 การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเท่ากับ 0.93 การปฏิบัติดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเท่ากับ 0.90

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) โดยการนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาในชุมชนตลาดน้อย จำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เพื่อปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ภายใน (Coefficient of Internal Consistency) โดยใช้วิธีของครอนบาช (Cronbach's Coefficient) พิจารณาค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์ของคอนบาช อยู่ระหว่าง 0-1 เกณฑ์ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในครั้งนี้คือ 0.7 ขึ้นไป ซึ่งการวิจัยครั้งนี้แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 0.92 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 0.86 การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองเท่ากับ 0.87 การอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเองเท่ากับ 0.98 การปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองเท่ากับ 0.91 ในส่วนของด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson : KR) โดยใช้ Kuder - Richardson (KR - 20) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะ สมองเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การ รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติดูแลส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในระยะก่อนการ ทดลองเก็บในเดือนที่ 1 ก่อนเริ่มกิจกรรมระยะหลังทดลอง เก็บในเดือนที่ 4 หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันทีและระยะ ติดตามผลเก็บในเดือนที่ 7

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

อธิบายข้อมูลทั่วไป ในการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะ ประชากร โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (Standard Deviation) ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ

2. สถิติเชิงวิเคราะห์

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมอง เสื่อม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติดูแล ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและ หลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติดูแลส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการ ทดลองด้วยการวิเคราะห์สถิติ Independent t-test

2.3 กำหนดค่าการวิเคราะห์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n = 30)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	16	53.3	17	56.7
หญิง	14	46.7	13	43.3
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษา	22	73.3	20	66.7
อนุปริญญา	0	0	5	16.7
ปริญญาตรี	5	16.7	4	13.3
สูงกว่าปริญญาตรี	3	10.0	1	3.3
สถานภาพสมรส				
โสด	4	13.3	9	30.0
สมรส	22	73.3	13	43.3
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4	13.3	8	26.7
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	6.7	10	33.3
ธุรกิจส่วนตัว	24	80.0	16	53.4
ค้าขาย	4	13.3	4	13.3
โรคประจำตัว				
โรคความดันโลหิตสูง	14	46.7	9	30.0
โรคเบาหวาน	11	36.7	12	40.0
โรคหลอดเลือดสมอง	3	10.0	7	23.3
อื่น ๆ	2	6.7	2	6.7

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะ ส่วนบุคคล (n = 30)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการดื่มสุรา				
เคย	16	53.3	14	46.7
ไม่เคย	14	46.7	16	53.3
ประวัติการสูบบุหรี่				
เคย	12	40	13	43.3
ไม่เคย	18	60	17	56.7
แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)				
คะแนนมากกว่า 17 คะแนน	30	100	30	100
คะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน	0	0	0	0
แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)				
ระดับคะแนน 0-12 (ปกติ)	30	100	30	100
ระดับคะแนน 13-18 (มีอาการเศร้าเล็กน้อย)	0	0	0	0
ระดับคะแนน 19-24 (มีอาการเศร้าปานกลาง)	0	0	0	0
ระดับคะแนน 25-30 (มีอาการเศร้ารุนแรง)	0	0	0	0
ประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะขั้นรุนแรง				
เคย	1	3.3	5	16.7
ไม่เคย	29	96.7	25	83.3

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.3 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 46.7 และกลุ่มเปรียบเทียบเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.7 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 43.3 (ตารางที่ 1)

ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.3 ปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 16.7 และสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 10.0 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.7 ระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 16.7 ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 13.3 และสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 3.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 73.3 โสดคิดเป็นร้อยละ 13.3 หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 13.3 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบ มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 43.3 โสดคิดเป็นร้อยละ 30.0 หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 26.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

อาชีพ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 80.0 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 13.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็น ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 53.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 33.3 และค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 13.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

โรคประจำตัว พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 46.7 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 36.7 และโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 10.0 โรคอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 6.7 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 40.0 โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 30.0 โรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 23.3 โรคอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 6.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ประวัติการดื่มสุรา พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เคยประวัติการดื่มสุราดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 53.3 ไม่เคยมีประวัติการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 46.7 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 53.3 เคยประวัติการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 46.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มทดลองโดย ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 60.0 เคยมีประวัติสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 40.0 ตามลำดับกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 56.7 เคยมีประวัติสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 43.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบขนาดเท่ากันคือมีคะแนนประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มากกว่า 17 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 (ตารางที่ 1)

แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบขนาดเท่ากัน คือมีคะแนนวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ระดับคะแนน 0-12 (ปกติ) คิดเป็นร้อยละ 100 (ตารางที่ 1)

ประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะขั้นรุนแรง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ ที่ศีรษะขั้นรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 96.7 เคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะขั้นรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 3.3 ตามลำดับ ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะขั้นรุนแรง คิดเป็น ร้อยละ 83.3 เคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะขั้นรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 16.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 2 การแสดงระดับคะแนนของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มเปรียบเทียบในระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ(n = 30)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุโดยรวม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุโดยรวม						
ก่อนการทดลอง	8.03	4.21	8.87	4.93	0.967	0.338
หลังการทดลอง	14.13	1.04	14.13	1.04	7.940	0.000*
ระยะติดตามผล	13.77	1.72	13.76	1.71	5.696	0.000*

*p<0.05

จากการวิเคราะห์ด้วยการใช้สถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยรวมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และระยะติดตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยรวม

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะเวลาก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.338) หลังการทดลองและระยะของการติดตามผลแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.000) ทั้งคู่ (ตารางที่ 2)

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยรวม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมโดยรวม การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลตนเองโดยรวม การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลตนเองโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรงประโยชน์ต่อ การดูแลตนเองและอุปสรรคต่อการดูแล ตนเองต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยรวม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยรวม						
ก่อนการทดลอง	23.57	2.87	24.17	3.09	0.967	0.338
หลังการทดลอง	30.77	0.89	24.27	2.87	7.940	0.000*
ระยะติดตามผล	31.30	1.06	24.73	2.50	5.696	0.000*
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมโดยรวม						
ก่อนการทดลอง	18.03	1.42	18.23	1.46	-2.862	0.007
หลังการทดลอง	28.47	1.22	17.80	1.35	30.042	0.000*
ระยะติดตามผล	28.43	1.14	18.13	1.43	30.278	0.000*
การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ต่อการดูแลตนเองโดยรวม						
ก่อนการทดลอง	13.07	1.14	12.78	1.19	0.541	0.591
หลังการทดลอง	15.87	0.78	13.30	1.09	10.156	0.000*
ระยะติดตามผล	16.43	1.04	13.37	1.13	10.651	0.000*
การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคต่อการดูแลตนเองโดยรวม						
ก่อนการทดลอง	13.00	2.18	13.40	2.18	-0.724	0.472
หลังการทดลอง	16.87	0.94	13.53	2.32	8.309	0.000*
ระยะติดตามผล	17.10	0.89	13.73	1.96	8.923	0.000*

*p<0.05

จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยรวม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมโดยรวม การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ต่อการดูแลตนเองโดยรวม

การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคต่อการดูแลตนเองโดยรวม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.000) ทั้งคู่ และระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)

การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ก่อนการทดลอง	22.37	2.22	22.77	1.96	-0.740	0.462
หลังการทดลอง	28.47	1.22	23.73	1.95	11.275	0.000*
ระยะติดตามผล	34.00	1.51	24.00	2.15	20.857	0.000*

*p<0.05

จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม หลังการทดลองและระยะติดตามระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

พบว่าหลังจากการทดลองและระยะทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.000) ทั้งคู่ และระยะก่อน การทดลองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ของการเปรียบเทียบผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม (n = 30)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)				
คะแนนมากกว่า 17 คะแนน	30	100	25	83.3
คะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน	0	0	5	16.7
แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)				
ระดับคะแนน 0-12 (ปกติ)	30	100	25	83.3
ระดับคะแนน 13-18 (มีอาการเศร้าเล็กน้อย)	0	0	5	16.7
ระดับคะแนน 19-24 (มีอาการเศร้าปานกลาง)	0	0	0	0
ระดับคะแนน 25-30 (มีอาการเศร้ารุนแรง)	0	0	0	0
ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะสมองเสื่อม				
ไม่พบผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะสมองเสื่อม	30	100	25	83.3
พบผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะสมองเสื่อม	0	0	5	16.7
ระดับที่พบผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะสมองเสื่อม				
ระดับที่ 1 ระดับไม่รุนแรงหรือระยะเริ่มแรกของอาการ	0	0	5	16.7
ระดับที่ 2 ระดับปานกลางหรือระยะกลางของโรค	0	0	0	0
ระดับที่ 3 ระดับรุนแรงหรือระยะสุดท้ายของโรค	0	0	0	0

จากตารางที่ 5 พบว่าผลลัพธ์ของการเปรียบเทียบ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมโดยใช้แบบ ประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE -Thai 2002) หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมไม่พบจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะ สมองเสื่อม ในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนประเมิน สภาพสมองมากกว่า 17 คะแนน จำนวน 30 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนประเมินสภาพสมอง มากกว่า 17 คะแนน จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 คะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 คะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับที่ 1 ระดับไม่รุนแรง หรือระยะเริ่มแรกของอาการ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบว่าหลัง การทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนน 0-12 (ปกติ) จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยงในกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับคะแนน 0-12 (ปกติ) จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 ระดับคะแนน 13 -18 (มีอาการ เศร้าเล็กน้อย) จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่ม เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนพบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงและ ความรุนแรงต่อภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และ อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ สมองเสื่อมและการปฏิบัติดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อ ภาวะสมองเสื่อมในชุมชน มีค่าของคะแนนเฉลี่ยความรู้ เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความ รุนแรง ต่อภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ต่อภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อ ภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับ บทความวิจัยของ วัลลภา อังคารา (2559) การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการ

มีส่วนร่วมของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-75 ปี จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน โดยมีระยะเวลา ในการศึกษา 6 สัปดาห์ แบ่งเป็นระยะทดลอง 4 สัปดาห์ และ ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ โดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้าน สุขภาพ (Health Belief Model) และแนวคิดสนับสนุนทาง สังคม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในระยะก่อนการ ทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-Square, Repeated Measure ANOVA, Bonferroni และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรง และโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และ อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และการปฏิบัติดูแล สุขภาพตนเองดีขึ้นกว่าก่อน การทดลอง และดีกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) นอกจากนี้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผลไม่ พบ ผู้ป่วยที่มีโรคสมองเสื่อมอย่างชัดเจน ซึ่งสามารถอธิบาย ได้ว่าการที่นำกิจกรรมมาให้ผู้สูงอายุทำแล้วยังสามารถสร้าง ความสัมพันธ์ในกลุ่มของผู้สูงอายุ มีการพบปะสังสรรค์ สามารถพัฒนาสมองได้ดีขึ้นไม่ทำให้เกิดภาวะถดถอย ซึมเศร้าตามมา ถ้าผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องส่งผล ต่อคุณภาพชีวิต ลดอัตราภาวะพึ่งพิง สามารถนำไปพัฒนาได้ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไปในอนาคต

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะ สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หรือทุกกลุ่มวัยได้
2. สามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อม ภาวะพึ่งพิงรวมถึงการลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ลดความเครียดในผู้ดูแล และยังส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป
3. เป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสามารถดูแล ตนเองได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมรวมถึงสามารถใช้เป็น แบบอย่างแนวทางให้กับหน่วยงานอื่นนำไปใช้ประโยชน์ใน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต
4. เพื่อให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม ในแต่ละรายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ญาติ และผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมตลอดจนสามารถให้คำแนะนำ

กับญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการดูแลตนเองของญาติและหรือผู้ดูแล เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และญาติหรือผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการบริการ

1. ด้านบทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชนสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการส่งเสริมสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังหรือกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่รักษาไม่หายขาดต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพและการรักษาอาการก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนกระทั่งเกิดอันตรายได้

2. พยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขด้านอื่นๆ สามารถพัฒนานำโปรแกรมไปพัฒนามุ่งเน้นสาเหตุและปัญหาเฉพาะเจาะจงในส่วนที่ขาดควบคู่กับการนำเอาครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มปกติเสี่ยง และป่วย เพื่อเป็นการกระตุ้นการดูแลตนเองและลดภาวะพึ่งพิง

3. ด้านบริการส่งเสริมสุขภาพสามารถนำบุคคลที่เป็นจิตอาสาในชุมชนมาพัฒนา สร้างแกนนำที่เข้มแข็งในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นำผู้สูงอายุออกมาทำกิจกรรมนอกบ้าน ในสถานที่สะดวกในชุมชนร่วมกัน เพื่อกระตุ้นและบริหารพัฒนาสมองไม่ก่อให้เกิดภาวะถดถอยตามมา

ด้านการศึกษา

1. สามารถนำโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนไปใช้ ในการสอนนักศึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ที่สนใจในการดูแลผู้สูงอายุ

2. สามารถนำไปเป็นสื่อการสอนในคลินิก และมีการเชื่อมโยงจากคลินิกสู่ชุมชนได้อย่างดีและมีมาตรฐานด้านวิจัยสามารถนำโครงการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนไปพัฒนา ในรูปแบบการศึกษาวิจัยที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การพัฒนารูปแบบ R2R ในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในครั้งต่อไปสำหรับการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองในโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยเลือกผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อม ด้วยการใช้รูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

1. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเพิ่มระยะเวลาของการติดตามที่นานขึ้น เนื่องจากการใช้ระยะเวลาเพียง 3 เดือนในการติดตามจะไม่ค่อยเห็นผลชัดเจนเรื่องผลลัพธ์การเจ็บป่วยหรือการเปลี่ยนแปลงของโรคที่ชัดเจนเพราะการเปลี่ยนแปลงของโรคค่อนข้างที่จะใช้ระยะเวลานาน ควรขยายระยะเวลาออกไปเป็น 1 ปี ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีขั้นตอนการติดตามประเมินความคงทนของพฤติกรรมในระยะยาวต่อไป

2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มบทบาทการสร้างแรงจูงใจภายในครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยเน้นประเด็นการใช้แรงสนับสนุน เช่น การยกย่องเป็นบุคคลต้นแบบที่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยและเริ่มมีการฟื้นฟูสภาพจนดีขึ้นและใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ทำเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์อย่างต่อเนื่องในชุมชน

3. การออกเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้งควรเพิ่มบทบาทของผู้ดูแล (care giver) ให้มากขึ้นชัดเจนมากขึ้นจะทำให้มีประสิทธิภาพของงานมากขึ้นและลดภาระการติดตามเยี่ยมบ้าน ควรมีการจัดวางแผนลดเวลาในการออกเยี่ยมบ้าน เนื่องจากค่อนข้างใช้เวลานาน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, Bryar, R. M., & Newwens, A. J. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษา การดูแล ผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพระพุทธศาสนาในประเทศไทย. วารสารพัฒนาวิทยา และเวช ศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 1(4), 15-24.
- จารุวรรณ ก้านศรี. (2558). ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่อง
- วัลลภา อังคารา. (2559). การศึกษาภาวะสมองเสื่อม ความรู้เรื่องโรค และการป้องกันโรคสมองเสื่อมและข้อมูลส่วนบุคคลของ ผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ. วารสารพยาบาลตำรวจ, 8(1), 23-26.
- ศรุตยา หวางษ์. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- Alzheimer's Association.(2012). Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement 2012, 3(1), 31-68.
- Bloom, B.S.(1982). Human Characteristics and School Learning. New York: McGraw-Hill.
- Chang, Fl., and et al.(2013). Anemia and risk of dementia in older Adults. American Academy of Neurology, 2013(81), 528-533.
- Chalise, H.M., Saito, T.Takahashi, M., & Kai, I. (2007). Relationship specialization among sources and receivers of social support and correlation with loneliness and subjective well being : A cross sectional study of Nepalese older adults. Archives of Gerontology and Geriatrics, 44,299-314.
- Touhy&Jett (2014). Predictors and subjective causes of loneliness in an ages population. Archives of Gerontogy and Geriatrics, 15(2), 3-40.

ผลการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังกัด วิทยาลัย ทัศนารมย์

จารุณี อรัญภูมิ:

บทคัดย่อ

โรคเบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเนื่องจาก ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังกัด วิทยาลัย ทัศนารมย์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีระดับ HbA1c > 8 หรือระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) > 180 mg% เกิน 2 ครั้ง ใน 3 เดือน ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังกัด วิทยาลัย ทัศนารมย์ จำนวน 40 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของเพปเปลว (Peplau's Interpersonal Relations Theory) เน้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมและเพิ่มความสามารถในการดูแลโดยคำนึงถึงองค์รวมของผู้ป่วย ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนรูปแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างแรงจูงใจและความไว้วางใจ กิจกรรมที่ 2 การสำรวจและค้นหาปัญหา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง กิจกรรมที่ 5 ก้าวเดินอย่างมั่นใจ ระยะเวลาดำเนินการ 5 เดือน ระยะติดตามผล 6 เดือน รวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามความถี่การปฏิบัติจริงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ Paired-t-test ผลการวิจัย พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง บุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่าการปฏิบัติพฤติกรรม 5 ด้านของกลุ่มตัวอย่างในด้านพฤติกรรมรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการรักษาต่อเนื่อง และด้านป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้น ทุกๆ ด้าน และเมื่อนำมาทดสอบค่าทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีระดับความเชื่อมั่น (p-value < 0.001) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ได้ดีขึ้น โดยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ลดลงจากเดิมทุกคน ซึ่งสามารถนำโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อส่งเสริมความสามารถในการพัฒนาทักษะพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

Effects of Interpersonal Relations Development to Control Glycated Hemoglobin (HbA1c) of Uncontrolled Diabetes Mellitus Patients Receiving Services at Public Health Center 61 (Sangwan Tassanarom)

Jarunee Arunphum

Abstract

Diabetes mellitus is a major public health concern. Most diabetic patients lose their lives due to a complication developed from the failure to control blood sugar level. This study is a quasi-experimental research aiming to explore the effects of interpersonal relations development program to control the level of glycated hemoglobin (HbA1c) among uncontrolled diabetes mellitus patients receiving services at Public Health Center 61 (Sangwan Tassanarom). Study samples included 40 patients with uncontrolled Type-2 diabetes mellitus (HbA1c>8 or FBS>180 mg% for more than 2 times during a prior period of 3 months) who came for the services at Public Health Center 61(Sangwan Tassanarom). The samples were enrolled in the Interpersonal Relations Development Program to change their health behavior controlling HbA1c level. The program was developed by applying Peplau's Theory of Interpersonal Relations for Therapeutic Process emphasizing the development of nurse-client relationship to improve behaviors and enhance the capability of care in a holistic manner covering the education about diabetes mellitus and its complications. The design of interpersonal relations consisted of Activity (1) Creating motivation and trust; Activity (2) Problems exploration and identification; Activity (3) Learning skills development; Activity (4) Self-management skills development; and Activity (5) Moving forwards confidently. Implementation period: 5 months. Follow-up period: 6 months. Data Collection and analysis: Data were collected through the questionnaire exploring the frequency of actual health practice, and the comparison with the level of HbA1c. The data were analyzed by percentage, frequency, mean, SD, and Paired-t-test. Results: After enrolling in Interpersonal Relations Development Program to change behavior controlling the level of HbA1c of uncontrolled diabetes mellitus patients, the behaviors in 5 aspects among the samples (i.e. feeding, exercise, stress management, continuity of treatment, and prevention of complications) were all improved; and after testing statistically, the difference in changes were statistically significant (p-value < 0.001). Also, the samples were able to control HbA1c level better, i.e. HbA1c level of everybody was lowered. It implies that Interpersonal Relations Development Program to Control HbA1c Level of Uncontrolled Diabetes Mellitus Patients can be applied further in diabetic care to enhance health behavior development skills.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ไม่สามารถรักษาหายขาดได้และทวีความรุนแรงทั่วโลก ในปี พ.ศ.2550 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน 246 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มเป็น 366 ล้าน ในปี พ.ศ.2573 สำหรับประเทศไทย โรคเบาหวานพบว่าเป็น 1 ใน 10 โรคที่มี อัตราการป่วยและการตายสูง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559) ทั้งนี้พบว่ามีแนวโน้มการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตาบอด จากเบาหวาน และภาวะไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายเมื่อ พ.ศ. 2557 - 2558 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีความชุก ของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จากเดิม ปี พ.ศ.2552 พบร้อยละ 6.9 และในปี พ.ศ.2558 ได้พบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 โดยมีผู้ที่เบาหวานได้รับการรักษามีเพียงร้อยละ 35.6 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดบรรลุเป้าหมาย ในการรักษาได้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบมากที่สุด ร้อยละ 99 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด (สุนิตย์ประเสริฐ, 2551) การดำเนินของโรคทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งชนิดเฉียบพลันและรุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ความอันตรายที่สำคัญของโรคแทรกซ้อนอาจส่งผล ต่อสุขภาพ และเสียชีวิตได้ เช่น ไตพิการ ตาบอด หลอดเลือดหัวใจตีบ ตัดขาและเท้า เป็นต้น ซึ่งเป็นภัยเงียบที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และครอบครัวทำให้ต้องสิ้นเปลืองค่ารักษา และเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแล (ภาวนา กิริติยดวงศ์, 2544) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลโดยตรงต่อกระบวนการลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การมาพบแพทย์ตามนัด (วิทยา ศรีดามา, 2549) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ด้านการควบคุมอาหารผู้ป่วยยังคงรับประทานอาหารจุบจิบ รับประทานอาหารต่อมือ ในแต่ละวันไม่แน่นอน และไม่ตรงเวลา ด้านการออกกำลังกาย พบว่า มีทั้งที่ไม่ออกกำลังกายและไม่ออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอและออกกำลังกาย ไม่ถูกต้อง เนื่องจากไม่รู้วิธีปฏิบัติและมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ด้านวารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯ (ปีที่ 5-6) | กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาระบบบริการพยาบาล 99

การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง เลิกรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้น และรับประทานยาเป็น 2 เท่าเมื่อรับประทานอาหารมากกว่าปกติ (เอระวดี มิตรภักดี, 2550) สำหรับ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังฆาวลัย ทัศนารมย์ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในคลินิก จำนวน 527 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ให้ต่ำกว่า 7 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 63.5 ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานหรือมากกว่า 22.9 ร้อยละ 82.8 อีกทั้งยังพบโรคร่วมกว่าร้อยละ 90 (ที่มา: รายงานคลินิกเบาหวานศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังฆาวลัย ทัศนารมย์ ปีงบประมาณ 2559) จากการให้บริการดูแลรักษาโรคเบาหวาน โดยแพทย์และทีมบุคลากรสหวิชาชีพ จัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self help group) และการให้คำปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการเสริมสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมมีแนวโน้มพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้เหมาะสมขึ้น (อุบลรัตน์- ต้อยยมาเมือง, 2548) แต่จากการดำเนินกิจกรรม พบว่า มีข้อจำกัดจำนวนในการรับผู้ป่วยเข้ากลุ่ม และผู้ป่วยบางรายไม่สะดวกหรือไม่คุ้นเคยรูปแบบการให้คำปรึกษาที่มีขั้นตอนที่เป็นทางการจากการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self help group) และการให้คำปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม พบว่า มีแนวโน้มระดับน้ำตาลในเลือดสูงเหมือนเดิม เมื่อจบกิจกรรมผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ดังนั้นทีมผู้ให้บริการตระหนักถึงความสำคัญคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวาน จึงพัฒนาโปรแกรมเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลของเพปเพลาว (Peplau's Interpersonal Relations Theory) (ฟาริดา- อิบราฮิม, 2551) นำมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยการใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพื่อปรับปรุงพฤติกรรม และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนข้อมูล และปฏิบัติที่ทำให้เกิดความ

สอดคล้องระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงองค์รวมของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองให้ถูกต้อง เหมาะสมและยั่งยืนมีคุณภาพชีวิตยืนยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สี่งวาลย์-ทัศนารมย์

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดที่มารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สี่งวาลย์-ทัศนารมย์ ให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่

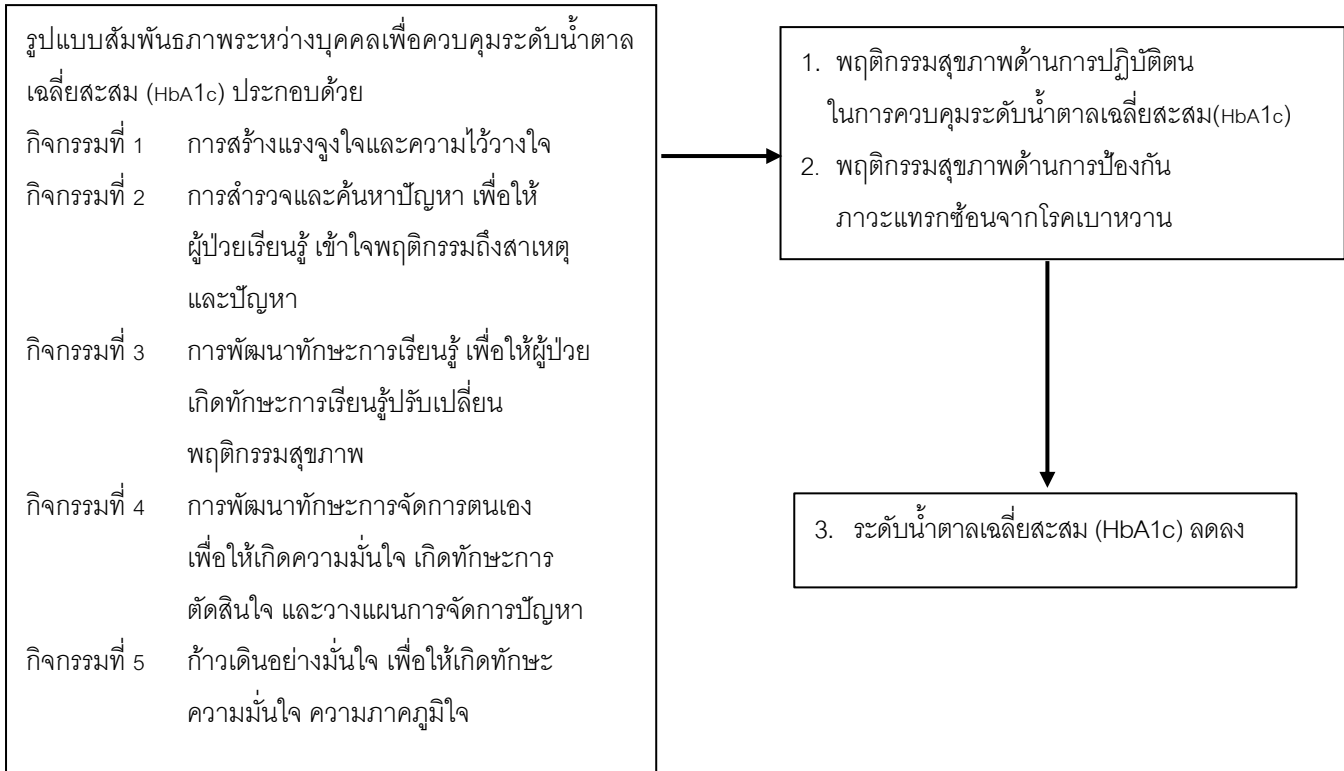
สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมแล้วมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมแล้วจะมีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่พบภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการใช้โปรแกรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็น แบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Design) ที่มีรูปแบบการวิจัยเป็นการเปรียบเทียบกลุ่มเดียวกันก่อนและหลัง (Design one group Pre-Post test Program)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งชายและหญิงที่มาใช้บริการศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังกัด-ที่สนารมย์ ในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 527 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) มากกว่า 8 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตรเกิน 2 ครั้ง ใน 3 เดือน จำนวน 40 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และที่รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาเม็ดเท่านั้น
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) เท่ากับ 8 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เกิน 2 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 เดือน ในขณะที่ยังผู้ป่วยนอกของศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังกัดที่สนารมย์
3. อายุตั้งแต่ 35 ปี ถึง 65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและสามารถติดต่อสื่อสารได้ดี
5. สามารถ พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ดี
6. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินกิจกรรม

1. โปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของเพปเพลาว (Peplau's Interpersonal Relations Theory) เน้นสร้างสัมพันธภาพปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพื่อปรับปรุงพฤติกรรม และเพิ่มวารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯ (ปีที่ 5-6) | กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาระบบบริการพยาบาล 102

ความสามารถในการดูแลตนเองการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงองค์รวมของผู้ป่วยที่มีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ และฝึกผู้ป่วยทุกคนจะต้องผ่านกระบวนการตามแผนกิจกรรม เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง จำนวน 5 ครั้ง มีดังรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างแรงจูงใจและความไว้วางใจ การเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ แจ่มชัดวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม ประเมินความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วยต่อการสร้างสัมพันธภาพและระบุพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงในประเด็นอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและการรักษาต่อเนื่องและการช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมาย

กิจกรรมครั้งที่ 2 การสำรวจและค้นหาปัญหา ทบทวนการเรียนรู้และการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย จับประเด็นในปัญหาของผู้ป่วย ประเมินปัญหา กำหนดลำดับปัญหา วางแผนให้การพยาบาล สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน ลำดับความสำคัญของปัญหาที่จะต้องดำเนินการแก้ไขก่อน-หลัง พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันกำหนดแนวทางในการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับผู้ป่วย ติดตาม ทบทวนเป้าหมายกิจกรรมครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการเรียนรู้ ทบทวนการเรียนรู้ที่ได้รับให้ผู้ป่วยสะท้อนถึงความรู้สึกวิเคราะห์พฤติกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ เข้าใจตนเอง ปัญหาที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง ทบทวนการเรียนรู้ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ตา ไต เท้า ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การให้แรงเสริม และกำลังใจ

กิจกรรมครั้งที่ 4 การพัฒนาทักษะพฤติกรรมจัดการตนเอง ทบทวนเรียนรู้ ทบทวนพฤติกรรมสุขภาพ กำหนดแนวทางปฏิบัติที่จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วย ได้พูดคุยกับผู้ป่วยเบาหวานต้นแบบเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองและนำไปปรับใช้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 ก้าวเดินอย่างมั่นใจ การประเมินผล ประเมินภาวะสุขภาพ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ทำแบบสอบถามการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการปฏิบัติตัวและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน แจ่มชัดผลภาวะสุขภาพผู้ป่วย ประเมิน การบรรลุเป้าหมาย และสรุปการเรียนรู้ ปัญหาอุปสรรคผู้ป่วยได้ร่วม

เสนอแนวทางเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ได้ผลยั่งยืน นัดหมายติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) อีก 6 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ชุดเอกสารดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย แบบบันทึกกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และทะเบียนนัดผู้ป่วยเบาหวาน ชุดเอกสารความรู้ดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน สมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามคู่มือฝึกอบรมในเชิงปฏิบัติการหลักสูตรนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับโรคเรื้อรัง (นิตยา เพ็ญศิริภา, 2554) โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบ่งเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลพื้นฐานสุขภาพการประเมินค่าดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c)

ตอนที่ 2 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน มีข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ ให้เลือกตามความถี่ของการปฏิบัติจริงของผู้ป่วยเบาหวาน ใน 1 สัปดาห์ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรักษาต่อเนื่อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 14 ข้อ คำถามเชิงลบ จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่า 4 ระดับ คือปฏิบัติอาทิตย์ละ 5-7 ครั้ง ปฏิบัติอาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง ปฏิบัติอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ คำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ จำนวนเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้เลือกตามความถี่ของการปฏิบัติเป็นประจำ มีค่า 4 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อย ๆ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

การแปลผล กำหนดเกณฑ์การแปลผล พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตัวเกณฑ์เดียวกันทั้งตอนที่ 1 และตอนที่ 2

โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ระดับต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติ น้อยกว่า $\bar{X} - S.D.$

ระดับปานกลาง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติระหว่าง $\bar{X} \pm S.D.$

ระดับสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติ มากกว่า $\bar{X} + S$

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การทดสอบความตรง (Content Validity) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเพื่อสร้างแบบสอบถามโดยแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในด้านการวิจัยจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบแบบสอบถาม รวมทั้งพิจารณาภาษา ความเหมาะสมของเนื้อหา ความสอดคล้อง กับวัตถุประสงค์ และความชัดเจนของคำถาม โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่า CVI= 0.97 และ IOC=0.86

การวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตัวและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่ได้ผ่านการตรวจสอบตรงตามเนื้อหาแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 30 ท่าน ที่มารับบริการคลินิกโรคเบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังฆาวลัย ทัศนารมย์ และนำไปวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาด้วยวิธีการของครอนบาช (Chronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัย ผู้ศึกษาพร้อมทีมที่ผ่านการประชุมเตรียมความพร้อม และทำความเข้าใจในการศึกษาเป็นอย่างดี จัดกิจกรรมตามโปรแกรมเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินผลการวิจัย ทั้งนี้ได้ขอความร่วมมือในการวิจัยพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรม ระยะเวลาดำเนินการ 5 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2559 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ.2560 และติดตามระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ตามแผนการรักษาของแพทย์จากประวัติเวชระเบียนอีก 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. อธิบายคุณลักษณะข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ และร้อยละ

2. การปฏิบัติพฤติกรรมทั้ง 5 ด้านของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกายและการรักษา โรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การเปรียบเทียบคะแนนปฏิบัติพฤติกรรมทั้ง 5 ด้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังร่วมวิจัยโดยการใช้อยู่สถิติเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลัง ด้วยสถิติการทดสอบความแตกต่างของประชากร (Paired-t-test)

4. การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังร่วมวิจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และใช้เกณฑ์การประเมินประเมินค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) คือควบคุมดี < 7.0 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ควบคุมค่อนข้างดี 7.0-7.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตรควบคุมพอใช้ 7.6- 8.0 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ควบคุมไม่ดี > 8 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (สมาคม-โรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.5 มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 57.5 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 62.5 รายได้อยู่ในช่วง 5,001 - 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 75.0 มีระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน ในช่วงระยะเวลา 4-6 ปี มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 45

2. ภาวะโภชนาการหลังเข้าร่วมศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวลดลง และมีค่าดัชนีมวลกายที่ดีขึ้น ดังนี้ ดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 30.0 ดัชนีมวลกายอ้วน ระดับ 1 ร้อยละ 50.0 และอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 15.0 อ้วนระดับ 3 ร้อยละ 5.0 (ตารางที่ 1)

3. การปฏิบัติพฤติกรรมทั้ง 5 ด้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังร่วมศึกษา พบว่า ดีขึ้นทุกด้านและเมื่อนำมาทดสอบค่าทางสถิติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีระดับความเชื่อมั่น (p-value < 0.001) (ตารางที่ 2, 3)

4. ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ก่อนการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ควบคุมไม่ดี ร้อยละ 100 หลังเข้าร่วมศึกษาและระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม 1) กลุ่มควบคุมดีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.0, 20.0 ตามลำดับ 2) กลุ่มควบคุมค่อนข้างดี ร้อยละ 25.0, 55.0 ตามลำดับ 3) กลุ่มควบคุมพอใช้ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 25.0, 70.0 ตามลำดับ และไม่พบกลุ่มควบคุมไม่ดีในระยะสิ้นสุดกิจกรรมและระยะติดตาม (ตารางที่ 4)

ตารางนำเสนอวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะโภชนาการ เปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม(n = 40)

ภาวะโภชนาการ	ก่อนร่วมกิจกรรม		หลังร่วมกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย(BMI)				
ปกติ (18 – 22.9 กิโลกรัม/ เมตร ²)	6	15.0	12	30.0
อ้วนระดับ 1 (23 – 24.9 กิโลกรัม/เมตร ²)	18	45.0	20	50.0
อ้วนระดับ 2 (25 – 29.9 กิโลกรัม/เมตร ²)	12	30.0	6	15.0
อ้วนระดับ 3 (30 กิโลกรัม/เมตร ² ขึ้นไป)	4	10.0	2	5.0

ตารางที่ 2 คะแนนค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง เข้าร่วมกิจกรรมจำแนกรายด้าน (n = 40)

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อน					หลัง				
	\bar{X}	SD	Max	Min	แปรผล	\bar{X}	SD	Max	Min	แปรผล
1. ด้านการเลือกรับประทานอาหาร	27.05	5.82	33	22	น้อย	52.59	12.30	58	43	ปานกลาง
2. การออกกำลังกาย	9.20	2.46	12	8	น้อย	14.40	3.37	19	14	ดี
3. ด้านการจัดการความเครียด	6.80	2.09	9	5	น้อย	12.23	3.70	16	12	ดี
4. การรักษาอย่างต่อเนื่อง	12.78	1.90	15	12	น้อย	19.45	2.82	25	19	ดี
5. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	10.98	3.61	15	10	น้อย	18.80	4.98	23	15	ดี
การปฏิบัติพฤติกรรม 5 ด้าน	66.81	3.85	64	55	น้อย	117.47	7.3	120	98	ดี

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมก่อนและหลังจำแนกรายด้าน (n = 40)

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	Mean	S.D	Max Min	t	df	p-value
1. ด้านการเลือกรับประทานอาหาร						
ก่อน	27.05	5.82	33			
หลัง	53.59	12.30	58 43	39.81	39	<0.001
2. ด้านการออกกำลังกาย						
ก่อน	9.20	2.46	12			
หลัง	14.40	3.37	19	23.72	39	<0.001
3. ด้านการจัดการความเครียด						
ก่อน	6.80	1.09	9			
หลัง	12.23	3.70	5	17.20	39	<0.001
4. การรักษาอย่างต่อเนื่อง						
ก่อน	12.78	1.90	15			
หลัง	19.45	2.82	25 19	41.59	39	<0.001
5. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน						
ก่อน	10.98	3.61	15			
หลัง	18.80	4.98	23 15	18.80	39	<0.001
การปฏิบัติพฤติกรรม 5 ด้าน						
ก่อน	66.81	3.85	64			
หลัง	117.47	7.3	120 90	19.77	39	<0.001

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ก่อนหลังการเข้าร่วมกิจกรรมและระยะติดตามผล(n = 40)

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C)	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		
ควบคุมดี (< 7%)	0	0
ควบคุมค่อนข้างดี (7 - 7.5%)	0	0
ควบคุมพอใช้ (7.6 - 8%)	0	0
ควบคุมไม่ดี (>8%)	40	100
หลังจบกิจกรรม		
ควบคุมดี (< 7%)	2	5.0
ควบคุมค่อนข้างดี (7 - 7.5%)	15	25.0
ควบคุมพอใช้ (7.6 - 8%)	23	70.0
ควบคุมไม่ดี (>8%)	0	0
ระยะติดตามผล		
ควบคุมดี (< 7%)	8	20.0
ควบคุมค่อนข้างดี (7 - 7.5%)	22	55.0
ควบคุมพอใช้ (7.6 - 8%)	10	25.0
ควบคุมไม่ดี (>8%)	0	0

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ศึกษาได้อภิปรายผลการศึกษิตตามสมมุติฐาน

1. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตน ทั้ง 5 ด้านดีขึ้น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับการรักษาอย่างต่อเนื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมโรคเบาหวานได้ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้ พบว่า การเรียนรู้ใช้หลักวิธีในการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพในการบำบัด มาบูรณาการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อ ปรับพฤติกรรมผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดกิจกรรมมีบทบาทที่มุ่งเน้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ ระบุปัญหา ดำเนินการแก้ปัญหา สรุปประเมินผลการให้ความช่วยเหลือ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา ดังนั้น การนำกระบวนการพยาบาลของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อที่จะสามารถวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย ทำให้กลุ่มตัวอย่างระบุพฤติกรรมปัญหา มองเห็นปัญหาและมองเห็นพฤติกรรมที่ต้องแก้ไข และการตั้งเป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม โดยมีการติดตามตนเองว่าสามารถทำได้หรือไม่ พยาบาลผู้จัดกิจกรรมช่วยกันหาแนวทางการแก้ไขพร้อมการตั้งเป้าหมายใหม่ ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของจันทิมา เนียมโกคะ (2552) ศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรารวรรณ วีระรัตนกุล (2553) ศึกษาการสื่อสารของการพยาบาลวิชาชีพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ผลการวิจัย พบว่าผลการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ สามารถสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจกลุ่มทดลองให้มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพมากขึ้น มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

2. ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) หลังเข้าร่วมศึกษาและระยะติดตามผล พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ได้ดี หลังสิ้นสุดการวิจัย 6 เดือน สามารถควบคุมอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมดีมากขึ้น พบว่า ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตัว การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับการรักษาอย่างต่อเนื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงในการดูแลตนเองดีขึ้น โดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องเปลี่ยนแปลงแก้ไข โดยผู้ป่วยตั้งเป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนแปลงชัดเจน และมีพยาบาลจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เสริมแรง ร่วมแก้ไข ปัญหาอุปสรรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ และพัฒนาการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีคงอยู่อย่างถาวรสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ จันทรฉาย (2555) ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวาน และการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการจัดการตนเองการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมีพฤติกรรม การจัดการตนเองด้านบริโภคอาหารและการ ออกกำลังกายที่ถูกต้องมากกว่าก่อนทดลอง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ลดลง แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ผู้เข้าร่วมศึกษาจะมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ยังไม่ถึงเป้าหมายในบางคน แต่ก็มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ลดลงจากเดิม ดังนั้น เพื่อความยั่งยืน และส่งผลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ควรมีการสนับสนุนและทบทวนความรู้ ติดตามทุก 6 เดือน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานคงความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีความต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และคณะ (2552) ศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังการเข้าร่วมโครงการอบรมความรู้ เกี่ยวกับการจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่มกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มาตรวจรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่เข้าอบรมในโครงการครบ 1 ปี จำนวน 45 ราย ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยของ FPG และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่างเมื่อมาตรวจรักษา 4 ครั้งแรก หลังการเข้าร่วมอบรมพบว่า ลดลงจากก่อนการ เข้าร่วมอบรมอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มสูงขึ้น ในครั้งที่ 5 เมื่อรับการอบรมครบ 1 ปี อย่างไรก็ตามช่วง 2-3 เดือนก่อนครบ 1 ปี หลังการอบรม ระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการอบรมซ้ำในช่วงนี้ ซึ่งน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานคงความสามารถในการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด ได้อย่างต่อเนื่องยิ่งขึ้น

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถ ทบทวน วิเคราะห์ปัญหา การกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำหลักการในการสร้างสัมพันธภาพ จัดการเรียนรู้ให้เหมาะสมผู้ป่วยแต่ละคน ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ให้มีส่วนร่วมในการควบคุมการป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน
3. เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพและบริการ ประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำรูปแบบการสร้างสัมพันธภาพลักษณะ นี้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่ม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่รักษาไม่หาย มีความท้อแท้ เบื่อหน่ายในการดูแลสุขภาพตนเอง
2. สามารถนำหลักการในการสร้างสัมพันธภาพที่ ประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม แต่ละคนและ ครอบครัวที่มีความแตกต่างกันใน บริบทของปัญหา เพราะจะ ช่วยปรับการรับรู้ ความเชื่อ ทศนคติ การปฏิบัติของผู้ป่วยและ บุคคลในครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยทดลองโดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อใช้ ในการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวาน
2. ควรมีการศึกษารูปแบบประยุกต์แนวคิดทฤษฎี สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ของเพปเปลว (Peplau's Interpersonal Relations Theory) ในกลุ่มผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือด สมอง
3. ควรมีการจัดทำวิจัยหารูปแบบของการจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ติดบ้าน ที่เป็นผู้สูงอายุหรือ ผู้ดูแลที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- จุฑามาศ จันทร์ฉาย. (2555). โปรแกรมการเรียนรู้เรื่อง เบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็น โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทิมา เนียมโกตะ. (2552). โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก การพยาบาลศาสตร์ สาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์. (2552). การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน ภายหลังเข้าโครงการอบรมความรู้การ จัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่ม. วารสาร Rama Nurs J. 14 (3): 294-295.
- นิตยา เพ็ญศิริณภา. (2554). คู่มือฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตรนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับโรคเรื้อรัง. เอกสาร ประกอบการอบรม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2557). สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล.วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (พ.ค.-ส.ค.) 2557
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2551). ปฏิบัติการพยาบาล ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.
- ภาวนา กิรติยวงศ์. (2544). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมโদিสำคัญสำหรับการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 2 ชลบุรี: พีเพรส.
- วิทยา ศรีดามา. (2549). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. อายurvedic คณະแพทย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชรารวรรณ วีระรัตนกุลและคณะ. (2553). ศึกษาการสื่อสารของการพยาบาลวิชาชีพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารพยาบาล กองทัพบก. 2553; 11(1): 73-78. ศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังกวาลย์- ทัศนารมย์. (2559). รายงานผลการปฏิบัติงาน: คลินิกเบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุข 61 สังกวาลย์- ทัศนารมย์ ปีงบประมาณ 2559. เอกสารอัดสำเนา.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย. ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดิไซน์.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ในเป้าหมายการรักษาคัดตาม การประเมินผล การรักษา และการส่งปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ร่วมเย็น มีเดีย.
- สุนิตย์ จันทร์ประเสริฐ. (2551). การจัดการองค์การให้ความรู้โรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์การพิมพ์.
- อุบลรัตน์ ด้อยมาเมือง. (2548). กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group). จุลสารเจาะลึกการพยาบาล. ฉบับที่ 1 ปีที่ 3.
- เอระวดี มิตรภักดี. (2550). Diabetes Perriferal Neuropathy. ในวิทยา ศรีมาตา (บรรณาธิการ). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตีพับลิเคชัน.

โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง

ช่อทิพย์ อัมพรภิรมย์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two groups pre - posttest) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนจากการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีของโอเรียม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับแฟ้มเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง กรุงเทพมหานคร ประจำปี 2559 และมีค่าความดัน Systolic เฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท ขึ้นไป (SBP \geq 140 มม.ปรอท) และ/หรือ ค่าความดัน Diastolic เฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท ขึ้นไป (DBP \geq 90 มม.ปรอท) อย่างน้อย 2 ครั้งในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาจำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experiment group) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับค่าความดันโลหิตได้ ที่อาศัยในชุมชนวัดจันทรประดิษฐาราม เขต 3 และได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับค่าความดันโลหิตได้ ที่อาศัยในชุมชนวัดจันทรหมู่ 1 เขต 5 ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ แต่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน จำนวน 30 คน ดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2559 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2560 รวมระยะเวลาทั้งหมด 7 เดือน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือก่อนทดลองและหลังทดลอง ในช่วงการเก็บข้อมูลใช้เวลา 4 เดือน เครื่องมือประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation), Paired Sample t-test และ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการทดลองความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมความดันโลหิตโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 12.565, p = 0.000$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -0.099, p = 0.000$) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ในกลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -23.642, p = 0.000$) และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -8.494, p = 0.000$)

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูง/รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนทฤษฎีโอเรียม

Community Hypertensive Patient Management Model Development Project Public Health Center 47, Klong Khwang

Chorthip Ampornphirom

Abstract

This two-group pre-posttest quasi-experimental research aimed to study a model development project for hypertensive care in community, based on the theoretical concept of Orem. Study samples were the persons diagnosed as having hypertension and had been registered in the file for home-visit to be made by Public Health Center 47, Klong Khwang, Bangkok Metropolis, for the year 2016, who had the averaged systolic blood pressure (SBP) as ≥ 140 mmHg and/or the averaged diastolic blood pressure (DBP) as ≥ 90 mmHg for at least 2 times during a prior period of 6 months, totally 60 persons. They were divided into 2 groups, i.e. Experimental group consisting of those diagnosed as having uncontrolled hypertension, lived in Wat Chan Praditharam Community, Area 3, and were enrolled in self-care enhancement program for patients with uncontrolled hypertension in community, totally 30 persons; and *Comparison group* consisting of those diagnosed as having uncontrolled hypertension, lived in Wat Chan Community, Moo 1, Area 3, and received regular care without getting enrolled in self-care enhancement program for patients with uncontrolled hypertension in community, totally 30 persons. The study was conducted from 1 August 2016 to 28 February 2017, totally 7 months. Data were collected twice, i.e. before and after the experiment; and data collection period lasted 4 months. Study tools consisted of data collection tool and the tool used for the experiment (i.e. self-care enhancement program for patients with uncontrolled hypertension in community). Data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, SD, paired sample t-test, and independent t-test. Study results revealed that after the experiment, the overall knowledge score among those in experimental group regarding the consequences of the complications of hypertension and regarding the control of blood pressure was higher than the overall score before the experiment at 0.05 level of statistical significance ($t = 12.565$, $p = 0.000$) and higher than the overall score of the comparison group at 0.05 level of significance ($t = -0.099$, $p = 0.000$). After the participation in self-care enhancement program for patients with uncontrolled hypertension in community, the mean score of self-care behavior of experimental group was better than the mean score before the experiment at 0.05 level of statistical significance ($t = 23.642$, $p = 0.000$) and better than the mean score of the comparison group at 0.05 level of significance ($t = -8.494$, $p = 0.000$).

Keywords : Hypertension/ Community Patient Management Model/ Orem's Theory

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย

ในปัจจุบันประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลง ไปอย่างรวดเร็วซึ่งมีผลกระทบต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกและการเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยทั้งทางด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจ ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนที่เกิดจากพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น ทั้งจากการบริโภคอาหารไม่ได้สัดส่วนและไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย การใช้ชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดความเครียดจนเป็นผลเสียต่อสุขภาพก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ซึ่งต้องใช้ต้นทุนในการรักษาพยาบาลสูงและเมื่อเป็นโรคเรื้อรัง แล้วผู้ป่วยก็ต้องรับสภาพการเป็นโรคตลอดชีวิต องค์การอนามัยโลกรายงานว่าปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งที่ยัง มีผลสูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปี หรือคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของ DALYs

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญจากรายงานว่าประชากรชาวอเมริกันมากกว่า 50 ล้านคน มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22 สำหรับในประเทศไทยประชากรป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ตามอายุที่เพิ่มขึ้น พบผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 50 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประชากรที่ตระหนักในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงมีเพียงร้อยละ 30 การศึกษาโรคความดันโลหิตสูงแบ่งแยกตามเพศ พบว่าร้อยละ 77 ของเพศชายไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค ร้อยละ 6 ทราบว่าเป็นแต่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 11 รักษาควบคุมไม่ตามเกณฑ์ ร้อยละ 6 รักษาและควบคุมได้ตามเกณฑ์ เพศหญิงร้อยละ 62 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค ร้อยละ 7 ทราบว่าเป็นแต่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 19 รักษาควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 12 (ศิริอร สิ้นธุ, 2559 : 47-49) และจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการตายด้วย โรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ในภาพรวม ของประเทศในปี 2556-2558 เท่ากับ 8.09, 18.28 และ 25.32 ตามลำดับ อัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2558 เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่าจากปี 2556 จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนได้ว่าประชากรไทยกำลังเผชิญปัญหาของโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังทำให้ การดำเนินของโรคความดันโลหิตสูงรุนแรงเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ วารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯ (ปีที่ 5-6) | กลุ่มงานวิจัยและพัฒนากระบวนการพยาบาล 113

ตามมามากมายที่ต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มเติม และเกิดภาวะค่าใช้จ่ายสูง ในระบบสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมได้ความดันโลหิตในหลอดเลือดที่สูงขึ้นจะเกิดผลที่ตามมาทั้งทางตรง (direct effect) คือ หลอดเลือดตามอวัยวะต่างๆ ในร่างกายแตกได้ เช่นเกิด subarachnoid hemorrhage, aortic dissection, aneurysm, retinopathy, left ventricle hypertrophy และ renal failure เป็นต้น และเกิดผล ที่ตามมาโดยทางอ้อม (indirect effect) กล่าวคือความดันโลหิตสูงจะเร่งปฏิกิริยาการเกิดหลอดเลือดแดงแข็งและเปราะ (atherosclerosis) เช่น หากเกิดที่หลอดเลือดหัวใจอาจเกิดโรค coronary artery disease (CAD), myocardial infarction (MI) หากเกิดขึ้นที่หลอดเลือดสมองอาจเกิด ischemic stroke หากเกิดที่หลอดเลือดที่ไต ก็อาจเกิด renal artery stenosis หรือเกิดที่หลอดเลือดขา เกิดโรค peripheral artery disease (PAD) ได้ เป็นต้น ซึ่งผลที่ตามมาทั้ง direct effect และ indirect effect ของโรคความดันโลหิตสูง จะกลายเป็นโรคใหม่ที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและกลายเป็นโรคหลักที่มี ภาวะแพง ต้องใช้การรักษาที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งเรื่องของการใช้ที่มีสุขภาพเข้ามาดูแลการรักษาโดยการคัดกรอง บางอย่างจนกระทั่งการผ่าตัดและจะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพสูงมากขึ้น (ศิริอร- สิ้นธุ, 2559: 47-49)

ศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวางกรุงเทพมหานคร มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่เขตภาษีเจริญ โดยให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค ด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยมีการดำเนินงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายต่างให้การบริการทั้งภายในและภายนอกของศูนย์บริการสาธารณสุข ให้คำปรึกษาและการพยาบาลด้านสุขภาพทั้งบุคคลครอบครัว รวมถึงชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ประสานงานกับแกนนำในชุมชนและ ส่งต่อเชื่อมโยงไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย โดยเฉพาะงานอนามัยชุมชนเป็นการให้บริการสาธารณสุขเชิงรุกแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งสนับสนุนในเรื่องการมีส่วนร่วมและพึ่งตนเอง ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเจ็บป่วยที่บ้านในรูปแบบของเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีหน้าที่สำรวจ ประเมิน วินิจฉัย แก้ไขปัญหาสภาวะอนามัยบุคคล ครอบครัว และ

ชุมชนในพื้นที่เยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพ จัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ และไม่ติดต่อ การฟื้นฟูสภาวะสุขภาพ การจัดบริการทางการแพทย์ การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลในเครือข่าย การเสริมสร้าง และพัฒนาเครือข่ายองค์กรชุมชน

จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ทะเบียนเยี่ยมบ้านในปี พ.ศ.2556 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 420 คน คิดเป็นร้อยละ 46.5 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ พ.ศ.2557 มีจำนวน 438 คน คิดเป็นร้อยละ 49.5 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ พ.ศ.2558 มีจำนวน 459 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และ พ.ศ.2558 (ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2558) มีจำนวน 469 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ฐานข้อมูลจากโปรแกรม BMA home ward referral center กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2559)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้ศึกษาโครงการในฐานะพยาบาลวิชาชีพจึงได้มีการจัดการดูแลตนเองผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ประสานควบคู่ไปกับการรักษา ของแพทย์แบบเชิงรุกซึ่งถือว่าเป็นแกนนำหลักสำคัญ ในการพัฒนาส่งเสริมการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา โดยมีการวางแผนการดูแลควบคุมโรคให้สงบลดภาวะแทรกซ้อน โดยการจัดให้เกิดการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องครบวงจร มีการประสานข้อมูลการเชื่อมต่อการดูแลรักษาพยาบาล รวมถึง การกำหนดนโยบายต่าง ๆ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่เข้าถึงมีความเสมอภาคและลดช่องว่างในการเชื่อมต่อในทุกกระดับของระบบบริการสุขภาพให้น้อยที่สุดในขณะเดียวกัน มีการจัดทรัพยากรนำเข้ามาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมตามความต้องการและตามความจำเป็น และมีความคุ้มค่าทั้งในส่วนของ ผู้ให้และผู้รับบริการ (วณิรัตน์ รุ่งเกียรติกุล, 2559: 14) มีความสนใจศึกษาและจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีการเฝ้าระวังสุขภาพ ของตนเอง รับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองในทางที่

ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคตและเพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมความดันโลหิต พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับการใช้โปรแกรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ทั้งภายในกลุ่มระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับการ ใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมไม่ได้ในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงการควบคุมความดันโลหิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองได้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน มีระดับความดันโลหิตลดลงได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

พยาบาลในฐานะที่เป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีหน้าที่ให้ความรู้คำแนะนำที่ถูกต้อง เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (ทัศนยา บุญทอง, สุปรานี อัทธเสรี และนันทมน ศิริกุล, 2550: 26) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ความพร้อมในการ ดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการเน้นพฤติกรรมดูแลตนเองกับปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การให้ความรู้ในเรื่องการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ในเรื่องการรับประทานอาหารการรับประทานยา การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น บุหรี่ และเหล้า รวมทั้งการไปพบแพทย์ตามนัด เมื่อมีความรู้แล้วผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการให้ความรู้และสนับสนุนพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการในการให้การพยาบาล ต้องอาศัยความรู้และสามารถของพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตลอดจนสนับสนุนให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ในที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย

การจัดโครงการครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design) แบบสองกลุ่ม โดยการวัดความดันโลหิตก่อนและหลัง (Two groups pre - posttest) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน โดยมีกิจกรรมดังนี้ การสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนการดูแลตนเอง การสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง และการสร้างสิ่งแวดล้อมในการดูแลตนเอง

ตัวแปรตาม คือ ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิต พฤติกรรมดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การรับประทานยา การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการตรวจตามนัด ค่าความดันโลหิตเป็นระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เปรียบเทียบผลการศึกษาก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น

โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูงในชุมชน
กิจกรรมที่ 1.
- การสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง
กิจกรรมที่ 2.
- การสนับสนุนการดูแลตนเอง
กิจกรรมที่ 3.
- การสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง
กิจกรรมที่ 4.
- การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง

การพยาบาลปกติ

ตัวแปรตาม

1. ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิต
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - การรับประทานอาหาร
 - การออกกำลังกาย
 - การรับประทานยา
 - การผ่อนคลายความเครียด
 - การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง
 - การตรวจตามนัด

ระดับความดันโลหิตลดลง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทั้งเพศชายและหญิงที่อยู่ในชุมชนพื้นที่เขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับแฟ้มเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง ประจำปี 2559 และมีค่าความดัน Systolic เฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท ขึ้นไป (SBP \geq 140 มม.ปรอท) และ/หรือค่าความดัน Diastolic เฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอทขึ้นไป (DBP \geq 90 มม.ปรอท) อย่างน้อย 2 ครั้งในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับแฟ้มเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง ประจำปี 2559 และมีค่าความดัน Systolic เฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท ขึ้นไป (SBP \geq 140 มม.ปรอท) และ/หรือ ค่าความดัน Diastolic เฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอทขึ้นไป (DBP \geq 90 มม.ปรอท) อย่างน้อย 2 ครั้งในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experiment group) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ที่อาศัยในชุมชนวัดจันทร์ประดิษฐาราม เขต 3 และได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน จำนวน 30 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับค่าความดันโลหิตได้ ที่อาศัยในชุมชนวัดจันทร์ หมู่ 1 เขต 5 ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติแต่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน จำนวน 30 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แผนการสอนและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แผนการสอน ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ระยะเวลา 4 เดือน

1.2 คู่มือ “การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

เครื่องมือประเมินสภาวะร่างกาย

1. เครื่องวัดความดันโลหิต (Omron automatic blood pressure monitor model) เป็นเครื่องวัดแบบอัตโนมัติ มีความสะดวกสำหรับการใช้ และลดความผิดพลาดในการอ่านระดับความดันโลหิต ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ที่ผ่านการสอบเทียบเครื่องวัดความดันโลหิต โดยแผนกบำรุงรักษาเชิงป้องกันและสอบเทียบเครื่องมือแพทย์บริษัท เอ็นเฮลท์ (N Health) เป็นการทดสอบแบบ สตาติกเพสเซอร์ (Static pressure) และมีตัวเครื่องทดสอบ (tester) ใช้การสอบเทียบ 3 ครั้ง ได้ค่าความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 2 ของค่าความเชื่อมั่นทั้งหมด (N Health, 2559)

2. แบบสอบถามสร้างโดยผู้วิจัย ตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการ ทฤษฎีและผลการวิจัย ที่เกี่ยวกับการประยุกต์ให้สอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เพื่อให้ครอบคลุมตามพฤติกรรมที่ต้องการวัด ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพ โรคร่วม และค่าความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงกับการควบคุมความดันโลหิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อใช้ในการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตในเรื่องการควบคุมความดันโลหิต จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 6 ด้าน คือการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการตรวจตามนัด ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สามารถวัดจากแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วัดได้จากคะแนนรวมจากการที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตอบแบบการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 18 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบสอบถามความรู้ ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมระดับความดันโลหิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในทศส่วนมากกว่า 0.80 ขึ้นไป ในการประเมินระดับความดันโลหิตจะใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบชนิดดิจิทัลที่ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานความเที่ยงตรงแล้ว และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับแพมเปียมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง กรุงเทพมหานคร ประจำปี 2559 และมีค่าความดัน Systolic เฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท ขึ้นไป (SBP \geq 140 มม.ปรอท) และ/หรือค่าความดัน Diastolic เฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอทขึ้นไป (DBP \geq 90 มม.ปรอท) อย่างน้อย 2 ครั้ง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experiment group) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับค่าของความดันโลหิตได้ที่อาศัยในชุมชนวัดจันทร์ประดิษฐาราม เขต 3

และได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับค่าความดันโลหิตได้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนวัดจันทร์หมู่ 1 เขต 5 ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ แต่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน จำนวน 30 คน ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2559 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2560 รวมระยะเวลาทั้งหมด 7 เดือน ทำการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือก่อนทดลองและหลังทดลอง ในช่วงการเก็บข้อมูลใช้เวลา 4 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) อธิบายข้อมูลทั่วไป ในการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากร โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้สถิติ Paired Sample t-test, Independent t-test ของกลุ่มทดลองและในกลุ่มเปรียบเทียบกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการทดสอบสมมุติฐาน

ผลการวิจัย

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง (n = 30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			
	\bar{X}	SD	Max	Min	\bar{X}	SD	Max	Min
ก่อนการทดลอง	8.90	2.38	15	5	10.80	2.87	18	5
หลังการทดลอง	15.90	1.81	20	13	8.83	2.82	18	5

คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิตโดยรวม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

และการควบคุมความดันโลหิตโดยรวม เท่ากับ 8.90 (SD = 2.38), 15.90 (SD = 1.81) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิตโดยรวม เท่ากับ 10.80 (SD = 2.87), 8.83 (SD = 2.82)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิตโดยรวม ภายในกลุ่มทดลอง(n = 30)

ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง				t	p-value
	\bar{X}	SD	Max	Min		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนการทดลอง	8.90	2.38	15	5	12.565	0.000*
หลังการทดลอง	15.90	1.81	20	13		

*p<0.05

จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับผลกระทบ จากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมความดันโลหิตโดยรวม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองพบว่า

คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมความดันโลหิตโดยรวมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.000)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมความดันโลหิต ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)

ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิต	กลุ่มเปรียบเทียบ				t	p-value
	\bar{X}	SD	Max	Min		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนการทดลอง	8.83	2.82	18	5	- 1.756	0.090
หลังการทดลอง	9.30	2.35	16	5		

*p<0.05

จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมความดันโลหิตโดยรวมในระยะเวลาก่อนการทดลองและหลังการทดลองของเปรียบเทียบ

พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมความดันโลหิตโดยรวม เปรียบเทียบในระยะเวลาก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.090)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิต ในระยะเวลาก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง					
ก่อนการทดลอง	8.90	2.38	10.80	2.87	- 0.099	0.922
หลังการทดลอง	15.90	1.81	8.83	2.82	- 8.237	0.000*

*p<0.05

จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิตโดยรวมในระยะเวลาก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมความดันโลหิตโดยรวม

ระหว่างกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบในระยะเวลาก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.922) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิตโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบ ในระยะเวลาหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.000)

อภิปรายผลการวิจัย

สมมุติฐานที่ 1 ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา พบว่าผลการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมความดัน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลการศึกษา ตามสมมุติฐานแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ที่จัดขึ้นจากการจัดโครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันในชุมชน สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมความดัน รวมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองในส่วนของกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งจะมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยของกชกร ธรรมนำสีล (2558) ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ประกอบด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการจัดการตนเอง การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และรวมถึงการอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการตามปกติ เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ด้วยแบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test ผลของการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองสูงกว่า ก่อนการทดลองและยังสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) พินิตนันท์ วงศ์สุวรรณ (2556) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุระหว่าง 60-70 ปี กิจกรรมในโปรแกรมประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และแนวคิดสนับสนุนทางสังคม โดยทั้งสองกลุ่มได้รับบริการสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงตามปกติเหมือนเดิม แต่กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมเพิ่มเติมตามโปรแกรม ประกอบด้วย การให้ความรู้ร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม โดยเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค การฝึกทักษะเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารแบบ Dash diet การรับประทานยาที่ถูกต้อง การตรวจตามนัด การหลีกเลี่ยงเหล้าและบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ การผ่อนคลายความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว ผลการทดลองพบว่าหลังการทดลองและระยะติดตามกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของ ผลลัพธ์ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.016$)

นรเศรษฐี พูนสุวรรณ, สมัทนา กลางคาร และโกเมน ทิวทอง (2558) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ณัฐฉานี เสือโต (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ในกลุ่มอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ควบคุมความดันไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลคลองลาน อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ผลการวิจัย พบว่า หลังการเข้าโปรแกรมกลุ่ม

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ แรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การควบคุมความดันและมีระดับความดันโลหิตดีขึ้นกว่าระยะก่อนทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ดังนั้นจากผลการศึกษาและการนำผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการศึกษา จะเห็นได้ว่าการจัดโปรแกรมในรูปแบบต่างๆ มาใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลในเรื่องความรู้เกี่ยวกับผลกระทบ จากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมความดัน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ทำให้ผู้จัดได้เห็นถึงประโยชน์และความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างชัดเจน และส่งผลถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

สมมุติฐานที่ 2 ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน มีระดับความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน มีระดับความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ณัฐฉิณี เสือโต (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ควบคุมความดันไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า หลังจากการเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การควบคุมความดันและระดับความดันโลหิตดีขึ้นกว่าระยะก่อนทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และดลรัตน์ รุจิวัฒนการ สุวรรณ (อ้างถึงในกชกร ธรรมนำศีล, 2558) ได้ศึกษา

ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้เรื่องความจำเป็นในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และการควบคุมโรคความดันโลหิต กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ใช้ทฤษฎีของโอเร็ม และการปรับแนวคิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมโรคไม่ได้ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความจำเป็นในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการกินยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการประเมินตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีร้อยละของ ผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก (Systolic) และไดแอสโตลิก (Dastolic) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้นจากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้เห็นได้ว่าการศึกษาคความดันโลหิตของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ซึ่งหลายๆ ปัจจัยที่มีผลการต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การผ่อนคลายความเครียด การลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และการตรวจตามนัด เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดอัตราการทุพพลภาพและการเสียชีวิต สามารถนำไปพัฒนางานได้อย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนเป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นทางคลินิกและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนช่วยลดปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต ลดภาระค่าใช้จ่ายและอัตราการเกิดผู้ป่วยติดเตียงลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการบริการ

1. พยาบาลอนามัยชุมชนสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ หรือกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา เท้า เป็นต้น

2. พยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขด้านอื่นๆ สามารถพัฒนานำโปรแกรมไปพัฒนามุ่งเน้นสาเหตุและปัญหาเฉพาะเจาะจงในส่วนที่ขาด ควบคู่กับการนำเอาครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โรคความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อเป็นการกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ด้านการศึกษา

1. สามารถนำโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ไปใช้ในการสอนนักศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ที่สนใจในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ

2. สามารถนำไปเป็นสื่อการสอนในคลินิกและมีการเชื่อมโยงจากคลินิกสู่ชุมชนได้อย่างดีและมีมาตรฐานด้านวิจัย สามารถนำโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนไปพัฒนาในรูปแบบการศึกษาวิจัยที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น การพัฒนารูปแบบ R2R ในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเพิ่มระยะการติดตามประเมินผลในส่วนของพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต และระดับความดันโลหิตเพื่อดูความคงทนของพฤติกรรม และผลของการควบคุมความดันโลหิต

2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มบทบาท การสร้างแรงจูงใจภายในครอบครัวและชุมชนให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นประเด็นการใช้แรงสนับสนุน เช่น การยกย่องเป็นบุคคลต้นแบบที่เคยมีประวัติการควบคุมความดันไม่ได้จนเกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับมาควบคุมความดันโลหิตได้

3. การออกเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้งควรเพิ่มบริบทบทบาทของผู้ดูแล (care giver) ให้มากขึ้นชัดเจนมากกว่านี้จะทำให้ได้ประสิทธิภาพของงานมากขึ้น และลดภาระการติดตามเยี่ยมบ้าน ควรมีการจัดวางแผน ลดเวลาในการออกเยี่ยมบ้านเนื่องจากค่อนข้างใช้เวลานาน เป็นต้น

4. การศึกษาครั้งต่อไปควรเอาครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาเนื่องจากครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนเรื่องการดูแลผู้ป่วย และบางคนค่อนข้างเป็นวัยผู้สูงอายุถ้ามีญาติมาเป็นแรงผลักดันช่วยให้ได้ผลดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

- กชกร ธรรมนำศีล. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. ปริญาพยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนกภรณ์ ทองคุ้ม.(2558). ผลการฝึกสมาธิร่วมกับการฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบคต่อระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. พยาบาลสาร, 42(1), 24 - 37.
- กรุงเทพมหานคร. สำนักอนามัย. กองการพยาบาลสาธารณสุข. (2558). คู่มือพัฒนาระบบการพยาบาลที่บ้านโดยพยาบาล ผู้จัดการสุขภาพ (Care Manager). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ลักษมีนนานาภัณฑ์
- กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการป้องกันและบำบัด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการออกกำลังกาย. นนทบุรี: องค์การทหารผ่านศึก.
- ณัฐินี เสือโต. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ควบคุม ความดันไม่ได้. ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน,มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนาศา บุญทอง, สุปรานี อัทธเสรีและนัทธมน ศิริกุล, (2550). บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ. วารสารสภาการพยาบาล, 22(4), 24 – 37.
- นรเศรษฐี พูนสุวรรณ, สุภัทนา กลางคาร และโกเมน ทิวทอง. (2558). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้าน สุขภาพและการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ไม่ทราบสาเหตุ ตำบลโคกม่วง อำเภอประคำ จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร- มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ. (2556). โปรแกรมการส่งเสริมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พร้อมจิตร ห่อนบุญheim. (2553). ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม แนวคิดและการประยุกต์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- Babatsikou & Zavitsanou. (2010). Epidemiology of hypertension in the elderly. Health Science Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). Nursing Research: Principles and methods (7thed). Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Orem,D.E. (2001). Nursing: Concept of practice (6thed).St.Louis, MO: Mosby Year Book.World Health Organization. (2012). World Health Statistics All right reserved. Publication of the. World Health Organization are available on the WHO. Retrieved Jan 16, 2015, from <http://www.who.i>

CALCUATE VACCINATION DAY (คำนวณวันรับวัคซีนในเด็กเล็ก)

ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วง นุชเนตร

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

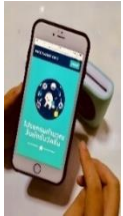
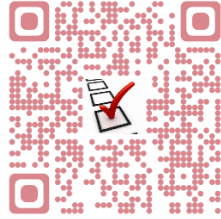
สภาพการปฏิบัติงานเดิมทำให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี (Well Baby Clinic) มีบทบาทเกี่ยวกับการเสริมสร้างให้เด็กมีสุขภาพดี มีพัฒนาการสมวัยตั้งแต่แรกเกิด ด้วยบริการที่ครอบคลุมหลายด้านทั้งประเมินการเจริญเติบโต สภาพโภชนาการ ประเมินพัฒนาการของร่างกาย สถิติปัญหาอาการ ผื่น ผื่นคัน และพฤติกรรม แนะนำส่งเสริมทันตอนามัย การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามที่กำหนด อธิบายประโยชน์ อากาศข้างเคียงและการดูแลภายหลังการได้รับภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น จะเห็นได้ว่าทำให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี มีกิจกรรมบริการหลายขั้นตอน และมีผู้รับบริการจำนวนมาก ผู้จัดทำผลงานจึงมีความประสงค์จะลดระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และเพิ่มประสิทธิภาพ ในการให้บริการคลินิกเด็กให้ดีขึ้น โดยเฉพาะในขั้นตอนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การจ่ายวัคซีน และนัดรับวัคซีน ซึ่งขั้นตอนนี้ต้องมีการคำนวณวันที่เด็กอายุครบตามเกณฑ์ การได้รับวัคซีน และคำนวณวันที่นัดเพื่อรับวัคซีนเข็มต่อไป ซึ่งจากเดิมการคำนวณอายุ และคำนวณวันนัดดังกล่าว ทำโดยการนับมือดูปฏิทินกะอายุเด็กคร่าวๆ โดยการนับเดือน เพื่อใช้ประเมินโภชนาการ จ่ายวัคซีน และระบุวันนัดรับวัคซีนเข็มต่อไป จำเป็นต้องให้เวลามากกับขั้นตอนนี้มากโดยการใช้สมาธิ มีการนับทวนวันกับปฏิทินอีกครั้งป้องกันการนับวันผิดหรือนัดวัคซีนผิดชนิดในการปฏิบัติงานจริงที่ศูนย์สาขานั้นมีเจ้าหน้าที่เพียง 2 คน คือ นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาล จากสภาพหน้าที่วุ่นวาย ความแออัดของผู้มารับบริการทำให้เจ้าหน้าที่ต้องทำหลายๆ อย่างในเวลาเดียวกัน ผู้จัดทำจึงมีแนวคิดที่ว่าทำอย่างไร จึงจะช่วยลดระยะเวลาการนับอายุ การนับวัน แต่เพิ่มความถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

ลดระยะเวลาการปฏิบัติงานเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี และเพิ่มความถูกต้องแม่นยำในการคำนวณอายุ และกำหนดวันรับวัคซีนครั้งต่อไป

วิธีดำเนินการ

แนวทางในการปรับปรุงบริการรูปลักษณ์ที่ต้องการทราบเมื่อเด็กมารับบริการคลินิก (Well Baby Clinic) คือ วันนี้อายุเท่าไร? กี่ปี กี่เดือน กี่วัน? (เพื่อประเมินการเจริญเติบโต สภาพโภชนาการ และประเมินพัฒนาการ) และน้องจะครบอายุที่ต้องฉีดวัคซีนเข็มหน้าคือวันที่ และเมื่อครบอายุที่ต้องฉีดแล้วเป็น วันอังคารที่ใกล้ที่สุด คือวันอะไร (ที่ศูนย์สาขาวัดโพธิ์ให้บริการคลินิก Well Baby ทุกวัน อังคาร) ในระยะแรกได้มีการแก้ปัญหาการคำนวณวันนัด โดยการนับวันจากปฏิทินไว้ล่วงหน้า เขียนใส่กระดาษทำเป็นตาราง เช่น นับจากวันนี้ที่ให้บริการไปอีก 2 เดือน, อีก 3 เดือน, อีก 6 เดือน, อีก 1 ปี และเป็นวันอังคาร คือวันที่... แต่เมื่อนำมาใช้จริงจะใช้ได้เฉพาะเด็กที่มาตรงกับอายุตามเกณฑ์เท่านั้น ถ้ามาเกิน 2 สัปดาห์ก็ต้องนับปฏิทินใหม่ จึงได้พัฒนาตั้งสูตรการลบวันที่ในโปรแกรม excel โดยใส่วันเกิดเด็ก ลบกับวันที่ปัจจุบัน เพื่อหาอายุ ระบุเป็น ปี เดือน วัน และคำนวณว่าเมื่อใส่วันเกิดเด็กแล้ว เด็กจะอายุครบตามเกณฑ์ที่จะฉีดวัคซีนทั้ง 8 ครั้ง ตั้งแต่อายุ 2 เดือน ถึงอายุ ครบ 4 ปี วันไหนบ้าง และมาดูปฏิทินว่าใกล้กับวันอังคารใด ตรงกับวันหยุดหรือไม่ แต่ยังคงไม่สะดวกในการใช้งานมากนัก จึงได้พัฒนาระบบคำนวณใหม่ในรูปแบบแอป สามารถใช้งานได้บนมือถือสมาร์ทโฟน และได้ปรับปรุง เพิ่มเติมขีดจำกัดต่างๆ ให้สามารถคำนวณอายุเด็ก คำนวณวันที่เด็กอายุครบตามเกณฑ์การได้รับวัคซีน และคำนวณวันที่นัดเพื่อรับวัคซีน ครั้งต่อไป ซึ่งสามารถเปลี่ยนจากวันอังคารเป็นวันอื่นๆ ได้แล้วแต่ศูนย์ที่ให้บริการ และเพิ่มระบุวันหยุดหากวันที่คำนวณได้ตรงกับวันหยุดอีก สามารถเข้าใช้งานได้ที่ <https://phc.amncorporation.com/> หรือโปรดสแกน QR ใช้งานง่าย เพียงใส่วันเกิดของเด็กและแบบประเมินหลังการใช้งาน



อภิปรายผล

สภาพการปฏิบัติงานหลังการปรับปรุงบริการ ลดระยะเวลา และมีความถูกต้องแม่นยำในการคำนวณอายุเด็กครบตามเกณฑ์ คำนวณวันนัดรับวัคซีนครั้งต่อไป ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี สามารถใช้เวลากับการให้บริการอื่นๆ และวัดผลความพึงพอใจจากผู้ส่งแบบสอบถาม 74 ราย มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับดีมาก (89.73%) และวัดระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้คำนวณวันนัดลดลงจากเดิม 2.86 ± 1.04 นาที/ราย ใช้เวลาลดลงแตกต่างจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$)เพิ่ม

ประโยชน์ที่ได้รับ

เจ้าหน้าที่สามารถคำนวณอายุเด็ก และสามารถกำหนดวันรับวัคซีนได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และถูกต้อง ลดระยะเวลาการปฏิบัติงาน เพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ลดความผิดพลาดในการนัดวัคซีน เช่น นัดวัคซีนผิดชนิด หรือนัดผิดวัน ผิดเดือน ผิดปี

การสร้างคู่มือการประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 12 Care ในโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุต่อเนืองที่บ้าน (Nurse Record 12 Care in BMA Home Ward Referral Program)

ผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการบริหารการพยาบาล
(ด้านบริหารอนามัย) รุ่นที่ 20 กองการพยาบาลสาธารณสุข
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีข้อมูลประชากรผู้สูงอายุที่ชี้ให้เห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากความเจริญก้าวหน้าในด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุขส่งผลกระทบให้ประชากรโลกมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น โดยโครงสร้างทางอายุของประชากรนั้น เมื่อจำแนกประชากรออกเป็นกลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ประชากรวัยเด็ก (อายุน้อยกว่า 15 ปี) วัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) และวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) พบว่า ในปัจจุบันสัดส่วนของประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการที่สังคมไทยมีโครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ถือได้ว่าสังคมไทยก้าวเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุอย่างแท้จริง โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุ ทั้งนี้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้พยากรณ์ว่าใน ปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 14.9 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25.0 ของประชากรทั้งประเทศ

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุนั้นจะส่งผลกระทบต่อสภาพสังคม เศรษฐกิจ การจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพ เพราะมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่สำคัญคือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น และยังมีปัจจัยเสี่ยง เช่น ขาดการออกกำลังกาย อ้วน จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ เพิ่มมากขึ้นทำให้เป็นภาระในการดูแลด้านต่างๆ สูงขึ้น ซึ่งการดูแลต่อเนืองที่บ้านเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การเชื่อมต่องานการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและผู้สูงอายุดังกล่าวระหว่างสถานพยาบาลกับบ้านจะต้องมีรูปแบบการดูแลที่ต่อเนื่องจากสถานพยาบาลเชื่อมโยงถึงชุมชนโดยอาศัยกลยุทธการมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ที่กระจายอยู่ทั่วทุกเขตในพื้นที่กรุงเทพมหานครและพบว่า ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือมีปัญหาด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยาไม่ถูกขนาด ไม่ถูกวิธีไม่ถูกเวลา หรือมีการใช้ยาหลายชนิดมากเกินไป ความจำเป็น บางครั้งเรือนผู้ป่วยและผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่บ้านตามลำพัง เนื่องจากญาติต้องไปทำงานนอกบ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านยังทำได้ไม่ครอบคลุมขาดความต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุยังคงยึดหลักการเยี่ยมบ้านตามโรคหรือการเจ็บป่วย ขาดการดูแลแบบองค์รวมที่มีรูปแบบชัดเจน

การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านมีเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง ให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมใช้ชีวิตประจำวันได้โดยปราศจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควรแก่สภาพ โดยมีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการประเมินภาวะสุขภาพ และให้การรักษาพยาบาลที่บ้าน โดยการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมกับการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ในการกำหนดปัญหา เป้าหมาย และกลวิธีในการดูแลตนเองหรือการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและครอบครัวซึ่งมีหลักการสำคัญเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองได้ภายใต้องค์ประกอบที่สำคัญคือ ผู้ดูแล ครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่บ้าน และแหล่งประโยชน์ ในชุมชนและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ในการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านพยาบาลต้องมีความรู้ และทักษะในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการสังเกต

การสรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การบันทึกข้อมูล การวางแผน และการพยาบาล โดยหลักการสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน คือการประเมินความรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวเกี่ยวกับโรค รวมทั้งการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และระบบการสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย การบริหารยาที่บ้าน การดูแลภาวะสุขภาพของผู้ดูแล รวมถึงการเผชิญปัญหา การปรับตัว หรือความเครียดทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน ตลอดจนต้องสรุปภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และผู้ดูแลให้ทราบถึงปัญหาที่มีผลกระทบต่อดูแลที่บ้านให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ทราบและให้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและกลวิธีการปฏิบัติหรือการจัดการกับปัญหา โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการ มีการประเมินผลลัพธ์ร่วมกัน กำหนดแผนการเยี่ยมที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย มีการประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ และทีมสุขภาพที่มีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วย และมีการส่งต่อแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามที่ต้องการ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่บ้านจะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ตลอดจนภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมแก้ไขปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่บ้าน โดยใช้กระบวนการทางการแพทย์ ซึ่งจากสภาพปัญหาและสถานการณ์ดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้เกิดแนว ความคิดที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้านอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Care) ให้เป็นรูปธรรม โดยการสร้างคู่มือในการประเมินผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 12 care ในโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (BMA Home Ward Referral Program) ทั้งยังเป็นการสร้างเครือข่ายและเชื่อมต่อช่องว่างการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังระหว่างสถานพยาบาลกับที่บ้าน และมีการพัฒนามาตรฐาน การดูแล 12 Care ทำให้สามารถค้นหาปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ของพยาบาลของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและ

สามารถให้การพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้ตรงตามความต้องการและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงโดยประเมินและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 12 care (Quality of care) และคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้านที่มีความยุ่งยากในการดำรงชีวิต ช่วยลดความทุกข์ทรมานและความวิตกกังวลของครอบครัว และผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยและผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาและพัฒนาคู่มือแบบประเมินและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 12 care ในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาและพัฒนาโปรแกรมในการประเมินและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 12 care ในโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน (BMA Home Ward Referral Program)

นิยามศัพท์

คุณภาพการดูแล (Quality of Care) หมายถึงการรับรู้คุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่ได้รับโดยการให้ความสำคัญต่อมุมมองการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยว่าเป็นเป้าหมายหลัก ในการให้บริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่เน้นการมีส่วนร่วมและมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient - centered care) ซึ่ง Wilde B. และคณะได้พัฒนาแนวคิดคุณภาพการดูแล โดยมองตามมุมมองหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นสำคัญต่อการบริการทางสุขภาพที่ได้รับซึ่งคุณภาพการดูแล ต้องตระหนักถึงการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นสำคัญโดยประเมินใน 4 มิติ ได้แก่

1. สมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแล (Medical technical Competence)
2. เทคนิคอุปกรณ์ของการดูแล (Physical technical conditions)
3. อัตลักษณ์ของเจตคติและพฤติกรรมของผู้ดูแล (Identity-oriented approach)
4. บรรยากาศทางสังคม และวัฒนธรรมขององค์กรสุขภาพ (Socio-cultural atmosphere) คุณภาพชีวิต

(Quality of Life) เป็นความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจ มีความสุขความพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตที่สำคัญ ได้แก่

สุขภาพกาย (Physical Health) ความสามารถต่างๆ ทางร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด การนอนหลับ ความสามารถในการเคลื่อนไหว

สุขภาพจิตใจ (Mental Health) เช่น ความสำราญใจ ความคิด ความจำ และอารมณ์

ระดับของความเป็นอิสระ (Level of Independence) เช่น ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพึ่งพิงวัตถุต่างๆ หรือการบำบัดรักษา ความสามารถในการทำงาน ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship) เช่น การสัมผัสทางสังคม การสนับสนุนจากครอบครัว และความสามารถในการดูแลครอบครัว ศาสนา สิ่งแวดล้อม (Environment) ความเป็นอิสระ ความปลอดภัยทางกายภาพ และความมั่นคง คุณภาพของสิ่งแวดล้อมของบ้าน สถานภาพทางเศรษฐกิจ สรุปลจากแนวคิดเบื้องต้น องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตควรประกอบด้วยความสุขสมบูรณ์ของร่างกายจิตใจ รวมถึงสภาพแวดล้อม สังคม และการใช้ชีวิตประจำวันอันเป็นที่พึงพอใจของแต่ละบุคคล

การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) หมายถึง การจัดการบริการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง (Continuing Care) โดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือบุคลากรทีมสุขภาพ (สหวิชาชีพ) ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้าน ที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เป็นระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จและเป็นองค์รวม (Holistic Care) ได้แก่ กาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมโดยบริการที่ให้ต้องเหมาะสมตามความจำเป็นของ ผู้ป่วยในแต่ละคน และแต่ละครอบครัว กิจกรรมประกอบด้วย การรักษาโรคเบื้องต้น การพยาบาลที่บ้าน การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค การเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อนและความพิการ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ การดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ (Patient - Family Participation) ตามความต้องการจนกว่าผู้ป่วยและ

ครอบครัวสามารถดูแลตนเอง (Self care) ได้ตามศักยภาพ (กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย, 2560)

BMA Home Ward Referral Center หมายถึง ระบบการส่งต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต้องได้รับการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งต่อมายังศูนย์ส่งต่อฯ ซึ่งตั้งอยู่ที่กองการพยาบาลสาธารณสุขในระบบออนไลน์ โดยศูนย์ส่งต่อฯ จะได้รับข้อมูลในทันทีและดำเนินการ ตรวจสอบข้อมูล คัดแยกผู้ป่วยทั้ง 6 กลุ่ม ในทุกสิทธิ ทุกรายได้ที่โรงพยาบาลประสงค์ จะให้การพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน จากนั้นจะส่งข้อมูลผู้ป่วยและแผนที่บ้านผ่าน ออนไลน์ไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง ตามพื้นที่รับผิดชอบและประสานงานกับโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานคร เมื่อศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ส่งข้อมูลผู้ป่วยและแผนที่บ้านผ่านออนไลน์ไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่งตามพื้นที่รับผิดชอบครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการสาธารณสุข จะดำเนินการในการลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมติดตามต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ผู้ป่วยและผู้สูงอายุเหล่านี้บางรายมีความพิการ มีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวมาจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลจากทีม สหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ (Nurse Care Manager) เป็นผู้วางแผนประสานและจัดการบริการการดูแลร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ (Care Giver) ในพื้นที่

โดยในการศึกษาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างคู่มือในการประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 12 Care ในโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน (BMA Home Ward Referral Program) โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล (Quality of Care) 12 Care และใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ซึ่งผู้ศึกษาได้ค้นคว้าและรวบรวมวรรณกรรม แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างคู่มือในการประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 12 Care ในโปรแกรมการส่งต่อ (Nurse Record 12 Care in BMA Home Ward Referral Program)

การสร้างคู่มือในการประเมินผู้ป่วยและวางแผน การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 12 Care ในโปรแกรมการส่งต่อ (Nurse Record 12 Care in BMA Home Ward Referral Program)

การพัฒนาและสร้างคู่มือในการประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 12 Care ในโปรแกรมการส่งต่อ BMA Home Ward Referral Program ผู้ศึกษาได้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 (Phase 1) เริ่มในปี พ.ศ.2559 โดยผู้ที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรการบริหารการพยาบาล (ด้านบริหารอนามัย) รุ่นที่ 16 ได้เริ่มพัฒนา Gold standard of palliative care (7c) ต่อมาในปี พ.ศ.2560 โดยผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการบริหารการพยาบาล (ด้านบริหารอนามัย) รุ่นที่ 17 ปรับปรุงเป็น Service plan 4 กลุ่ม คือ 1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) 2. ภาวะ-สมองเสื่อม (Dementia) 3. โรคมะเร็ง (Cancer) 4. โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD)

ระยะที่ 2 (Phase 2) เริ่มในปี พ.ศ.2561 โดย ผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการบริหารการพยาบาล (ด้านบริหารอนามัย) รุ่นที่ 18 พัฒนาต่อเป็น 9C และปรับการประเมินคุณภาพการดูแล (Quality of Care: QOC) และการประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of Life: QOL) ให้เป็นสากลมากยิ่งขึ้น ต่อมาในปี พ.ศ.2562 โดยผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการบริหารการพยาบาล (ด้านบริหารอนามัย) รุ่นที่ 19 พัฒนาต่อเป็น 12 Care

ระยะที่ 3 (Phase 3) เริ่มในปี พ.ศ.2563 โดยผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการบริหารการพยาบาล (ด้านบริหารอนามัย) รุ่นที่ 20 ได้พัฒนาการสร้างคู่มือในการประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 12 Care ในโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน (BMA Home Ward Referral Program) โดยนำแบบการประเมินและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 12 care ของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย มาพัฒนาและปรับปรุงเพื่อสร้างคู่มือและโปรแกรมในการประเมินและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 12 care ในโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน (BMA Home Ward Referral Program) โดยใช้แบบ

ประเมินคุณภาพการดูแล (Quality of care) และคุณภาพชีวิต (Quality of life)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบประเมินผู้ป่วยและวางแผนเกี่ยวกับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 12 care (Quality of Care) และส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนามาจากแบบประเมินคุณภาพการดูแล (Quality of Care) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครโดยได้กรอบแนวคิดจาก 8 Care และ Gold Standard of Palliative Care (7C) รวมถึงข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ศ.(เกียรติคุณ) ดร.พิมพ์พรพรณ ศิลปะสุวรรณ ผศ.ดุสิต สุจิราวัฒน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคุณศรีวรรณ ตันศิริ ที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข คุณวณิรัตน์ รุ่งเกียรติกุล ผู้เชี่ยวชาญที่ปรึกษาหลักสูตรการบริหารการพยาบาล (ด้านบริหารอนามัย) และคุณภาวดี มโนกุล อติตพยาบาลอาวุโส ศูนย์ประสานงาน 1

ส่วนที่ 1 คุณภาพการดูแล (Quality of Care) 12 Care เป็นแบบการบันทึกและแบบประเมินคุณภาพการดูแล หมายถึง บริการสุขภาพที่ให้แก่บุคคลและประชาชน เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์และสอดคล้องกับความรู้เชิงวิชาชีพที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งการประเมินคุณภาพการดูแลของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลเชิงผลลัพธ์ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยจากผลการตรวจ และการดูแลในด้านความสุขสบาย ครอบคลุมผลลัพธ์ การประเมินด้านองค์กรวม

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ

3. ผลลัพธ์ด้านองค์กรครอบคลุมผลลัพธ์ การประเมินด้านองค์กร

โดยแบ่งการประเมินเป็น 12 ด้าน คือ

1. การประเมินทั่วไป (Basic Screening Care), 2. การประเมินสุขอนามัยส่วนบุคคล (Comfort Care), 3. การประเมินความสามารถในการดูแลด้านการจัด การอาหาร (Food Care),

4. การประเมินความสามารถในการดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดกาย และกายอุปกรณ์ (Medical Equipment Care), 5. การประเมินความถูกต้องในการใช้ยา (Drug Care), 6. การประเมินความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายตามปัญหาที่พบ (Rehabilitation Care and Promotive- Health Care), 7. การประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้านครอบครัว (Family Care), 8. การประเมินความเหมาะสมและการจัดการสิ่งแวดล้อมต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยที่บ้าน (Environment Care), 9. การประเมินการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ทางสังคม (Social Care), 10. การประเมินตามกรอบแนวคิด Gold Standard of Palliative Care (7C) (Palliative Care), 11. การเชื่อมโยงเครือข่ายร่วมดูแล (Seamless care) และ 12. การจัดการ และการบันทึกทางการพยาบาล (Nurse Care Management และ Nurse Record) มีการประเมิน การจัดการ Discharge Planning ครบถ้วนตามที่โรงพยาบาลส่งต่อ ประเมินการวางแผนการพยาบาล โดย Nurse Care Manager รวมถึงสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลรายด้าน และสรุปคะแนนคุณภาพการดูแลทั้งหมด โดยมีเกณฑ์ในการประเมินมาตรฐาน 12 care เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ คะแนนตั้งแต่ 91-100 หมายถึง คุณภาพการดูแลอยู่ในระดับดีเยี่ยม, คะแนนตั้งแต่ 76-90 หมายถึง คุณภาพการดูแลอยู่ในระดับดี, คะแนนตั้งแต่ 61-75 หมายถึง คุณภาพการดูแลอยู่ในระดับพอใช้ และยังมีส่วนต้องพัฒนาและคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง คุณภาพการดูแลอยู่ในระดับไม่ผ่าน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of Life) การประเมินคุณภาพชีวิตของกองการพยาบาล-สาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในด้านการดูแลสุขภาพครอบคลุม 9 ด้าน ได้แก่ 1)ด้าน Self-care 2) ด้าน Cognitive 3)ด้าน Emotional 4)ด้าน Spiritual 5) ด้าน Social 6)ด้าน Pain และ Comfort 7)ด้าน Family connection 8)ด้าน Treatment 9)ด้าน Care coordination รวม 19 ข้อ โดยมีคะแนน 19-63 คะแนน แบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี ปานกลาง และดีโดยการแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตให้แบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของบลูม (Bloom, et al. 1971: 129, อ้างถึงในกฤษณี จันทนะนะ, 2552) 5) มีเกณฑ์การแบ่ง

คะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (54-63 คะแนน) หมายถึง คะแนนคุณภาพชีวิตระดับดี, คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 (45-53 คะแนน) หมายถึง คะแนนคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (≤ 44 คะแนน) หมายถึง คะแนนคุณภาพชีวิตระดับที่ไม่ดี

1. ศึกษาและทบทวนรูปแบบการประเมินคุณภาพการดูแล (Quality of Care) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการบริหารการพยาบาล (ด้านบริหารอนามัย) รุ่นที่ 19 ได้สร้างไว้เพื่อทำความเข้าใจในคู่มือให้ตรงกัน

2. นำคู่มือลงทดลองใช้จริงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม BMA Home Ward Referral จำนวน 15 ราย

3. ผู้เข้ารับการอบรมนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้คู่มือและจุดที่ต้องพัฒนามาประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนาและปรับคู่มือให้ครอบคลุม กระชับ ชัดเจน พร้อมทั้งให้คำนิยามในการประเมินแต่ละ Care ให้เป็นรูปแบบ (version) ของการบริหารการพยาบาลรุ่นที่ 20

4. นำเสนอกู่มือแบบสอบถามการประเมินคุณภาพการดูแล (Quality of Care) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ฉบับบริหารการพยาบาล (ด้านบริหารอนามัย) รุ่นที่ 20 ปรีกษาผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์จากคณะสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดลเพื่อปรับปรุงเนื้อหาและรับฟังข้อเสนอแนะ

5. นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข

6. ปรีกษาโปรแกรมเมอร์เพื่อสร้างโปรแกรมเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 12 Care ในโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน (BMA Home Ward Referral Program)

7. จากนั้นทดลองใช้โปรแกรม 12 care ในโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน (BMA Home Ward Referral Program)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

1. นิยามการให้ความหมายของการประเมิน แต่ละ Care
2. แบบประเมินผู้ป่วยและวางแผน การพยาบาล ตามมาตรฐานการดูแล 12 Care
3. โปรแกรม 12 care ในโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วย และผู้สูงอายุต่อเนื้องที่บ้าน (BMA Home Ward Referral Program) ผลการศึกษาทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของการสร้าง คู่มือการประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลตาม มาตรฐานการดูแล 12 Care ในโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วย และผู้สูงอายุต่อเนื้องที่บ้าน BMA Home Ward Referral Program ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนและสามารถนำไปใช้เพื่อ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ โดยนำแบบประเมิน คุณภาพการดูแล (Quality of Care) 12 Care และแบบ ประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of Life) มาใช้ในการ ประเมินทำให้สามารถค้นหาปัญหาและข้อวินิจฉัยเกี่ยวกับ ทางการพยาบาลของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม สามารถให้ การพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถนำผลจากการประเมิน บันทึกลงการเข้าโปรแกรม BMA Home Ward Referral Center นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนางานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คู่มือและโปรแกรมในการประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 12 care ในโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุต่อเนื้องที่บ้าน (BMA Home Ward Referral Program) ฉบับนี้สำเร็จลง ได้ด้วยความกรุณาและการช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดุสิต สุจิรารัตน์, คุณศรัทธา ตันศิริ ที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข, ผู้เชี่ยวชาญ คุณวณรัตน์ รุ่งเกียรติกุล ที่ปรึกษาหลักสูตรการบริการการ พยาบาล (ด้านบริหารอนามัย) และคุณภาวดี มโนกุล อติตพยาบาลอาวุโสศูนย์ประสานงาน 1 ที่ได้ให้ความ กรุณาเวลาให้คำแนะนำ ปรีกษา ตรวจสอบ แก้ไขและ ปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้คู่มือฉบับนี้สำเร็จลุล่วง เป็นอย่างดี คณะผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการบริการ การพยาบาล (ด้านบริหารอนามัย) รุ่นที่ 20 ต้องขอกราบ ขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

- กัญฐิกา พลอยทับทิม, จตุพร บานชื่นและชัยรัตน์ วงศ์กิจรุ่งเรือง. (2560). การมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน ในการ
เฝ้าระวังความรุนแรงในครอบครัวจังหวัดปทุมธานี. สารสาร มจร. สังคมศาสตร์ปริทรรศน์, 6(2) (ฉบับพิเศษ), 37-50.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. จิตตินันท์ เดชะคุปต์, และณัฐนา พวงทอง.(2554). แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับครอบครัว
และชุมชน การศึกษาชีวิตครอบครัวและชุมชน. นนทบุรี: สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
ประคอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพัฒนาชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6 (2), 317-335.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2562). คู่มือการใช้งานโปรแกรม BMA Home Ward Referral.
กรุงเทพฯ: เอ็กซ์.โปร.ฟรีนติ้ง.
- จิรประภา ศิริสูงเนิน, มาลินันท์ พิมพ์พิสุทธิพงศ์, และวุฒิพงศ์ ภัคดีกุล. (2561). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัด
ขอนแก่น. วารสารการพัฒนาชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6 (2), 317-335
- ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี และปรางทิพย์ อุจะรัตน์. (2549). การประเมินสัญญาณชีพ. ในทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล (หน้า 111-
146). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น พี เพรส.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2559). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: แอนด์พับลิชซิ่ง.
- ดารุณี จงอุดมการณ์. (2558). การพยาบาลสุขภาพครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ในครอบครัวระยะวิกฤต.
ขอนแก่น: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด.
- นภา หลิมรัตน์และศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2559). การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรง
พิมพ์คลังนาวิทยา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง.(2549). การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ; หจก.โรงพิมพ์คลัง
นานาวิทยา.
- ยุพาภรณ์ พงษ์สิงห์.(2555). กรอบแนวคิดรูปแบบการจัดการของครอบครัว: แนวคิดในการช่วยเหลือ ครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก
เจ็บป่วยเรื้อรัง. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ.
- วิสัย คะตา และคณะ.(2561). การประเมินสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ: การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล.วารสารโรงพยาบาล
สกลนคร. 21(3), 138-147.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล.(2562). Clinical Palliative Care for Community Nurses. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรี
นครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2560). Handbook for Palliative
Guidelines. ขอนแก่น : ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์คลังนาวิทยา.
- ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2560). Palliative Care Toolkit.
ขอนแก่น : ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์คลังนาวิทยา.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์)
สำหรับประชาชน. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวง. (2559). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สี่ตะวัน.
- สุดารัตน์ สุดสมบุรณ์. (2557). สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย.วารสารเทคโนโลยีภาคใต้, 7(1), 73-82.
- สัมฤทธิ์ ศรีธารงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, ขวัญใจ อานาจสัตย์เชื้อ, และอาทิตย์ เทียมไพโรวัลย์. (2549).
รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. กรุงเทพฯ: สหพัฒนาไพศาล.
- แสง บุญเฉลิมวิภาส. (2563). หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต. ค้นหา
เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2563, จาก <https://www.thailivingwill.in.th/content/>

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารมูลนิธิพยาบาล
สาธารณสุข กรุงเทพฯ มีความยินดีที่จะรับบทความ และ
รายงานการวิจัยจากทุกท่านที่เป็นสมาชิกวารสารมูลนิธิ
พยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯ เพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ใน
วารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯ ทั้งนี้กอง
บรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไข
ต้นฉบับและพิจารณาเรื่องการจัดพิมพ์เพื่อความสะดวกแก่
การพิจารณา จึงขอแนะนำการเขียนและ เตรียมต้นฉบับ
ดังนี้

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความ ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวินิจฉัย
ด้านการพยาบาลและการพยาบาลสาธารณสุข รวมถึง
การแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

2. บทความปริทัศน์ รวบรวมหรือเรียบเรียง จาก
เอกสารหรือหนังสือต่างๆ เพื่อเผยแพร่และฟื้นฟู งานด้าน
วิชาการ

3. บทความ ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะที่เป็น
ประโยชน์ในด้านวิชาการ เรื่องแปล ข่าววิชาการ ย่อความ
จากงาน วิจัยค้นคว้า หรือสิ่งที่น่าสนใจ

4. ความเคลื่อนไหวในวงการพยาบาลและการ
พยาบาลสาธารณสุข

เรื่องที่จะตีพิมพ์จะต้องเป็นเรื่องที่ไม่เคยตีพิมพ์ที่
ใดมาก่อน หรือ ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับ
อื่น บทความหรือบทความวิจัยที่ได้รับตีพิมพ์ในวารสาร กอง
บรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์ให้ผู้เขียนจำนวน 1 ฉบับ
และ reprint ตามจำนวนของผู้เขียนที่มีชื่อปรากฏอยู่ใน
บทความหรือบทความวิจัยนั้น

รูปแบบของการเขียนและการเตรียม ต้นฉบับบทความและบทความวิจัย

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยอักษร Cordia New ขนาด
14 Pt. พิมพ์หน้าเดียว โดยใช้กระดาษพิมพ์ ขนาด A4
จำนวนไม่เกิน 12 หน้า (รวมชื่อเรื่อง, บทคัดย่อไทย/
อังกฤษ, เอกสารอ้างอิง) ส่งต้นฉบับจำนวน 3 ชุด พร้อม
บันทึกข้อมูลลงแผ่น CD ระบุ ชื่อผู้เขียน E-mail และเบอร์
โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อ ได้สะดวก มายังกองบรรณาธิการ
วารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯ

2. ผู้เขียนต้องแก้ไขปรับปรุงบทความวิชาการ/
บทความวิจัย ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อม
สนับสนุนการตีพิมพ์วารสาร เรื่องละ 1,000 บาท

3. การเตรียมต้นฉบับ

3.1 บทความวิชาการ

3.1.1 ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและ
ภาษาอังกฤษ

3.1.2 ชื่อและนามสกุลผู้เขียน และ คณะ
ตามลำดับ และ E-mail อยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือ โดย
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานใส่ไว้ในเชิงอรรถ

3.1.3 บทคัดย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและ
ภาษาอังกฤษ และกำหนดคำสำคัญทั้งภาษาไทย และ
ภาษาอังกฤษ3.1.4 การเรียงหัวข้อเริ่มจาก บทนำ เนื้อหา
บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

3.2 บทความวิจัย

3.2.1 ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและ
ภาษาอังกฤษ

3.2.2 ชื่อและนามสกุลผู้วิจัย และ คณะ
ตามลำดับ และ E-mail อยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือ โดย
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานใส่ไว้ในเชิงอรรถ

3.2.3 บทคัดย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและ
ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความสำคัญของปัญหาสั้น ๆ ไม่เกิน 2-3 บรรทัด ชนิดของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สถานที่ศึกษา ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ สรุปวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่วนที่ 3 ให้เขียน “คำสำคัญ (keywords)” ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2.4. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย

3.2.5 วัตถุประสงค์การวิจัย และคำถาม/สมมุติฐานการวิจัย

3.2.6 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

3.2.7 วิธีดำเนินการวิจัย เขียนเป็นความเรียงแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 รูปแบบของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีกี่ส่วนอะไรบ้างสรุปลักษณะเครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์ การแปลผล และการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (ถ้ามี) และการหาค่าความเชื่อมั่น ทำกับใคร จำนวนเท่าใด ใช้สูตรอะไรและได้ค่าเท่าใด

ส่วนที่ 3 การเก็บข้อมูล ทำอย่างไร จำนวนเท่าใด ได้กลับมาเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมและสถิติอะไร

3.2.8 ผลการวิจัย ตารางนำเสนอ การวิเคราะห์ข้อมูล ไม่เกิน 3 ตาราง

3.2.9 อภิปรายผลการวิจัย

3.2.10 ประโยชน์ที่ได้รับจากวิจัย

3.2.11 ข้อเสนอแนะในการนำผล การวิจัยไปใช้

3.2.12 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.13 เอกสารอ้างอิง

4. การเขียนเอกสารอ้างอิง ใช้ตามรูปแบบของ

Publication Manual of the American Psychological

Association (APA 6th edition) (คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ

การสัมมนา PULINET วิชาการ ครั้งที่ 3) ดังนี้

หนังสือทั่วไป	
รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง./ชื่อเรื่อง-ครั้งที่พิมพ์(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป)/สถานที่พิมพ์://////// สำนักพิมพ์
ผู้แต่ง 1 คน	ธรรณ์ ธีรนาถวาสวัสดิ์.(2548). <i>ใต้ทะเลมีความรัก ภาคสนาม: หลังคลื่นอันดามัน</i> . กรุงเทพฯ: บ้านพระอาทิตย์.
ผู้แต่ง 2 คน	นิพนธ์ วิสารทานนท์ และ จักรพงษ์ เจริญศิริ.(2541). <i>โรคผลไม้</i> . กรุงเทพฯ: สำนักวิจัย และพัฒนาการเกษตร เขตที่ 6.
ผู้แต่ง 3-7 คน	หิรัญ ประดิษฐ์, สุขวัญ วัฒนจิตรพร และ เสริมสุข สลักเพชร.(2540). <i>เทคโนโลยีการผลิตทุเรียน</i> . กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ผู้แต่ง 8 คนขึ้นไป	นพรัตน์ เศรษฐกุล, เอกชัย เอกทัฬหี, พงศ์ธร บรรณวิจิตร, ชยุตม์ สุขทิพย์, ปรีชา วิทพันธ์, จิรศักดิ์ แสงศิริ, ดาริน รุ่งกลิ่น.(2552). <i>ระบบสารสนเทศทั้งภูมิศาสตร์ลุ่มน้ำปากพอง:</i> <i>การจัดการพื้นที่ป่าต้นน้ำในลุ่มน้ำปากพองเพื่อรักษาสภาพแวดล้อมและระบบนิเวศ</i> . นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
ผู้แต่งเป็นสถาบัน	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สถาบันวิจัยและพัฒนา.(2552). <i>บทคัดย่อชุดโครงการวิจัย</i> <i>และพัฒนาพื้นที่ลุ่มน้ำปากพอง</i> . นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
หนังสือแปล	สตีเวนสัน, วิลเลียม.(2536). นายอินทร์ผู้ปิดทองหลังพระ. แปลจาก A Man Called Intrepid. ทรงแปล โดย พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
ผู้รวบรวมหรือ บรรณาธิการ	พิทยา ว่องกุล.(บรรณาธิการ). (2541). <i>ไทยยุควัฒนธรรมทาส</i> . กรุงเทพฯ: โครงการวิถีสรรค์.
ไม่ปรากฏนามผู้ แต่ง	<i>แผนการศึกษาแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ.2540-2544</i> .(2542). กรุงเทพฯ: สำนักงาน คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
ไม่ปรากฏเมืองที่ พิมพ์/สำนักพิมพ์ หรือไม่ปรากฏ ปีที่พิมพ์	ให้ใส่ (ม.ป.ท)สำหรับเอกสารภาษาไทย และ (n.d.) สำหรับเอกสารภาษาต่างประเทศ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) สำหรับเอกสารภาษาไทย และ (n.d.) สำหรับเอกสารภาษาต่างประเทศ
บทความในหนังสือ	
รูปแบบ	ชื่อผู้เขียนในบทความ./ (ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ./ในชื่อผู้แต่ง(บรรณาธิการ)/ชื่อหนังสือ ////////(ครั้งที่พิมพ์), เลขหน้าที่ปรากฏบทความจากหน้าใดถึงหน้าใด./สถานที่พิมพ์: //////////สำนักพิมพ์
	เสาวนีย์ จำเดิมแผด็จศึก.(2534). การรักษาภาวะจับที่ตื้นเขียบพลันในเด็ก. ในสมศักดิ์ โล่เลขา, ชลรัตน์. ดิเรกวัฒน์ชัย และ มนตรี ตู้อินดา (บรรณาธิการ), <i>อิมมูโนวิทยาทางคลินิกและโรคภูมิแพ้</i> . (น.99- 103). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

วารสาร	
รูปแบบ	ชื่อผู้เขียนบทความ./ (ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่(ฉบับที่)./เลขหน้าที่ปรากฏ.
	กุลธิดา ท้วมสุข.(2538). แหล่งสารนิเทศบนอินเทอร์เน็ต.มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 13(2),1-13.
นิตยสาร	
รูปแบบ	ชื่อผู้เขียนบทความ./ (ปี,เดือนที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อนิตยสาร./ปีที่(ฉบับที่)./ //////// เลขหน้าที่ปรากฏ.
	ส้มโอมือ. (มีนาคม 2545). อาหารบำรุงสมอง.Update,20(210),37-40.
หนังสือพิมพ์	
รูปแบบ	ชื่อผู้เขียนบทความ./ (ปี,เดือนที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อหนังสือพิมพ์./ปีที่(ฉบับที่)./ //////// เลขหน้าที่ปรากฏ.
	ไทรรัตน์ สุนทรประภัสสร.(2540),8 พฤศจิกายน).อนาคตจีน-อเมริกา.เดลินิวส์,น.6
วิทยานิพนธ์	
รูปแบบ	ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์./ (ปีพิมพ์)./ชื่อวิทยานิพนธ์./ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทหรือปริญญาเอก) //////// หรือวิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต,ชื่อมหาวิทยาลัย/สถาบันการศึกษา).
	ช่อเพ็ญ นวลขาว.(2548). ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงระบบนิเวศกับแบบแผนการผลิตและ พัฒนกรรมการบริโภคอาหาร ศึกษากรณีชุมชนชนานาบาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต,มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์).
สื่อโสตทัศน์และสื่ออื่นๆ	
รูปแบบ	ชื่อผู้จัดทำ (หน้าที่)./ (ปีที่ผลิต)./ชื่อเรื่อง./ (ลักษณะของสื่อ)./สถานที่ผลิต: หน่วยงานที่เผยแพร่.
	อยุธยา.สมเด็จพระนารายณ์มหาราช.(2540). (วีดิทัศน์).กรุงเทพฯ:ทิวซิ่งทอยส์.
สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์	
บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารที่เผยแพร่ทั้งฉบับพิมพ์และรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์	
รูปแบบ	ชื่อผู้เขียนบทความ./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์)./ชื่อวารสาร./ปีที่//////// (ฉบับที่)./เลข หน้าที่ปรากฏ. (ใช้คำว่า (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์))สำหรับเอกสารภาษาไทย และคำว่า (Electronic version) สำหรับเอกสารภาษาต่างประเทศ
	เจษฎา นกน้อย และ วรณภรณ์ บริพันธ์.(2552). การตลาดทางอินเทอร์เน็ต: โอกาสทางเลือกและความ ท้าทาย(ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์).วารสารบริหารธุรกิจ,32(121),34-52

บทความในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งไม่มีการจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม	
รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่/(ฉบับที่),/เลขหน้า-เลขหน้า. //doi:xxxx
	Roger L.C.& Richard,L.H.(2010).Calcium-Permeable AMPA receptor Dynamics mediate fear ,memory erasure.Scienc,330(6007), 1108-1112. doi:10.1126/sciene.1195298
บทความที่สืบค้นได้จากวารสารอิเล็กทรอนิกส์	
รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่/(ฉบับที่),/เลขที่หน้า-เลขที่หน้า./URL/////////ของวารสาร
	Cadigan,J., Schmitt,P.,Shupp,R., & Swope,K.(2011,January). The holdout problem and urban sprawl: Experimental evidence. Journal of Urban Economics.69(1), 72. Retrieved from http://journals.elsevier.com/00941190/journal-of-urban-economics/
สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ประเภทอื่นๆ	
สารสนเทศประเภทสารานุกรม พจนานุกรม หนังสือคู่มือ	
รูปแบบ	ชื่อผู้เขียนบทความ./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ในชื่อผู้แต่ง(บรรณาธิการ),/ชื่อหนังสือ////////(ครั้งที่พิมพ์), เลขหน้าที่ปรากฏบทความจากหน้าใดถึงหน้าใด./สถานที่พิมพ์:////////สำนักพิมพ์.
	Hanegraaff, W. (2005). New Age movement. In L. Jones (Ed.),Encyclopedia of religion. Retrieved from http://find.galegroup.com/gvrl/
วิกิ(WIKI)	
	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2553, จากวิกิพีเดีย http://th.wikipedia.org/wiki/มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
สารสนเทศประเภท Press Release รายงานประจำปีไฟล์ประเภท PowerPoint, Blog post, Online Video, Audio Podcast, facebook post, Twitter post เป็นต้น	
รูปแบบ	ชื่อผู้เขียน/(ปี,เดือน วันที่)./ชื่อเนื้อหา./[รูปแบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์]. /Retrieved // from URL หรือเว็บไซต์ของข้อมูล
	ชาญณรงค์ ราชบัวน้อย. ศัพท์บัญญัติการศึกษา. [เว็บบล็อก]. สืบค้นจาก http://www.sornor.org/

หมายเหตุ : 1. ผู้แต่งชาวไทยให้ใส่ชื่อและนามสกุลโดยไม่ต้องใส่คำนำหน้าชื่อ ยกเว้นราชทินนาม ฐานันดรศักดิ์ ให้นำไปใส่ท้ายชื่อโดยใช้เครื่องหมายจุลภาคคั่นระหว่างชื่อกับราชทินนามและฐานันดรศักดิ์ ส่วนสมณศักดิ์ให้คงรูปตามเดิม

2. กรณีผู้แต่ง 2 คน ให้ใส่ชื่อทั้งสองคนตามลำดับที่ปรากฏ เชื่อมด้วยคำว่า “และ” สำหรับเอกสาร ภาษาไทย และใช้เครื่องหมาย “&” สำหรับเอกสารภาษาต่างประเทศ ระหว่างคนที่ 1 และคนที่ 2 โดยเว้น 1 ระยะก่อนและหลัง

3. ผู้แต่งชาวต่างประเทศ ให้ขึ้นต้นด้วยชื่อสกุล ตามด้วยตัวอักษรย่อชื่อต้นโดย เว้น 1 ระยะ และ อักษรย่อ ชื่อกลาง (ถ้ามี) ทั้งนี้การกลับชื่อสกุลให้ใช้ตามความนิยมของคนในชาตินั้น โดยใช้เครื่องหมายจุลภาค คั่นระหว่างชื่อสกุลและอักษรย่อชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง หากกรณีผู้แต่งมีคำต่อท้าย เช่น Jr. หรือคำอื่น ๆ ให้ใส่คำดังกล่าวต่อท้ายอักษรย่อชื่อต้น หรืออักษรย่อชื่อต้น (ถ้ามี) โดยคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค

4. ผู้แต่งที่เป็นสถาบัน ให้ลงรายการโดยเรียงลำดับจากหน่วยงานใหญ่ไปหาหน่วยงานย่อย และเว้นวรรค จากชื่อหน่วยใหญ่ไปหาชื่อหน่วยงานย่อย

สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้จากแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับ APA Style 6 th edition เช่น APA Formatting and Style Guide. from <http://owl.english.purdue.edu/owl/resource/560/01/> American Psychological Association (APA) 6th edition style Examples. From www.lib.monash.edu.au/tutorials/citing/apa-a4.pdf

วิธีเรียงบรรณานุกรม การเรียงบรรณานุกรมให้หลักการเดียวกับการเรียงคำในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน หรือ Dictionary ที่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป โดยคำที่มีตัวสะกดจัดเรียงไว้ก่อนคำที่มีรูป สระตามลำดับตั้งแต่ กก - กย ดังนี้

ก ข ค ค ฌ ง จ ฉ ช ซ ฌ ญ ฎ ฏ ฐ ฑ ฒ ณ ด ต ถ ท ธ น บ ป ผ ฝ พ ฟ ภ ม ย ร ฤ ฤ ล ฤ ฎ ฎ ว ศ ษ ส ห ฬ อ ฮ

ส่วนคำที่ขึ้นต้นด้วยพยัญชนะตัวเดียวกัน เรียงลำดับตามรูปสระ ดังนี้

อะ อัว อัวะ อา ออ อี อี้ อึ อู เอะ เอ เอาะ เอา เอิน เอีย เอียะ เอื้อ เอื้อะ แอ แอะ โอ โอะ ใ ใอ

การส่งต้นฉบับ

ส่งถึง บรรณาธิการวารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯ
กองการพยาบาลสาธารณสุข
เลขที่ 2 อาคารสำนักงานเขตห้วยขวางชั้น 6
เขตห้วยขวาง แขวงห้วยขวาง กทม. 10310

โดยเขียนที่อยู่พร้อมรหัสไปรษณีย์,เบอร์โทรศัพท์ และ (E-mail) ที่สะดวกในการติดต่อกลับ

ผู้ให้การสนับสนุน

วารสารมูลนิธิพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพ ปีที่ 5-6

นางสาวนันทิกา นิลมัย	3,000
นางกาญจนา อนุตริยะะ	2,000
นางอรพรรณ บุญฉั่ว	2,000
นางปัทมา ชื้อคำ	2,000
นางวีรวรรณ เกษร	2,000
นางจันทร์เพ็ญ ลิ้มประเสริฐ	1,500
นางวาสนา ยอดระยับ	1,000
นางระรินทิพย์ วิชยานนท์	1,000
นางอรวรรณ มุสิกมาศ	1,000
นางวันเพ็ญ จงพิพัฒน์ชัย	1,000
นางสาว วารี่ จิริยะกุลชัย	1,000
นางณัฐสิณี สุขสมัย	1,000
นางไอยรา ไฉมศรี	1,000
นางนาคิตย์ อินทรการุณเวช	1,000
นางสาวณัฐธีรา ลีตวรรณันท์	1,000
นางกาญจนา คงอาตม์วินิช	1,000
นางช่อทิพย์ อัมพรภิรม	1,000
นางสาวสุกัญญา ศิวยายพราหมณ์	1,000
นางนันทนา เขียวชาญ	1,000
นางเชาวนี เพชรบูรณิน	1,000
นางสมใจ เตชะหงษา	1,000

