

ยโสธรเวชสาร

MEDICAL JOURNAL OF YASOTHON HOSPITAL

ยโสธรเวชสาร เป็นวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลยโสธร กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ คือ เดือนมกราคม-มิถุนายน และกรกฎาคม-ธันวาคม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และฟื้นฟูวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่กิจกรรมและข่าวสารของโรงพยาบาลยโสธร

วารสารนี้ได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือจากบริษัทเวชภัณฑ์ต่าง ๆ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลยโสธร ข้อคิดเห็นในบทความใดที่ลงตีพิมพ์ในยโสธรเวชสารเป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียนเท่านั้น โรงพยาบาลยโสธรและ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย

กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ที่จะตัดแปลงตัวสะกด และไวยากรณ์ตามความเหมาะสมโดยที่ความหมายเดิมยังคงอยู่

การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

ยโสธรเวชสารยินดีรับพิจารณานิพนธ์ต้นฉบับ รายงานการวิจัย รายงานผู้ป่วย บทความฟื้นฟูวิชาการ และงานวิชาการในลักษณะอื่น ๆ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ยังไม่เคยพิมพ์เผยแพร่มาก่อน ส่งต้นฉบับได้ที่ นางฐิรพร อัครวิศรุท กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร (โดยมีรายละเอียดหน้า 2)

การบอกรับเป็นสมาชิก

แพทย์ และผู้สนใจบอกรับยโสธรเวชสารได้ที่ นายกิตติภูมิ อูปรา งานสารสนเทศ โรงพยาบาลยโสธร อัตราค่าสมัครปีละ 300 บาท พร้อมค่าส่ง

เจ้าของ โรงพยาบาลยโสธร

ผู้อำนวยการ

นพ.สมศักดิ์ เชาวศิริกุล

คณะที่ปรึกษา

พญ.รุ่งฤดี ตั้งวงศ์ไชย

นางสาวกীরติ คำทอง

นางจงดี สระคุพันธ์

ภกญ.มลิวัดย์ จิระวิโรจน์

บรรณาธิการ

นพ.ภูมิศักดิ์ ธรรมวิริยรักษ์

กองบรรณาธิการ

พญ.ธนาพร นิจพานิชย์

นส.ฐิรพร อัครวิศรุท

นส.นิภาพร ลครวงษ์

นส.รุจจาภา ไสมานูตร

นางอรอุมา บัวเบิก

นางพิมพ์ชญา ไตรยพันธ์

นายอิทธิพล สาระชาติ

ฝ่ายจัดการ

นายสิทธิชัย ทองบ่อ

นายกิตติภูมิ อูปรา

คำชี้แจงการส่งบทความลงพิมพ์ในยโสธรเวชสาร

คำชี้แจงการส่งบทความลงพิมพ์ในยโสธรเวชสาร

บทความที่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ในยโสธรเวชสาร นิพนธ์ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วย Microsoft Word for Windows ใช้ Angsana new ขนาด 7 บนกระดาษ A4 หน้าเดียว

1. บทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ: ประกอบด้วย บทความย่อภาษาไทย บทความย่อภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย/ผลการทดลอง วิจารณ์ผล/อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง ความยาวทั้งบทความไม่ควรเกิน 7 หน้ากระดาษ A4

2. ชื่อบทความ / ผู้นิพนธ์

มีทั้งภาษาไทยและ อังกฤษ พร้อมทั้งวุฒิการศึกษา และสถาบันที่ทำงาน ตัวอย่างเช่น อัตราการเสียชีวิตและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก ในโรงพยาบาลยโสธร

Mortality rate and Risk factor of infant with very low birth weight in Yasothon hospital
Veeranoot Suparajitaporn, M.D.

Dip., thai Board of Pediatrics

Yasothon hospital Yasothon province

วีระนุช สุภรจิตพร พ.บ.

ว. กุมารเวชศาสตร์

โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร

3. รูปแบบบทความย่อ

เพื่อให้อ่านง่าย และเป็นรูปแบบเดียวกัน ให้มีบทความย่อทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ สรุปเนื้อหากระทัดรัด โดยมีหัวข้อดังนี้

บทความย่อ	Abstract
วัตถุประสงค์ :	Objective:
วิธีศึกษา :	Methods:
ผลการศึกษา :	Results:
สรุป:	Conclusion:
คำสำคัญ:	Key words:

4. วิธีอ้างอิงในเนื้อเรื่อง

อ้างอิงแบบตัวเลขยกขึ้น ตามลำดับเลขที่เอกสารอ้างอิง (ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์)

5. เอกสารอ้างอิง (References)

5.1 วารสาร เรียงตามลำดับ ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. (ถ้ามากกว่า 6 คน หรือน้อยกว่า 6 คน ให้ระบุชื่อทุกคน แต่ถ้าผู้แต่งมีตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป ให้ระบุชื่อ 6 คนแรก ก่อนเติม et al.) ชื่อบทความ(ชื่อเรื่องในวารสาร). ชื่อย่อวารสาร ปี;วารสารพิมพ์เป็นปีที่ volume (ฉบับที่):หน้าที่ย่างถึง(หน้าแรก - หน้าสุดท้าย ของเรื่องที่อ้างถึง)

ตัวอย่าง

สุภาวดี หารวาระ. ผลการเตรียมเพื่อการคลอดด้วยตนเองต่อการเผชิญความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอด. ยโสธรเวชสาร 2554;13:5-10.

5.2 หนังสือ เรียงตามลำดับดังนี้

ชื่อผู้แต่ง/ชื่อบรรณาธิการ/ชื่อผู้เรียบเรียง. ชื่อเรื่อง พิมพ์ครั้งที่. สถานที่หรือเมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

วันดี วราวิทย์. อุจจาระร่วงในเด็ก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.

5.3 เว็บไซต์ เรียงตามลำดับดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสารอิเล็กทรอนิกส์ [serial online] ปี เดือน (ถ้ามี); volume number(issue number): [จำนวนหน้าของเรื่องที่ปรากฏบนจอ]. สืบค้นจาก URL วัน เดือน ปี ที่ทำการสืบค้น.

ตัวอย่าง

HIV & AIDS in Thailand. AVERTing HIV and AIDS (Serial online): [5 seen]. Available from: <http://www.avert.org/Thailand-aids-hiv.htm>. Accessed August 8, 2010.

5.4 วิทยานิพนธ์ เรียงตามลำดับดังนี้

ชื่อผู้ทำวิทยานิพนธ์. ชื่อวิทยานิพนธ์. ระดับปริญญา. สถาบันการศึกษา; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

อารีย์ ฟองเพชร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการสนับสนุนจากครอบครัว กับแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.

ข้อ 6. ต้องไม่ส่งเผยแพร่หลายแห่ง

ข้อ 7. เนื้อหาในบทความทุกบทความอยู่ในความรับผิดชอบหลักของผู้นิพนธ์ กองบรรณาธิการมีหน้าที่เพียงส่วนหนึ่ง ของกระบวนการตีพิมพ์และเผยแพร่

ข้อ 8. วิธีส่งบทความ เลือกส่งได้ 2 ช่องทางคือ

8.1 ส่งทางไปรษณีย์ ส่งบทความที่พิมพ์ตามแบบที่กำหนดพร้อมเลขหน้ากำกับพร้อมสำเนา (รวมเป็น 2 ชุด) และแผ่น CD บันทึกไฟล์บทความ วงเล็บมุมซองว่า “บทความวารสาร” ถึง บรรณาธิการยโสธรเวชสาร นพ.ภูมิศักดิ์ ห้องพักรพทย์ โรงพยาบาลยโสธรจ.ยโสธร 35000

8.2 ส่งทาง E-mail ส่งต้นฉบับในรูปแบบ E-mail มาที่ drsongsak@hotmail.com

ข้อ 9. ที่ติดต่อและเบอร์โทรศัพท์ของผู้นิพนธ์ ควรระบุให้ชัดเจนพร้อมกับอีเมล

บทบรรณาธิการ

เรียนท่านผู้อ่านและสมาชิก ยโสธรเวชสารทุกท่าน ทางกองบรรณาธิการมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ผู้วิจัยได้ให้เกียรติส่งผลงานมาตีพิมพ์ในยโสธรเวชสารอย่างต่อเนื่อง ทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลยโสธรเอง และภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งจังหวัดใกล้เคียง ซึ่งแสดงถึงความเชื่อถือและไว้วางใจในคุณภาพของยโสธรเวชสารของเรา โดยในฉบับนี้มีผลงานของคุณหมอม 1 เรื่อง และพยาบาล 2 เรื่อง ซึ่งล้วนเป็นผลงานที่ดี มุ่งเน้นในการศึกษาหาวิธีการใหม่ ๆ มาปรับใช้ในการรักษาผู้ป่วยของเราให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป สำหรับฉบับต่อไปก็หวังว่าจะได้รับความไว้วางใจจากท่านเช่นเดิมครับ ยโสธรเวชสารของเรายินดีที่จะเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานของท่าน เพื่อให้ผู้อ่านทั้งในและนอกวงการแพทย์ได้นำไปศึกษาและปรับใช้กับงานของตนเองต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

นพ.ภูมิศักดิ์ ธรรมวิริยรักษ์

บรรณาธิการ

สารบัญ

MEDICAL JOURNAL OF YASOTHON HOSPITAL

<p>การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัคร สาธารณสุข อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร</p> <p>The Development of health promotion model for changing health behaviors of public health volunteers in Pa tio district, Yasothon province.</p> <p>ทิวา เพิ่มศรี</p>	45
<p>กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาบ้านเขื่องคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</p> <p>Modification of Raw Fish Consumption Behavior by Community Participation : Case Study of Khuang Kham village, Muang District, Yasothon province.</p> <p>สุพล นามแก้ว</p>	57
<p>การศึกษาความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร ฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลยโสธร</p> <p>A Study on the performance of personnel Official in Personnel Department, Yasothon hospital.</p> <p>จันทจุฑา เทียนแก้ว</p>	72
<p>ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลตาดทอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</p> <p>Mental Health Status of Elderly in Tat Thong Sub-district. Mueang District, Yasothon province.</p> <p>ศุภรักษ์ สายเชื้อ</p>	82
<p>การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาตครึ่งซีก) ในชุมชน : กรณีศึกษา</p> <p>Nursing care of the patient Cerebro vascular disease with Hemiplegia in Community : A Case Study</p> <p>เมตตา วงศ์พันธ์</p>	92
<p>การพยาบาลผู้ป่วยริดสีดวงจมูกที่ได้รับการผ่าตัดด้วย กล้องเอ็นโดสโคป (FESS) : กรณีศึกษา</p> <p>Nursing Care of Nasal Polyp patient : A Case Study</p> <p>ทัศนียา หาญจางสิทธิ์</p>	108
<p>การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนใน : กรณีศึกษา</p> <p>Nursing care for infants with asphyxia : Case study</p> <p>วนิดา เศลาร์ักษ์</p>	120
<p>การพัฒนาารูปแบบการรายงานข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาล ผ่านระบบปฏิบัติการ</p> <p>OneDrive</p> <p>Development of nursing information reporting model through the OneDrive operating system</p> <p>กิริติ คำทอง กลอยใจ แสนวงษ์ จุฬารัตน์ นิลภูมิ</p>	133

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอป่าติว จังหวัดยโสธร

The Development of health promotion model for changing health behaviors of public health volunteers in Pa tio district, Yasothon province.

Tiwa Phemsri B.P.H.
Pa tio district Health office
Yasothon province

ทิวา เพิ่มศรี ส.บ.
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าติว
จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุข และ 2) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอป่าติว จังหวัดยโสธร

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) เทคนิค A-I-C การสนทนากลุ่ม และการสังเกต เป็นเครื่องมือในการพัฒนาแบบเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือเครือข่ายสุขภาพผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและมีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาแบบ จำนวน 85 คน และกลุ่มที่ 2 คือกลุ่มที่ทดลองใช้รูปแบบ เป็น อสม. ทั้ง 699 คน และ อสม. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน สถิติที่ใช้ในการศึกษาคือค่าความถี่และค่าร้อยละ ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ ตุลาคม 2558- เมษายน 2560

ผลการศึกษา 1) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นคือ 1.1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพจากทุกภาคส่วน 1.2) การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพลัง (Empowerment) 1.3) การมีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ เช่น จัดตั้งกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิต อสม. การมีบุคคลต้นแบบ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม โครงการรู้ทันด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี การสื่อสารความรู้และจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพวิถีไทย ด้วยหลัก 3อ. อย่างต่อเนื่อง 1.4) การสร้างกระบวนการเรียนรู้ (Knowledge leaning) ด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมและเทคนิค A-I-C และ 1.5) การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 2) ผลของการพัฒนาแบบพบว่า อสม. มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นทั้งด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร และด้านอารมณ์ อสม. หญิงมีรอบเอวมากกว่า 80 ซม. ลดจากร้อยละ 33.98 เหลือร้อยละ 17.56 ส่วน อสม. ชายมีรอบเอวมากกว่า 90 ซม. ลดจากร้อยละ 27.07 เหลือร้อยละ 19.49 และพบว่า อสม. กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.00 เป็นร้อยละ 83.33 และระดับน้ำตาลในเลือดระดับปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.66 เป็นร้อยละ 76.66

สรุป: รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนั้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้สมควรนำไปปรับปรุงใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพลดเสี่ยงลดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ,การส่งเสริมสุขภาพ,พฤติกรรมสุขภาพ,อาสาสมัครสาธารณสุข

Abstract

Objective; 1) To develop a model of health promotion for changing health behaviors of public health volunteers 2) To evaluate the model of health promotion for changing public health volunteer behavior in Pa tio district, Yasothon province.

Methods; The Research this is an action Research. Applying Technology for Participation (TOP). AIC Techniques. Group discussion and Observation as model development Tools.The sample was purposively sampled and divided into 2 groups. Group 1 was a network of stakeholders and involved in the development of the model 85 person and group 2 were the experimental group was a Health Volunteers 699 patients. And public health volunteers Diabetes Risk and Hypertension 60 person. The study is conducted from October 2015 to April 2017.

Result : 1) Health Promotion Model for Changing Health Behaviors, Public Health Volunteers The development is. 1.1) Participation of Health Network Partners from all sectors. 1.2)Strengthening activities. Empowerment 1.3)There are guidelines for promoting health. example, the establishment of a fund for the development of the quality of life of public health volunteers. Healthy person model.Environmental management. The 7-color life ping pong project. Communicate knowledge and organize activities to change Thai health behavior with exercise, food consumption and emotional continuous. 1.4) Creating a knowledge learning process with technology of participation and A-I-C techniques and 1.5) Monitoring the evaluation Continuous. 2) The results of the development of the model found public health volunteers had better health promoting behaviors in terms of exercise. food consumption and emotional. The results of the development of the model found. Volunteerism has a better health promoting behavior. The exercise food consumption exercise and emotional.Women health volunteers with waist circumference of more than 80 cm decreased from 33.98 percent to 17.56 percent. Men health volunteers with waist circumference over 90 cm decreased from 27.07 percent to 19.49 percent.Health volunteers risk group hypertension has a normal blood pressure level that increases from 60.00 to 83.33 percent and blood sugar levels increased from 46.66 to 76.66 percent.

Concluded: The development of health promotion model can change health behavior. Should be used to improve health, reduce the risk of diabetes and hypertension in other areas.

Keywords: model development, health promotion, health behaviors, public health volunteers

บทนำ

สถานการณ์ของโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อปัจจุบันพบว่าสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของคนไทย เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากถึงร้อยละ 60 เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ปีละกว่า 97,900 คน สาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่เกิดจากการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กินอาหารไม่เหมาะสม ซึ่งในปัจจุบันนี้ทั่วโลกให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น (สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2555) จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกปี พ.ศ. 2555 พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และ 1 ใน 3 มีภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ พบว่าประมาณร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลกเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนอนามัยของประชาชนไทยพบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 6.9 หรือ 3,185,639 คน โดยผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชาย พบร้อยละ 7.7 และ 6 ตามลำดับและความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 0.6 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ความชุกขึ้นสูงสุด พบในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 16.7 ส่วนความชุกของโรคความดันโลหิตสูง คือ ในจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 ในชาย และ 40 ในหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ร้อยละ 8-9 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้อาการที่ความรุนแรงขึ้นเพราะไม่ได้รับการรักษา และในกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา พบว่าจำนวนประมาณน้อยกว่า 1 ใน 4 ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ซึ่งมีเพียง 1 ใน 4 ที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ (สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2555)

จังหวัดยโสธรจากรายงานการขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2556 ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนด้วยโรคเบาหวาน 4,797 ราย และกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) จำนวน 2,304 ราย และผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 4,797 ราย และกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Pre-HT) จำนวน 33,570 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี สำหรับอำเภอป่าติ้วจากรายงานการขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2556 มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนด้วยโรคเบาหวาน 208 ราย และกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) จำนวน 952 ราย ส่วนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนด้วยโรคความดันโลหิต 574 ราย และกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Pre-HT) จำนวน 475 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. 2556) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า ปัจจัยที่ทำให้สามารถลดเสี่ยงต่อการเกิดโรค และลดความรุนแรงของโรคคือหลัก 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายการพัฒนาด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ภายใต้ต้นนโยบายสุขภาพดีเริ่มต้นที่นี่ (Good Health Start Here) และได้กำหนดให้ดำเนินการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยให้มีความครอบคลุมในมิติทางด้านสุขภาพทั้ง 4 มิติ คือ มิติด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เน้นให้เกิดการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ มีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพต้นแบบที่สำคัญของประชาชนของแต่ละชุมชน และควรเป็นผู้มีความรู้และเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จึงควรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้และทักษะด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม เป็นนักสื่อสารสุขภาพและเป็นต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในพื้นที่ชุมชน

หมู่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขก่อน โดยให้เครือข่ายสุขภาพของชุมชนเป็นผู้ออกแบบแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หลักการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) การดูแลตนเอง (Self-Care) พร้อมทั้งการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) ของสถาบันพระปกเกล้าเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพมาดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้เป็นแบบอย่างที่ดีของการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) และสามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพให้กับบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนได้ต่อไป และผู้วิจัยนำกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพมามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ชุมชนได้รับรู้ปัญหาของชุมชนสามารถวิเคราะห์ และร่วมสร้างแนวทางพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาภายในชุมชนของตนเองได้ อันจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร
2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร

2. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร

3. สามารถใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

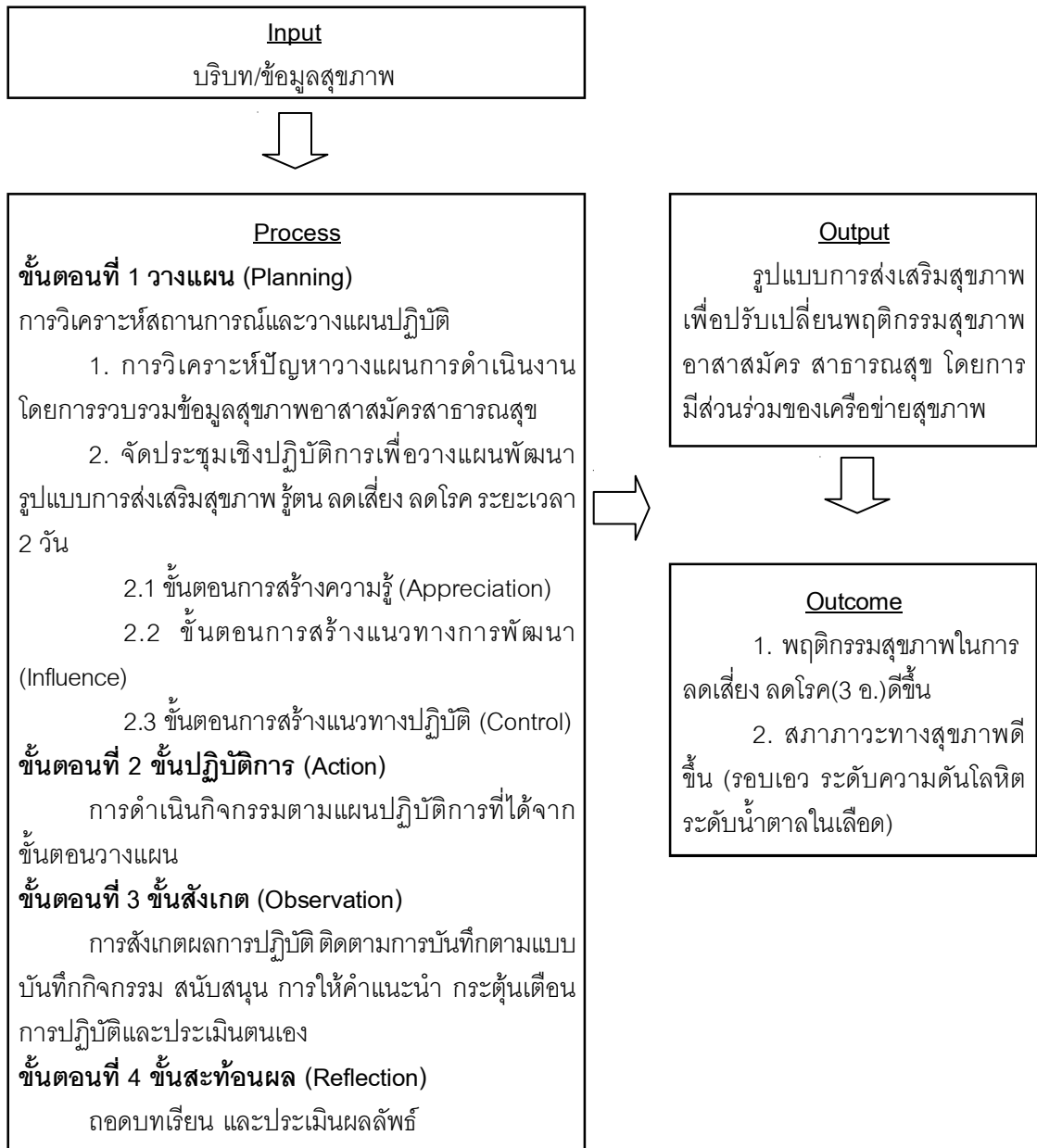
4. เกิดเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ชุมชนที่มีความเข้มแข็งและยั่งยืน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis and Mc taggart, 1988) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รุ้ตน ลดเสี่ยง ลดโรค ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) 4) สะท้อนผล (Reflection)

พื้นที่ในการวิจัย คือ อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร ซึ่งพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ และสนับสนุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ จึงได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มผู้พัฒนารูปแบบประกอบด้วยเครือข่ายสุขภาพได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอป่าต้ว รวมทั้งสิ้น 85 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คืออาสาสมัครสาธารณสุข

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



ประจำหมู่บ้าน (อสม) จำนวน 699 คน และกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึง เดือนเมษายน 2560 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) มีกิจกรรมดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัญหาวางแผนการดำเนินงาน โดยการรวบรวมข้อมูลสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุข

2. ประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อให้ชุมชนได้มีรับรู้ และตระหนักและร่วมกันวางแผน ร่วมสร้างแนวทางแก้ไขปัญหา โดยมีกิจกรรมดังนี้

2.1 ศึกษาบริบทชุมชน

2.2 เสริมสร้างพลังอำนาจ

2.3 ทบทวนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ

การณปัจจุบัน

2.4 คั้นข้อมูลสู่ชุมชน

2.5 สร้างความรู้ (Appreciation : A)

2.6 สร้างแนวทางพัฒนา (Influence)

2.7 การสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Acting)

ลงมือปฏิบัติตามแผนที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้นตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขมีโครงการ/กิจกรรมในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observing) ติดตามการบันทึกตามแบบบันทึกกิจกรรม สนับสนุน การให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติและประเมินตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการปฏิบัติตัว โดยการถอดบทเรียน และประเมินผลลัพธ์ว่าสามารถทำได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ การประชุมกลุ่มย่อย การอบรม การสนทนากลุ่ม เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) และเทคนิค A-I-C

2. เครื่องที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

2.2 แบบบันทึกการตรวจสอบสุขภาพและแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

2.3 แบบสังเกต ได้แก่ สังเกตแบบมีส่วนร่วม และสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

2.4 บันทึกการประชุม ได้แก่ แบบบันทึกการประชุม และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

3. ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

3.1 ศึกษาเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาในแบบสัมภาษณ์ที่จะใช้ในการศึกษา เพื่อให้ครอบคลุมกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.3 กำหนดข้อคำถาม

3.4 นำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) และวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability Alpha) ของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.813 แล้วนำมาปรับปรุงให้เกิดความเหมาะสมจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปในการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ จะเป็นข้อความบรรยาย (Descriptive) ซึ่งได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และจดบันทึก โดยใช้สถิติพื้นฐานได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน

2. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการอธิบาย ตีความ สร้างข้อสรุป ด้วยวิธีอุปนัยจากการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม และจากการสัมภาษณ์ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุข

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายสุขภาพจำนวน 85 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 40 - 49 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนปลาย และปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาท และเป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. สภาพการณ์ปัญหาสุขภาพของอสม. จำนวน 699 คน พบว่า มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 6.29 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.29 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.15 เพศหญิงมีรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 33.98 เพศชายมีรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร ร้อยละ 27.07 เพศหญิงมีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 kg/m^2 ร้อยละ 28.57 เพศชายมีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 kg/m^2 ร้อยละ 29.28 อาสาสมัครสาธารณสุขมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติถูกต้องเป็นประจำทั้งในด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านอารมณ์ ร้อยละ 35.91 44.64 และ 51.07 ตามลำดับ

3. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอป่าติ้ว เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ได้ร่วมกันดำเนินการ ได้แก่

3.1 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพจากทุกภาคส่วน โดยการสร้างคณะทำงานจากภาคีเครือข่ายสุขภาพ การจัดตั้งกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิต อสม. มีการดำเนินโครงการ 699 บ้านอสม.ปลอดขยะ โครงการครอบครัวสุขภาพดีสู่อำเภอป่าติ้วนำอยู่ในปี 2559 การสร้าง อสม.ต้นแบบ และเกิดกระแสให้อสม. ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน

3.2 การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพลังตามหลักการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) หลักการดูแลตนเอง (Self-Care) และหลักการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ

3.3 การมีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ เช่น โครงการรู้ทันด้วยป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี กิจกรรมการให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ ความรู้เรื่อง 3อ. ในการประชาสัมพันธ์หอกระจายข่าว การจัดหาสื่อสิ่งพิมพ์ แผ่นพับ ป้ายประชาสัมพันธ์ในการให้ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อ พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ด้วยหลัก 3อ. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีไทย

ด้วยหลัก 3อ. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงด้วยหลัก 3อ. ผสมผสานองค์ความรู้แพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่น

3.4 การสร้างกระบวนการเรียนรู้ (Knowledge leaning) ด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมและเทคนิค A-I-C เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการออกแบบแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยชุมชนเองอันจะเกิดความยั่งยืน

3.5 การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องโดยวัดผลความก้าวหน้าของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพร้อมทั้งการปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

2. ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร พบว่า ภายหลังจากพัฒนารูปแบบ อสม. มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ลดเสี่ยง ลดโรค ด้วย 3 อ. เพิ่มขึ้น โดยที่ด้านการออกกำลังกาย ปฏิบัติเป็นประจำจากเดิมร้อยละ 44.64 เพิ่มเป็นร้อยละ 90.42 ด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปฏิบัติเป็นประจำจากเดิมร้อยละ 35.91 เพิ่มเป็นร้อยละ 95.35 และด้านการคลายความเครียด (อารมณ์) ปฏิบัติเป็นประจำจากเดิมร้อยละ 51.07 เพิ่มเป็นร้อยละ 87.75 ส่วนผลการวัดรอบเอว พบว่า อสม.หญิงมีรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร ลดลงจากร้อยละ 33.98 เหลือร้อยละ 17.56 ส่วนชายมีรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร ลดลง จากร้อยละ 27.07 เหลือร้อยละ 19.49 (ดังตาราง 1 และ 2)

3. ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยง จำนวน 60 คน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ อสม.กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.00 เป็นร้อยละ 83.33 และระดับน้ำตาลในเลือดระดับปกติ(น้อยกว่าหรือเท่ากับ 110 mg/dl) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.66 เป็นร้อยละ 76.66 (ดังตาราง 3)

ตาราง 1 แสดงการเปรียบเทียบร้อยละ ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย และอารมณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ.	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ออกกำลังกายเป็นประจำ	299	44.64	605	90.42
บริโภคอาหารลดเสี่ยงลดโรคเป็นประจำ	240	35.91	638	95.35
ไม่เครียด(เป็นประจำ)	342	51.07	587	87.75

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละค่ารอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนและหลังการพัฒนาแบบ

เพศ	จำนวนทั้งหมด (คน)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย (รอบเอวเกิน 90 ซม.)	118	49	27.07	23	19.49
หญิง (รอบเอวเกิน 80 ซม.)	518	176	33.98	91	17.56

3. ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยง จำนวน 60 คน ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ พบว่า หลังการพัฒนาแบบ อสม.กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิต

อยู่ในระดับปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.00 เป็นร้อยละ 83.33 และระดับน้ำตาลในเลือดระดับปกติ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 110 mg/dl) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.66 เป็นร้อยละ 76.66 (ดังตาราง 3)

ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละของระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการพัฒนาแบบ (n=60)

ประเภทความเสี่ยง	จำนวน (คน)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ	30	18	60.00	25	83.33
ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 110 mg/dl	30	14	46.66	23	76.66

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธรที่ได้การวิจัยในครั้งนี้ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ (Participate Health Network) การเสริมสร้างพลัง (Empowerment) การมีแนวทางการส่งเสริม สุขภาพ (Health Promotion Intervention) การสร้างกระบวนการเรียนรู้ (Knowledge learning)

และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (Evaluating) ควรขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

วิจารณ์ผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร และประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งพบว่า รูปแบบการส่งเสริม

สุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นโดยเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่เข้ามามีส่วนในการพัฒนาในทุกขั้นตอนของการพัฒนาจนสามารถสรุปรูปแบบที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขคือการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ในทุกขั้นตอนการพัฒนา โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหาของชุมชน การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมกันวางแผน และออกแบบแนวทางการพัฒนา การมีพลังอำนาจที่มุ่งมั่นในการพัฒนาตามความสามารถที่มีในตนเองที่ จะพร้อมจะเปลี่ยนแปลงสู่เป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจนประกอบกับการใช้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพและองค์ความรู้ตามหลักวิชาการต่าง ๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ยังมีความจำเป็นสำหรับกลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ และพร้อมที่จะนำไปปฏิบัติและร่วมกันสร้างแนวทางหรือกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันเฝ้าระวังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้ทุกคนเป็นส่วนหนึ่งในการสามารถวิเคราะห์ปัญหาตนเองได้ การจัดการแก้ไขปัญหาและหาทางออกร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรมตามแนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) และหลักการ A-I-C และองค์ความรู้ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ซึ่งการจัดกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวทำให้กลุ่มเป้าหมายหรือชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจและออกแบบแนวทาง เกิดทักษะและความเข้าใจในสภาพการณ์ปัญหามากยิ่งขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนาซึ่งรูปแบบที่พัฒนามันนั้น ส่งผลให้ อสม. มีพฤติกรรมสุขภาพในการลดเสี่ยง ลดโรคดีขึ้นและมีผลลัพธ์ที่ชัดเจน

คือพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ปฏิบัติเป็นประจำ การบริโภคอาหารด้านการคลายความเครียด (อารมณ์) และผลจากการวัดรอบเอวดีขึ้น ทั้งหญิงและชาย นอกจากนี้ อสม.กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 60 คน มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติเพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดระดับดีขึ้น การการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของอนุชิต นิติธรรมยง และคณะ (2545)³ ที่พัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชน ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาผลของกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของสมาชิกในการจัดทำแผนแม่บทของชุมชน พบว่ากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ทำการพัฒนาขึ้น ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ชุมชนของตนเองมากขึ้น รู้จักปัญหา สามารถวิเคราะห์ปัญหา กำหนดภาพอนาคตของชุมชนตนเองได้ และสามารถจัดทำเป็นแผนแม่บทชุมชนที่ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถกำหนดรูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สอดคล้องกับการศึกษาของนันท์ธร กิจไธสง และคณะ (2553)⁴ ที่ศึกษารูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่ารูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการควบคุมโรคไข้เลือดออกทำให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรอนงค์ เขียมรอด (2554)⁵ ที่ได้ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษา อำเภอสามงาม

จังหวัดตาก พบว่า การพัฒนารูปแบบบริการ จากความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทำให้ ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก และทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ สอดคล้อง กับการศึกษาของ วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ (2552)⁶ ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแล ตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้กิจกรรมการมี ส่วนร่วมสามารถ ทำให้ผู้ป่วยควบคุมชนิดและ ปริมาณอาหารได้ถูกต้องต่อเนื่องมากขึ้นมีการ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และสามารถเผชิญ กับภาวะเครียดได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชวาล ฤทธิ์ฐิติ (2551)⁷ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถทำให้ผู้ป่วยควบคุม อาหารได้มากที่สุด รองลงมา คือการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรัส เหลือวงศ์ (2549)⁸ ที่ศึกษาการใช้ยุทธศาสตร์ การเรียนรู้สู่อำนาจ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความ สามารถตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร การ ออกกำลังกาย การควบคุมความเครียด สอด คล้องกับเมตตา คุณวงศ์ และรุจิรา ดวงสงค์ (2553)⁹ ที่ใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อลดน้ำหนัก ในกลุ่มวัยทองที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยการ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ความสามารถ ตนเองในการลดน้ำหนัก ด้านความคาดหวัง ในผลลัพธ์เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก และด้านการ ปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ เฉลิมพร ชินาธิพร (2551)¹⁰ ที่การส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กิจกรรมด้านการรับรู้ในความสามารถของตน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดได้ สอดคล้องกับ นิรันดร มณีกานนท์ (2550)¹¹ ที่ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงที่มีสิทธิข้าราชการ พบว่า สามารถทำให้กลุ่มเสี่ยงมีการบริโภคอาหาร รสหวานลดลง ระยะเวลาในการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิมพ์ อุ่นพรม และคณะ (2550)¹² ที่ใช้โปรแกรมการ ให้ความรู้ด้านสุขภาพมีพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพ มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรม ทางกาย โภชนาการ สูงกว่าก่อนการทดลอง และ สอดคล้องกับการศึกษาของ มินตรา สารวัักษ์ และคณะ (2550)¹³ ที่จัดกิจกรรมการสร้างเสริม สุขภาพในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อ การเกิดโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของแกนนำ ประชาชน ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ เรื่องโรคเบาหวานและการออกกำลังกายมากขึ้น กว่าก่อนการทดลอง และผู้วิจัยคิดว่ารูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เครือข่าย สุขภาพอำเภอป่าตอง จังหวัดยโสธรพัฒนาขึ้นนั้น มีความเหมาะสมและสามารถนำไปปรับปรุง ใช้ในพื้นที่อื่นได้ โดยเฉพาะหลักของการมี ส่วนร่วมและกระบวนการสร้างการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาล้างนี้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ในการประชุม AIC การใช้กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพและเกม ละลายพฤติกรรมจะช่วยลดความตึงเครียด ในการประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมเกิดความคุ้นเคย และการใช้วิถีแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม (ORID Method) ทำให้ทุกคนได้มีโอกาสได้แสดงความ
2. แนวทางในการพัฒนารูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อสม. ได้แก่ 1) ควรมีการพัฒนาเครือข่ายเพื่อนำชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม 2) สร้างการรับรู้แก่ อสม.และ ผู้เกี่ยวข้อง 3) สร้างต้นแบบสุขภาพเพื่อเป็น แบบอย่างให้แก่ชุมชน 4) พฤติกรรมสุขภาพ

ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ย่อมปรับเปลี่ยนและปฏิบัติได้ง่ายกว่าสิ่งที่แตกต่างไปจากวิถีชีวิตซึ่งทำให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง ยั่งยืน 5) ติดตามประเมินผลด้วยการตรวจสอบภาพประจำปี เพื่อให้เห็นประโยชน์จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การใช้เทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมโดยการใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมและกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมร่วมกับการดำเนินการที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน

4. ควรนำรูปแบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาพื้นที่ที่มีสถานการณ์ใกล้เคียงกัน

5. ควรนำรูปแบบที่ได้ผลัดกันให้เป็นนโยบายระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และใช้เป็นข้อกำหนดคุณสมบัติของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาถึงแนวทางการสร้างความยั่งยืนของโครงการที่ได้จากการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมและการวิจัยเชิงปฏิบัติการเนื่องจากขณะทำการวิจัยผู้วิจัยได้ติดตามอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้วิจัยถอนตัวออกจากพื้นที่แล้วจะมีวิธีการอย่างไรที่จะทำให้โครงการที่ได้จากกระบวนการของชุมชนมีความต่อเนื่องเกิดความยั่งยืนต่อไป

2. ควรมีการวิจัยการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อสม.

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2555.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. ตัวชี้วัดการนิเทศผสมผสานประจำปี. ยโสธร 2555 – 2556. 2556. (อัดสำเนา).

ในรูปแบบการวิจัยอื่น ๆ เช่น การวิจัยเพื่อพัฒนา (Research and Development) การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยการประยุกต์รูปแบบการวิจัยไปใช้กับพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกับการวิจัยในครั้งนี้ หรือการวิจัยแบบผสม (Mixed Method Research) เพื่อได้ข้อมูลเชิงคุณภาพและมีการเปรียบเทียบในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ดร. ภูเบศ แสงสว่าง ที่ได้ดูแลให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นชี้แนะแนวทาง เอาใจใส่ แก้ไขปรับปรุงงาน อันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณ นายณัฐวุฒิ จันทร์สว่าง สาธารณสุขอำเภอป่าติ้ว นายสงวน บุญธรรม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร นางนุสรุภา บุญทศ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระจาย ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบคุณ คณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอป่าติ้ว อสม. อำเภอป่าติ้ว และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัยทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูลงานวิจัย และคอยให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

3. อนุชิต นิตติธรรมยง และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ โดยความร่วมมือของสมาชิกชุมชน กรณีศึกษาตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. ราชบุรี. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 และศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อม เขต 4.2545.
4. นันทธร กิจโรสง. รูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยความร่วมมือของชุมชน ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ปีที่ 9 ฉบับที่ 1(16),2555.155-161.
5. อรอนงค์ เขียมรอด. ผลการพัฒนารูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหน่วยบริการปฐมภูมิ. พุทธชินราชเวชราช ปีที่ 29.2555.233-241.
6. วิมลรัตน์ ใจเจริญ. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ ภาควิชาการบริหารการศึกษายาบาลและบริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.2552.
7. ชัชวาล ฤทธิจิตติ. การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์สัย จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เม.ย.-มิ.ย. 2550.
8. จันทร์สม์ เหลือวงศ์. ยุทธศาสตร์การเรียนรู้สู่อำนาจ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.2549.
9. เมตตา คุณวงศ์ และจุริรา ดวงสงค์. ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมสุขภาพศึกษาเพื่อลดน้ำหนักในกลุ่มวัยทองที่มีน้ำหนักเกิน มาตรฐาน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2553.
10. เฉลิมพร ชินาจิวร. การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยการเรียนรู้ในความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.2551.
11. นิรันดร มณีกานนท์ และคณะ. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงที่มีสิทธิข้าราชการ อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 2.2550.
12. สุพิมพ์ อุ่นพรม และคณะ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่. : พิษณุโลก. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.2550.
13. มินตรา สารรักษ์. ผลของการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของแกนนำประชาชน เขตลุ่มน้ำห้วยข้าวสาร จังหวัดอุบลราชธานี. : วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม. 2553.



กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาวัดบ้านเขื่องคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

Modification of Raw Fish Consumption Behavior by Community
Participation : Case Study of Khuang Kham village, Muang District,
Yasothon Province.

Supon namkaew.M.A.

สุพล นามแก้ว.ศศ.ม.

Nong-bua Health Promotion Hospital

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว

Yasothon province.

จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ: คนอีสานเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงสุดในประเทศ สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมที่นิยมบริโภคปลาดิบและยังพบอัตราการติดเชื้อหนองพยาธิใบไม้ตับมากกว่าทุกภาคในประเทศ และบ้านเขื่องคำเป็นชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดยโสธร ที่มีผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีปีละ 2-3 ราย และนิยมบริโภคปลาดิบเช่นกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหาดังกล่าว

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบของชาวบ้านเขื่องคำ 2) เพื่อศึกษากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบของชาวบ้านเขื่องคำ และ 3) ศึกษาผลของการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบของชาวบ้านเขื่องคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

วิธีการ: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นแกนนำครอบครัวทุกครัวเรือน จำนวน 346 คน ทำการศึกษาตั้งแต่ ธันวาคม 2557- มกราคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกระบวนการประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การประชุม และการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์และแบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา: ชุมชนบ้านเขื่องคำบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เกือบทุกครัวเรือน (ร้อยละ 97.46) นิยมบริโภคปลาร้าดิบ (ร้อยละ 100) ลาบปลาสุก ๆ ดิบ ๆ (ร้อยละ 93.93) ส้มปลาน้อย (ร้อยละ 90.46) ก้อยปลาดิบ (ร้อยละ 84.93) ปลาต้มดิบ (ร้อยละ 84.68) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยร่วมกับชาวบ้านวางแผนและจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของคนในชุมชน ได้แก่ มหกรรมประกวดอาหารปลอดพยาธิ จัดกระบวนการเรียนรู้ในเด็กนักเรียนและเยาวชน กิจกรรมงานบุญปลอดปลาดิบ กิจกรรมแหล่งน้ำสะอาดปลอดพยาธิ จัดกระบวนการเรียนรู้ในกลุ่มแม่บ้านและร้านขายส้มตำ และกิจกรรมตรวจหาพยาธิในอุจจาระ ผลจากการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ความถี่ในการบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ในอาหารทุกประเภท ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.00$) และมีความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ถูกต้องมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.00$) และไม่ผู้ป่วยหรือเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

สรุป: รูปแบบที่สำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินปลาดิบคือการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมต่างๆที่ต่อเนื่อง หลากหลายและสอดคล้องกับบริบทชุมชนทุนของชุมชน และมีข้อเสนอแนะให้มีการเพิ่มเนื้อหาโรคพยาธิใบไม้ตับในหลักสูตรการเรียนการสอน และปรับปรุงวิธีการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระ

คำสำคัญ: กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคปลาดิบ การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

Isan people die of liver cancer and bile duct in the country. Cause of behavioral consumption of raw fish and also found more than the infection rate of liver fluke in all regions. And Khuang Kham village it is a community of Yasothon. The death of the liver cancer and bile duct liver 2-3 person per year and consumption of raw fish as well. Researchers are interested in studying such problems.

Objective : 1) Study of raw fish consumption behavior in Khuang Kham villagers. 2) To study the process of changing raw fish consumption behavior in Khuang Kham villages, and 3) Study the effect of the process of changing the raw fish consumption behavior of Khuang Kham villagers Muang District, Yasothon Province.

Method : This a Participatory Action Research. Say purposive sampling 346 person are employed in all households. From December 2014 to January 2017, the tools used in the process are: Group discussion Participatory planning, conferencing, and participatory learning process. The instrument used to collect data was the interview and record form. Data were analyzed by frequency, percentage, standard deviation and paired t-test.

Results : The community of raw fish consumption almost every household (97.46%). Pla-Ra (100%), Lab-Pla (93.93%), Som-Pla-noi (90.46%) Koi-Pla (84.93%), Pla-Som (84.68%), Were planing and organise an event in this research. Food Contest the fish safety. The process of learning in children and youth. Tradition food fish safety. Clean river fish safety activity. The process of learning in housewives and papaya salads. Activity and detection of eggs in feces. The results of the behavioral modification process were the frequency of raw fish consumption in all types of food. Significantly decreased statistically. (P-value <0.00), and there was a statistically significant difference in the believe consumption of raw fish. (P-value <0.00) and there are no cases of death and liver and bile cancer.

Conclusions : The major model for altering raw fish consumption is to community participate. Management through continuous learning, varied and consistent with the community context. Use of funds community. In addition, there was a suggestion to add the contents of the liver fluke disease in the curriculum and improve the method of detecting faecal parasite eggs.

Keyword; Behavior modification, Raw fish consumption, Community participation.

บทนำ

คนอีสานที่นิยมบริโภคเนื้อปลาดิบ ก่อให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและปวยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดี สูงสุดในประเทศ ถึงปีละ 28,000 คน จังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุด ได้แก่ สกลนคร ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ มหาสารคาม อุดรธานี ยโสธร นครพนม และอำนาจเจริญ¹ ข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคหนองพยาธิของไทย ปี 2552 พบว่า คนไทยร้อยละ 18 เป็นโรคหนองพยาธิ พบมากที่สุดที่ภาคอีสานร้อยละ 26 ภาคเหนือร้อยละ 18 ขณะเดียวกัน 2 ภาคนี้พบอัตราติดโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าภาคอื่น เช่นกันคือร้อยละ 17 และ 10 อีกทั้งผู้เคยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและกินยารักษาพยาธิแล้ว กลับมาเป็นซ้ำอีกสูงถึงร้อยละ 12 และเมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงพบว่า คนในภาคอีสานภาคเหนือ กินอาหารที่ทำจากเนื้อปลาน้ำจืด เกล็ดขาวดิบๆ สุกๆ เป็นประจำร้อยละ 7 และกินเป็นครั้งคราวร้อยละ 84 และมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระนอกส้วม ร้อยละ 38 ซึ่งหากไม่ดำเนินการควบคุมโรคอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จะทำให้สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับของไทย กลับมาเป็นปัญหารุนแรงขึ้นอีก² จังหวัดยโสธร เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมะเร็งพยาธิใบไม้ตับ มากเช่นกัน โดยเฉพาะชุมชน หมู่บ้านที่อยู่ติดกับแหล่งน้ำตามธรรมชาติ และบ้านเขื่องคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ก็เช่นกัน จากข้อมูลการตายย้อนหลังในปี 2552-2556 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีถึง 10 ราย³ (อัตราตาย 3.88 ต่อพันประชากร) และเสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่น ๆ อีก 17 ราย สถิตินี้ดังกล่าว ทำให้เห็นว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี สูงที่สุด⁴ ซึ่งในผู้เสียชีวิต จำนวน 5 ราย ชอบบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ มาก และจากการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนและ อสม. ในชุมชนทราบว่าเป็นทุกครอบครัวยังมีพฤติกรรมกินปลาสุก ๆ ดิบ ๆ

คือ ก้อยปลา ลาบปลา ตามวิถีของชาวอีสานดั้งเดิม ซึ่งหากไม่มีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว การเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีก็จะยังมีอยู่ต่อไป ผู้วิจัยรวมถึงผู้นำชุมชนและชาวบ้าน จึงต้องการแก้ปัญหาดังกล่าว ในรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมจากชุมชนจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารบริโภคปลาดิบของชาวบ้าน เชื่อกันว่า เพื่อลดการบริโภคปลาดิบและลดอุบัติการณ์การป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีของประชาชนในชุมชนบ้านเขื่องคำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการกินปลาดิบของประชาชนในบ้านเขื่องคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร
2. เพื่อศึกษากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารบริโภคปลาดิบของชาวบ้านเขื่องคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร
3. เพื่อศึกษาผลของการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารบริโภคปลาดิบของชาวบ้านเขื่องคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participate Action Research) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะ (Purposive Sampling) ในพื้นที่บ้านเขื่องคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างคือแกนนำสุขภาพประจำครัวเรือนทุกครัวเรือน จำนวน 346 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

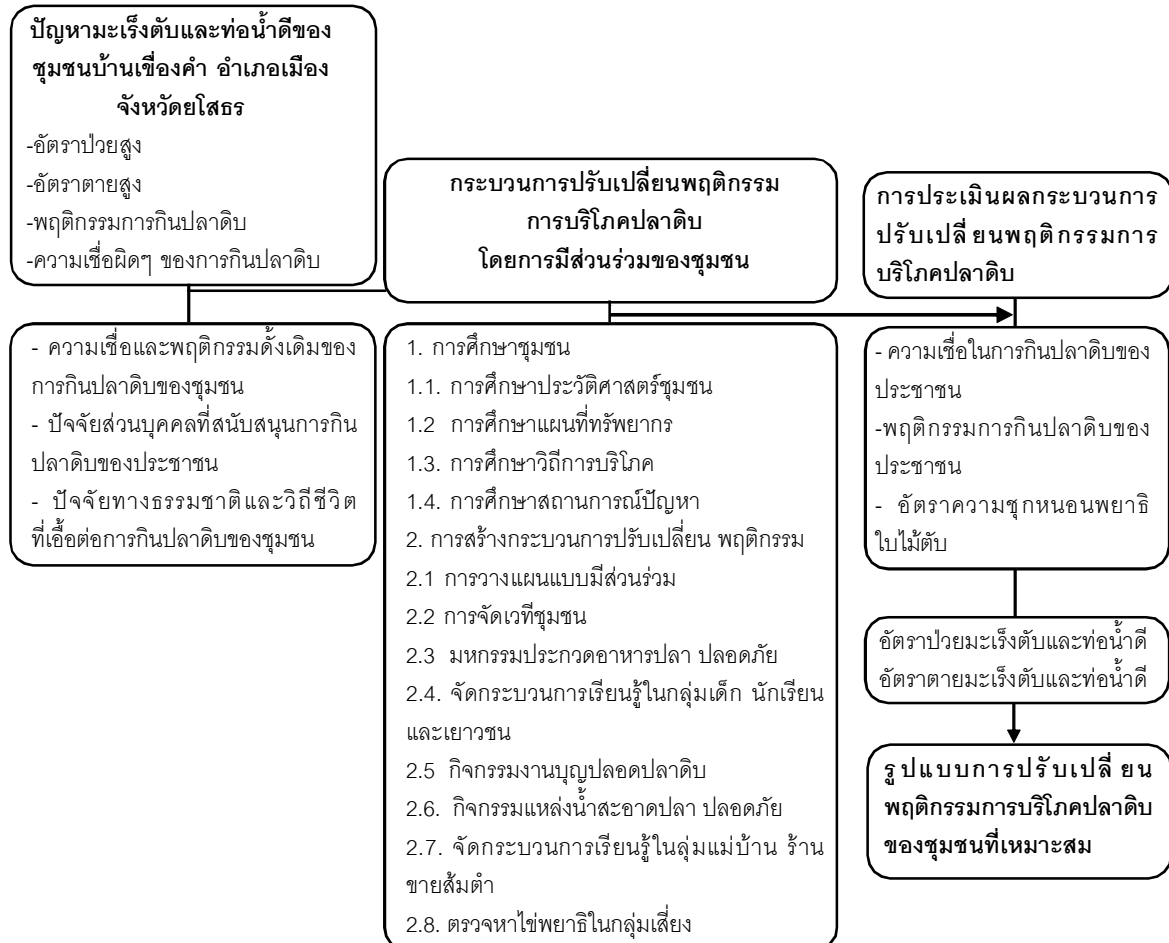
1. เครื่องมือที่ใช้จัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารบริโภคปลาดิบประกอบด้วย 1) การศึกษาสภาพการณ์ปัญหาพฤติกรรมและผลกระทบจากการกินปลาดิบของคนในชุมชน ได้แก่ ประวัติศาสตร์ชุมชน แผนที่ทรัพยากร วิธีการบริโภค สถานการณ์ปัญหาโดยให้ชุมชน

เป็นผู้ศึกษาเอง 2) การวางแผนจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดีโดยการประชุมและสนทนากลุ่ม การวางแผนแบบมีส่วนร่วมและการจัดเวทีชุมชนเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา และ 3) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดีประกอบด้วย 6 กิจกรรมคือ 3.1) มหกรรมประกวดอาหารปลาปลอดภัยโดยการให้ชุมชนนำปลาที่ใช้บริโภคภายในชุมชนเป็นประจำ นำมาประกวดแข่งขันเมนูอาหารปลาที่ปลอดภัย 3.2) สร้างกระบวนการเรียนรู้ในกลุ่มเด็กนักเรียนและเยาวชน 3.3) กิจกรรมงานบุญปลอดปลาดีเป็นการรณรงค์บริโภคปลาดีที่ทำให้กินสุกในทุกงานบุญประเพณีของชุมชน 3.4) กิจกรรมแหล่งน้ำสะอาดปลาปลอดภัย 3.5) สร้างกระบวนการเรียนรู้ในกลุ่มแม่บ้านร้านขายส้มตำเพื่อให้เกิดปรุง

อาหารจากปลารวมถึงปลาร้าที่สุก สะอาดปลอดภัยต่อผู้บริโภค และ 3.6) กิจกรรมตรวจหาไข่พยาธิในกลุ่มเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังโรคและการรักษาต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์และแบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ประกอบอาหารในครอบครัว ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคปลาดี ใน 6 ประเด็นคือ ประเภทปลา ความถี่ในการบริโภค กลุ่มอายุที่บริโภค วิธีการนำมาบริโภค และสถานการณ์การบริโภค และส่วนที่ 3 ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคปลาดีหรือสุก ๆ ดิบ ๆ

กรอบแนวคิดในการศึกษากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดีโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาบ้านเขื่องคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณาด้านคุณลักษณะ ประชากร ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการใช้การสังเกต การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์

บันทึกการประชุมต่าง ๆ โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และการวิเคราะห์เชิงอนุมาน เปรียบเทียบพฤติกรรมและความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคปลาดิบก่อนและหลังการจัดกระบวนการ ด้วยสถิติ Paired T-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.01

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการกินปลาสดหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของครัวเรือนบ้านเชิงคำ

พฤติกรรมการกินปลาสดหรือสุก ๆ ดิบ ๆ	จำนวนครัวเรือน (n=346)	ร้อยละ (100.0)
แหล่งที่มาของปลาร้า		
ทำปลาร้าไว้กินเอง	261	75.4
จากเพื่อนบ้านในหมู่บ้าน	114	32.9
ซื้อจากตลาด	105	30.3
ความถี่ในการบริโภค		
เป็นประจำทุกวัน	77	22.3
4-6 ครั้งใน 1 สัปดาห์	168	46.1
1-3 ครั้งใน 1 สัปดาห์	25	7.2
ประมาณเดือนละ 2 ครั้ง	29	8.4
ประมาณเดือนละ 1 ครั้ง	21	6.1
ประมาณปีละ 4-6 ครั้ง	21	6.1
ประมาณปีละ 1-3 ครั้ง	5	1.4
วิธีการนำมาปรุงเป็นอาหาร		
ใช้ปรุงในส้มตำ	312	90.2
ทำเป็นน้ำพริก	238	68.8
กินเนื้อปลาร้า	95	27.5
ใช้ปรุงรสชาติในอาหาร (ประเภทไม่สุก)	72	21.1

จากตารางที่ 1 การบริโภคปลาร้าดิบ พบว่า ปลาร้ามาจากการหมักเอง (ร้อยละ 75.4) ความถี่ในการบริโภคส่วนใหญ่กิน 4-6 ครั้งใน 1 สัปดาห์ (ร้อยละ 46.1) ส่วนใหญ่ปรุงในส้มตำ (ร้อยละ 90.2)

ตารางที่ 2 แสดงกลุ่มอายุที่กินปลาร้าดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ตามประชากรบ้านเชิงคำที่อาศัยอยู่จริง

กลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มอายุ	จำนวนทั้งหมด (คน)	จำนวนที่กิน(คน)	ร้อยละ(100.00)
วัยเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี	71	1	1.41
วัยเรียน 6-14 ปี	160	127	79.28
วัยรุ่น 15-24 ปี	230	205	86.86
วัยผู้ใหญ่ 25-59 ปี	763	667	87.42
วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	186	155	83.33
รวม	1,437	1,155	81.49

จากตารางที่ 2 ประชาชนทุกกลุ่มอายุ จำนวน 1,437 ราย พบว่ากินปลาสด จำนวน 1,155 ราย (ร้อยละ 81.49) กลุ่มวัยที่กินปลาสดส่วนใหญ่คือ วัยผู้ใหญ่ อายุ 25-59 ปี (ร้อยละ 87.42) รองลงมาคือกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี และวัยสูงอายุ (ร้อยละ 86.86, 83.33 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 แสดงพฤติกรรมการกินปลาสดตัวเล็กที่ไม่ปรุงให้สุกของครัวเรือนบ้านเชิงคำ

พฤติกรรมการกินปลาสดหรือสุก ๆ ดิบ ๆ	จำนวนครัวเรือน (n=346)	ร้อยละ (100.0)
แหล่งที่มาของปลาสดตัวเล็ก		
ทำไว้กินเอง	90	26.0
จากเพื่อนบ้านในหมู่บ้าน	108	31.2
ซื้อจากตลาด	240	69.4
ความถี่ในการบริโภค		
ไม่กินปลาสด	53	15.3
1-3 ครั้งใน 1 สัปดาห์	22	5.3
ประมาณเดือนละ 1 ครั้ง	99	28.6
ประมาณเดือนละ 2 ครั้ง	88	25.4
ประมาณปีละ 4-6 ครั้ง	44	12.7
ประมาณปีละ 1-3 ครั้ง	40	11.6
สถานการณ์ที่มีการบริโภค		
กินปลาสดเป็นกับข้าวตามปกติ	221	53.9
กินเป็นแก้มเหล้า	112	32.4
กินเมื่อมีงานบุญในหมู่บ้าน	98	28.3
วิธีการปรุงเป็นอาหารส่วนใหญ่		
ปลาสด ๆ กินกับพริกสด และกระเทียม	258	74.6
ปลาสด ๆ ไม่ใช้เครื่องปรุง	35	10.1
ไม่กินปลาสด	53	15.3

จากตารางที่ 3 การบริโภคปลาสดที่ไม่ปรุงให้สุก พบว่า แหล่งที่มาของปลาสดมาจากการทำไว้กินเอง (ร้อยละ 26.0) จากเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 31.2) และซื้อจากตลาดสด (ร้อยละ 69.4) ความถี่ในการบริโภคส่วนใหญ่กินประมาณเดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 28.6) วิธีนำมาเป็นอาหารคือกินเป็นกับข้าว (ร้อยละ 53.9) วิธีการกินปลาสดส่วนใหญ่คือกินปลาสดโดยมีพริกสดและกระเทียมสดเป็นเครื่องเคียง (ร้อยละ 74.6)

ตารางที่ 4 แสดงกลุ่มอายุที่กินปลาสดหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ตามประชากรบ้านเชิงคำที่อาศัยอยู่จริง

กลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มอายุ	จำนวนทั้งหมด (คน)	จำนวนที่กิน(คน)	ร้อยละ(100.00)
วัยเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี	71	2	2.82
วัยเรียน 6-14 ปี	160	18	11.25
วัยรุ่น 15-24 ปี	230	122	51.69
วัยผู้ใหญ่ 25-59 ปี	763	524	68.68
วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	186	151	81.18
รวม	1,437	817	56.85

จากตารางที่ 4 ประชาชนทุกกลุ่มอายุ จำนวน 1,437 ราย กินปลาสดดิบ จำนวน 817 ราย (ร้อยละ 56.85) ส่วนใหญ่คือ วัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 81.18) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่และกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 68.68, 51.69 ตามลำดับ) ยังพบว่า มีกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี กินปลาสดดิบ 18 คน (ร้อยละ 11.25) และมีเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี กินปลาสดดิบ 2 คน (ร้อยละ 2.82)

ตารางที่ 5 แสดงพฤติกรรมการกินปลาน้อยดิบของชาวบ้านเชิงคำ

พฤติกรรมการกินปลาสดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ	จำนวนครัวเรือน (n=346)	ร้อยละ (100.0)
แหล่งที่มาของปลาน้อย		
ทำไว้กินเอง	111	32.1
จากเพื่อนบ้านในหมู่บ้าน	147	42.5
ซื้อจากตลาด	122	67.8
ความถี่ในการบริโภค		
ไม่กินปลาน้อยดิบ	33	9.5
4-6 ครั้งใน 1 สัปดาห์	8	2.3
1-3 ครั้งใน 1 สัปดาห์	9	2.6
ประมาณเดือนละ 2 ครั้ง	86	24.9
ประมาณเดือนละ 1 ครั้ง	81	23.4
ประมาณปีละ 4-6 ครั้ง	91	26.3
ประมาณปีละ 1-3 ครั้ง	38	11.0
สถานการณ์ที่มีการบริโภค		
เป็นกับข้าวในมื้ออาหาร	209	60.4
กินเป็นน้ำพริก เครื่องเคียง	101	29.2
วิธีการปรุงเป็นอาหารส่วนใหญ่		
กินเฉพาะปลาน้อย ไม่ใช้เครื่องปรุง	85	24.6
ปรุงกับข้าวคั่ว พริกสด กระเทียม มะเขือลูกสุก	228	65.9
ไม่กินปลาน้อยดิบ	33	9.5

จากตารางที่ 5 การบริโภคปลาน้อยที่ไม่ปรุงให้สุกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า แหล่งที่มาของปลาน้อย จากการทำไว้กินเอง (ร้อยละ 32.1) จากเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 42.5) และซื้อมาจากตลาดสด (ร้อยละ 67.8) ความถี่ในการบริโภคส่วนใหญ่กินประมาณปีละ 4-6 ครั้ง (ร้อยละ 26.3) โดยกินเป็นกับข้าว (ร้อยละ 60.4) กินเป็นน้ำพริกเครื่องเคียงในมื้ออาหารหลัก (ร้อยละ 29.2) และส่วนใหญ่มีวิธีการกินคือกินปลาน้อยกับพริกสดและกระเทียมสด (ร้อยละ 65.9)

ตารางที่ 6 แสดงกลุ่มอายุที่กินปลาน้อยดิบ ตามประชากรบ้านเชิงคำที่อาศัยอยู่จริง

กลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มอายุ	จำนวนทั้งหมด (คน)	จำนวนที่กิน(คน)	ร้อยละ(100.00)
วัยเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี	71	2	2.82
วัยเรียน 6-14 ปี	160	8	5.00
วัยรุ่น 15-24 ปี	230	41	17.37
วัยผู้ใหญ่ 25-59 ปี	763	481	63.04
วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	186	143	76.88
รวม	1,437	675	46.97

จากตารางที่ 6 ประชาชนทุกกลุ่มอายุ จำนวน 1,437 ราย พบว่ากินส้มปลาน้อยดิบ จำนวน 675 ราย (ร้อยละ 46.97) กลุ่มวัยที่กินส้มปลาน้อยส่วนใหญ่คือ วัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 76.88) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่อายุ 25-59 ปี (ร้อยละ 63.04) และมีกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี กินส้มปลาน้อยดิบ 41 คน (ร้อยละ 17.37) และมีเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี กินส้มปลาน้อยดิบ 2 คน (ร้อยละ 2.82)

ตารางที่ 7 แสดงพฤติกรรมกรกินลาปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ของครัวเรือนบ้านเชิงค้ำ

พฤติกรรมกรกินปลาสดหรือสุก ๆ ดิบ ๆ	จำนวนครัวเรือน (n=346)	ร้อยละ (100.0)
แหล่งที่มาปลาที่ทำลาปลา		
แหล่งน้ำธรรมชาติในพื้นที่	297	85.8
ซื้อจากตลาด	112	32.4
ความถี่ในการบริโภค		
ไม่กินลาปลาที่ไม่ทำให้สุก	21	6.1
4-6 ครั้งใน 1 สัปดาห์	2	0.6
1-3 ครั้งใน 1 สัปดาห์	24	6.9
ประมาณเดือนละ 2 ครั้ง	96	27.7
ประมาณเดือนละ 1 ครั้ง	124	35.8
ประมาณปีละ 4-6 ครั้ง	53	15.3
ประมาณปีละ 1-3 ครั้ง	26	7.5
สถานที่กินลาปลา		
ที่บ้าน	282	81.5
ที่ไร่นา สวน	109	31.5
ที่บ้านเพื่อนฝูง	84	24.3
ที่แหล่งหาปลา	26	7.5

จากตาราง 7 พฤติกรรมกรบริโภคลาปลาสุก ๆ ดิบ ๆ พบว่า แหล่งที่มาของปลาที่นำมาทำลาปลาจากแหล่งน้ำในพื้นที่ (ร้อยละ 85.8) ซื้อจากตลาดสดใกล้หมู่บ้าน (ร้อยละ 32.4) ความถี่ในการบริโภคส่วนใหญ่กินประมาณเดือนละครั้ง (ร้อยละ 35.8) โดยกินเป็นกับข้าวที่บ้าน (ร้อยละ 81.5) กินที่ทุ่งนา (ร้อยละ 31.5) กินที่บ้านเพื่อนฝูง (ร้อยละ 24.3) และกินที่แหล่งหาปลา (ร้อยละ 7.5)

ตารางที่ 8 แสดงกลุ่มอายุที่กินลาปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ตามประชากรบ้านเชิงค้ำที่อาศัยอยู่จริง

กลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มอายุ	จำนวนทั้งหมด (คน)	จำนวนคนที่กินลาปลา สุก ๆ ดิบ ๆ (คน)	ร้อยละ (100.00)
วัยเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี	71	1	1.41
วัยเรียน 6-14 ปี	160	34	21.25
วัยรุ่น 15-24 ปี	230	123	52.12
วัยผู้ใหญ่ 25-59 ปี	763	698	91.48
วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	186	161	86.56
รวม	1,437	1,017	70.77

จากตารางที่ 8 ประชาชนทุกกลุ่มอายุ จำนวน 1,437 ราย พบว่ากินลาบปลาดิบ จำนวน 1,017 ราย (ร้อยละ 70.77) กลุ่มวัยที่กินลาบปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ส่วนใหญ่คือวัยผู้ใหญ่อายุ 25-59 ปี (ร้อยละ 91.48) รองลงมาคือวัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 86.56) และกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 52.12) มีกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี กินลาบปลาสุก ๆ ดิบ ๆ จำนวน 19 คน (ร้อยละ 21.25)

ตารางที่ 9 แสดงพฤติกรรมกรรมการกินก้อยปลาดิบของครัวเรือนบ้านเชิงคำ

พฤติกรรมกรรมการกินก้อยปลาดิบ	จำนวนครัวเรือน (n=346)	ร้อยละ (100.0)
แหล่งที่มาปลาที่ทำก้อยปลา		
แหล่งน้ำธรรมชาติในพื้นที่	294	84.9
ซื้อจากตลาด	68	19.7
ความถี่ในการบริโภค		
ไม่กินก้อยปลา	52	15.1
1-3 ครั้งใน 1 สัปดาห์	2	1.1
ประมาณเดือนละ 2 ครั้ง	70	20.2
ประมาณเดือนละ 1 ครั้ง	91	26.3
ประมาณปีละ 4-6 ครั้ง	77	22.3
ประมาณปีละ 1-3 ครั้ง	46	13.3
เหตุการณ์ที่มีการบริโภคก้อยปลา		
ทำกินเป็นอาหารในครอบครัวตามปกติ	148	42.8
กินเมื่อพบปะเพื่อนฝูง	137	39.6
กินเมื่อออกหาปลา	94	27.2
กินเมื่อมีงานบุญในหมู่บ้าน	69	19.9

จากตารางที่ 9 พฤติกรรมการบริโภคก้อยปลาที่ไม่ปรุงให้สุกของครัวเรือนกลุ่ม พบว่า มีครอบครัวที่กินก้อยปลาจำนวน 294 หลังคาเรือน (ร้อยละ 84.9) แหล่งที่มาของปลาที่นำมาทำลาบจากแหล่งน้ำในพื้นที่ (ร้อยละ 100.0) ความถี่ในการบริโภคส่วนใหญ่กินประมาณเดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 26.3) โดยกินกับครอบครัวที่บ้านตามปกติ (ร้อยละ 42.8)

ตารางที่ 10 แสดงกลุ่มอายุที่กินก้อยปลาดิบ ตามประชากรบ้านเชิงคำที่อาศัยอยู่จริง

กลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มอายุ	จำนวนทั้งหมด (คน)	จำนวนคนที่ กินก้อยปลาดิบ (คน)	ร้อยละ (100.00)
วัยเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี	71	0	0.00
วัยเรียน 6-14 ปี	160	18	11.25
วัยรุ่น 15-24 ปี	230	96	40.68
วัยผู้ใหญ่ 25-59 ปี	763	590	77.33
วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	186	103	55.38
รวม	1,437	807	56.16

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มอายุจำนวน 1,437 ราย พบว่ามีกินก้อยปลาดิบจำนวน 807 ราย (ร้อยละ 56.16) กลุ่มวัยที่กินก้อยปลาดิบ ส่วนใหญ่คือวัยผู้ใหญ่อายุ 25-59 ปี (ร้อยละ 77.33) รองลงมาคือวัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 55.38) และกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 40.68) มีกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี กินก้อยปลาดิบ จำนวน 18 คน (ร้อยละ 11.25)

ตารางที่ 11 แสดงเหตุผลที่มีการบริโภคอาหารประเภทปลาที่ไม่ปรุงให้สุกของบ้านเชิงค้ำ

เหตุผลที่มีการบริโภคอาหารประเภทปลาที่ไม่ปรุงให้สุก	จำนวนครัวเรือน (n=346)	ร้อยละ (100.0)
กินตามพ่อแม่ ผู้เฒ่าผู้แก่พากิน	265	76.6
เพราะความชอบในรสชาติ	167	48.3
กินตามเพื่อน ๆ ในกลุ่ม	32	9.2

จากตารางที่ 11 พบว่า เหตุผลสำคัญที่ทำให้บริโภคอาหารประเภทปลาที่ไม่ปรุงให้สุกคือ กินตามพ่อแม่ ผู้เฒ่าผู้แก่พากิน (ร้อยละ 76.6) กินเพราะความชอบในรสชาติอาหารจากปลาสด ๆ (ร้อยละ 48.3) ส่วนเหตุผลที่กินตามเพื่อน ๆ ในกลุ่ม (ร้อยละ 9.2)

ตารางที่ 12 แสดงความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคปลาดิบของบ้านเชิงค้ำ ตำบลเชิงค้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินปลาดิบ	ความคิดเห็น			ค่าเฉลี่ย	ระดับความเชื่อ
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย		
1. การปรุงปลาเป็นอาหาร เช่น ลาบ ก้อยปลา โดยไม่สุกรสชาติจะอร่อยกว่าการปรุงให้สุก	177(51.2)	109(31.5)	60(17.3)	1.66	ต้องปรับปรุง
2. ปลาสดๆ แล้วทำเป็นลาบปลา ก้อยปลา เมื่อกินแล้วรู้สึกมีกำลังวังชาติ(อุ่นท้อง มีแรงท้อง)	60(16.4)	162(46.8)	124(35.8)	2.18	ปานกลาง
3. มดแดงนำมาบดช่วยทำลายพยาธิในเนื้อปลา	56(16.2)	176(59.9)	114(32.9)	2.16	ปานกลาง
4. เมื่อกินก้อยปลาแล้วดื่มเหล้าขาวตาม ช่วยลดกลิ่นคาวปลา และทำให้กินอาหารได้มาก	139(40.2)	124(35.8)	73(24.0)	1.83	ปานกลาง
5. ยารักษาโรคหนองพยาธิที่มีขายอยู่ทั่วไปสามารถฆ่าพยาธิใบไม้ตับได้เหมือนกัน	29(8.4)	191(55.2)	126(36.4)	2.28	ปานกลาง
6. การกินลาบปลา ก้อยปลาแล้วดื่มเหล้าตาม ช่วยลดเชื้อพยาธิ	47(13.6)	152(43.9)	147(42.5)	2.28	ปานกลาง
7. เมื่อมีงานบุญหรือมีแขกมาบ้านจะต้องต้อนรับแขกด้วยอาหารพื้นบ้าน เช่น ก้อยปลา ส้มปลา	83(24.0)	103(29.8)	160(46.2)	2.22	ปานกลาง
8. ความเค็มจากเกลือที่ทำปลาร้า ส้มปลาน้อย ช่วยทำลายไข่พยาธิในเนื้อปลา	39(11.3)	183(52.9)	124(35.8)	2.24	ปานกลาง
9. ปลาร้าหมักกิน 6 เดือน ไข่พยาธิจะตายหมด	71(20.5)	179(51.7)	91(27.7)	2.07	ปานกลาง
10. การลาบปลาโดยลวกเนื้อปลาด้วยน้ำเดือด 2 ครั้ง แล้วรินน้ำออกจะช่วยทำลายพยาธิ	122(35.3)	154(44.5)	70(20.2)	1.84	ปานกลาง
11. การก้อยปลา เมื่อคั้นเอาน้ำจากปลาออกแล้ว จะไม่มีพยาธิในเนื้อปลา	48(13.9)	196(56.6)	102(29.5)	2.15	ปานกลาง
12. กินก้อยปลา ลาบปลาดิบ จากปลาสดใหม่ ทำให้แข็งแรงดี อายุยืน	52(15.0)	175(50.6)	119(30.4)	2.19	ปานกลาง

ตารางที่ 12 แสดงความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคปลาดิบของบ้านเขื่องคำ ต.เขื่องคำ อ.เมือง จ.ยโสธร

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินปลาดิบ	ความคิดเห็น			ค่าเฉลี่ย	ระดับความเชื่อ
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย		
13. เชื่อพยาธิมีเฉพาะในเนื้อและได้เกิดปลา ดั่งนั้นส้มไข่ปลา จะไม่พบเชื้อหนอนพยาธิ	38(11.0)	201(58.1)	107(30.9)	2.19	ปานกลาง
14. การชูดเอาเกล็ดปลาออกให้หมด จะช่วยลดเชื้อ หนอนพยาธิ	45(13.0)	155(44.8)	146(42.2)	2.29	ปานกลาง
15. ปลาในแหล่งน้ำที่ไหลตลอด จะมีเชื้อพยาธิ น้อยกว่าปลาในแหล่งน้ำนิ่งไม่มีการไหลเวียนของน้ำ	105(30.3)	162(46.8)	79(22.8)	1.92	ปานกลาง
โดยรวม				2.10	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคปลาดิบของบ้านเขื่องคำ ตำบลเขื่องคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคปลาดิบถูกต้อง เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.10) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคปลาดิบถูกต้อง เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 14 ประเด็นคือ ปลาสดๆ แล้วทำเป็นลาบปลา ก้อยปลา เมื่อกินแล้วรู้สึกมีกำลังวังชาดี (อ่อนท้อง มีแสงท้อง) (ค่าเฉลี่ย 2.18) มดแดง น้ำมะกรูด ช่วยทำลายพยาธิในเนื้อปลา (ค่าเฉลี่ย 2.16) เมื่อกินก้อยปลาแล้วดื่มเหล้าขาวตาม ช่วยลดกลิ่นคาวปลา และทำให้กินอาหารได้มาก (ค่าเฉลี่ย 1.83) ยารักษาโรคหนอนพยาธิที่มีขายอยู่ทั่วไปสามารถฆ่าพยาธิใบไม้ตับได้เหมือนกัน (ค่าเฉลี่ย 2.28) การกินลาบปลา ก้อยปลาแล้วดื่มเหล้าตาม ช่วยลดเชื้อพยาธิ (ค่าเฉลี่ย 2.28) เมื่อมีงานบุญหรือมีแขกมาบ้านจะต้องต้อนรับแขกด้วยอาหารพื้นบ้าน เช่น ก้อยปลา ส้มปลา (ค่าเฉลี่ย 2.22) ความเค็มจากเกลือที่ทำปลาร้า ส้มปลาน้อยช่วยทำลายไข่พยาธิในเนื้อปลา (ค่าเฉลี่ย 2.24) ปลาร้าหมักเกิน 6 เดือน ไข่พยาธิ จะตายหมด (ค่าเฉลี่ย 2.07) การลาบปลา โดยลวกเนื้อปลาด้วยน้ำเดือด 2 ครั้ง แล้วรินน้ำออกจะช่วยทำลายพยาธิ (ค่าเฉลี่ย 1.84) การก้อยปลา เมื่อคั้นเอาน้ำจากปลาออกแล้ว จะไม่มีพยาธิในเนื้อปลา (ค่าเฉลี่ย 2.15)

กินก้อยปลา ลาบปลาดิบ จากปลาสดใหม่ทำให้แข็งแรงดี อายุยืน (ค่าเฉลี่ย 2.19) เชื่อพยาธิมีเฉพาะในเนื้อและได้เกิดปลา ดั่งนั้นส้มไข่ปลา จะไม่พบเชื้อหนอนพยาธิ (ค่าเฉลี่ย 2.19) การชูดเอาเกล็ดปลาออกให้หมด จะช่วยลดเชื้อ หนอนพยาธิ (ค่าเฉลี่ย 2.29) ปลาในแหล่งน้ำที่ไหลตลอด จะมีเชื้อพยาธิ น้อยกว่าปลาในแหล่งน้ำนิ่งไม่มีการไหลเวียนของน้ำ (ค่าเฉลี่ย 1.92) และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคปลาดิบถูกต้อง เหมาะสมอยู่ในระดับต้องปรับปรุงใน 1 ประเด็นคือการปรุงปลาเป็นอาหาร เช่น ลาบ ก้อยปลา โดยไม่สุกรสชาติจะอร่อยกว่าการปรุงให้สุก (ค่าเฉลี่ย 1.66)

สรุป: กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคปลาดิบของชาวบ้านเขื่องคำ ประกอบด้วย

1. เวทีชุมชนเพื่อคืนข้อมูลสู่ชุมชน เป็นการนำเสนอผลการศึกษาให้ชาวบ้านรับรู้ข้อเท็จจริงถึงสถานการณ์ปัญหาและพฤติกรรม การบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ของชาวบ้านเขื่องคำ และร่วมกันสร้างแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ขึ้นในชุมชน

2. มหกรรมอาหารปลาปลอดภัย โดยการประกวดอาหารประเภทปลาที่ชาวบ้านเคยทำกินแบบไม่สุกหรือสุก ๆ ดิบ ๆ รับประทานมา ทำให้สุก ประท้วงแข่งขันกันและให้ชาวบ้านร่วมกิจกรรมด้วย

3. การจัดงานบุญปลอดปลาดิบ เช่น บุญเดือนสาม บุญเดือนสี่ เดือนห้าหรือสงกรานต์ บุญบั้งไฟ ชาวบ้านนิยมนำปลามาทำปลาต้ม ลาบก้อยในงานบุญรับประทานกัน จึงมีการรณรงค์ให้กินปลาสุกในงานบุญประเพณีดังกล่าว และจะยึดถือปฏิบัติ “งานบุญปลอดปลาดิบ” ตลอดทั้งปีในทุกๆปี

4. กิจกรรมจัดสิ่งแวดล้อมสะอาด แม่น้ำสะอาด ปลาปลอดภัย เพื่อเป็นการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับวงจรการติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ และสร้างกระแสให้ประชาชนตระหนักถึงการรักษาแหล่งน้ำให้สะอาด เพื่อให้รักษาแหล่งน้ำที่เป็นที่อยู่อาศัยของปลาและสัตว์น้ำอื่นๆ ให้สะอาด และเป็นการลด อัตราการติดเชื้อหนอนพยาธิใบไม้ตับในหอยและปลามีเกล็ด

5. การสร้างการเรียนรู้ในเด็กนักเรียน-เยาวชน เพื่อปลูกฝังองค์ความรู้ ความเชื่อ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคปลาดิบ ตั้งแต่ในวัยเด็ก ซึ่งมีความคาดหวังว่า ในอนาคตเมื่อเด็กโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ จะไม่กินปลาดิบเหมือนผู้ใหญ่ในวันนี้

6. กิจกรรมการสร้างการเรียนรู้ในกลุ่มแม่บ้าน แกนนำครอบครัว ผู้ปรุง รานขายส้มตำ ผู้ประกอบอาหารในครัวเรือน เพื่อให้เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญในการปรุงอาหารให้สะอาดปลอดภัย

7. การตรวจหาไข่พยาธิในประชาชนทั่วไป และในกลุ่มเสี่ยง โดยจุลทัศน์ากร จาก รพ.ยโสธร ซึ่งพบว่าตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับร้อยละ 11.32

ผลของการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคปลาดิบของชาวบ้านเชิงคำ

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความถี่ในการบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ก่อนและหลังการจัดกระบวนการของครัวเรือนในชุมชนบ้านเชิงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร (n=346)

ประเภทอาหาร	ก่อนการจัดกระบวนการ		หลังการจัดกระบวนการ		t	P-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ปลาร้า	6.59	1.66	2.53	0.89	40.02	0.000**
ส้มปลาน้อย	3.29	1.91	1.52	0.73	15.85	0.000**
ปลาต้ม	3.72	1.56	0.95	0.76	29.05	0.000**
ลาบปลาดิบ	3.89	1.41	1.17	0.78	31.53	0.000**
ก้อยปลาดิบ	3.04	1.69	0.65	0.81	23.33	0.000**

จากตารางที่ 13 พบว่า ความถี่ในการบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ของครัวเรือนในชุมชนบ้านเชิงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร หลังการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value<0.00) ในทุกประเภทอาหาร ได้แก่ ปลาร้า ส้มปลาน้อย ปลาต้ม ลาบปลาดิบ และก้อยปลาดิบ และยังพบว่าไม่มีผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความเชื่อในการบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ก่อนและหลังการจัดกระบวนการ

ของครัวเรือนและกลุ่มเสี่ยงที่ชอบกินปลาดิบในชุมชนบ้านเชิงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการจัดกระบวนการ		หลังการจัดกระบวนการ		t	P-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
กลุ่มแกนนำสุขภาพ รายครัวเรือน (n=346)	2.10	0.34	2.62	0.21	-29.01	0.000

จากตารางที่ 14 พบว่า ความเชื่อในการบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ของครัวเรือนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงที่ชอบกินปลาดิบในชุมชนบ้านเชิงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร หลังการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} < 0.000$)

วิจารณ์

1. การศึกษาพฤติกรรมการกินปลาดิบของประชาชนบ้านเชิงคำในครั้งนี้ พบว่า คนในครัวเรือนบ้านเชิงคำบริโภคอาหารประเภทปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ปลาร้าดิบ ส้มปลาลาบปลา ก้อยปลา อย่างน้อย 1 ชนิดอาหารถึงร้อยละ 97.46 และมีอายุน้อยที่สุดคือ 6 ปี และกลุ่มวัยรุ่น วัยรุ่น กินปลาดิบในสัดส่วนที่มากพอสมควร เพื่อพิจารณาเป็นรายประเภทอาหาร พบว่า ปลาร้าดิบ ประชาชนกินปลาร้าดิบถึงร้อยละ 81.49 ส่วนใหญ่คือ วัยผู้ใหญ่ กลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้สูงอายุ ส่วนเด็กวัยเรียนกินปลาร้าดิบมากถึงร้อยละ 79.28 ส่วนอาหารประเภทอื่น เช่น ปลาส้ม ส้มปลาน้อย ลาบปลา ก้อยปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ มีประชาชนกินถึงร้อยละ 56.85, 46.97, 70.77 และ ร้อยละ 56.16 ตามลำดับ โดยที่ปลาที่นำมาทำอาหารประเภทลาบปลา ก้อยปลา ปลาส้ม นั้น นำมาจากแหล่งน้ำในพื้นที่นั่นเอง เหตุผลสำคัญที่บริโภคคือการกินตามพ่อแม่ ผู้เฒ่าผู้แก่พากินและความชอบในรสชาติอาหาร รวมถึงกินตามเพื่อน มีข้อมูลความเชื่อผิด ๆ โดยเชื่อว่าการกินปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ รสชาติจะอร่อยกว่าการปรุงให้สุก เชื่อว่าการลวกเนื้อปลาด้วยน้ำร้อนสามารถทำลายเชื้อพยาธิได้ และเมื่อกินก้อยปลาแล้วดื่มเหล้าขาวตาม ช่วยลดกลิ่นคาวปลา และทำให้กินอาหารได้มาก ข้อมูลนี้สะท้อนถึงความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหนองพยาธิมากพอสมควร สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณัฐวุฒิก้าวพิบูลย์ และคณะ (2548)⁵ ที่ได้ศึกษาการบริโภคที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหนองพยาธิของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร อุบลราชธานี และประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี

พบว่า นักศึกษา วสส. ส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารดิบเป็นบางครั้ง ขณะที่ประชาชนรับประทานอาหารดิบเป็นประจำ สอดคล้องกับผลการศึกษา วนิตา โชควาณิชย์พงษ์ และคณะ (2552)⁶ ที่ได้สำรวจพฤติกรรมและทัศนคติการบริโภคปลาดิบและการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี พบว่าประชากรมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับที่ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิชา สุวรรณหาทร (2555)² ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับในพื้นที่ชุมชนท่ากระดานและชุมชนบ้านนายาว จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งประชากรส่วนใหญ่อพยพมาจากภาคอีสาน และยังคงวัฒนธรรมการกินอยู่แบบชาวอีสานอยู่ โดยเฉพาะการบริโภคปลาดิบ พบว่า มีอัตราการติดพยาธิใบไม้ในตับมากถึง 21% และพฤติกรรมการกินปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ของชาวบ้านเชิงคำในการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่เอื้อต่อการบริโภคปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ คือ 1) เกิดจากการสืบทอดวิถีการกินของชาวอีสานเมื่อครั้งปู่ย่าตายาย ที่ผู้เฒ่าผู้แก่พากิน 2) การมีแหล่งน้ำตามธรรมชาติในพื้นที่ใกล้กับหมู่บ้านมีปลาและสัตว์น้ำอุดมสมบูรณ์สามารถหาปลาได้ง่าย 3) การถ่ายทอดภูมิปัญญาเรื่องการทำมาหากินและการปรุงอาหารประเภทปลาดิบของคนรุ่นก่อนรวมทั้งวิธีการจับปลาตามภูมิปัญญาดั้งเดิม 4) ความชอบในรสชาติ ซึ่งอาจเป็นเพราะความเคยชินในการบริโภคอาหารประเภทปลาดิบของคนอีสานที่กินลาบปลา ก้อยปลา ปลาส้ม ปลาร้าบอย ๆ จนทำเปลี่ยนเป็นความชอบ ในรสชาติปลาดิบ ๆ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ตามมา 5) ความเชื่อ

ความเข้าใจที่ผิด ๆ รวมถึงการขาดความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งอาจเป็นเพราะคนสมัยก่อนที่บอกสอนคนกันมาว่าการกินอาหารสด ๆ เนื้อสด ๆ ปลาสด ๆ จะทำให้มีความแข็งแรง มีกำลังวังชาดี ไม่เหน็ดเหนื่อย การทำให้สุกคือการคั้นเนื้อปลากับมดแดงจนเนื้อเปลี่ยนเป็นสีขาว หรือไม่ก็ต้มเห็ดล่าตามฆ่าพยาธิได้ ซึ่งความเชื่อดังกล่าวยังมีอยู่ในปัจจุบัน 6) การกินตามเพื่อนเนื่องจากบางคนกินก้อยปลาเพราะเพื่อนชวนตามวงเหล้าและมีการทำเมนูกินก้อยปลา ส้มปลาเป็นกับแกล้ม และเมื่อกินบ่อยเข้าจึงเกิดเป็นความเคยชิน

2. กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคปลาดีหรือสุก ๆ ดิบ ๆ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านเชียงคำ ประกอบด้วย มหกรรมอาหารปลอดภัย เป็นการสร้างกระแสการลด ละ เลิก การกินปลาดี ได้แก่ ก้อยปลา ลาบปลา ปลาจิ้ม น้ำปลา มาเป็นการปรุงให้สุกเพื่อ การประกวดแข่งขันกัน กิจกรรมดังกล่าวชาวบ้านได้เรียนรู้วิธีการทำอาหารประเภทปลาที่ทำให้สุก ซึ่งรสชาติก็อร่อยเช่นกัน กิจกรรมงานบุญปลอดปลาดี เป็นการสร้างกระแสการลดกินปลาดี ซึ่งในงานบุญประเพณีของหมู่บ้าน เช่น บุญเดือนสาม บุญเดือนสี่ ประเพณีสงกรานต์ บุญบั้งไฟ นิยมทำลาบปลา ก้อยปลา ดิบกันในงานบุญ จึงมีการรณรงค์ให้กินปลาสุกในงานบุญประเพณีดังกล่าว และยังจะยึดถือปฏิบัติ “งานบุญปลอดปลาดี” ในทุก ๆ ปี กิจกรรมสร้างสิ่งแวดล้อมสะอาด แม่น้ำสะอาด ปลาปลอดภัย กิจกรรมดังกล่าว เพื่อการสร้างองค์ความรู้ การป้องกัน การติดต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ และสร้างกระแสให้ประชาชนตระหนักถึงการรักษาแหล่งน้ำให้สะอาดมีปลาปลอดภัย ให้บริโภคตลอดไป กิจกรรมสร้างการเรียนรู้ ในเด็กนักเรียน-เยาวชน เพื่อปลูกฝังองค์ความรู้ ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคปลาดี ตั้งแต่ในวัยเด็ก การสร้างการเรียนรู้ในกลุ่มแม่บ้าน

ผู้ประกอบอาหารประจำครัวเรือน ร้านขายส้มตำ เพื่อสร้างองค์ความรู้แก่ผู้ประกอบอาหารรวมถึงร้านขายส้มตำให้ทำปลาร้าสุกปรุงในส้มตำจำหน่ายภายในหมู่บ้าน

3. ผลของการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่า ความถี่ในการบริโภคปลาดีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกประเภทอาหาร ได้แก่ ปลาร้า ส้มปลาน้อย ปลาดี ลาบปลาดี และก้อยปลาดี ส่วนในด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคปลาดีหรือสุก ๆ ดิบ ๆ มีความถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} < 0.00$) เช่นกัน และไม่พบผู้ป่วยหรือเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับ และท่อน้ำดี

สรุปผลการวิจัย

กระบวนการที่สำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการวิจัยในครั้งนี้เกิดจากการจัดกิจกรรมสร้างกระแสการลดการกินปลาดีผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดกระบวนการวิจัย เป็นการจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่อง มีการใช้ทุนของชุมชนตลอดการดำเนินงาน และมีความสอดคล้องกลมกลืนกับวิถีชีวิต บริบท วัฒนธรรมชุมชนด้วย ส่วนในด้านสื่อความ การเรียนรู้ต่าง ๆ ก็มีความน่าสนใจและมีความหลากหลาย เช่น สื่อวีดิทัศน์ การสาธิต และปฏิบัติจริง การเลือกใช้สื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ และให้ชุมชนมีบทบาทในการเป็นสื่อการเรียนรู้ด้วยชุมชนเอง ทำให้การเรียนรู้ที่มีประสิทธิผล อีกทั้งเป็นการนำเอาพลังชุมชนทุกกลุ่มเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง เช่น กลุ่มผู้นำ แกนนำชุมชนต่าง ๆ วัยเด็ก วัยรุ่น กลุ่มแม่บ้าน ทำให้เกิดความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาการบริโภคปลาดีหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ในชุมชนภายใต้หลักของการมีส่วนร่วมคิด การใช้ภูมิปัญญา การร่วมตัดสินใจ การร่วมวางแผน การร่วมปฏิบัติการ และการร่วมประเมินผลด้วยชุมชนเอง

ซึ่งแตกต่างจากการรณรงค์ทางสาธารณสุขที่ผ่านมาที่ถูกออกแบบโดยภาครัฐและจนท.เป็นส่วนใหญ่ จึงส่งผลต่อความไม่ยั่งยืนตามมา

ข้อเสนอแนะ

1) จากข้อมูลการวิจัยพบว่าประชาชนยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำอาหารประเภทปลาให้สุก รวมถึงเกี่ยวกับกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในหลายประเด็น ดังนั้นการรณรงค์ให้ความรู้ยังต้องดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่อง

2) ควรใช้การสื่อสารที่หลากหลายรูปแบบมีความเหมาะสมและน่าสนใจ เช่น สื่อ

วีดิทัศน์ สื่อบุคคล รวมถึงสื่อสารมวลชนอื่นๆ เพื่อสร้างกระแสการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ควรมีการปรับปรุงการเรียนการสอนในสถานศึกษาเนื่องจากผลการศึกษาพบว่าวัยเด็กนักเรียน มีการบริโภคปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ

4) ควรมีการศึกษาวิจัยวิธีการตรวจหาไข่พยาธิด้วยวิธีการใหม่ ๆ ที่สะดวกและมีความแม่นยำ

5) ควรใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR) พัฒนาใช้กับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อสร้างการเรียนรู้และนำไปสู่การพัฒนาชุมชนตัวเองอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.รายงานการประชุมเสวนาโครงการแก้ไขปัญหการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชน 19 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2552.กรุงเทพฯ.กองสุขภาพิบาลสำนักอนามัย.2552.
- พิชา สุวรรณหาทร.“การศึกษาประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับโดยติดตามการบันทึกพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง”.กรุงเทพฯ:วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.2555.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.สรุปผลตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 1/2557. 2557.(เอกสารอัดสำเนา)
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว.งานระบาดวิทยา:สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2557. ยโสธร:สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร.(เอกสารอัดสำเนา).2557
- ณัฐรุจฉมิ แก้วพิบูลย์,ปริญญาภรณ์ หรินทรสุทธิ,ประสิทธิ์ เพ็งสา, สมภาพ สิริลาภและสรญา แก้วพิบูลย์. การบริโภคที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิของนักศึกษาวิทยาลัย.การสาธารณสุขสิรินธร.อุบลราชธานี. 2548.
- วนิดา ไชควาณิชพงษ์,อำไพ สารพันธ์ และศุภีพร แสงกระจ่าง. พฤติกรรมและทัศนคติการบริโภคปลาดิบและการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรในจังหวัดอุดรธานี. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2552.
- ณัฐภรณ์ หาดิ.โรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี.คู่มือประชาชนสำหรับการรณรงค์ป้องกัน “พยาธิใบไม้ตับ”.ขอนแก่น. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2555.
- พิวพรรณ มาลีวงษ์.อันตรายจากปลาดิบ. อาจารย์ประจำภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (มข.)<http://dpd.cdc.gov.dpd>.2552.
- สุขสรรค์ ชูบุญ.อันตรายจากการกินปลาดิบ;รายงานการวิจัยคณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. <http://www.maxidigg.com/2010/03/16>.2553.
- กันทิมา ลีจันทิก.ปลาดิบ-ปลาร้า มีพยาธิหรือไม่?.กรุงเทพฯ.กองสุขภาพิบาล สำนักอนามัย.2552.

การศึกษาความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร ฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโสธร

A Study on the performance of personnel Official in Personnel Department, Yasothorn Hospital.

Jinjutha Teankeaw

Official Personnel Department of

Yasothorn hospital

Yasothorn province

จินห์จุฑา เทียนแก้ว

ฝ่ายการเจ้าหน้าที่

กลุ่มอำนวยการโรงพยาบาลโสธร

จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรโรงพยาบาลโสธรต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโสธรโดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านการสรรหาและบรรจุแต่งตั้ง 2) ด้านการปฐมนิเทศบุคลากรบรรจุใหม่ 3) ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน 4) ด้านการกำกับรัดประจำตัว 5) ด้านการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับและขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตามความคิดเห็นของบุคลากร ศึกษาเฉพาะบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโสธร ระหว่างเดือน กรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2560 ในบุคลากรกลุ่มข้าราชการ 140 คน กลุ่มพนักงานราชการ จำนวน 10 คน กลุ่มพนักงานกระทรวงสาธารณสุข 65 คน กลุ่มลูกจ้างประจำ 17 คน กลุ่มลูกจ้างชั่วคราว 56 คน การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 69.10 อายุเฉลี่ย 40 ปีขึ้นไป การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 56 เป็นข้าราชการร้อยละ 49 โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 10 - 20 ปี มากที่สุด บุคลากรโรงพยาบาลโสธรมีความเห็นต่อการปฏิบัติงานของฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโสธรโดยรวม อยู่ในระดับมาก ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของฝ่ายการเจ้าหน้าที่แยกเป็นรายด้านเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงานมีระดับความคิดเห็นในระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 58.54 ด้านการปฐมนิเทศบุคลากรบรรจุใหม่มีระดับความคิดเห็นในระดับมากที่สุดเป็นร้อยละ 55.92 ด้านสรรหาและบรรจุแต่งตั้งมีระดับความคิดเห็นในระดับมากที่สุดเป็นร้อยละ 55.30 ด้านการกำกับรัดประจำตัวมีระดับความคิดเห็นในระดับมากที่สุดเป็นร้อยละ 50.14 ด้านการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับและขอรับเงินประจำตำแหน่งมีระดับความคิดเห็นในระดับมากที่สุดเป็นร้อยละ 42.45 (สำรวจเฉพาะกลุ่มข้าราชการกลุ่มตัวอย่าง 140 คน)

คำสำคัญ ความคิดเห็น บุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโสธร

Abstract

The purpose of this research was to A study of the performance of personnel officers at Yasothorn Hospital divided into 5 categories which were 1) recruitment and position posting 2) education Management of Human Resources Management and orientation of new official

personnel 3) job performance assessment 4) identification issuance 5) performance assessment for promotion to a higher rank in accordance with comments of official personnel in particular. The research was conducted during July to September 2017. Population of this research consisted of 288 personnel; there were 140 government officials, 10 government official personnel, 65 ministry personnel, 17 permanent employees, 56 temporary employees. Questionnaires were tools of this research, descriptive statistical package; percentage and standard deviation (SD) were applied for data analysis. The results of this research found that:

Female, age 40 up with 56 percent of bachelor degree, 49 percent of governments official, and having official job holding between 10-20 years found to be the most answered questionnaires more than male at the average of 69.10 percent. Comments of official personnel towards job performance of official personnel department, Yasothon hospital as the whole found to be at the high level. Comments of official personnel towards job performance in each category from high level to low level were as follow: Job performance assessment category was found to be at high level at 58.54 percent. Orientation of new official personnel category was found to be at high level at 55.92 percent. Recruitment and position posting category was found to be at high level at 55.30. Identification card issuance category was found to be at high level at 50.14 percent. Performance assessment for promotion to a higher rank was found to be at high level at 42.45 percent (140 of government officials of this specific target group was applied to this research).

Key Words : Comments, Yasothon Hospital official personnel department

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญการพัฒนาบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่องค์กรเป็นกระบวนการที่จำเป็นอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลไซธร ด้านการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะ ความเชี่ยวชาญ ส่งเสริมงานวิจัย และมีความสุข สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลไซธร 5 ปี พ.ศ. 2560-2564^๑ การพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไซธรเป็นกระบวนการในการพัฒนาบุคลากรให้ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันสมัย สอดคล้อง และทันต่อความต้องการของผู้รับบริการ ในปัจจุบันที่ ต้องอาศัยเทคโนโลยี

สารสนเทศในการอำนวยความสะดวก รวดเร็วในการปฏิบัติงานและก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการและป้องกันข้อร้องเรียนที่จะเกิดขึ้นแก่บุคลากรในหน่วยงานซึ่งมีภารกิจหลัก ได้แก่ การสรรหาบุคลากรที่มีคุณสมบัติตรงตามความต้องการของหน่วยงาน ดำเนินการบรรจุแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการได้ทันตามเวลา ถูกต้อง ครบถ้วน การให้ความรู้และปฐมนิเทศบุคลากรบรรจุใหม่ ดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อประกอบการพิจารณาเลื่อนเงินเดือนประจำปี ๆ ละ 2 ครั้ง 1 เมษายน และ 1 ตุลาคม ของทุกปี ได้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ดำเนินการเรื่องการเลื่อนระดับ ให้กับเจ้าหน้าที่ได้ครบถ้วน ถูกต้อง เมื่อมีคุณสมบัติครบตามการเลื่อนระดับ

ฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโสธร เป็นหน่วยงานที่สังกัดกลุ่มอำนวยการ ฝ่ายบริหาร โรงพยาบาลโสธรซึ่งมีขอบเขตการให้บริการแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโสธร เกี่ยวกับงานบุคคลอันประกอบไปด้วย การสรรหา บรรจุ แต่งตั้ง ย้าย เลื่อนขั้นเงินเดือนประจำปี การประเมินผลการปฏิบัติราชการ^{5,6} การประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับและขอรับเงินประจำตำแหน่ง^๖ และสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ตลอดจนการให้บริการด้านข้อมูลบุคลากร การประสานงาน การให้ข้อมูลข่าวสารด้านอัตราค่าจ้างหน่วยงานอื่นภายนอกโรงพยาบาล เช่น สสจ., รพศ., รพท., รพช, สป., สนง.จังหวัด และญาติเจ้าหน้าที่ รวมถึงการให้ความรู้ เสนอแนะและการให้คำปรึกษาแก่บุคลากรในด้านระเบียบบริหารงานบุคคล และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องแก่บุคลากรพร้อมทั้งสนับสนุนข้อมูลทางด้านบุคคลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา แก่หน่วยงานภายในโรงพยาบาลโสธร เป็นต้น จากผลการประเมินความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ในการประเมินคะแนนความพึงพอใจภายในภาพรวมรายหน่วยงาน ผลการปฏิบัติงานในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมาซึ่งได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติงานในรอบปีงบประมาณ 2558-2560 คะแนนความพึงพอใจการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโสธร ในปี 2558 = 65.73 ปี 2559 = 67.13 ปี 2560 = 66.02 ซึ่งอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการปรับปรุง จากข้อมูลผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจในการศึกษาความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโสธรในการปฏิบัติงานแต่ละด้านเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและวางแผนการพัฒนาการให้บริการเป็นรายด้านในการปฏิบัติงานให้ตรงตามความต้องการของบุคลากรโรงพยาบาลโสธร และให้เกิดความพึงพอใจตามเกณฑ์มาตรฐาน

กำหนดตัวชี้วัดในการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80^๖ ในปีงบประมาณ 2561

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโสธร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโสธร โดยการใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรโรงพยาบาลโสธร ระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2560 ศึกษาในกลุ่มข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราวที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโสธร ในการสุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยได้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamané จำนวน 288 คน จากประชากรทั้งหมดคือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลโสธรทั้งหมดจำนวน 1,029 คน การสร้างแบบสอบถามเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

ศึกษาเอกสาร ทฤษฎี แนวคิด หลักการ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1. ศึกษาวิธีการสร้าง แบบสอบถาม มาตราส่วนประมาณค่าให้ ครอบคลุมกรอบแนวคิดในการวิจัย

2. ผู้วิจัยได้เสนอเครื่องมือผ่านความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบ และได้หาค่าตรงของเนื้อหา (Content validity) แล้วได้ค่าความสอดคล้อง (IOC : Index of item objective congruence) อยู่ระหว่าง 0.67-1

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลโยธร ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องวัดเป็นแบบสอบถามภายใต้กรอบแนวคิด ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ความเห็นชอบแล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับบุคลากรโรงพยาบาลโยธร 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่นเครื่องมือ ผลวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล โรงพยาบาลโยธร เป็นแบบสอบถามตรวจสอบรายการ (Check list)

ส่วนที่ 2 ด้านความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ การสรรหา และบรรจุแต่งตั้ง การให้ปฐมนิเทศบุคลากรบรรจุใหม่ การประเมินผลการปฏิบัติงาน การทำบัตรประจำตัว การประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับและขอรับเงินประจำตำแหน่ง

โดยในส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบของลิเคิร์ท (Likert's scale)¹ มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยจัดหลักเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คือ

การตรวจให้คะแนนเป็นรายชื่อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

มีระดับความคิดเห็นมากที่สุด	5 คะแนน
มีระดับความคิดเห็นมาก	4 คะแนน
มีระดับความคิดเห็นปานกลาง	3 คะแนน
มีระดับความคิดเห็นน้อย	2 คะแนน
มีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด	1 คะแนน

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาระดับความคิดเห็น และการให้คะแนนเกี่ยวกับความคิดเห็น และการให้คะแนนเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร

ฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโยธร ในส่วนที่ 3 ตามมาตรฐานการวัดของลิเคิร์ท คะแนนที่ได้จะถูกนำมาคำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ย (Mean) เพื่อศึกษาจำนวน 288 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดอันตรภาค (Interval) ให้เป็น 5 ชั้น ซึ่งมีค่าอันตรภาคชั้นละ 0.8 คะแนนจากวิธีคำนวณ ดังนี้ ซึ่งมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ระดับ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 0.8 \end{aligned}$$

โดยมีการแปลผลระดับความสำคัญของแต่ละอันตรภาคชั้น ดังแสดงไว้ดังนี้

กำหนดระดับความสำคัญของการแปลผลของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ซึ่งทำให้ได้เกณฑ์ในการแปลความหมาย ดังนี้ ระดับคะแนน ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 การแปลผล มีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด

ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60

การแปลผล มีระดับความคิดเห็นน้อย

ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40

การแปลผล มีระดับ ความคิดเห็นปานกลาง

ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20

การแปลผล มีระดับ ความคิดเห็นมาก

ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00

การแปลผล มีระดับ ความคิดเห็นมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ด้านความคิดเห็นเพิ่มเติม เป็นคำถามปลายเปิดให้บุคลากรแสดงความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโยธร

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4. ผลการศึกษา

จากการศึกษาความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ของบุคลากรในโรงพยาบาลโยธธ ผู้วิจัยสรุปผลได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากการศึกษาความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลโยธธส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 44.79 มีอายุ 41 ปี ขึ้นไปร้อยละ 44.79 ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 58.70 สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันร้อยละ 70.50 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 15,000 บาท/ต่อเดือน

ร้อยละ 44.80 และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโยธธ 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.20 และตำแหน่งงานที่ปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 48.60

2. ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของ

บุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโยธธ

ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโยธธ ด้านการสรรหาและบรรจุแต่งตั้ง ด้านการปฐมนิเทศ บุคลากรบรรจุใหม่ ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน ด้านการทํำตรประจำตัว ด้านการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับ และขอรับเงินประจำตำแหน่ง โดยรวมเห็นด้วยระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติงานของฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโยธธ

การปฏิบัติงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านการสรรหาและบรรจุแต่งตั้ง	3.72	0.60	มาก
2. ด้านการปฐมนิเทศบุคลากรบรรจุใหม่	3.78	0.60	มาก
3. ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน	3.76	0.61	มาก
4. ด้านการทํำตรประจำตัว	3.80	0.66	มาก
5. ด้านการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับ และขอรับเงินประจำตำแหน่ง	3.42	0.65	มาก

ผลการศึกษาความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่จำแนกตามตำแหน่งงานที่ปฏิบัติงานพบว่า

ด้านการสรรหา และบรรจุแต่งตั้ง จากการศึกษพบว่า กลุ่มบุคลากรที่มีความความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ด้านการสรรหาและบรรจุแต่งตั้งมากที่สุดเป็นกลุ่มพนักงานราชการ มีความคิดเห็นในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาเป็นกลุ่มลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว และข้าราชการ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มพนักงานกระทรวงสาธารณสุขมีความคิดเห็นในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็น

ร้อยละ 41.54 บุคลากรโรงพยาบาลโยธธ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการเจ้าหน้าที่มีประสิทธิภาพมากด้านการชี้แจงขั้นตอนการสรรหาและปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการอย่างถูกต้อง บุคลากรโรงพยาบาลโยธธ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการเจ้าหน้าที่มีประสิทธิภาพมากด้านการให้บริการด้วยอัธยาศัยที่ดีและสร้างความประทับใจแก่ผู้มารับบริการ

ด้านการปฐมนิเทศบุคลากรบรรจุใหม่ จากการศึกษพบว่า กลุ่มบุคลากรที่มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานด้านการปฐมนิเทศบุคลากรบรรจุใหม่มากที่สุดเป็นกลุ่มลูกจ้างประจำ

มีความคิดเห็นในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 76.47 รองลงมาเป็นกลุ่มพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว ข้าราชการ และพนักงานราชการ ตามลำดับบุคลากรโรงพยาบาลโยธยธรส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าเป็นฝ่ายการเจ้าหน้าที่มีประสิทธิภาพมากด้านการให้ความรู้แก่บุคลากรสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้

ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มบุคลากรที่มีความคิดเห็นในต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงานมากที่สุดเป็นกลุ่มลูกจ้างประจำ มีความคิดเห็นในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 88.24 รองลงมาเป็นกลุ่มพนักงานกระทรวงฯ ลูกจ้างชั่วคราว ข้าราชการ ตามลำดับ ส่วนพนักงานราชการมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด และระดับปานกลางเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40 บุคลากรโรงพยาบาลโยธยธรส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าเป็นฝ่ายการเจ้าหน้าที่มีประสิทธิภาพมากในด้านมีความรู้ความเข้าใจหลักเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงาน

ด้านการทำบัตรประจำตัว จากการศึกษาพบว่ากลุ่มบุคลากรที่มีความคิดเห็นในต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ด้านการทำบัตรประจำตัวมากที่สุดเป็นกลุ่มลูกจ้างประจำ มีความคิดเห็นในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 76.47 รองลงมาเป็นกลุ่มลูกจ้างชั่วคราว ข้าราชการ ตามลำดับ ส่วนพนักงานกระทรวงมีความคิดเห็นในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.15 พนักงานราชการมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด และระดับมากเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40 บุคลากรโรงพยาบาลโยธยธรส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าเป็นฝ่ายการเจ้าหน้าที่มีประสิทธิภาพมากในด้านการชี้แจงขั้นตอนวิธีการทำบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่แก่บุคลากรโรงพยาบาลโยธยธรอย่างถูกต้องชัดเจน

ด้านการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับและขอรับเงินประจำตำแหน่ง (สำรวจเฉพาะข้าราชการ) จากการศึกษา พบว่า บุคลากรกลุ่มข้าราชการมีความคิดเห็นในต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ด้านการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับและขอรับเงินประจำตำแหน่งมากที่สุดในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.71

3. ความคิดเห็นเพิ่มเติม จากการศึกษาพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลโยธยธร มีความคิดเห็นเพิ่มเติม ดังนี้ กรณีที่มีเจ้าหน้าที่เข้าไปขอรับคำแนะนำในบางครั้งการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ยังมีการใช้น้ำเสียงที่ไม่นุ่มนวลเท่าที่ควร (เสมือนว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนจะต้องทราบรายละเอียดในแต่ละเรื่องเหมือนเจ้าหน้าที่ของฝ่ายการเจ้าหน้าที่เอง) เจ้าหน้าที่บางคนพูดไม่เพราะขอให้ปรับปรุงด้วยการแต่งกายของบุคลากรควรแต่งกายให้เป็นระเบียบดูดี และเป็นทีมมากกว่านี้ เจ้าหน้าที่ใหม่ควรปฐมนิเทศทุกคนและครบทุกด้าน 2-3 วัน เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงาน ควรปรับปรุงเรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบฟอร์มผลงานที่ส่งเพื่อเลื่อนระดับและขอรับเงินประจำตำแหน่ง การปรับปรุงฐานข้อมูลบุคลากร เอกสารการบรรจุ การเลื่อนขั้นและเงินประจำตำแหน่งซ้ำ แบบฟอร์มไม่ชัดเจน ในการทำผลงานเพื่อเลื่อนระดับ อยากให้มีความชัดเจนในด้านข้อมูล แนวทางแบบแผนที่ตรงกัน การให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้ประเมินในการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับและขอรับเงินประจำตำแหน่ง ควรมี Flow chart ของการบริการ และระยะเวลาการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอน และเรื่องติดต่อขอรับบริการ การประเมินผลงาน ควรปิดเป็นความลับ ให้ผลการประเมินแก่เจ้าตัวทราบด้วยตนเอง เห็นควรให้เซ็นรับทราบผลการประเมินที่ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ด้วยตนเอง ควรเพิ่มแนวทางการประชาสัมพันธ์ และแนวทาง ชี้แจงมากกว่านี้

5. วิจารณ์ผล/อภิปรายผล/สรุปผล

จากการศึกษาความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโยธธรม มีประเด็นที่ควรนำมาอภิปราย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุ 20-40 ปี ขึ้นไป ระดับการศึกษาปริญญาตรี หรืออนุปริญญา สถานภาพสมรส มีรายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 15,000-25,000 บาทขึ้นไป ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโยธธรม 10-20 ปี ขึ้นไป และตำแหน่งงานที่ปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ บุคลากรที่มารับบริการจากฝ่ายการเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรโรงพยาบาลโยธธรมและให้บริการเริ่มตั้งแต่เข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโยธธรม จนถึงเกษียณอายุราชการ หรือออกจากราชการ หรือกรณีอื่น ๆ ส่วนใหญ่จะมีความเกี่ยวข้องกับงานบุคลากรเกือบทุกด้านซึ่งสามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานเพื่อกำหนดแนวทางแผนการพัฒนาประสิทธิภาพของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ได้มากที่สุด เพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่มีความทันสมัย และสม่ำเสมอ

2. ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่

ด้านการสรรหา และบรรจุแต่งตั้ง บุคลากรโรงพยาบาลโยธธรมมีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโยธธรมด้านการสรรหาโดยรวมอยู่ในระดับมากจากการให้บริการด้วยอัธยาศัยที่ดี และสร้างความประทับใจแก่ผู้มารับบริการ เจ้าหน้าที่การชี้แจงขั้นตอนการ สรรหา และปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการอย่างถูกต้อง การกำหนดหลักเกณฑ์ในการสรรหา และคัดเลือกบุคลากรอย่างโปร่งใสและชัดเจน รวมถึงการให้บริการด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว จากการศึกษาจะเห็นว่าบุคลากรโรงพยาบาลโยธธรมมีความคิดเห็นต่อ

ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ในการระบุข้อมูลติดต่อประกาศประชาสัมพันธ์ชัดเจน ว่ามีประสิทธิภาพน้อยที่สุด (โดยมีค่าเฉลี่ย 3.60) อาจเป็นเพราะบุคลากรโรงพยาบาลโยธธรมให้ความสนใจต่อความสะดวกในการใช้สารสนเทศมากกว่าการติดตามข้อมูลตามบอร์ดประชาสัมพันธ์และมีความคลาดเคลื่อนในการสืบค้นข้อมูลเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ค้น เช่น โทรศัพท์มือถือจอเล็ก ไม่ได้ป็นที่ออกจากไฟล์ Electronics หรือการฟังจากการบอกเล่าและมีความต้องการทราบข้อมูลนอกเหนือจากการประกาศประชาสัมพันธ์ จะเห็นได้ว่ากระบวนการสรรหาและบรรจุแต่งตั้งมีความสำคัญต่อการรับคนเข้าทำงานต่อการคงอยู่บุคลากรและสร้างความพึงพอใจต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ก่อนแล้วด้วยโดยอาจจะเป็นความคาดหวังต่อผู้ร่วมงานใหม่เพื่อการแบ่งเบาภาระงานซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสาโรจน์ ประพรมมา³ ที่พบว่าความพึงใจของบุคลากรเกี่ยวข้องกับกระบวนการบรรจุแต่งตั้ง โดยจะต้องดำเนินการอย่างไรจึงเป็นธรรม

ด้านการปฐมนิเทศบุคลากรบรรจุใหม่ บุคลากรโรงพยาบาลโยธธรม มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับมากจากการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ และเจ้าหน้าที่มีความรู้ในเรื่องที่อธิบาย สามารถตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี บุคลากรที่ได้รับการอบรม/ปฐมนิเทศมีความเข้าใจการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่มากขึ้น จากการศึกษาจะเห็นว่าบุคลากรโรงพยาบาลโยธธรมมีความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ในการให้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบ วิธีการข้อบังคับสิทธิประโยชน์ของบุคลากรแก่บุคลากรและผู้เข้าปฏิบัติงานใหม่ในโรงพยาบาลโยธธรมว่ามีประสิทธิภาพน้อยที่สุด (โดยมีค่าเฉลี่ย 3.72) อาจเป็นเพราะเนื่องจากระยะเวลา และเนื้อหา

ในการปฏิรูประบบสุขภาพที่ไม่เพียงพอดตรงต่อความต้องการของบุคลากรบรรจุใหม่ เช่น หน่วยงานต้นสังกัดต้องการเร่งรัดให้พนักงานใหม่เข้าทำงานในหน้าที่โดยเร็วที่สุด เพราะขาดกำลังคน หรือมีงานเร่งด่วนที่จะให้ทำ รวมทั้งบุคลากรที่จะทำหน้าที่ให้การปฏิรูประบบสุขภาพที่ดีทันอยู่ในช่วงเวลาของการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงควรพิจารณาเตรียมความพร้อมแก่บุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่และกำหนดวัตถุประสงค์ของการปฏิรูประบบสุขภาพ ระยะเวลาที่เหมาะสมให้ปฏิบัติตามลำดับความสำคัญและความเร่งด่วน

ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน บุคลากรโรงพยาบาลไทรบุรี มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับมากในด้านบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจหลักเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานและการอธิบายการตอบแบบประเมินผลการปฏิบัติงานได้ จากการศึกษาค้นคว้าจะเห็นว่าบุคลากรโรงพยาบาลไทรบุรี มีความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ในการให้คำแนะนำขั้นตอนวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลไทรบุรี ว่ามีประสิทธิภาพน้อยที่สุด (โดยมีค่าเฉลี่ย 3.71) อาจเป็นเพราะบุคลากรที่รับผิดชอบยังมีความรู้ ความชำนาญไม่เพียงพอในการให้ความรู้ และขั้นตอนในการประเมินผลการปฏิบัติงาน เนื่องจากเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน อีกทั้งความซับซ้อนในการประเมินผลการปฏิบัติงานซึ่งผู้ประเมินจะต้องมีความรู้ความเข้าใจขั้นตอน กระบวนการในการประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการจะต้องมีขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับภาพรวมของจังหวัดโดยการส่งคะแนนการประเมินเพื่อให้สอดคล้องกับประกาศหลักเกณฑ์การบริหารวงเงินการเลื่อนเงินเดือนแต่ละรอบการประเมินซึ่งต้องใช้ระยะเวลา และทำความเข้าใจต่อหลักเกณฑ์ตามประกาศของจังหวัดสอดคล้อง

กับข้อเสนอแนะในการวิจัยของ สุณิสา แพทวิทย์⁴ พบว่า มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การประเมินผลการปฏิบัติราชการหลายประการ ซึ่งบางปัจจัยเราสามารถส่งเสริมได้ เช่น ประสิทธิภาพการเข้าร่วมประชุม การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ความสัมพันธ์กับหัวหน้าทำที่กระตุ้นของหัวหน้า และความรู้เกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการ การเห็นความสำคัญของการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

ด้านการทำบัตรประจำตัว บุคลากรโรงพยาบาลไทรบุรี มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับมากในด้านบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ที่เข้มแข็งขั้นตอนวิธีการทำบัตรประจำตัวแก่บุคลากรโรงพยาบาลไทรบุรีอย่างถูกต้องชัดเจน และอำนวยความสะดวกแก่บุคลากรโรงพยาบาลไทรบุรีในการติดต่อทำบัตรประจำตัวด้วยความเต็มใจ จากการศึกษาจะเห็นว่าบุคลากรโรงพยาบาลไทรบุรีมีความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ในการให้คำแนะนำขั้นตอนวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลไทรบุรีว่ามีประสิทธิภาพน้อยที่สุด (โดยมีค่าเฉลี่ย 3.69) อาจเป็นเพราะการติดต่อเจ้าหน้าที่ในการทำบัตรประจำตัวไม่ตรงตามบุคลากรที่รับผิดชอบ การประชาสัมพันธ์ Flow chart การปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ ตลอดจนการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการทำบัตร

ด้านการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับและขอรับเงินประจำตำแหน่ง บุคลากรโรงพยาบาลไทรบุรี มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับมาก การปฏิบัติงานด้วยความรวดเร็วถูกต้องมีระดับความคิดเห็นต่ำสุด อาจเป็นเพราะบุคลากรที่ปฏิบัติงานยังไม่มี ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานด้านการประเมินผลงาน เนื่องจากเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน

ด้านการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับ และขอรับเงินประจำตำแหน่ง อีกทั้ง ยังไม่มีการกำหนดรอบการส่งผลงานเพื่อเลื่อนระดับ และขอรับเงินประจำตำแหน่งเพื่อให้เป็นรอบระยะเวลาในการปฏิบัติงานซึ่งจะไม่กระทบกับภาระงานประจำ จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า บุคลากรโรงพยาบาลไสธรมีความคิดเห็นน้อยที่สุดต่อความสามารถให้คำแนะนำขั้นตอนวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานได้ (โดยมีค่าเฉลี่ย 3.32) อาจเป็นเพราะบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ยังไม่มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานด้านการประเมินผลงาน เนื่องจากเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานด้านการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับและขอรับเงินประจำตำแหน่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธกับคุณภาพชีวิตของผู้ปฏิบัติงานโดยเฉพาะ บุคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่งสมเกียรติยศ วรเดชและคณะ² เสนอแนะว่า ผู้บริหารหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญต่อการสร้างขวัญและกำลังใจการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของการทำงาน

6. สรุปผลการวิจัย

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาวิจัยความคิดเห็นของบุคลากรโรงพยาบาลไสธรรต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่แล้ว บุคลากรโดยรวมมีระดับความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการในระดั้มากทุกด้าน ด้านการสรรหา และการบรรจุแต่งตั้ง ด้านการปฐมนิเทศบุคลากรบรรจุใหม่ ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน ด้านการทำบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ ด้านการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับ และขอรับเงินประจำตำแหน่ง สามารถสรุปได้ว่าด้านที่มีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุดมีแนวทางการพัฒนา ดังนี้ ด้านการสรรหา และการบรรจุแต่งตั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 3.60 ตามลำดับ ควรมีแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการ แนวทางการปฏิบัติงานให้เหมาะสม

ทันเวลา ทันสถานการณ์ และมีการประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมในทุกช่องทางสื่อสาร เช่น การติดป้ายประกาศประชาสัมพันธ์ หนังสือเวียน สื่อทางอินเทอร์เน็ต และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และรักษาผลประโยชน์ สร้างความประทับใจแก่ผู้มารับบริการ ด้านการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ การประเมินผลการปฏิบัติงาน การทำบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ และการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับ และขอรับเงินประจำตำแหน่ง โดยมีค่าเฉลี่ยในระดับร้อยละ 3.72, 3.71, 3.69, และ 3.32 ตามลำดับ ควรมีแนวทางการพัฒนา คือ บุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ต้องมีการพัฒนาขีดความรู้ความสามารถในด้าน กฎ ระเบียบ ขั้นตอน วิธีการ ให้ถูกต้องแม่นยำ ชัดเจน มีการวางแผนการดำเนินงาน มีระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อเกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการและเพื่อป้องกันข้อร้องเรียนในการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไสธรร

7. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการพัฒนาบุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาประสิทธิภาพในการให้บริการด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วนั้น เพราะสามารถมองเห็นทัศนคติ และมุมมองของบุคลากรโรงพยาบาลไสธรรที่มารับบริการ จำแนกตามประเภทตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ทำให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวางแผนพัฒนาบุคลากรให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ว่าควรได้รับพัฒนาในเรื่องใดให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลไสธรรซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไป

สู่การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไฮธรให้บรรลุตามพันธกิจของโรงพยาบาลไฮธร ในด้านพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะ ความเชี่ยวชาญ ส่งเสริมงานวิจัย และมีความสุขในการปฏิบัติงานในประเด็นยุทธศาสตร์ ข้อที่ 4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและ ข้อที่ 5. การพัฒนาสมรรถนะ และคุณภาพชีวิต^๑

จากผลการวิจัย บุคลากรฝ่ายการเจ้าหน้าที่ ควรมีแนวทางในการพัฒนาการแจ้งข้อมูล

ข่าวสารการประชาสัมพันธ์การปฏิบัติงานของฝ่ายการเจ้าหน้าที่ระเบียบบริหารงานบุคลากร และข้อมูลที่บุคลากรโรงพยาบาลไฮธรควรจะได้รับทราบรอบด้านและมีแผนการดำเนินงานอย่างชัดเจน และต่อเนื่องโดยอาศัยประโยชน์จากสารสนเทศในองค์กรเพื่อความรวดเร็ว และให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. กฤตรัตน์ สวัสดิชัย. ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคลของพนักงานในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ นิคมอุตสาหกรรมไฮเทค จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปรินญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจ. มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา; 2556.
2. สมเกียรติยศ วรเดช, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, เรืองฤทธิ์ สุวรรณรัตน์, ดวงพร ถวัลย์ชัยวัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลกหวา จังหวัดพัทลุง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558 ; ปีที่ 24; 2 : 263 – 270.
3. สาโรจน์ ประพรมมา. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 11(1): 54-63. 2560.
4. สุนิสา แพทวิทรัพย์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การประเมินผลการปฏิบัติราชการ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. ปรินญาเภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม. มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2557.
5. สำนักงาน ก.พ.. สำนักพัฒนาระบบบริหารงานบุคคล สำนักงาน ก.พ.. คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ : ภาพรวมระบบบริหารผลงาน และระบบประเมินผลการปฏิบัติราชการ. พิมพ์ครั้งที่ 1 : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด : กันยายน พ.ศ. 2552.
6. สำนักงาน ก.พ.. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (สำนักงาน ก.พ.). พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551.
7. สำนักงาน ก.พ.. สำนักพัฒนาระบบบำนาญตำแหน่งและค่าตอบแทนมาตรฐานการบริหารและพัฒนากำลังคนภาครัฐ (พ.ศ. 2557-2561) และแนวปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท 21 เซ็นจูรี่ จำกัด : พ.ศ. 2557. ISBN 978-616-548-125-0.
8. หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1006/ว 10 ลงวันที่ 15 กันยายน 2548.
9. โรงพยาบาลไฮธร. แผนที่ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลไฮธร 5 ปี พ.ศ. 2560-2564. 2560.



ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลตาตทอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

Mental Health Status of Elderly in Tat Thong Sub-district. Mueang District, Yasothon Province.

Suparak Saisuae. B.N.S.

ศุภรักษ์ สายเชื้อ. พย.บ.

Tat Thong Health Promotion Hospital

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาตทอง

Yasothon province.

จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อ; ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลตาตทอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร
วิธีการศึกษา; เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุตำบลตาตทอง จำนวน 313 คน ระหว่างวันที่ 1 – 30 เมษายน 2560 โดยใช้แบบทดสอบ ภาวะสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบุรณ์ พ.ศ. 2547 (54 ข้อ) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา; พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อยคือ (ร้อยละ 52.72) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 65 – 69 ปี (ร้อยละ 34.18) มีอาชีพหลักของครอบครัวคือเกษตรกร (ร้อยละ 74.76) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปี 20,001-40,000 บาท (ร้อยละ 32.28) รองลงมาคือมีรายได้ 20,000 บาทหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 22.68) ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ (ร้อยละ 68.69) มีบุคคลคอยดูแล 2 คน (ร้อยละ 73.80) และหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวคือเฝ้าบ้านดูแลงานบ้าน (ร้อยละ 50.16) 2) ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในภาพรวมมีสุขภาพจิตดี (ร้อยละ 85.62) มีคะแนนรวม=113.80 คะแนน มีระดับคะแนนเฉลี่ย = 70.25 เมื่อพิจารณาทั้ง 4 องค์ประกอบพบว่า มีสุขภาพจิตดีทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านสภาพจิตใจ (Mental state) (คะแนนเฉลี่ย 73.61) องค์ประกอบด้านสมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) (คะแนนเฉลี่ย 69.63) องค์ประกอบด้านคุณภาพของจิตใจ (Mental quality) (คะแนนเฉลี่ย 70.02) และองค์ประกอบด้านปัจจัยสนับสนุน (Supporting factor) (คะแนนเฉลี่ย 67.64) ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้พัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้สูงอายุเองเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุใน ดูแลตนเองและชุมชนได้และสร้างรูปแบบการแก้ปัญหาหรือการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับ สภาพการณ์ปัญหาและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นหลัก

คำสำคัญ ; ภาวะสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ

Abstract

Objective; Purpose Mental Health Status of Elderly in Tat Thong Sub-District, Mueang District, Yasothon Province.

Method; This is a Survey Research. Data were collected from 313 elderly people in Tat Thong Sub-District between April 1 and 30, 2016 using the Thai Mental Health

Questionnaire, 2004 (54 items) Is a tool to collect data. Statistics used in data analysis. The frequency, percentage, mean and standard deviation.

Result;1) The sample was female rather than male (is 52.72%). Most of them were aged between 65-69 years (34.18%). Their main occupation was agriculture (74.76%). Average family per year 20,001-40,000 baht (32.28%) followed by 20,000 baht or less (22.68%). Most of them had no health problems (68.69%), followed by two people (73.80%) and family responsibilities (50.16%) 2) Mental health status of the elderly as a whole (85.62%) with total score = 113.80, with mean score = 70.25. There are 4 elements of good mental health. Mental state (\bar{X} 73.61) Mental capacity (\bar{X} =69.63), Mental quality (\bar{X} =70.02) and supporting factor (\bar{X} =67.64).In this research have suggested that elderly people should be empowered by the participation of the community and the elderly in order to develop the ability of the elderly to care for themselves and the community and to develop a model of problem solving or health promotion. In line with the situation, problems and needs of the elderly in the area.

Keyword; Mental Health Status, Elderly.

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าปี 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.53 ล้านคน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10-20 เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย นั่นคือจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ทุก 20 วินาที และพยายามฆ่าตัวตาย 1 คน ทุก 1-2 วินาที¹ ความสูญเสียจากการฆ่าตัวตายคิดเป็นมูลค่าความเสียหายเชิงเศรษฐกิจประมาณ 550 ล้านบาทต่อปี² ในประเทศไทยแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,500-5,500 คน และถ้านับจำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเองทั้งหมด ทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต จะพบว่ามีจำนวนรวมสูงขึ้น 25,000-27,000 รายต่อปี ซึ่งสาเหตุหลักคือการมีปัญหาสุขภาพจิต และในช่วง 3 ปี (2557-2559) พบประเด็นน่าสนใจที่ต้องเฝ้าระวังและป้องกัน ซึ่งพบว่าชายวัยแรงงานมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสูงกว่าผู้หญิงถึง 4 เท่า รองลงมา คือ กลุ่ม ผู้สูงอายุ 75-79 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด อยู่ที่ 9.11 ต่อประชากรแสนคนปัญหาสุขภาพจิต เมื่อ

พ.ศ.2556 พบว่าคนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีปัญหาสุขภาพจิตประมาณ 7 ล้านคน และคาดว่าปัญหาสุขภาพจิตจะมีมากขึ้น³ โดยสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่มักพบปัญหาเกี่ยวกับการคบเพื่อนต่างเพศ ส่วนในวัยผู้ใหญ่จะพบปัญหาในการดำรงชีวิต ส่วนในผู้สูงอายุจะพบปัญหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย⁴ ปัจจุบันแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้นในทุกสังคม เนื่องด้วยจำนวนผู้สูงอายุกำลังเพิ่มสัดส่วนขึ้นอย่างรวดเร็ว จากในปี พ.ศ.2536 ร้อยละ 7.2 ของประชากรไทย เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี 2538 ประชากรกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.11 และคำนวณไว้ว่า ในปี 2543, 2553 และ 2563 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.19, 11.36 และ 15.28 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าภายใน 6 ปี ประเทศไทย จะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุประสบปัญหาความยากลำบากในการดำรงชีวิตในหลายๆ ด้าน โดยพบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 26

มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และร้อยละ 95 มีปัญหาสุขภาพได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม พิกการ และซึมเศร้า และการสำรวจสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ด้วยแบบวัด ความสุขฉบับสั้น 15 ข้อ พบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ มีสาเหตุมาจากปัญหาการเจ็บป่วย สัมพันธภาพ ในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง โรคซึมเศร้า จากสภาพการณ์ดังกล่าว การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ นับว่ามีความสำคัญ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นการดูแลสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุให้รับรู้เข้าใจและสามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้จากผลการศึกษาของวัลย์พร นันทศิริวัฒน์ และคณะ (2552)⁵ พบว่าผู้สูงอายุน่าจะมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 72.3 และมีภาวะ ซึมเศร้าแน่นอน ร้อยละ 15.6 และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

จังหวัดยโสธร ในปี 2555-2560 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 12.36 12.98 14.61 13.90 และ 14.04 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกๆ ปี⁶ และเมื่อประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า มีกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านถึงร้อยละ 4.46 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.91 สำหรับอำเภอเมืองยโสธร มีกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 7.24 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.13⁷ ซึ่งกลุ่มดังกล่าวนี้เป็นปัญหาต่อเนื่องทั้งสุขภาพทางกายและทางใจ ปัญหาด้านสุขภาพจิตพบว่า มีปัญหาโรคซึมเศร้า และเมื่อเข้าสู่วัยชราซึ่งมีสภาพร่างกายที่เสื่อม ตามวัยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเบื่อหน่ายกับการดำเนินชีวิต ไม่อยากเป็นภาระของครอบครัว มีความวิตกกังวลกับปัญหาสุขภาพตัวเอง และพบว่า ในปี 2558-2559 มีผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 2 คน⁸ สำหรับตำบลตาตอง ในปี 2559

มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 1,683 คน หรือร้อยละ 13.21 ของประชากรทั้งหมด และในจำนวนนี้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 22 ราย หรือร้อยละ 1.30 ซึ่งเป็นอัตราป่วยที่มากพอสมควร⁹ ซึ่งในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่ผ่านมา นั้น เป็นเพียงการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นร่วมกับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ แต่ยังไม่มีการสำรวจถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ อย่างละเอียด ซึ่งผู้วิจัย ซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และแก้ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยต่าง ๆ จึงมีความสนใจในประเด็นภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยนำเครื่องมือแบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ของกรมสุขภาพจิต เพื่อใช้ประเมินสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลตาตองให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ซึ่งข้อมูลที่ได้มานั้น จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนางานสุขภาพจิตและการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี มีอายุยืนยาวอยู่ในสังคมในบั้นปลายของชีวิตได้อย่างมีความสุข ตลอดไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุ ตำบลตาตอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ขอบเขตการวิจัย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุตำบลตาตอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร จำนวน 313 คน โดยการสำรวจข้อมูลด้านภาวะสุขภาพจิตใช้แบบทดสอบภาวะสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (54 ข้อ) ใน 4 องค์ประกอบคือ 1) สภาพจิตใจ 2) สมรรถภาพของจิตใจ 3) คุณภาพของจิตใจ และ 4) ปัจจัยสนับสนุนสุขภาพจิตดี ระหว่างวันที่ 1-30 เมษายน พ.ศ. 2560

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลตาตอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร
2. ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิต และการเฝ้าระวังปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลตาตอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธรต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ ตำบลตาตอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร จำนวน 313 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม 2 ตอน คือ 1) คือข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ 2) ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพจิตใช้แบบทดสอบภาวะสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) สภาพจิตใจ 2) สมรรถภาพของจิตใจ 3) คุณภาพของจิตใจ และ 4) ปัจจัยสนับสนุนสุขภาพจิตดี ซึ่งทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในแต่ละองค์ประกอบคือ ด้านสภาพจิตใจ $\alpha = 0.83$ ด้านสมรรถภาพของจิตใจ $\alpha = 0.86$ ด้านคุณภาพของจิตใจ $\alpha = 0.81$ ด้านปัจจัยสนับสนุนสุขภาพจิตดี $\alpha = 0.83$ และมีผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและปรับปรุงแบบสอบถามอีกครั้งจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างและนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 สรุปภาวะสุขภาพจิตของของผู้สูงอายุในเขตตำบลตาตอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

กลุ่มตัวอย่าง	ภาวะสุขภาพจิตทั้ง 4 องค์ประกอบ (จำนวน/ร้อยละ)		
	ไม่ดี	ดี	ดีมาก
ผู้สูงอายุในเขตตำบลตาตอง (n=313)	6 (1.92)	268 (85.62)	39 (12.46)

สำหรับเกณฑ์ในการกำหนดภาวะสุขภาพจิต แบ่งเป็น 3 ระดับคือ (อภิชัย มงคล และวัชรี หัตถพนม.2545)

คะแนนภาวะสุขภาพจิตมากกว่า เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ถือว่าเป็นกลุ่มสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

คะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่าง เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25-75 ถือว่าเป็นกลุ่มสุขภาพจิตอยู่ในระดับคนทั่วไป

คะแนนภาวะสุขภาพจิตน้อยกว่า เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ถือว่าเป็นกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

สำหรับการแปลความหมายของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2547 จากผลการศึกษาที่ได้ในภาพรวม แบ่งภาวะสุขภาพจิตเป็น 3 ระดับคือ¹⁰

คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 72.82 หมายถึงมีสุขภาพจิตดีมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 64.81-72.81 หมายถึงมีสุขภาพจิตดี

คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 64.81 หมายถึงมีสุขภาพจิตไม่ดี

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เป็นสถิติพื้นฐานประกอบด้วยค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithamatic Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลตาดทอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร 4 องค์ประกอบ

ภาวะสุขภาพจิต 4 องค์ประกอบ	คะแนน เฉลี่ย	\bar{X}	S.D.	ภาวะ สุขภาพจิต
1. สภาพจิตใจ	73.61	28.71	3.61	ดี
2. สมรรถภาพของจิตใจ	69.63	31.33	6.87	ดี
3. คุณภาพของจิตใจ	70.02	29.41	2.44	ดี
4. ปัจจัยสนับสนุน	67.64	24.35	3.11	ดี
โดยรวม	70.25	28.45	2.69	ดี

จากตารางที่ 1 และ 2 พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลตาดทอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ในภาพรวมส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดี (ร้อยละ 85.62) คะแนนรวม = 113.80 คะแนน มีระดับคะแนนเฉลี่ย = 70.25 และเมื่อพิจารณาทั้ง 4 องค์ประกอบ พบว่ามีภาวะสุขภาพจิตดีทั้ง 4 องค์ประกอบดังนี้ องค์ประกอบด้านสภาพจิตใจ (Mental state) (คะแนนเฉลี่ย 73.61) องค์ประกอบด้านสมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) (คะแนนเฉลี่ย 69.63) องค์ประกอบด้านคุณภาพของจิตใจ (Mental quality) (คะแนนเฉลี่ย 70.02) และองค์ประกอบด้านปัจจัยสนับสนุน (Supporting factor) (คะแนนเฉลี่ย 67.64)

วิจารณ์ผล

จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลตาดทอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า มีสุขภาพจิตเท่ากับบุคคลทั่วไปทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านสภาพจิตใจ (Mental state) องค์ประกอบด้านสมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) องค์ประกอบด้านคุณภาพของจิตใจ (Mental quality) และองค์ประกอบด้านปัจจัยสนับสนุน (Supporting factor) เนื่องจาก ในด้านสภาพจิตใจ (Mental state) นั้นผู้สูงอายุตำบลตาดทอง จะไม่มีความรู้สึกเศร้าโดยไม่ทราบสาเหตุ สามารถดำเนินชีวิต

ได้ตามปกติ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่มีปัญหา ด้านสุขภาพมากนัก ไม่มีความวิตกกังวลมากนัก มีความพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่และรู้สึกสบายใจ ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกว่ามีคามผิดหวังหรือรู้สึกที่ชีวิตมีแต่ความทุกข์ ไม่มีความรู้สึกโกรธหรืออาการหงุดหงิดง่าย ซึ่งผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า ผู้สูงอายุในตำบลตาดทอง ส่วนใหญ่จะรวมตัวเป็นกลุ่มหรือชมรมทำงานเพื่อสังคม รวมถึงการมีบทบาทหน้าที่ในชีวิตประจำวัน อย่างน้อยก็คือการทำงานบ้านหรือเลี้ยงดูบุตรหลาน และส่วนใหญ่มีสมาชิกที่เป็นลูกเป็นหลานในครอบครัว เป็นผู้คอยดูแลโดยตลอด ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่รู้สึกเหงา จึงทำให้มีสภาพจิตใจ (Mental state) อยู่ในระดับดี ในด้านสมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) ผู้สูงอายุในตำบลตาดทองนั้นต่างก็มีเพื่อน ๆ ผู้สูงอายุด้วยกันคอยพูดคุย ปกป้องหาหรือคอยปรับทุกข์สุขในเวลาว่างหรือไม่ก็จัดกิจกรรมทำคุณประโยชน์เพื่อสังคม การทำงานอดิเรก ทำงานฝีมือต่าง ๆ รวมถึงการดูแลช่วยเหลือกันเองในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน เช่น กิจกรรมเยี่ยมเยียนผู้เจ็บป่วย การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาต่างๆ การมีกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น บรรยากาศการอยู่อาศัยร่วมกันของชุมชนเป็นเหมือนกัลยาณมิตร ส่งผลต่อสมรรถภาพทางใจของผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ

และมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าในบทบาทที่ตัวเองกระทำอยู่ในชีวิตประจำวันแต่ละวัน ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่นได้ดี มีความมั่นคงในจิตใจไม่กังวลใจกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ สามารถจัดการปัญหาข้อขัดแย้งได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมบ้าน มีความรู้สึกถึงความประสบความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต มีความคิดเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่แก้ไขได้ การยอมรับกับปัญหาที่ยากจะแก้ไขได้ สามารถควบคุมอารมณ์ มีความมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงได้ และไม่มีความรู้สึกกังวลใจกับเรื่องที่มากระทบ จึงมีสมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) อยู่ในระดับที่ดี ในด้านคุณภาพของจิตใจ (Mental quality) เนื่องจากผู้สูงอายุตำบลตาตองนั้นมีรูปแบบของการอยู่อาศัยในชุมชนเป็นแบบกลุ่ม ชุมชน หรือเรียกว่า ชุมชนผู้สูงอายุตำบลตาตอง และมีระบบการดูแลเพื่อนสมาชิกด้วยกัน เช่น การช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกที่ได้รับความเดือดร้อน การนัดประชุมกลุ่มกันในทุกๆ เดือน การรวมกลุ่มกันจัดกิจกรรมต่างๆ จัดกิจกรรมใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนและกลุ่มของตนเอง เช่น กิจกรรมวันผู้สูงอายุ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมสร้างสรรค์ทางประเพณีและวัฒนธรรม และการพบปะสังสรรค์กันอยู่บ่อยๆ ดังนั้น จึงไม่พบว่าผู้สูงอายุตำบลตาตองจะถูกทอดทิ้ง และจากรูปแบบการมีกิจกรรมกลุ่มกันอยู่บ่อยๆ จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีจิตใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่นอยู่เสมอๆ และต้องการปรับเปลี่ยนสิ่งที่เป็นปัญหาให้ดีขึ้นกว่าเดิม ผู้สูงอายุตำบลตาตองจึงมีความรู้สึกดีกับการทำสิ่งใหม่ๆ ที่ดีขึ้นกว่าเดิม มีความรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น มีความรู้สึกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์ มีความรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อมีโอกาส มีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส มีความพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือร่วมกับผู้อื่นเมื่อมี

สถานการณ์ที่คับขันเสี่ยงภัย มีความพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง มีความรู้สึกภูมิใจในตนเอง การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่ทำให้จิตใจมั่นคงในการดำเนินชีวิต การมีความเชื่อมั่นว่าเมื่อเผชิญกับความยุ่งยาก และการมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในทางที่ดีขึ้นอยู่เสมอ เพื่อพัฒนาตนเองและชุมชนให้มีความก้าวหน้าเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) อยู่ในระดับดี และในด้านปัจจัยสนับสนุน (Supporting factor) พบว่าตามสภาพสังคมปัจจุบัน และผู้สูงอายุตำบลตาตองที่เคยผ่านประสบการณ์ในการทำงานในช่วงวัยทำงานตลอดหลายปีที่ผ่านมาและมีความรอบรู้ที่เกิดจากการรวมกลุ่มพบปะกันในกลุ่มผู้สูงอายุบ่อยๆ และผู้สูงอายุบางรายได้ได้รับการพัฒนาอาชีพ มีรายได้เป็นของตนเองที่มั่นคงพอสมควร ประกอบกับชุมชนตำบลตาตองเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และมีระบบสาธารณูปโภคจากระบบการจัดสวัสดิการ การจัดบริการต่างๆ ของเทศบาลตำบลตาตอง และระบบการดูแลโครงสร้างพื้นฐานในแต่ละชุมชน จึงทำให้ผู้สูงอายุตำบลตาตอง มีความมั่นใจในความปลอดภัยจากชุมชนที่ อยู่อาศัย มีความรู้สึกที่มั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว และเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลอย่างดีเมื่อเจ็บป่วยสามารถใช้บริการจากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านได้ เมื่อตัวเองหรือญาติเจ็บป่วยจะใช้บริการจากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านได้ จึงพบว่าสุขภาพจิตด้านปัจจัยสนับสนุน (Supporting factor) อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับแนวความคิดของกรมสุขภาพจิต (2547)¹¹ ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม เป็นผู้รู้จักและเข้าใจผู้อื่นได้ดีและสามารถเผชิญกับปัญหา และความจริงแห่งชีวิตได้ดี และสอดคล้องกับแนวความคิดของเดนนิส (Dennis อ้างในสุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. 2544)¹²

ที่ให้ความเห็นว่าผู้มีสุขภาพจิตดีจะมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีสำนึกผิดชอบชั่วดี รู้จักควบคุมตนเอง แก้ไขความขัดแย้งได้ หรือสามารถขจัดข้อขัดแย้งได้ น.พ.สุจิต สุวรรณชีพ (2557)¹³ กล่าวสนับสนุนว่าการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ดีนั้น ควรเน้นที่เรื่องความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) โดยการพัฒนาให้ผู้สูงอายุเกิดการดำเนินชีวิตดีขึ้น หรือพัฒนาให้ดีขึ้นตามศักยภาพที่เป็นอยู่ พัฒนาให้เป็นคนมีความสุข สามารถหาความสุขได้มีลักษณะเชื่อมต่ออารมณ์มีความสุขและสามารถมีความสุขที่ยั่งยืน สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีซึ่งข้อมูลสนับสนุนดังกล่าวนี้ กลุ่มผู้สูงอายุในตำบลตาตองได้รับการส่งเสริมและพัฒนาจากหน่วยงานองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุตำบลตาตองเองอยู่เสมอๆ ผลการศึกษาจึงพบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลตาตองส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีสอดคล้องกับผลการศึกษาของเกสร มัยจัน (2558)¹⁴ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดปทุมธานีพบว่าระดับคะแนนค่าสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับสุขภาพจิต เท่ากับ 43.48 คะแนน S.D. เท่ากับ 3.968 แปลผลอยู่ในเกณฑ์สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สิงหา ธนสุภานุเวช (2556)¹⁵ ที่ได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ทำงานกับไม่ได้ทำงาน ในจังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตด้านสมรรถภาพของจิตใจ และคุณภาพของจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ สรร กลิ่นวิชิต เวธกา กลิ่นวิชิต พวงทอง อินใจ และพลอยพันธุ์ กลิ่นวิชิต (2558)¹⁶ ที่ได้ประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ส่วนใหญ่มี

ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และเครียดสูง พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29 ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่ายังมีบางประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำและมีสุขภาพจิตไม่ดีได้แก่ รู้สึกว่าฐานะทางสังคมเป็นตามที่คาดหวังไม่พอใจเมื่อถูกวิพากษ์วิจารณ์ และรู้สึกหงุดหงิดกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ทั้งนี้เนื่องอาจจะเป็นเพราะว่าครอบครัวผู้สูงอายุตำบลตาตองบางครอบครัวยังมีความยากจนอยู่ รายได้ไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพในครอบครัว และหลายครอบครัวมีภาระหน้าที่ในครอบครัวที่ต้องดูแล การมีภาระหนี้สิน และผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว อาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลในการใช้ชีวิตอยู่บ้าง ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง รู้สึกว่าฐานะทางสังคมอาจไม่ทัดเทียมกับครอบครัวอื่นๆ ดังนั้น จึงอาจรู้สึกหงุดหงิดกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง รู้สึกไม่ดีเมื่อถูกวิพากษ์วิจารณ์ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าตามปกติบุคคลทั่วไปย่อมมีความคาดหวัง ซึ่งผู้สูงอายุนั้นได้ต่อสู้ดิ้นรน ดูแลครอบครัวมาจนแก่เฒ่า ผ่านประสบการณ์ชีวิต ผ่านความผิดพลาดลองผิดลองถูกมาอย่างโชกโชน ดังนั้น ในการทำงานหรือการใช้ชีวิตต่อไป จึงต้องการผลที่ออกมาอย่างถูกต้องและดีที่สุดโดยไม่ข้อผิดพลาดหรือถูกตำหนิและต้องการให้ได้ผลตามที่ตนคาดหวังไว้ เมื่อผลที่ได้ไม่เป็นไปตามคาดหวังหรือถูกตำหนิ ถูกวิจารณ์ ก็อาจรู้สึกหงุดหงิดหรือโกรธได้ ในประเด็นที่พบว่าผู้สูงอายุบางรายยังรู้สึกไม่ได้รับความช่วยเหลือในยามที่ต้องการจากเพื่อนหรือคนอื่นๆ และรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรมีความเดือดร้อนอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในตำบลตาตองบางครอบครัวยังมีภาระหนี้สินที่ต้องรับผิดชอบอยู่มาก และอาจต้องใช้ระยะเวลาปลดปล่อยหนี้สิน เป็นเวลาพอสมควรและการช่วยเหลือจากชุมชน หรือหน่วยงานที่มีอยู่ในชุมชน

อาจจะยังไม่เพียงพอ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงอาจมีความรู้สึกที่ว่า ไม่ได้รับการช่วยเหลือในยามที่ต้องการจากเพื่อนหรือคนอื่น ๆ ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานเมื่อมีความเดือดร้อน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2548)¹⁷ ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุไทยยังประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ และสุขภาพ เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีรายได้ไม่พอเลี้ยงชีพ และ 2 ใน 3 มีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดีมาก ภาวะการเจ็บป่วยเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ เมื่อพิจารณาถึงสภาวะสุขภาพ พบว่า การที่ประชากรไทยมีชีวิตยืนยาวขึ้น มิได้หมายถึงประชากรผู้สูงอายุ

มีสุขภาพดีขึ้น แต่ดูเหมือนว่าช่วงชีวิตที่ยืนยาวขึ้นนั้น จะเป็นช่วงชีวิตที่มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับด้วย แต่ผลการวิจัยในครั้งนี้ยังชี้ให้เห็นที่ครอบครัวและเครือข่ายของผู้สูงอายุยังคงเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้สถาบันครอบครัวมีศักยภาพในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ และระบบของภาครัฐก็ควรสนับสนุนด้านเศรษฐกิจด้วย และหากเมื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและอายุยืนยาวขึ้นก็ไม่เป็นภาระของบุตรหลาน ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งทางสังคม และเศรษฐกิจในระยะยาว ต่อไป

จากข้อมูลบางประเด็นที่ทำให้ผู้สูงอายุตำบลตาตทองมีสุขภาพจิตไม่ดี ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะการพัฒนาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 3 คือ

ตารางที่ 3 แนวทางการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

ลำดับ	แนวทางการพัฒนา
1	การปลูกฝังทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี
2	การยอมรับในความแตกต่าง
3	การดำเนินชีวิตด้วยจิตใจที่มั่นคงและมีสติ
4	การยอมรับได้ถึง การเปลี่ยนแปลงและสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง
5	ระบบการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการช่วยเหลือสังคมให้มากยิ่งขึ้น
6	ระบบการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
7	คุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุของสถานบริการด้านสุขภาพ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาในครั้งนี้

1) ควรมีการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วมจากสมาชิกผู้สูงอายุในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตเพื่อความสอดคล้องกับสภาพการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2) ควรมีการวางแผนและส่งเสริมการรวมกลุ่มอาชีพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านรายได้ เช่น งานฝีมือเพื่อสร้างรายได้เสริมรายครัวเรือนและลดภาระที่ต้องพึ่งพิงในระยะยาว

3) ควรสนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ เช่น จัดกิจกรรมนันทนาการ การสืบสานบุญประเพณีต่าง ๆ การละเล่นพื้นบ้านต่าง ๆ เพื่อสร้างรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

1) ควรมีการประเมินภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มวัยอื่นๆ ด้วย เช่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้พิการ เป็นต้น เพื่อทราบถึงภาวะสุขภาพจิตของคนในกลุ่มวัยต่างๆ เพื่อการวางแผนแก้ไขปัญหา

2) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ได้ทำงานและไม่ได้ทำงาน เพื่อทราบถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเปรียบเทียบทั้ง 2 ลักษณะ โดยมีสมมติฐานที่ว่าผู้สูงอายุที่มีงานทำได้มีกิจกรรมทำอย่างต่อเนื่องจึงไม่เกิดความเบื่อหน่ายกับชีวิต จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานไม่มีกิจกรรมอาจมีปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้

3) ควรมีการศึกษาถึงความเครียดและการจัดการกับความเครียดของผู้สูงอายุเพื่อทราบถึงศักยภาพในการจัดการความเครียดความวิตก

กังวล เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพจิตต่อไป

4) ควรมีการศึกษาในรายละเอียดในประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความสงบสุขในจิตใจ การรู้สึกหงุดหงิดกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง การรู้สึกหงุดหงิด เมื่อถูกวิพากษ์วิจารณ์ การเสียสละเพื่อส่วนรวม และการรู้สึกถึงการไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสังคม เพื่อเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาคต่อไป

5) สถาบันการศึกษาควรมีระบบมาตรฐานหรือวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย : การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 2553.
2. บัณฑิต เกษมสมบุญ. เปรียบเทียบอัตราการตายของคนไทย. ขอนแก่น. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย. <http://www.dmh.go.th>. 2560.
4. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุสำหรับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล, นนทบุรี. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 2560.
5. วลัยพร นันทศุภวัฒน์ และคณะ. ภาวะสุขภาพจิตคนไทยระดับจังหวัดในพื้นที่การสาธารณสุขเขต 7 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. กรุงเทพฯ; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2552.
6. กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. เอกสารประกอบการตรวจราชการ ครั้งที่ 1/2558. 2558. (อัดสำเนา)
7. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. สรุปผลการดำเนินงานสุขภาพจิต เอกสารประกอบการตรวจราชการ ครั้งที่ 1/2559. 2559. (อัดสำเนา)
8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปี 2559. 2559 (อัดสำเนา)
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาตทอง. สรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2559. 2559. (อัดสำเนา)
10. อภิชัย มงคล และวัชณี หัตถพนมดุษณี. ชีวิตสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2545. <http://www.dmh.go.th>. 2545.
11. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ภาวะสุขภาพจิตและการใช้แบบทดสอบภาวะสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบุญ 54 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2547.

12. สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว.แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.2544.
13. สุจินต์ ปรีชาสามารถ.จิตวิทยา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.2557.
14. เกสร มุ้ยจิ้น.ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีปีที่ 23 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2558.
15. สิงหา ทัศนสุภาณุเวช.ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ทำงานกับไม่ได้ทำงานในจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.2556.
16. สรร กลิ่นวิจิต เวธกา กลิ่นวิจิต พวงทอง อินใจ และพลอยพันธุ์ กลิ่นวิจิต.(2558).การประเมิน ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี.บูรพาเวชสาร ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2558.
17. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย.
<http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/2548>.



การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาตครึ่งซีก) ในชุมชน : กรณีศึกษา

Nursing care of the patient Cerebro vascular disease with Hemiplegia in Community : A Case Study

Metta wongpun, Dip in Nursing Science

PCC. Ban Tha Si Tham

Department of Social Medicine

Yasothon Hospital

เมตตา วงศ์พันธ์ พย.บ

คลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าศรีธรรม

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาลโสธร

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง หรือก้านสมอง เกิดการแตก ตีบ หรืออุดตัน โรคนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและเป็น Service Plan ของเขตตรวจราชการที่10

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาตครึ่งซีก) ในชุมชน

วิธีการศึกษา : ใช้รูปแบบกรณีศึกษาคลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าศรีธรรม

ผู้ป่วยหญิงไทย วัยสูงอายุ อายุ 67 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย การศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพแม่บ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน 35 ตรอกศิริราช ชุมชนบ้านท่าศรีธรรม ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ญาติให้ประวัติว่า ผู้ป่วยมีอาการพูดไม่ชัด มุมปากซีกซ้ายตก แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล4 ชั่วโมงโดยอาการนี้เป็นตั้งแต่เดือนตุลาคม 2556 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนายแพทย์หาญตามสิทธิประกันสุขภาพ แกรับประเมินประเมินอาการ Glasgow coma score (GCS) E4V2M5 Pupils 2 min RTLB Motor powerแขนซีกข้างขวา grade 5 แขนขาซีกซ้าย grade 0 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/77 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ได้ตรวจวินิจฉัย และทำ CT Brain ผลเป็น Ischemic Stroke Lt. Parietal Lobe นอนพักรักษาตัว 5 วัน และทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ จึงจำหน่ายกลับบ้าน

ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการส่งเสริมด้านการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปี พ.ศ.2557 ผู้ป่วยได้ย้ายสิทธิประกันสุขภาพมาที่คลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าศรีธรรม สาขาโรงพยาบาลยโสธร และได้รับการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลนายแพทย์หาญ จึงได้ติดตามเยี่ยมบ้าน พยาบาลได้ใช้เครื่องมือเยี่ยมบ้านตามแนวเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS เพื่อประเมินได้ครอบคลุมทั้งด้านกาย ใจ จิตสังคม วัฒนธรรมและด้านเศรษฐกิจ เยี่ยมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยเครือข่ายกรรมการชุมชน , อาสาสมัครสาธารณสุข พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดยโสธร เทศบาลเมืองยโสธร และวัดศรีธรรมาราม เพื่อร่วมประเมินและให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในด้านร่างกาย สังคม และเศรษฐกิจตามบริบทของชุมชน

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาลในชุมชน

Abstarct

Ischemic stroke occurs when a blood vessel carrying blood to the brain is blocked by a blood clot. The causes blood not to reach the brain. Ischemic stroke is an important public health issue for every country including Thailand and likely to become upward trend. This disease is the Service Plan of 10th Public Health Region Ministry of Public Health.

Objective : To study about Nursing care of the patient Cerebro vascular disease with Hemiplegia in community.

Methohod : A case study report from The Ban Tha Si Tham family doctor's clinic.

A 67-year-old woman who had admitted at doctor's Han hospital 4 hours ago she presented with loss speech, bell's palsy, weakness at left arm and leg, on relative are entitled to hospital. Care and promotion of rehabilitation from a team of medical team until the year 2557. The patient has transferred health insurance rights to Yasothon hospital. The Ban Tha Si Tham family doctor's clinic has been the data transferred from the doctor's Han hospital. And contact home. Nurses have used home remedies in accordance with INHOMESSS family practice guidelines to assess their physical, mental, spiritual, social, and economic wellbeing. Visited by a multidisciplinary team. And community committee network Yasothon Volunteer for Social Development and Human Security Municipality of YasothonWat Sri Thammaram To assess the various aspects of the network.

Keyword : Cerebro vascular disease, Nursing care in Community

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดของโรคระบบประสาทโดยที่หลอดเลือดอาจมีการอุดตันตีบหรือแตก อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งตามลักษณะของพยาธิสรีรวิทยาออกเป็น 2 ประเภท คือโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic Stroke) และที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic Stroke) เมื่อหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเกิดตีบ ตัน หรือแตกจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเนื้อสมองเป็นผลจากการขาดเลือด ออกซิเจน และกลูโคส จะทำให้การเปลี่ยนแปลงของเมตะบอลิซึม รวมทั้งสูญเสียการทำงานของ Blood Brain Barrier^๑ พบว่า ความรุนแรงของโรคจะขึ้นอยู่กับขนาด และบริเวณของสมองที่ขาดเลือด และระยะเวลา

ของการขาดเลือด ซึ่งสมองจะทนต่อภาวะการขาดเลือดได้ในเวลาหนึ่ง และจะเสียการทำงานอย่างถาวรเมื่อขาดเลือดนานกว่า 3-6 ชั่วโมง อาการของผู้ป่วยจึงขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองด้านที่มีพยาธิสภาพอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ได้แก่ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณหน้า แขน หรือขา อ่อนแรง และเป็นซีกใดซีกหนึ่ง เดินเซ หรือเสียการทรงตัว พุดจาตัมสน พุดไม่ชัด การมองเห็นภาพไม่ชัดอาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้าง หรือมีอาการปวดศีรษะรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ และกว่าผู้ป่วยจะมีอาการคงที่จะใช้เวลาประมาณ 1-14 วัน อาจจะกลายเป็นอัมพาตทันที รู้สึกตัวแต่มีกล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นจะอ่อนปวกเปียก อาจไม่รู้สึกร่วมด้วย และจากการศึกษาของกูลาริก (Gularick, 1998) พบว่า เมื่อสมองส่วนนั้นได้รับอันตราย มีการ

สูญเสียการทำงานที่ของสมอง อาการที่พบจะขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ถ้าตำแหน่งของโรคอยู่ซีกขวาที่เป็นสมองเด่น จะทำให้พูดไม่ชัด กลืนลำบาก สูญเสียการรับรู้ซีกขวา อัมพาตของซีกซ้าย การรับรู้ลดลงโดยเฉพาะสิ่งใหม่ๆ ถ้าตำแหน่งของโรคอยู่ซีกซ้ายจะทำให้พูดไม่ชัด สูญเสียความรู้สึก อารมณ์เปลี่ยนแปลงจากสภาพปัญหาทางร่างกายดังกล่าว ได้ส่งผลกระทบต่อจิตใจ สังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล และฟื้นฟูสภาพดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งผู้ที่มีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมทั้งความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดรายได้เนื่องจากต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ครอบครัวขาดชีวิตส่วนตัว ขาดสังคม สูญเสียความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต

สำหรับในประเทศไทย พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศไทยในปี 2556-2558 เท่ากับ 36.13 , 38.66 และ 42.62 ตามลำดับ¹⁵ จังหวัดยโสธร ในปี 2556-2558 พบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนดังนี้ 25.91, 29.87 และ 30.91 ตามลำดับ และพบอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ดังนี้ 310.74, 301.50 และ 396.80 ตามลำดับ¹⁴จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอัตราการตาย และอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกๆระดับ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือการวางระบบบริการที่สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ มีการประสานการบริการระหว่างหน่วยบริการต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

การประสานการดูแลที่เป็นลักษณะสามประสานระหว่างบ้านหรือชุมชน สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน กับโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่ายบริการ กรอบแนวคิดที่เหมาะสมในการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชนได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การสนับสนุนด้านนโยบายและทรัพยากรจากชุมชน เป็นส่วนที่ต้องการความร่วมมือจากชุมชนที่ต้องอาศัยการกำหนดนโยบายขององค์กรชุมชน การตั้งศักยภาพและทรัพยากรในชุมชนมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และ 2) การจัดบริการดูแลอย่างเป็นระบบ เป็นส่วนที่เน้นการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างเป็นระบบ จัดระบบการดูแลที่ดีทั้ง 2 องค์ประกอบที่จะส่งผลทำให้เกิดระบบการดูแลเชิงรุกของทีมผู้ให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตื่นตัว มีทักษะและกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

ด้วยเหตุผลนี้ คลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าศรีธรรมได้ตระหนักถึงความสำคัญในการศึกษาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในพื้นที่รับผิดชอบ 6 ชุมชน ประชากรจำนวน 6,771 คน¹⁹ มีบทบาทหลักในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม ตลอดจนฟื้นฟูสภาพในประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

จากสถิติ และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลคลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าศรีธรรม ในการติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ปีซ้อนหลัง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557-2559 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 22,23 และ 26 คนตามลำดับ และเสียชีวิตตั้งแต่ปี 2557-2559 จำนวน 4,3 และ 4 คน ตามลำดับ ซึ่งจะเห็น

ได้ว่าในปี 2558 มีจำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 3 คน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว ส่วนมากจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ มีความบกพร่องสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาและได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวอย่างใกล้ชิด เพื่อตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐาน โดยเฉพาะการดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในชีวิต

จากการติดตามเยี่ยมบ้านและสอบถามผู้ป่วยกรณีศึกษา พบว่ามีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร ต้องพึ่งพาคนอื่นและเป็นภาระให้ญาติครอบครัวดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และการรับประทานอาหาร ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยในเวลากลางวันได้ เพราะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ต้องปล่อยผู้ป่วยไว้ในบ้านคนเดียว เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ ไม่สามารถมาตรวจรักษาตามนัดได้เนื่องจากไม่มีรถนำส่ง ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพต่างๆ ควรมีบทบาทสำคัญในการร่วมดูแลจัดการสุขภาพผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพในพื้นที่ ตลอดจนทั้งการดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้มีสภาพเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่กับคนในครอบครัว และสังคมได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย วัยสูงอายุ อายุ 67 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพ แม่บ้าน

4 ชั่วโมงก่อนมา บุตรสาวพบผู้ป่วยนอนอยู่ในห้องนอน พูดไม่ชัด มุมปากซ้ายตก แขนขาซ้ายอ่อนแรง ลูกเดินไม่ได้ บุตรสาวจึงเรียกรถ 1669 นำส่งโรงพยาบาลนายแพทย์หาญ

แรกรับ ประเมินอาการ Glasgow coma score (GCS) E4V2M5 Pupils 2 min RTLBE Motor power แขนขาซ้ายขวา grade 5 แขนขาซ้ายขวา Motor power grade 0

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/77 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ได้ตรวจวินิจฉัย และทำ CT Brain ผลเป็น Ischemic Stroke Lt. Parietal Lobe จึงให้นอนพักรักษาตามอาการ และทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ

ผู้ป่วยนอนรักษาตัว 5 วัน ตั้งแต่วันที่ 26-31 ตุลาคม พ.ศ.2556 จึงจำหน่ายกลับบ้าน และนัดติดตามผลการรักษาอีก 2 สัปดาห์

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 วันก่อนมา วิงเวียนศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่ได้ไปรักษาจากที่ใดมาก่อน 4 ชั่วโมงก่อนมา บุตรสาวพบผู้ป่วยนอนอยู่ในห้องนอน พูดไม่ชัด มุมปากซ้ายตก แขนขาซ้ายอ่อนแรง ลูกเดินไม่ได้ บุตรสาวจึงเรียกรถ 1669 นำส่งโรงพยาบาลนายแพทย์หาญ ตามที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

15 ปีที่แล้ว มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน รักษาที่โรงพยาบาลนายแพทย์หาญ รับประทานยา Metformin (500) 1x1 pc. และ Glibenclamide (5) 1x2 ac. รักษาต่อเนื่อง

14 ปีที่แล้ว มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง รักษาที่โรงพยาบาลนายแพทย์หาญ รับประทานยา Enalapril (5) 1x1 pc. Hctz (50) 1x1 pc. และ Simvastatin (10) 1x1 hs. รักษาต่อเนื่อง

3 ปีที่แล้ว (เดือนตุลาคม 2556) ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนายแพทย์หาญ

ปี 2557 ย้ายสิทธิการรักษาโรงพยาบาลยโสธร และรับยาที่คลินิกหมอครอบครัว บ้านท่าศรีธรรม เครือข่ายโรงพยาบาลยโสธร จนถึงปัจจุบัน

ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี: ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมีใดๆ

ประวัติการผ่าตัด: เคยผ่าตัดทำหมันปี 2534

ประวัติครอบครัว

ผู้ป่วยเกิดที่จังหวัดยโสธร อาศัยอยู่ที่ชุมชนบ้านท่าศรีธรรม ตำบลในเมือง ตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน มีพี่น้องด้วยกัน 6 คน เป็นชาย 3 คน หญิง 3 คน ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว 3 คน บิดามารดาเสียชีวิตแล้วด้วยโรคชรา ผู้ป่วยแต่งงานเมื่ออายุ 20 ปี มีบุตรชาย 4 คน บุตรหญิง 4 คน รวม 8 คน ลูกชายคนที่ 2 เสียชีวิตด้วยโรคตับ เมื่อ 3 ปีที่แล้ว สามีอายุ 69 ปี อาชีพ บินสามล้อ ปัจจุบันมีสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 7 คน ประกอบไปด้วย สามี ผู้ป่วย ลูกชาย 3 คน ลูกสาว 1 คน และหลานสาว 1 คน ลูกชายคนโตเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ส่วนบุคคลอื่นในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี

การประเมินสภาพอาการผู้ป่วย

จากการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2559 พยาบาลได้ใช้เครื่องมือเยี่ยมบ้านตามแนวเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS³ เพื่อประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้าน กาย ใจ จิตสังคม วัฒนธรรม และด้านเศรษฐกิจ พบดังนี้

I = Immobility ประเมินผู้ป่วยเรื่องการดูแลช่วยเหลือตนเองว่าผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเอง และมีความพิการหรือไม่ ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุด้วยจึงใช้แบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living (ADL) คะแนนเต็ม 20 คะแนน พบว่า ประเมินได้คะแนน ADL = 4 คะแนน

จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่คนในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยมีความบกพร่องจากแบบประเมินในด้าน

- การรับประทานอาหารต้องมีคนจัดและเตรียมมาให้รับประทาน ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง

- การลุกนั่ง จากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ เนื่องจากไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) ต้องใช้คนสองคนช่วยยกขึ้น

- การใช้ห้องน้ำสามารถใช้มือขวาทำความสะอาดเองได้บ้าง แต่ต้องให้บุตรสาวช่วยเหลือ

- การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน ผู้ป่วยเคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

- การสวมใส่เสื้อผ้า ต้องมีคนสวมใส่ให้ช่วยตัวเองแทบไม่ได้

- การอาบน้ำ ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ลูกสาวหรือหลานสาวคอยช่วยอาบน้ำให้

- การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 วันที่ผ่านมา ผู้ป่วยกลั้นไม่ได้ ใส่สายสวนปัสสาวะไว้

- การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยกลั้นได้บ้างไม่เกินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

N = Nutrition ผู้ป่วยรูปร่างผอม น้ำหนัก 40 กิโลกรัม สูง 150 เซนติเมตร ค่า BMI = 17.77 ลูกสาวซื้ออาหารสำเร็จรูปจากตลาดในชุมชนเป็นอาหารพื้นบ้านให้รับประทาน แต่ผู้ป่วยชอบรับประทานเนื้อต้มและน้ำพริกซึ่งมีรสเค็มเป็นอาหารไม่เหมาะกับโรคความดันโลหิตสูง

H = Home Environments สภาพสิ่งแวดล้อมรอบบ้านและในบ้าน พบสภาพบ้านเป็นบ้านไม้เล็ก ๆ 2 ชั้น ชั้นบนเป็นไม้ ผงบ้านทำด้วยสังกะสี ลูกชายนอนชั้นบน ชั้นล่างเป็นปูน มีห้องนอนของบุตรสาว 1 ห้อง ห้องโถงใช้เป็นห้องนอนของผู้ป่วยและสามี ซึ่งแสงสว่างไม่เพียงพอ มีหยากไย่เกาะตามผนังบ้านภายในบ้านจัดวางของไม่เป็น บริเวณพื้นหน้าบ้านและรอบ ๆ เป็นพื้นดินไม่เรียบ มีฝุ่น นอกจากนั้น

ยังมีส้มไม้ 4-5 ส้ม วางไว้รอบ ๆ มีมูลไก่กระจายตามพื้นดิน ห้องส้วมอยู่นอกตัวบ้านเป็นส้วมแบบนั่งยองไม่มีราวจับ

O = Other people ครอบครัวผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยกัน มีสมาชิกทั้งหมด 7 คน ลูกชาย 3 คน ยังไม่แต่งงาน ชอบดื่มสุรา ไม่มีอาชีพแน่นอน ลูกชายคนโตไปตกปลาเพื่อทำอาหารและแบ่งขายได้เงินมาใช้จ่ายสำหรับตนเอง ลูกสาว 1 คน อาชีพรับจ้างไปช่วยงานที่ร้านขายของชำ แต่ไม่ได้ไปทำงานทุกวัน หลานสาว 1 คน อายุ 10 ปี กำลังเรียนหนังสืออยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ส่วนสามีมีอาชีพปั่นสามล้อกระบะรับจ้างในตลาด สามีเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักและหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ลูกชายเวลาเมาสุราจะพูดเสียงดัง เอะอะ วิงวายนและทะเลาะกันบ่อยๆ จนก่อความรำคาญให้เพื่อนบ้าน

M = Medicine ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลนายแพทย์หาญ

ปี 2557 จนถึงปัจจุบัน เปลี่ยนสิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร และมารับยาต่อที่คลินิกหมอบรรพวารบ้านท่าศรีธรรมเครื่องข่ายโรงพยาบาลยโสธร ยาที่ได้รับมีดังนี้

- Amlodipine (10) ⊙ x 2 pc
 - ASA gr v ⊙ x 1 pc
 - Folic a ⊙ x 1 pc
 - Dilantin(100 mg.) ⊙ cap hs หยุดยา
- ปี 2559 เนื่องจากไม่มีอาการเกร็ง กระตุก
- Omeprazole (10 mg) ⊙ x 1 ac
 - Simvastatin (10 mg) ⊙ x 1 hs
 - Mixtard ขนาด 10-0-6 unit SC

ผู้ป่วยใช้เฉพาะยาของแพทย์แผนปัจจุบัน

E = Examination การตรวจร่างกายหญิงไทย วัยสูงอายุ ผิวดำแดง ทำทางอ่อนเพลีย น้ำหนัก 40 กิโลกรัม สูง 150 เซนติเมตร รอบเอว 82 เซนติเมตร รูปร่างผอม ค่า BMI = 17.77

ศีรษะ : ศีรษะได้รูป เส้นผมสีดำนี้นอกขาวประปราย ผมสั้น ไม่มีผมร่วงบาง ใบหน้าเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอาการบวม

ผิวหนังและเล็บ : ผิวหนังแห้ง ไม่มีแผลหรือตุ่มอักเสบ เล็บมือเล็บเท้า ตัดสั้นและดำปลายมือปลายเท้าแดงดีไม่คล้ำ

ตา : หนังตาไม่บวม เยื่อบุตาไม่ซีด รุ่มนตาเท่ากันทั้ง 2 ข้าง 2 mm. RTLBE สายตายาวมองเห็นไม่ค่อยชัดเจน

หู : เท่ากันทั้ง 2 ข้าง รูปร่างปกติ ไม่อักเสบไม่มีหนองไหล ฟังเสียงได้ชัดเจน ต่อม้ำเหลืองบริเวณหน้าและหลังหูไม่โต

จมูก : รูปร่างปกติ เยื่อจมูกสีชมพู ผ่นทั้งนั้นจมูกไม่คด ไม่บวมไม่มีน้ำมูก บริเวณโพรงจมูกกุดไม่เจ็บ

ปากและช่องคอ : มุมปากซีกซ้ายตกริมฝีปากไม่คล้ำ ฟันมี 13 ซี่ เหงือกไม่อักเสบ ทอนซิลไม่โต คอไม่แดง

คอ : ัธยรอยต์คล้ำได้ไม่โต คอไม่แข็ง เคลื่อนไหวได้ปกติ ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่ง

ทรวงอก: รูปร่างทรวงอกปกติการขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง Normal breath sound ทั้ง 2 ข้าง

หัวใจ : เต็มแรงและสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur หัวใจเต้น 82 ครั้ง/นาที

ท้อง : ท้องแบนราบ มีแผลเป็นใต้สะดือ (ทำห่ม) นุ่ม คล้ำไม่ได้ก้อน ตับม้ามไม่โต เสียงลำไส้ปกติ

กล้ามเนื้อและกระดูก : ไม่มีลักษณะผิดปกติของข้อเข่าทั้ง 2 ข้างขา ไม่ปวด บวมแดง การเคลื่อนไหวของข้อเท้าปกติ กระดูกสันหลังไม่โค้งงอ กล้ามเนื้อแข็งแรงดีไม่ลีบ

ระบบประสาท : แขนขาไม่ลั่น แขนขาซีกขวาใช้การได้ดี ระดับ motor power 5 แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงระดับ motor power 2 สมอง มือ แขน ทำงานประสานกันดี

อวัยวะสืบพันธุ์: ใส่สายสวนปัสสาวะเบอร์ 16 ต่อลงถุงปัสสาวะสีเหลืองเข้มไม่มีตะกอน
ก้นกบ: มีแผลเปิดขนาด 2x3 เซนติเมตร แผลแดงดี

S = Spiritual Health ความเชื่อที่ศรัทธาในด้านจิตสังคัมและจิตวิญญาณ วัฒนธรรมและประเพณี ผู้ป่วยช่วงที่ยังไม่ป่วยหนักชอบฟังเพลง แต่ปากร้ายกับคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และกับเพื่อนบ้านไม่ดี จึงไม่ค่อยมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมดูแล นอกจากนี้ อสม. ในชุมชนที่สลับกันเข้ามาดูแลและพูดคุยให้กำลังใจ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต ความคาดหวังจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยคาดหวังว่าตนเองจะมีอาการดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีชีวิตอยู่ได้นาน ถ้าตนเองปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มาตรวจตามนัดถึงแม้โรคจะไม่หายขาดก็ตาม

S = Service ผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อระบบบริการของโรงพยาบาลเอกชนที่ขึ้นสิทธิหลักประกันสุขภาพจึงขอย้ายสิทธิการรักษามาเป็นคลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าศรีธรรมและโรงพยาบาลยโสธร ตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมา เพื่อให้หมอครอบครัวสามารถติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

S = Safety จากการประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านและรอบบ้าน ภายในบ้านระบายอากาศไม่ดี แสงสว่างไม่เพียงพอ ที่นอนปูติดพื้นซีเมนต์ ผ้นงและพื้นไม่สะอาด ห้องน้ำอยู่นอกตัวบ้าน ส้วมเป็นแบบนั่งยอง รอบ ๆ บ้านเป็นพื้นดิน พื้นผิวขรุขระมีฝุ่น มีสุนัขไก่พันธุ์ไก่ชนแมว จำนวน 4 ตัว สุนัข จำนวน 2 ตัว จึงมีมูลสัตว์กระจายตามพื้นดิน เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากสัตว์และอุบัติเหตุหกล้มได้

ผลการตรวจทางรังสี

CT brain : Ischemic Stroke at Lt Parietal Lobe

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติคือ Chloride = 92 mmol/L Potassium = 2.7 mmol/L HbA_{1c} = 9.86%

การรักษา

ได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายมาพักฟื้นที่บ้านยาที่รับประทานประจำตั้งแต่ปี 2557 จนถึงปัจจุบัน ประกอบด้วย Aspirin 300 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้าทันที Amlodipine 10 mg วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า – เย็น Folic Acid 5 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า Omeprazole 10 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า Simvastatin 10 mg ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน Mixtard ขนาด 10 ยูนิต ฉีดใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารเช้า และ 6 ยูนิตก่อนนอน Phenytoin 100 mg ครั้งละ 3 แค็บซูล วันละ 1 ครั้งก่อนนอนหยุดยาปี 2559 เนื่องจากไม่มีอาการเกร็งกระตุก ผู้ป่วยได้รับการตรวจเลือดชุดสุขภาพประจำปีตามสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีละ 1 ครั้ง และได้ตรวจทางรังสี CT Brain ขณะแรกรับที่โรงพยาบาลนายแพทย์หาญ และได้ฟื้นฟูสภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จนทำให้แขนขาซ้ายที่อ่อนแรงจากระดับ motor power grad 0 เป็น grad 2 ตามลำดับ

การวินิจฉัยโรค

แรกรับ DM \bar{c} stroke
ครั้งสุดท้าย DM \bar{c} Ischemic stroke at Lt Parietal Lobe

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 : วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559

การพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอัมพาตครึ่งซีกในชุมชน

การวินิจฉัยการพยาบาล /ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล/ ประเมินผลการพยาบาล
1. เสี่ยงต่อภาวะ Hypoglycemia - Hyperglycemia เนื่องจากไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้	เพื่อป้องกันภาวะ Hypoglycemia - Hyperglycemia	1. ประเมินภาวะ Hypoglycemia - Hyperglycemia จากอาการผู้ป่วยและ ผลการ ตรวจค่าน้ำตาล ในเลือด 2. แนะนำให้ผู้ป่วย และญาติ รู้จักการปฏิบัติตัวและสังเกต อาการเพื่อป้องกันการเกิด ภาวะ Hypoglycemia- Hyperglycemia 3. ดูแลแนะนำญาติให้ผู้ป่วย ได้รับยาอินซูลินตามแผนการ รักษา	1. ระดับน้ำตาลในเลือด เกณฑ์ ปกติระหว่าง 70 - 130 mg / dl 2. ไม่มีอาการมือ-เท้าเย็น ใจสั่น ชีพจรเบาเร็ว ซึม หมดสติ 3. ไม่มีอาการปัสสาวะ มาก เกร็ง ตะคริว ซึมลง
ข้อมูลสนับสนุน S : “ผู้ป่วยบอกว่า อ่อน เพลีย กินได้น้อย บางครั้ง ตึมนมหวาน น้ำตาลขึ้น ๆ ลง ๆ” O : FBS = 89–250mg% HbA1C = 9.8		4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ ค่าน้ำตาลในเลือด และค่า น้ำตาลสะสมตาม แผนการ รักษาและติดตามผลการตรวจ หากพบผลผิดปกติรายงาน แพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา 5. แนะนำผู้ป่วยและญาติ เรื่องการรับประทานอาหาร ผลไม้ที่เหมาะสมกับโรค 6. แนะนำให้มาตรวจ ตาม นัด และรับประทานยา ให้ตรงตามแผนการรักษา	การประเมินผล วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2559 ค่า FBS = 146 mg% ผู้ป่วยบอกบางวันตอน ดึกๆ มีเหงื่อออก ตัวเย็น หิวข้าว ตึมนม หวาน แล้วอาการทุเลา
2. มีโอกาสเกิดอันตราย จากความบกพร่องในการ ดูแลตนเอง ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่า “ เดินไม่ได้ต้องอยู่บนเตียง ตลอด” o : แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง motor power grade 2 ลุกนั่งเองไม่ได้	ไม่เกิดอันตราย จากความบกพร่อง ในการดูแลตนเอง	ผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดโดย เริ่มจากท่าที่ง่ายและมีความ จำเป็นก่อนตามลำดับดังนี้ 1. แนะนำลูกสาวและสามี ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำ กิจวัตรประจำวัน 2. สอนให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย แบบ Active และ passive exercise ร่วมกับแพทย์ แผนไทยและนักกายภาพบำบัด	1. ไม่เกิดพลัดตกหกล้ม 2. สามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้บ้าง 3. ผู้ป่วยไม่มีข้อติด 4. ADL เพิ่มขึ้นจากเดิม 2 คะแนน การประเมินผล วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2559 ผู้ป่วยไม่มีพลัดตกเตียง สามารถนั่งได้ไม่เอนล้ม

การพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอัมพาตครึ่งซีกในชุมชน (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล /ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล/ ประเมินผลการพยาบาล
<p>o : ผู้ป่วยอยู่บนเตียงนอนตลอด</p> <p>o : ADL = 4 คะแนน</p>		<p>3. แนะนำ/กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเองบนเตียงและเปลี่ยนท่าทุก 2-4 ชั่วโมง</p> <p>4. สอน ผู้ ป่วย และญาติ ได้ทำกิจกรรม บริหารตนเอง และกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นขั้นตอนและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามความสามารถ</p> <p>5. แนะนำสาธิตและฝึกดังนี้</p> <p>5.1 ให้ผู้ป่วยประสานมือ 2 ข้างเข้าด้วยกันเหยียดข้อศอกตรง แขนแนบหู และให้ผู้ป่วยมองตามมือทั้ง 2 ข้างขณะทำให้ฝึกบ่อย ๆ อย่างน้อย 20-30 ครั้งต่อวัน</p> <p>5.2 แนะนำญาติให้ช่วยทำ Passive exercise ให้กับผู้ป่วยในแขนขาซีกซ้ายที่อ่อนแรงเช่นงอแขนเข้า-เหยียด แขนออก งอขาเข้า-เข้าเหยียด ขาออกให้ฝึกทำบ่อยๆ อย่างน้อยข้างละ 20- ข้าง 30 ครั้งต่อวัน</p> <p>5.3 แนะนำสอนให้ผู้ป่วยหัดเกร็งกล้ามเนื้อขา 2 ข้าง ดังนี้ เหยียดขา 2 ข้างออกไปให้สุดใช้มือรองใต้เท้าผู้ป่วยข้างที่จะฝึก</p>	<p>ผู้ป่วยไม่มีข้อติดแต่ลุกเดินไม่ได้ ADL เพิ่มขึ้นจากเดิม 4 คะแนนเป็น 5 คะแนน</p>
<p>3. มีภาวะพร่องด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลเนื่องจากแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : ผู้ป่วยบอกว่า “ตั้งแต่ป่วยไม่ได้อาบน้ำ ไม่ได้สระผม แขนขาข้างซ้ายไม่มีแรงไป</p>	<p>ผู้ป่วยมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี</p>	<p>1. ประเมินระบบประสาทว่าผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวได้มากน้อยเพียงใดและประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้เครื่องมือ Barthel ADL Index.</p> <p>2. ตรวจสอบสีผิวความตึงตัวของผิวหนัง อุณหภูมิ ความชื้น เพื่อดูว่ามีอาการ</p>	<p>1. ผู้ป่วยมีความสุขสบายขึ้น</p> <p>2. ร่างกายสะอาดไม่มีกลิ่นเหม็น</p> <p>3. เสื้อผ้า ใท่นอน สะอาด ไม่มีคราบสกปรก ไม่มีกลิ่นเหม็น</p> <p>การประเมินผล</p> <p>วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2559</p>

การพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอัมพาตครึ่งซีกในชุมชน (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล /ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล/ ประเมินผลการพยาบาล
<p>ห้องน้ำไม่ได้ญาติบอกเช็ดตัวให้วันละครั้ง บางวันก็ไม่ได้ทำ"</p> <p>o : กล้ามเนื้อแขนซ้าย motor power ระดับ 2 ขาซ้าย motor power ระดับ 2</p> <p>o: ADL =4 คะแนนร่างกาย มีกลิ่นเหม็น ผมรุงรัง เสื้อผ้าไม่สะอาด</p> <p>o: ที่นอน หมอน สกปรก ไม่มีปลอกหมอนไม่มีผ้าปูที่นอนมีเศษอาหารเปื้อนหล่นบนที่นอนและบริเวณรอบ ๆ</p>		<p>บวมแดงหรือแดงบริเวณใดบ้างโดยเฉพาะบริเวณที่กดทับ</p> <p>3. การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน ผ้าปูเสื่อผ้า โดยเน้นถึงความสะอาด ไม่มีปมหรือเงื่อนที่อาจทำให้เกิดแผลจากการนอนทับ โดยแนะนำญาติให้ดำเนินการ ดังนี้</p> <p>3.1 ที่นอนของผู้ป่วย ควรเป็นที่นอนแน่น ไม่นุ่ม ไม่แข็งเกินไป หรือ ฟูกหนาเพื่อช่วยกระจายแรงกดบริเวณด้านต่างๆ ของร่างกาย</p> <p>3.2 ผ้าปูที่นอนสะอาด ไม่อับชื้น ต้องซิงดิงไม่มีรอยยับ รอยยับ เพื่อป้องกันไม่ให้ดูใกล้กับผิวหนังของผู้ป่วยจนเกิดแผลกดทับขึ้นได้</p> <p>3.3 ในที่นอนหงาย จัดทำนอน โดยใช้ม้วนผ้าสอดด้านนอกสะโพก ป้องกันการหมุนของข้อสะโพก</p> <p>3.4 จัดแขนและมือให้อยู่ในท่าที่สามารถใช้งานได้ต่อไป คือ ข้อศอกงอเล็กน้อย ข้อมือเหยียด มือกำม้วนผ้าหรือลูกบอลยาง และวางมือไว้บนหมอนให้สูงกว่าระดับหัวใจเพื่อป้องกันการบวม</p> <p>4. แนะนำญาติในการดูแล สุขาภิบาลบุคคลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปอาบน้ำ สระผมและตัดผมอย่างต่อเนื่อง</p> <p>5. แนะนำญาติหลังผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ ควรทำความสะอาด</p>	<p>1. ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น</p> <p>2. ผู้ป่วยได้อาบน้ำ สระผม ตัดผม</p> <p>3. สุขาภิบาลส่วนบุคคลดีขึ้น</p> <p>3. เปลี่ยนเสื่อผ้าใหม่ทุกวัน</p> <p>ที่นอน ปลอกหมอน มีการซักทำความสะอาด และ ผึ่งแดดทุกวัน</p>

การพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอัมพาตครึ่งซีกในชุมชน (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล /ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล/ ประเมินผลการพยาบาล
		สะอาด และเช็ดผิวหนังบริเวณ นั้นให้แห้ง 6. แนะนำญาติซักทำความสะอาดเสื้อผ้า ที่นอน ปลอกหมอน และผึ่งแดดไม่ให้อับชื้น 7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยใช้แขนขาอีกข้างที่แข็งแรงกว่าช่วยด้านที่อ่อนแรง	
4. การสื่อสารบกพร่อง เนื่องจากพูดไม่ชัดพูดลำบาก จากพยาธิสภาพของโรค ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติบอกผู้ป่วยบอกว่า “ ออกเสียงได้และพูดไม่ชัด บางครั้งฟังไม่ออกว่าพูดอะไร” O : มุมปากซีกซ้ายตก พูดไม่ชัดเวลาพูดลิ้นแข็ง พูดซ้ำเป็นคำๆ	เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพูด ได้ดีขึ้นและสื่อสารได้เข้าใจ	1. ประเมินทักษะการสื่อสาร 2. ให้เวลาผู้ป่วยในการสื่อสารอย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาพูดแสดงออกถึงความรู้สึกที่ต้องการไม่เร่งรัดสบตาผู้ป่วยขณะพูดคุย 3. แนะนำญาติใช้สัญลักษณ์ของภาษาในรูปแบบต่างๆ แสดงท่าทางประกอบเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ถูกต้องตามความต้องการ 4. ให้กำลังใจผู้ป่วยบอกผู้ป่วยและญาติให้ฝึกการพูดคุยบ่อยๆ และอธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคที่มีต่อการพูด	ผู้ป่วยสามารถใช้ภาษาสื่อสารบอกความต้องการได้เข้าใจตรงกัน การประเมินผล วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2559 ผู้ป่วยสามารถพูดได้แต่ยังไม่ชัด ใช้มือชี้ทางแสดงท่าทางประกอบการสื่อสารได้เข้าใจ และมีการฝึกกล้ามเนื้อลิ้นและริมฝีปากอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
5. เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่ถูกต้องและมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เนื่องจากขาดความรู้เรื่องยา ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติบอกขนาดยา เวลาชดยา และรับประทานยา บางชนิดได้ไม่ถูกต้อง O : จำนวนยาที่เหลือไม่สัมพันธ์กับวันนัด บางชนิดเหลือมาก บางชนิดหมดก่อนวันนัด	1. ญาติมีความรู้เกี่ยวกับยาและให้ยาผู้ป่วยได้ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพิษหรือผลข้างเคียงของยา	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจต่อการใช้ยาของญาติ 2. ประสานกับเภสัชกรเยี่ยมบ้านให้ความรู้แก่ญาติในการใช้ยาที่ถูกต้อง 3. แนะนำญาติประเมินความผิดปกติที่เกิดกับผู้ป่วยจากภาวะพิษแห่งยาเช่น การเกิดผื่น แ่นหน้าอก หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น	เกณฑ์การประเมิน 1. ญาติสามารถบอกวิธีใช้ ขนาดจำนวนยา เวลาที่ใช้แต่ละชนิดได้ถูกต้อง 2. จำนวนยาที่เหลือสัมพันธ์กับวันนัด 3. ไม่มีอาการแสดงของภาวะพิษแห่งยา เช่น การเกิดผื่นแดง แ่นหน้าอก ใจสั่น หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

การพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอัมพาตครึ่งซีกในชุมชน (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล /ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล/ ประเมินผลการพยาบาล
			การประเมินผล: วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2559 1. ญาติสามารถบอกถึงวิธีใช้ยา อาการข้างเคียงได้อย่างถูกต้อง 2. มีการให้ยาถูกต้อง ดูจากจำนวนยาที่เหลือสัมพันธ์กับวันนัด
6.ผู้ป่วยวิตกกังวลกับปัญหาความเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่า “แขนขาข้างซ้ายก็อ่อนแรงไปไหนก็ไม่ได้ เป็นภาระให้ลูกดูแล” S : ผู้ป่วยบอกว่า “ลูกชายดื่มสุราเกือบทุกวัน” O : สีหน้ากังวลและเศร้าขณะพูดเรื่องการเจ็บป่วยและเรื่องลูกชาย	ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าแจ่มใส	1. ให้ความสนใจรับฟังปัญหากระตุ้นให้ระบายความรู้สึกเข้าใจและจริงใจ 2. สังเกตและประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยละสมาชิกในครอบครัว การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการมาเยี่ยมของครอบครัวและการตอบสนองของครอบครัวต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย 3. ให้เวลาและคอยดูแลแสดงความเห็นอกเห็นใจให้การพยาบาลด้วยความเอาใจใส่ เมื่อผู้ป่วยได้ระบายความโกรธ ความสิ้นหวัง เพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น 4. แนะนำลูก ๆ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้านความสะดวกสบายการเตรียมอาหารมาให้รับประทาน 5. แนะนำลูกชายให้ดื่มสุราน้อยลงและหางานทำเพื่อแบ่งเบาภาระช่วยครอบครัว 6. กระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองและชมเชยเมื่อปฏิบัติ ได้เองหรือช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	เกณฑ์การประเมิน 1. ผู้ป่วยมีรอยยิ้ม สีหน้าแจ่มใส 2. ผู้ป่วยช่วยทำกิจวัตรประจำวันได้บ้าง 3. ลูกชายดื่มสุราน้อยลง การประเมินผล วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2559 1. ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเอง โดยลูกสาวจัดเตรียมไว้ให้ 2. ผู้ป่วยยิ้มได้หลังได้พูดคุยและระบายกับพยาบาลที่ไปเยี่ยมบ้าน 3. ลูกชายผู้ป่วยบอกจะดื่มสุราน้อยลงและจะไปทำงานรับจ้างกับเพื่อนบ้าน

สรุปการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 : วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2559

วัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้านเพื่อ :

1. เพื่อประเมินผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย
2. เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว

สภาพอาการผู้ป่วยขณะเยี่ยม : พบผู้ป่วยนอนอยู่บนฟูกติดกับพื้นบ้าน ผ้าปูที่นอนสกปรก โดยมีสามีนอนพักผ่อนอยู่ข้าง ๆ ผู้ป่วยมีแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง Motor power grade 2 ร่างกายมีกลิ่นเหม็น เสื้อผ้าไม่สะอาด สัญญาณชีพ : T=36.8 องศาเซลเซียส P=82 ครั้ง/นาที RR=20 ครั้ง/นาที BP=130/80 มิลลิเมตรปรอท พยาบาล และ อสม. ได้แนะนำสามีผู้ป่วยเรื่องการอาบน้ำ สระผม การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการออกกำลังกายให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยและสามีต้องการเตียงนอนเพื่อให้เคลื่อนไหวได้สะดวกและปลอดภัยแต่ครอบครัวไม่สามารถซื้อได้และอยากให้นักกายภาพบำบัดมาเยี่ยมแนะนำการออกกำลังกาย ได้แจ้งนัดเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปคือวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2559 หลังจากเยี่ยมบ้านพยาบาล สามีผู้ป่วย ทีม อสม. กรรมการชุมชน และสมาชิกสภาเทศบาลเมืองยโสธรได้ประชุมปรึกษาหาแนวทางช่วยเหลือเพื่อจัดหาเตียงให้ผู้ป่วยเนื่องจากเป็นผู้ด้อยโอกาสในชุมชน และได้เตียงบริจาคของวัดศรีธรรมารามมาให้ผู้ป่วยทีมเครือข่ายได้ช่วยกันทำราวกันเตียงและวางแผนปรับปรุงพื้นหน้าบ้านต่อไป

สรุปการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 : วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2559

วัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน : เพื่อแก้ไขปัญหาที่พบในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-2

สภาพอาการผู้ป่วยขณะเยี่ยม : พบผู้ป่วยนั่งอยู่บนเตียงใช้มือขวาจับราวไว้และได้พบ

กับลูกสาวผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม ใส่เสื้อผ้าสะอาด ผ้าปูที่นอนใหม่บอกรู้สึกพอใจบุญในชุมชนมาบริจาคให้พยาบาลและ อสม. ได้พานักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลยโสธรมาร่วมเยี่ยมบ้านและสอนการทำกายภาพบำบัด Active-passive exercise แก่ผู้ป่วยและลูกสาวบริเวณหน้าบ้านสะอาดขึ้นลูกๆ ผู้ป่วยได้ปรับพื้นและย้ายส้อมโกไปไว้ที่อื่นสมาชิกเทศบาลเมืองยโสธรได้บริจาคทราย ปูนซีเมนต์ ลูกผู้ป่วย และคณะ อสม. กรรมการ ชุมชนร่วมกันลาดปูนซีเมนต์ ผู้ป่วยแขนขาซีกซ้ายยังอ่อนแรง Motor power grade 2 สามารถลุกนั่งได้เองโดยใช้มือขวาจับราวไว้กันเตียง แผ่นที่กั้นกบเล็กขนาด 1x2 cms แผ่นแดงดี ได้แจ้งนัดเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปคือวันที่ 22 มีนาคม 2559 นัดเยี่ยมทุก 1 เดือน เนื่องจากประเมิน ADL จากเดิม 4 คะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 5 คะแนน ประเภทผู้สูงอายุจึงเปลี่ยนจากติดเตียงเป็นผู้สูงอายุประเภทติดบ้าน อาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้น สัญญาณชีพ : T=37.1 องศาเซลเซียส P=78 ครั้ง/นาที RR=22 ครั้ง/นาที BP=130/80 มิลลิเมตรปรอท

สรุปการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 : วันที่ 22 มีนาคม 2559

วัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน :

1. เพื่อแก้ไขปัญหาที่พบในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2-3
2. เพื่อแก้ไขช่วยเหลือเรื่องการทำบัตรผู้พิการและประสานเทศบาลเมืองยโสธรเรื่องเบี้ยยังชีพผู้พิการ

สภาพอาการผู้ป่วยขณะเยี่ยม : พบผู้ป่วยนั่งอยู่บนเตียงใช้มือขวาจับราวบริหารทำขึ้นลงได้เองและได้พบกับสามีผู้ป่วย ประเมินการทำ Passive exercise ได้ถูกต้อง สามีสามารถฉีดอินซูลินได้ถูกต้อง ผู้ป่วยแขนขาซีกขวา Motor power grade 5 แขนขาซีกซ้าย Motor power grade 2 แผ่นที่กั้นกบหายเป็น

ปกติพยาบาลได้แนะนำเรื่องการทำบัตรผู้พิการ โดยให้ผู้ป่วยไปประเมินความพิการที่โรงพยาบาล โสธร พยาบาลได้ประสานรถจากเทศบาล เมืองยโสธรรับส่งผู้ป่วย แพทย์ได้ออกใบรับรอง ความพิการประเภทการเคลื่อนไหว ให้ผู้ป่วย แนะนำญาติไปติดต่อเทศบาลเมืองยโสธร เพื่อขึ้นทะเบียนผู้พิการและรับเบี้ยยังชีพเดือนละ 800 บาทในเดือนถัดไป สัญญาณชีพ : T=36.9 องศาเซลเซียส P=82 ครั้ง/นาที RR=20 ครั้ง/ นาที BP=140/80 มิลลิเมตรปรอท นัดพบ แพทย์และรับยาต่อที่คลินิกหมอคอบครัว บ้านท่าศรีธรรมวันที่ 10 พฤษภาคม 2559

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย วัยสูงอายุ อายุ 67 ปี แพทย์วินิจฉัยเป็น DM c Ischemic stroke at Lt Parietal Lobe วันที่ 26 ตุลาคม 2556 4 ชั่วโมงก่อนมา บุตรสาวพบผู้ป่วย พูดไม่ชัด มุมปากซีกซ้ายตก แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ลูกเดิน ไม่ได้ บุตรสาวจึงเรียกรถ 1669 นำส่งโรงพยาบาล นายแพทย์หาญ

แรกรับ ประเมินอาการ Glasgow coma score (GCS) E4V2M5 Pupils 2 min RTLBE Motor power แขนขาซีกขวา grade 5 แขนขาซีกซ้าย Motor power grade 0

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/77 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ ได้ตรวจวินิจฉัย และทำ CT Brain ผลเป็น Ischemic Stroke Lt. Parietal Lobe จึงให้นอนพักรักษาตามอาการ และทำกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยนอนรักษาตัว 5 วัน ตั้งแต่วันที่ 26 – 31 ตุลาคม พ.ศ.2556 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านและฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ปี 2557 ผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษาเป็นคลินิก หมอคอบครัวบ้านท่าศรีธรรม โรงพยาบาลยโสธร พยาบาลได้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

และได้ศึกษาผู้ป่วยเป็นกรณีศึกษา การประเมินสภาพผู้ป่วยขณะลงเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559 โดยใช้เครื่องมือเยี่ยมบ้าน เวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS เพื่อประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุม ทั้งด้าน กาย ใจ จิตสังคม วิญญาณ และด้านเศรษฐกิจ พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้าน Immobility ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บกพร่องในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากแขนขา ซีกซ้ายอ่อนแรง Motor power grade 2 ประเมิน ADL = 4 คะแนน ด้าน Nutrition ผู้ป่วยรูปร่างผอม น้ำหนัก 40 กิโลกรัม สูง 150 เซนติเมตร ค่า BMI = 17.77 ด้าน Safety จากการประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านและภายนอกบ้าน ภายในบ้านระบายอากาศไม่ดีมีหยากไย่เกาะตาม เพดานและผนัง แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นนอนปู ดินพื้นซีเมนต์ ผนังและพื้นไม่สะอาด ห้องน้ำ อยู่นอกตัวบ้าน ส้วมเป็นแบบนั่งยองไม่มีราวจับ รอบๆบ้านเป็นพื้นดิน พื้นผิวขรุขระมีฝุ่น มีสุนัข กัด กัดสุนัข แมว จำนวน 4 ตัว สุนัข จำนวน 2 ตัว จึงมีมูลสัตว์กระจายตามพื้นดิน เสี่ยงต่อการ ติดเชื้อจากสัตว์ และอุบัติเหตุหกล้มได้ ด้าน Other people ครอบครัวผู้ป่วยเป็นครอบครัว ขยาย มีสมาชิกทั้งหมด 7 คน ลูกชาย 3 คน ยังไม่แต่งงาน ชอบดื่มสุรา ไม่มีอาชีพแน่นอน ลูกชาย เวลาเมาสุราจะพูดเสียงดัง เอะอะ โวยวาย และทะเลาะกันบ่อยๆ จนเพื่อบ้าน รำคาญ สามี่เป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยและหา รายได้มาจุนเจือครอบครัว รายได้ไม่เพียงพอ ในการดำรงชีวิต พยาบาลได้นำปัญหาดังกล่าว มาประชุมปรึกษาร่วมกับภาคีเครือข่ายและ สหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนช่วยเหลือตาม สภาพ ครอบครัวและบริบทในชุมชน เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยสามารถนั่งอยู่บนเตียงสามารถ จับราวเตียงลุกนั่งได้เอง มีสีหน้ายิ้มแย้มสดใสขึ้น ร่างกายไม่มีกลิ่นเหม็น ลูกสาวอาบน้ำเช็ดตัว ให้ทุกวัน เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอนสะอาดขึ้น และ

นำไปฝังแดด ภายในบ้านไม่มีหยากไย่ บริเวณหน้าบ้านและรอบ ๆ บ้านได้รับการปรับปรุง ไม่มีฝุ่นไก่อ ไม่มีมูลสัตว์ ทั้งนี้ได้รับการช่วยเหลือจากภาคีชุมชนจากทุกภาคส่วนช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อมบริเวณนี้ ฝ้าปูนที่นอน ฝ้าห่ม เสื้อผ้าและรองเท้าทำกายภาพบำบัด เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ADL จากเดิม 5 คะแนนเพิ่มเป็น 6 คะแนนสามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผมได้เอง แขนขาซ้ายขวา Motor power grade 5

แขนขาซ้ายข้างอ่อนแรง Motor power grade 2 แต่ผู้ป่วยสามารถใช้เท้าขวาซ้อนขาซ้ายขึ้นลงได้ ไม่มีข้อติด ไม่มีแผลกดทับ ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง สามีฉีดอินซูลินได้ถูกต้อง ค่า FBS = 138 mg% นัดพบแพทย์ที่คลินิกหมอครอบครัว บ้านท่าศรีธรรมทุก 2 เดือน ผู้ป่วยได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการการเคลื่อนไหวได้รับเบี้ยยังชีพเดือนละ 800 บาทจากเทศบาลเมืองยโสธร ส่วนลูกชายบอกจะดื่มสุราน้อยลงและไปทำงานรับจ้างก่อสร้างกับเพื่อนบ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. จตุพงษ์ พันธวิไลและคณะ. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นในระยะฉุกเฉินสำหรับพยาบาล. (2555). วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ อนุรักษ์. 27(1), 53-63.
2. ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย สถาบันประสาทวิทยา. (2552). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1.
3. ดารุณี จงอุดมการณ์. (2558). การพยาบาลสุขภาพครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ในครอบครัวระยะวิกฤต. ขอนแก่น: พิมพ์ครั้งที่ 2 ปียอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
4. นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). (2556). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์
6. ปราณีย์ ทัพพะธะ. (2551) คู่มือยา. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 9 ปรับปรุงครั้งที่ 4. เอ็นพีเพรสลิมิเตด พาสเนอริซิป.
7. เพ็ญแข แดงสุวรรณ. (2550). Stroke ฆาตกรเงียบ. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 5 เรือนแก้วการพิมพ์.
8. วรวรรณ ทองแสง. (2553-2554). การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่. บริษัท พี.ซี.เค.ดีไซท์ จำกัด นนทบุรี.
9. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. (2014). Stroke Update Towards Asean Economic Community (AEC) Phramongkutkloa hospital. 52(5), 22-24.
10. เวชสถิติ โรงพยาบาลยโสธร. (2556-2558). รายงานโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลยโสธร.
11. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน.
12. สายพิณ หัตถิรัตน์. (2553). คู่มือหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (2551-2555). (2) อัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดยโสธร. 14. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547-2552). (1) สถิติสาธารณสุขประเทศไทย.
15. Ducros A, Bousser MG. (2009). Reversible cerebral vasoconstriction syndrome. Practical Neurology, 9(5), 256-67.

16. Yancy H, Lee-Iannotti JK, Schwedt TJ, Dodick DW. (2013) Reversible cerebral vasoconstriction

17. คลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าศรีธรรม. ข้อมูล Hos Xp. 15 ตุลาคม 2559.



การพยาบาลผู้ป่วยริดสีดวงจมูกที่รับการผ่าตัดด้วย กล้องเอ็นโดสโคป (FESS) : กรณีศึกษา

Nursing Care of Nasal Polyp patient : A Case Study

Tatsaneeya Harnjarngsith, B.N.S
Operating Room ;YasothonHospital
YasothonProvince

ทัศนียา หาญจางสิทธิ์ พย.บ.
งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลยโสธร
จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

ริดสีดวง จมูก (Nasal polyps) คือ เยื่อจมูกหรือไซนัสที่อักเสบและบวมยื่นออกมาเป็นก้อน ทำให้โพรงจมูกแคบลงไม่มีอันตรายร้ายแรง ก้อนที่โตมากจะทำให้หายใจไม่สะดวก การรับรู้กลิ่นลดลง การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวไม่หายขาดอาจมีไซนัสอักเสบร่วม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดด้วยกล้องเอ็นโดสโคป เป็นการรักษาที่ดีที่สุด

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดำเนินโรคของผู้ป่วย ปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องเผชิญการพยาบาลที่ได้รับผลของการรักษาพยาบาลและนำผลการศึกษาใช้ประกอบเป็นองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยริดสีดวงจมูกที่รับการรักษาโดยการผ่าตัดผ่านกล้องต่อไป

วิธีการศึกษา : ศึกษาเป็นรายกรณีระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 25 พฤษภาคม 2559 ถึงวันที่ 29 พฤษภาคม 2559

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 65 ปี มาด้วยอาการคัดแน่นจมูก มา 3 ปีหายใจไม่สะดวก ตรวจพบริดสีดวงจมูกทั้ง 2 ข้าง (Nasal Polyp) รักษาด้วยยา อาการไม่ดีขึ้นมีโรคประจำตัว เบาหวาน และความดันโลหิตสูงร่วม ควบคุมอาการได้แล้ว แพทย์นัดผ่าตัดเอา ริดสีดวงจมูก (Polypectomy) ออกโดยการผ่าตัดด้วยกล้องเอ็นโดสโคป (Functional Endoscopic Sinus Surgery : FESS) มีความเสี่ยงจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงก่อนเข้ารับการผ่าตัดแพทย์ได้ให้การรักษาควบคุมไว้ได้ วันผ่าตัดได้รับยาลดความดันโลหิตตามปกติ ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะทำผ่าตัดและระยะหลังรับบริการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ การสูญเสียโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่มีภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนอาการทุเลา ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว และจำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัย

บทสรุป : การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลระหว่างการผ่าตัดอย่างเหมาะสม ทำให้ได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

คำสำคัญ : ริดสีดวงจมูก ความดันโลหิตสูงการผ่าตัดโพรงจมูกและไซนัสด้วยกล้องเอ็นโดสโคป

Abstract

Nasal Polyp are benign mucosal swellings causing nasal cavity narrow that could disturb the patient' life about breathing and smelling. FESS is the best treatment.

Objective : To get knowledge about nursing care of nasal polyp patient by Functional Endoscopic Sinus Surgery:FESS

Method of study : Case study during 25-29 May 2017

Results of study : A Thai woman 65 years old had difficult breathing before came to hospital about 3 years. A doctor treated her by medication but she was not better. She had good control diabetic mellitus (DM) and hypertension (HT) Then the doctor advice her to treat by FESS. Her blood pressure and blood sugar were good control before surgery. There were nursing care during pre-operation, intra-operation, post-operation both of body and psychology, complication prevention, stabilized vital sign and no post-operation bleeding. After that the doctor discharged the patient the nurse gave her about home health care

Conclusion : Nursing care for FESS was safe and no complication

Key words : Nasal Polyp, Hypertension, Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS)

บทนำ

ริดสีดวง จมูก หรือเนื้องอกในจมูก หรือติ่งเนื้อเยื่อจมูก (Nasal polyps) คือ เนื้อเยื่อ (Polyp) ของเยื่อจมูกหรือไซนัสที่มีการอักเสบและบวม จนยื่นออกมาเป็นก้อนทำให้โพรงจมูกและหรือไซนัสแคบ มักเป็นทั้งสองข้างและไม่มีอันตรายร้ายแรง นอกจากก้อนโตมากจะทำให้หายใจไม่สะดวกและสูญเสียความรู้สึกในการรับรู้กลิ่น เป็นก้อนเนื้องอกในโพรงจมูกชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด และเป็นโรคทางจมูกที่สร้างปัญหาให้กับทั้งตัวผู้ป่วยเองและแก่แพทย์ผู้ทำการรักษาซึ่งได้แก่ปัญหาเรื่องการเกิดเป็นซ้ำและการเกิดไซนัสอักเสบร่วมด้วย ทำให้เกิดความเข้าใจเองว่ารักษาไม่หาย บางรายรักษาด้วยการผ่าตัดแล้วเกิดเป็นซ้ำได้อีกพบได้ทุกวัย พบบ่อยในคนอายุมากกว่า 40 ปี และในผู้ที่เป็นโรคหืด หวัดภูมิแพ้ ไซนัสอักเสบเรื้อรัง เพศชายจะมีอัตราส่วนการพบมากกว่าเพศหญิง เท่าที่เคยมีรายงานในสหรัฐอเมริกา พบโรคนี้ได้ประมาณ 1-4%⁷ ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีการสำรวจ แต่ช่วงปี พ.ศ. 2540-2542 ที่แผนกผู้ป่วยนอกภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา โรงพยาบาลศิริราช พบผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้คิดเป็น 2.6% ของผู้ป่วยหู คอ จมูก ทั้งหมด และส่วนใหญ่จะพบได้มากในผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี ส่วนในเด็กนั้นพบได้น้อยมาก⁷ สำหรับ

โรงพยาบาลโยธธรรได้มีการทำผ่าตัด FESS ปี 2558, 2559 และ 2560 จำนวน 8, 9 และ 13 รายตามลำดับผู้ศึกษาจึงได้มีความสนใจในกรณีศึกษาเพื่อวางแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยทำผ่าตัด FESS ต่อไป

จมูก โครงสร้างที่สำคัญของจมูก แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ⁶

1. จมูกส่วนนอก (external nose) เป็นส่วนที่ประกอบเป็นจมูก คือ ส่วนบนสุดเป็นกระดูกแข็ง (bony section) อีก 2 ส่วนเป็นกระดูกอ่อน (cartilaginous section) และเคลื่อนไหวได้

2. จมูกส่วนใน (internal nose) เรียกว่าโพรงจมูกจะมีผนังกัน (nasal septum) แบ่งเป็นซ้ายขวา ด้านหน้าเปิดออกสู่ภายนอก ด้านหลังเปิดสู่ช่องคอหลังโพรงจมูก (nasopharynx) ซึ่งแบ่งเป็นโพรงจมูกส่วนหน้า และส่วนหลัง นอกจากนี้ในด้านข้างของรูจมูก มีกระดูก turbinat 3 อัน คือ inferior, middle และ superior turbinat ซึ่งเป็นโครงสร้างหลักในโพรงจมูก โพรงจมูกทำหน้าที่ควบคุมอุณหภูมิและความชื้นของอากาศ โดย หลอดเลือดฝอยซึ่งมีอยู่มากมายตามแผ่นเยื่อเมือกจะถ่ายเทความร้อนออกมาทำให้อากาศชุ่มชื้น แผ่นเยื่อเมือกเองก็จะทำหน้าที่ปรับความชื้นให้กับ

อากาศ พร้อมทั้งดักจับฝุ่นละอองที่เล็ดลอดผ่านขนจมูกเข้าไปแล้วขับทิ้งออกมาเป็นน้ำมูกนั่นเอง บริเวณด้านบนของโพรงจมูกมีปลายประสาททำหน้าที่รับกลิ่นอยู่มากมาย ภายในจมูกยังมีรูเปิดของท่อน้ำตาซึ่งเป็นที่ระบายน้ำตาลงมาในโพรงจมูก เพื่อมิให้อ่อนล้นออกมานอกลูกตา เมื่อเวลาร้องไห้จะมีน้ำตาออกมามาก น้ำตาส่วนหนึ่งไหลลงมาตามท่อนี้เข้าสู่ช่องจมูก ทำให้เห็นเป็นน้ำมูกใสๆ ไหลออกมา ทางจมูกเวลาร้องไห้จึงมักจะคัดจมูกและมีน้ำมูกไหลออกมา

3. โพรงอากาศรอบจมูก (ไซนัส) เป็นโพรงกระดูกที่อยู่บริเวณรอบๆ จมูก มีอยู่ 4 คู่ คือ

- Frontal sinuses บริเวณกึ่งกลางหน้าผากเหนือคิ้วทั้งสองข้าง 1 คู่

- Sphenoid sinuses อยู่ด้านหลัง Ethmoidal sinuses บริเวณใต้สมองทั้งสองข้าง 1 คู่

- Ethmoidal sinuses ลักษณะคล้ายรังผึ้ง ระหว่างสันจมูกกับเบ้าตา บริเวณค่อนไปข้าง หลังของกระดูกจมูก 1 คู่

4. Maxillary sinuses อยู่ใต้กระดูกโหนกแก้ม บริเวณสองข้างของ จมูก 1 คู่มีขนาดใหญ่ที่สุด

โพรงอากาศเหล่านี้มีเยื่อบางๆ อยู่เช่นเดียวกับช่องจมูก และโพรงอากาศเหล่านี้ก็จะเปิดเข้าคูขงจมูกโดยตรงด้วย ดังนั้นถ้ามีอะไรผิดปกติเกิดขึ้นที่ช่องจมูกก็ส่งผลต่อโพรงอากาศนี้ด้วย เส้นประสาทที่มาเลี้ยงจมูก คือ คู่ที่ 1 olfactory nerve ทำหน้าที่รับกลิ่น, คู่ที่ 5 trigeminal nerve ทำหน้าที่รับความเจ็บปวด คูมการหลั่งน้ำมูก, คู่ที่ 7 facial nerve คูมการทำงานกล้ามเนื้อจมูก

ริดสีดวงจมูกอาจเกิดร่วมกับโรคอื่นๆ หรืออาจเป็นผลที่เกิดจากการอักเสบซึ่งสัมพันธ์กับโรคเหล่านั้น หรือเป็นผลที่เกิดท้ายสุดของโรค

ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกว่าริดสีดวงจมูกอาจเกิดจากสาเหตุหลายๆ ประการ โรคที่พบว่ามีริดสีดวงจมูกเกิดร่วมด้วย ได้แก่ โรคหืดในผู้ใหญ่ชนิดที่เกิดและไม่ได้เกิดจากภูมิแพ้, การแพ้ยาแอสไพริน, ไซนัสอักเสบเรื้อรัง, เยื่อจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ และชนิดไม่แพ้

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง : จนถึงปัจจุบันสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดริดสีดวงจมูกยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตามมีปัจจัยสำคัญ 3 ประการที่อาจมีส่วนในการเกิดริดสีดวงจมูก ได้แก่

1. การอักเสบเรื้อรังและการติดเชื้อ ซึ่งกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ ของเยื่อจมูกและเยื่อบุไซนัส ซึ่งมีผลทำให้เกิดการบวมของเยื่อ

2. ความผิดปกติของการตอบสนองของระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของหลอดเลือด และภาวะความไวเกินของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงเยื่อจมูก และเยื่อบุไซนัสทำให้เกิดการบวมของเยื่อ

3. ความผิดปกติของกระแสลมที่ผ่านเข้าไปบริเวณซึ่งเป็นต้นตอของริดสีดวงจมูก ได้แก่ บริเวณโพรงจมูกส่วนกลาง และบริเวณรูเปิดของไซนัส

อาการของโรคและการพยากรณ์ของโรค

มีติ่งเนื้อเกิดขึ้นภายในโพรงจมูก มีลักษณะคล้ายเมล็ดองุ่น หรือรูปทรงหยดน้ำ เมื่อสัมผัสจะรู้สึกถึงความอ่อนนิ่ม ไม่แข็ง มีสีขาวซีด ๆ ขุ่น ๆ คล้ายเมือก แต่สามารถเจริญเติบโตใหญ่ขึ้นอีกได้มีน้ำมูกไหล และรู้สึกคัดจมูกตลอดเวลาหากก้อนเนื้อนี้มีขนาดที่ใหญ่ขึ้นก็จะพบอาการที่รุนแรงมากขึ้น คือการหายใจลำบาก หายใจไม่ค่อยออกสูญเสียความสามารถในการรับกลิ่นมีอาการปวดบวมบริเวณใบหน้ามีอาการรณเสียงดัง บางครั้งอาจหยุดหายใจเมื่อหลับสนิทได้ถ้าหากเป็นร่วมกับโรคไซนัสอักเสบจะพบว่ามีไข้ เจ็บคอ และลมหายใจมีกลิ่นเหม็น ถ้าหากมีอาการรุนแรงมากขึ้น อาจถึงขั้นล้มตาไม่ขึ้น มองเห็นไม่ชัดเจน หายใจไม่ออก

ไม่สามารถขยับศีรษะได้ เป็นความเร่งด่วน
ต้องรีบไปพบแพทย์ทันที

การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น : จากการสอบถาม
อาการเบื้องต้นจากนั้นจะใช้เครื่องถ่ายภาพ
ภายในโพรงจมูกด้านหน้า/หลังอาจพบเยื่อ
จมูกบวม มีติ่งเยื่อเมือกใสอุดกั้นอยู่ในรูจมูก
การใช้กระจกส่องตรวจหลังโพรงจมูกพร้อม
ไฟฉายในรายที่ริดสีดวงจมูกมีขนาดใหญ่จะ
สามารถพบได้แต่ในรายที่ก้อนมีขนาดเล็กจำเป็น
ต้องใช้กล้องส่องตรวจในโพรงจมูก (Nasal
Endoscopy) โดยใช้เครื่องตรวจที่มีลักษณะ
เป็นท่อขนาดเล็กและเลนส์ขยายพร้อมไฟส่องสว่าง
หรือกล้องขนาดเล็ก ส่องเข้าไปที่โพรงจมูก หรือ
โพรงไซนัส

การตรวจสืบค้นเพิ่มเติม : การตรวจเอกซเรย์
คอมพิวเตอร์ (CT Scan) การตรวจด้วยคลื่น
แม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เพื่อหาขนาดและตำแหน่ง
ที่ชัดเจนของก้อนเนื้อ ประเมินขอบเขตของ
การอักเสบ ตรวจหาสิ่งกีดขวางความผิดปกติ
ของโพรงจมูก รวมถึงชนิดของก้อนเนื้อที่อาจ
มีเซลล์มะเร็ง

- การทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนัง หาก
โรคภูมิแพ้เป็นสาเหตุการอักเสบเรื้อรัง ด้วยการ
หยดสารก่อภูมิแพ้ที่บริเวณท้องแขนหรือแผ่นหลัง
ใช้เข็มสะกิดที่ผิวหนังเบา ๆ และทิ้งไว้ 15 นาที
เพื่อดูอาการแพ้ การตรวจเลือด เพื่อคัดกรอง
สารภูมิคุ้มกันหรือแอนติบอดี (Antibody)
จะทำในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทดสอบภูมิแพ้
ทางผิวหนังได้

การรักษาริดสีดวงจมูก: การรักษาริดสีดวง
จมูกทำได้ 2 วิธีคือ เริ่มต้นจากการรักษาโดยใช้ยา
หากอาการไม่ดีขึ้นแพทย์จะรักษาด้วยวิธีผ่าตัด

1. **การรักษาโดยใช้ยา** เพื่อให้ก้อนเนื้อ
มีขนาดเล็กลง ลดอาการอักเสบ และบรรเทา
อาการ ยาที่ใช้ในการรักษามีด้วยกัน 3 ลักษณะ
คือ⁵

1.1. ยาพ่นหรือยาหยอดจมูก คอร์ติโค
สเตียรอยด์ รวมถึง ฟลูติคาโซน บูเดโซนิด์
ฟลูนิโซไลด์ โมเมทาโซน ไตรแอมซิโนโลน
บีโคลเมทาโซน ยาพ่นจะเริ่มเห็นผลเมื่อใช้อย่าง
ต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์ อาจก่อให้เกิดผล
ข้างเคียงจากการใช้ยาได้หากใช้ไม่ถูกวิธี เช่น
ระคายเคืองจมูก เลือดกำเดาไหล เจ็บคอ เป็นต้น

1.2. ยารับประทานคอร์ติโคสเตียรอยด์
เช่น เพรดนิโซน อาจรับประทานยาอย่างเดียว
หรือร่วมกับการใช้ยาพ่นหรือยาหยอดจมูก
ช่วงเวลาของการใช้ยาจะอยู่ที่ประมาณ 5-10 วัน
เพราะอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา
ได้หากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน เช่น กระดูกพรุน
ความดันเลือดสูง เบาหวาน น้ำหนักเพิ่ม เป็นต้น
หรืออาจมีการฉีดยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วย
ที่มีอาการรุนแรง

1.3. ยาอื่น ๆ เช่น ยาปฏิชีวนะ หรือยา
แอสไพริน เป็นต้น

2. **การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด** หลังการ
รักษาโดยใช้ยาไม่ได้ผล จึงรักษาโดยการ
ผ่าตัดซึ่งเป็นการตัดเอาริดสีดวงจมูกออก
ร่วมกับผ่าตัดเข้าไปในโพรงไซนัสด้วยกล้อง
เ็นโดสโคปี (Endoscopic Sinus Surgery)
ซึ่งเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุด เพราะ
การใช้กล้องจะทำให้เห็นภาพบริเวณที่ทำผ่าตัด
และบริเวณข้างเคียงได้ชัดเจนขึ้น เนื่องจาก
กล้องมีขนาดมุมต่างๆ หลายขนาด สามารถ
ผ่าเข้าไปในโพรงไซนัสที่มีรอยโรคและผ่าตัด
เอารอยโรคออกได้ดี และทำให้การขับน้ำเมือก
และการถ่ายเทอากาศของไซนัสดีขึ้น ผลการ
ผ่าตัดได้ผลดี 80% โดยยังรักษาโครงสร้าง
และหน้าที่ไซนัสไว้ได้ดี หลังการผ่าตัดแพทย์
จะใส่วัสดุห้ามเลือดไว้ในโพรงจมูก ซึ่งอาจทำให้
ผู้ป่วยต้องหายใจทางปาก หลังผ่าตัด 24-48
ชั่วโมง แพทย์จะเอาวัสดุห้ามเลือดออก ซึ่งถ้า
เอาออกได้หมด ไม่มีเลือดออกมากและผู้ป่วย

แข็งแรงดีแล้ว ผู้ป่วยอาจกลับบ้านได้ในวันนั้น แต่หากผู้ป่วยยังไม่แข็งแรงดี มีปัญหาเลือดออกมาก แพทย์อาจให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล เพื่อเฝ้าดูอาการต่ออีก 1 วัน โดยทั่วไป ผู้ป่วยจะต้องนอนอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 4 วัน (3 คืน) บางกรณีหากเลือดออกมาก ผู้ป่วยอาจได้รับการให้เลือด หรือใส่วัสดุห้ามเลือดเข้าไปในโพรงจมูกเพิ่มอีก หรือหากมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด^๑

เนื่องจากโพรงจมูกและไซนัสอยู่ใกล้กับอวัยวะสำคัญเช่น ตา สมอง การผ่าตัดจึงอาจเกิดอันตรายกับอวัยวะใกล้เคียงได้ ทั้งนี้ขึ้นกับประสบการณ์และความชำนาญของแพทย์ ผู้ป่วยจึงควรทราบภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อให้ประกอบการตัดสินใจในการรับการผ่าตัด หากมีข้อสงสัยควรปรึกษาแพทย์ผู้ทำผ่าตัด ให้เข้าใจก่อนรับการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่

1. การมีเลือดออกใน หรือรอบดวงตา (intraorbital hematoma or periorbital ecchymosis) จะทำให้รอบดวงตาเขียว เหมือนถูกกระแทกที่กระบอกตา ส่วนใหญ่มักจะค่อย ๆ หายไปเองภายใน 1-2 เดือน แต่หากเลือดออกมาก จนเป็นก้อนเลือดในกระบอกหรือลูกตา อาจกระทบกระเทือนต่อประสาทตา ทำให้การมองเห็นลดลง แพทย์อาจต้องรีบผ่าตัด เพื่อระบายเอาก้อนเลือดนั้นออก โดยจะมีแผลที่หัวตา

2. ท่อน้ำตาอุดตัน (nasolacrimal duct obstruction) เนื่องจากท่อน้ำตาซึ่งช่วยระบายน้ำตาเข้าสู่โพรงจมูกอยู่ใกล้กับบริเวณที่ทำผ่าตัด จึงอาจเกิดการกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บจนมีการอุดตันได้ ทำให้น้ำตาไหลทันทีจากตาอยู่ตลอดเวลา การอุดตันนี้อาจเป็นเพียงชั่วคราวแล้วค่อย ๆ หายไปเองภายใน 1-2 เดือน หรืออาจเป็นถาวรหากมีการกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บมาก ซึ่งสามารถทำการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภายหลังได้

3. ภาวะน้ำในสมองรั่วเข้ามาในโพรงจมูก (cerebrospinal fluid rhinorrhea) เกิดจากการกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บต่อเพดานจมูก ซึ่งเป็นพื้นของช่องกะโหลกศีรษะส่วนหน้า (skull base) หากเกิดรอยรั่ว จะทำให้น้ำในสมองรั่วลงมาในโพรงจมูก มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องกะโหลกศีรษะ หากทราบว่าจะเกิดรอยรั่วขึ้น แพทย์จะทำการผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมทันทีในห้องผ่าตัด แต่หากทราบภายหลัง อาจจะต้องดมยาสลบใหม่ เพื่อผ่าตัดซ่อมแซมอีกครั้ง

บทบาทและหน้าที่พยาบาลห้องผ่าตัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยริดสีดวงจมูกที่รับการผ่าตัดด้วย

กล้องเอ็นโดสโคป (FESS): รับผิดชอบในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเตรียมผู้ป่วยและญาติให้มีความพร้อมที่จะรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทั้งสามระยะ คือการพยาบาลระยะก่อนการผ่าตัด ระยะทำการผ่าตัดและระยะหลังรับบริการผ่าตัด

ขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือ สถานที่ และการส่งผ่าตัด

การเตรียมสถานที่ และการเตรียมความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ ห้องผ่าตัดเป็นสถานที่ให้บริการผ่าตัดสิ่งสำคัญคือ ต้องมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย มีความสะอาด มีอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในการให้บริการผ่าตัด และช่วยเหลือผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ความสามารถเฉพาะเกี่ยวกับ anatomy ของอวัยวะที่จะรับการผ่าตัด มีการเตรียมเครื่องมือ เครื่องมือพิเศษ ชุดกล้องผ่าตัด เครื่องหยุดห้ามเลือด เครื่องเย็บ ยาที่ต้องใช้ ระหว่างการทำผ่าตัดที่ครบถ้วน เหมาะสมมีประสิทธิภาพ และเป็นผู้มีจิตสำนึกอยู่ตลอดเวลาในขณะปฏิบัติงาน โดยเคร่งครัดต่อเทคนิคปฏิบัติ และเทคนิคการปลอดภัย

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยวัยสูงอายุ อายุ 65 ปี รับไว้รักษาวันที่ 25 เมษายน 2559 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 29 เมษายน 2559 รวมอยู่ในโรงพยาบาล 4 วัน

การวินิจฉัยแรกเริ่ม : Bilateral Nasal Polyp

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย : Bilateral Nasal Polyp

โรคประจำตัว : DM Type II +Hypertension

การผ่าตัด : การผ่าตัดโพรงจมูกและไซนัสด้วยกล้องเ็นโดสโคป (FESS) วันที่ 26 เมษายน 2559

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

คัดแน่นจมูก ปวดตึงในโพรงจมูก ช้างซ้ายมากกว่าขวา หายใจไม่โล่ง เป็นมา 3 ปี

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 ปีก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการคัดแน่นจมูก หายใจไม่โล่งสะดวก บางครั้งปวดตึงในโพรงจมูก ช้างซ้ายมากกว่าขวา แพทย์ที่ตรวจพบมีติ่งเนื้อออกในโพรงจมูกรับการรักษาด้วยยาที่โรงพยาบาลยโสธรมาตลอด อาการทุเลาแต่ไม่หาย และมีอาการเพิ่มมากขึ้น เวลานอนมักจะหายใจทางปาก เนื่องจากมีโรคประจำตัวเดิมคือเบาหวานและความดันโลหิตสูงต้องรับยาตลอด แพทย์ให้ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้คงที่ได้ดีแล้วจะรักษาโดยการนัดทำผ่าตัด

1 เดือนต่อมาพบแพทย์เพื่อมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลยโสธร อาการทุเลาแต่ไม่หาย และมีอาการเพิ่มมากขึ้น เวลานอนมักจะหายใจทางปาก แพทย์นัดผ่าตัดเอาริดสีดวงจมูกออกโดยผ่าตัดเข้าไปในโพรงไซนัสด้วยกล้องเ็นโดสโคปในวันที่ 26 เมษายน 2559

1 วัน มานอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัดตามนัด

ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี

ปฏิเสธการแพ้ยาหรือสารเคมีใดๆ

ประวัติการผ่าตัด

เคยได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งเมื่อ 30 ปี ก่อนโดยวิธีฉีดยาซาที่หลัง

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัวและอดีต

บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติโรคทางพันธุกรรมหรือโรคร้ายแรงใด ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงมา 25 ปี รับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร Enalapril (5 mg) 1 tabx 2 p.c., Metformin (500) 2 tabx3 p.c., Prednisolone(5) 4 tabx3p.c., Ephedrine 1% 4 หยด x 3 ต่อวัน

การตรวจร่างกายและประเมินสภาพ : หญิงสูงอายุรูปร่างท้วมไม่สูง ผิวสองสี การเคลื่อนไหวปกติ ตามวัย การมองเห็นและการได้ยินปกติ ใบหน้า ศีรษะได้รูปปกติ ที่พบผิดปกติคือมีริดสีดวงจมูกทั้ง 2 ช้าง หายใจไม่โล่งสะดวกมีอาการคัดแน่นในจมูกตลอดเวลาการได้กลิ่นลดลง เวลานอนมักหายใจทางปาก ไม่มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียหรือวิงเวียน ไม่ปวดศีรษะและท้ายทอย การมองเห็นชัดเจนดี อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส pulse rate 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 146/88 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต่างจากค่าปกติ

ตรวจ CBC พบ WBC = 11,400 cell/cu.mm. RBC = 4.31 M. cell/cu.mm. Hct 36% Plt. 367,000 cell/cu.mm. BUN = 23.2 mg/DI Creatinin 0.69 mg/DI GFR = 91.65

ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ : พบว่ามี nasal polyp ที่รูจมูกข้างซ้ายขนาด 1.4x5.0 cm. และรูจมูกข้างขวาขนาด 1.4x4.2 cm. ก้อนจากไซนัสทั้ง Frontal, Maxillary, Ethmoidal ทั้ง 2 ช้าง ยังไม่พบการทำลายกระดูกหรือมีเซลล์เนื้อเยื่อที่ผิดปกติ

การวินิจฉัยโรค : Bilateral Nasal Polyp

การรักษา : การทำผ่าตัด FESS (Functional Endoscopic Sinus Surgery)

การปฏิบัติการพยาบาล : ระยะเวลาก่อนผ่าตัด³ ได้เข้าเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วัน ที่หอผู้ป่วย

1. แนะนำตัวว่าเป็นพยาบาลประจำห้องผ่าตัด สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ โดยจะอยู่กับผู้ป่วยตลอดการผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ ระเบียบวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ เช่นการเปลี่ยนเสื้อผ้า การเปลี่ยนย้ายเตียง การสอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วยและการผ่าตัดซ้ำๆ เพื่อให้ระบุตัวผู้ป่วยได้ถูกต้อง ป้องกันความเสี่ยงจากการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง หรือผิดตำแหน่ง

2. ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การประเมินระดับความเจ็บปวด อธิบายวิธีการทำผ่าตัด แนะนำปฏิบัติตัว แนะนำบุคลากรที่จะได้พบ พูดคุยให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยอาจจะได้พบ หรือได้รับภายหลังการผ่าตัด เช่น การหายใจทางปากแทนจมูกชั่วคราว การหายใจทางจมูกลำบากจากการใส่วัสดุเพื่อห้ามเลือด

3. ทวนสอบความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติให้เรียบร้อยก่อนเข้ารับการผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหารให้ครบตามเวลา การทานยาลดความดันโลหิตตามแผนรักษา การชำระล้างร่างกายให้สะอาด

4. ตรวจสอบการเซ็นใบอนุญาตยินยอมผ่าตัดให้เรียบร้อย

5. บันทึกสัญญาณชีพแรกรับ เพื่อประเมินเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงระหว่างผ่าตัด

6. การเตรียมเลือด และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยา pre-medication การงดน้ำและอาหารทางปาก ซึ่งให้ผู้ป่วยเห็นถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

7. แนะนำการปฏิบัติตนภายหลังการผ่าตัด^{1,8} เช่น การฝึกหายใจทางปากเนื่องจากการใส่วัสดุห้ามเลือดทางจมูก ผู้ป่วยควรงดการไอ-จาม หากไม่ได้ให้ผู้ป่วยอำปากในขณะไอ-จาม

เพื่อลดแรงดันที่จะกระตุ้นให้เกิดเลือดออกในบริเวณผ่าตัด การนอนในท่าศีรษะสูงเพื่อช่วยให้หายใจได้สะดวกขึ้น และลดการสำลักเลือดที่อาจไหลลงคอ อีกทั้งยังเป็นการลดอาการบวม ผู้ป่วยสามารถประคบเย็นที่บริเวณหน้าผาก (เหนือคิ้ว) และบริเวณข้างสันจมูกทั้งสองข้างได้เพื่อช่วยลดอาการปวดและช่วยห้ามเลือด ผู้ป่วยสามารถขยี้แก้ปวดเพิ่มเติมได้ หากอาการปวดไม่ทุเลาลงภายหลังได้รับยาแล้วประมาณ 30 นาที หากรู้สึกมีเลือดไหลลงคอ ควรบ้วนใส่กระโถนไว้เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคลื่นไส้ อากาศหายใจ และสังเกตสี - ปริมาณที่เลือดออก เพื่อแจ้งแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบและดำเนินการติดตามแก้ไขต่อไป

วันผ่าตัด (26 เมษายน 2559) : เมื่อรับผู้ป่วยถึงห้องผ่าตัดได้ปฏิบัติการดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องของใบเซ็นยินยอมผ่าตัด การระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องอีกครั้งจากการสอบถามผู้ป่วย ป้ายติดข้อมือ และเพิ่มประวัติ เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน ผิดตำแหน่งสอบถามประวัติการแพ้ยาอีกครั้ง

2. ตรวจสอบสัญญาณชีพของผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพของผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด ตรวจสอบสิ่งที่ติดมากับผู้ป่วย เช่น พิล์ม ผล CT ผลการตรวจพิเศษต่างๆ ยาที่ต้องให้ระหว่างผ่าตัด ทบทวนการงดน้ำงดอาหารตรวจสอบการได้รับยาลดความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินความเสี่ยงภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงเกิน การมีฟันปลอมติดมา

3. การถอดสิ่งของมีค่า เครื่องโลหะ ฟันปลอม และสิ่งต่าง ๆ นอกเหนือจากแผนการรักษา ออกจากตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการสูญหาย และการไหม้จากการใช้เครื่องจี้ห้าม เลือดไฟฟ้า

4. ทบทวนความเข้าใจและความสามารถในการฝึกการหายใจทางปาก เมื่อผู้ป่วยพ้นจากการระงับความรู้สึก เพื่อการหายใจที่มีประสิทธิภาพ และการให้ความร่วมมือของผู้ป่วย

5. ลงบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล แกร็บผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

6. นำผู้ป่วยเข้าสู่เตียงผ่าตัด คลุมผ้าให้ความอบอุ่นด้านร่างกาย เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ใช้อุปกรณ์ยึดตรึง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ โดยบอกเหตุผลให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมอยู่เป็นเพื่อนจนได้รับการดมยาสลบ หลังได้รับการดมยาสลบ จัดผู้ป่วยในท่านอนหงาย ใช้อุปกรณ์ support ป้องกันการเกิดแผลกดทับ นำแผ่น patient conductive plate มาติดกับผิวหนัง ให้เรียบสนิท เพื่อป้องกันอันตรายจากการเกิดไฟฟ้าลัดวงจร ทำการป้าย Terramycin ointment ในตาทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อตาได้รับการบาดเจ็บ ที่อาจเกิดจากแพทย์ทำน้ำยาฆ่าเชื้อ 2% chrohexidine เข้าตาขณะทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะทำการผ่าตัด ก่อนปูผ้าที่ผ่านการนึ่งฆ่าเชื้อสมบูรณ์

7. เตรียมและดูแลเครื่องมือผ่าตัด สารน้ำ และน้ำยาให้อยู่ในสภาพปราศจากเชื้อ รวมทั้งการเปิดท่อผ้าและเครื่องมือผ่าตัด ตามหลักปราศจากเชื้อ

8. ปฏิบัติการขาน time out รับทราบร่วมกัน เป็นขั้นตอนสุดท้ายก่อนการผ่าตัด

ขั้นตอนวิธีการส่งเครื่องมือผ่าตัด

1. การเตรียมบริเวณที่จะทำการผ่าตัด โดยแพทย์จะทำการ pack รูจมูกโดยการนำสำลีที่ชุบใส่น้ำยา 1% Ephidine ใส่ในโพรงจมูกส่วนต่างๆ ทั่ว โดยเน้นที่บริเวณ Lateral nasal wall ตั้งแต่ middle turbinate uncinat process, ethmoid bulla, inferior turbinate นานประมาณ 5-10 นาที เพื่อทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดในเยื่อจมูก จึงมีฤทธิ์ลดอาการคัดแน่นจมูก เนื้อเยื่อลดการบวม ส่งเสริมให้ ศัลยแพทย์สามารถมองเห็นบริเวณที่จะทำผ่าตัด ได้ชัดเจนชัดเจน

2. พยาบาลทำการตรวจสอบความพร้อมของเครื่องห้ามเลือด เครื่องดูดเสมหะ ชุดกล้อง

Endoscope ให้พร้อมใช้ โดยทำการทดสอบการต่ออุปกรณ์ ได้แก่ Lens, สาย Fiber optic และ Camera ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน รวมทั้งเตรียมน้ำยาทำความสะอาด Lens คือ 2% chrohexidine โดยการเทน้ำยา 2% chrohexidine ใส่ในถ้วย เพื่อใช้ทำความสะอาด Lens เนื่องจากขณะผ่าตัดอาจมีเลือด และของเหลวติดบริเวณหน้า Lens ซึ่งจะทำให้บดบังภาพขณะทำการผ่าตัด และลดระยะเวลาในการผ่าตัด ศัลยแพทย์ทำการนำสำลี Packing ออกจากจมูก

3. จากนั้นจะใช้ Endoscope Lens ขนาด 0° ขนาด 4 mm. พร้อม Suction No.10 ตรวจสอบพยาธิสภาพในโพรงจมูกให้ทั่ว

4. แพทย์ฉีดยา 1% Xylocaine with Adrenaline ประมาณ 10 CC บริเวณ Polyp เพื่อให้เกิด Vasoconstrict Polypus (ชนิดและขนาดตามที่แพทย์ต้องการ) สำหรับตัด Polyp ออกกรณีที่มีเลือดออกมาก แพทย์จะทำการห้ามเลือด ด้วย Gauze Packing ชุบ 1% Ephedrine ปิดพองหมดพร้อม Byonet Forceps ค้างไว้บริเวณที่จุดเลือดออกหรือใช้ไฟฟ้าในการห้ามเลือด

5. ทำเช่นนี้สลับกันไปจนกว่าจะตัด Polyp ในโพรงจมูกข้างนั้นออกจนหมดเมื่อต้องการผ่าตัด Polyps ในโพรงจมูกอีกข้างหนึ่ง ให้ทำตามขั้นตอนที่ 3-5

6. เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ศัลยแพทย์ จะทำการล้างจมูกด้วย 0.9 % normal saline ส่ง Suction No 10 ร่วมกับ Sinuscope ให้แพทย์สำรวจแผลบริเวณที่ผ่าตัดและ Bleeding ภายในโพรงจมูก

7. การห้ามเลือดหลังผ่าตัด : Anterior Nasal Packing ใช้ Byoner Forceps จับ Miracles (Nasal packing สำเร็จรูปช่วยซับและห้ามเลือด) ใส่เข้าไปในโพรงจมูก และโพรงไซนัสจนครอบคลุมได้ Pressure ที่เหมาะสม

ตามที่แพทย์ต้องการตัดผ้าก๊อชขนาดพอดีปิด รุจุมุกทั้งสองข้างปิดพลาสติก

ระหว่างผ่าตัด : สัญญาณชีพหลังใส่ ET-Tube ความดันโลหิต 160-180/100-110 มิลลิเมตรปรอท ระหว่างผ่าตัดส่วนใหญ่ก่อนข้างคองที่ 110-150/70-90 มิลลิเมตรปรอท ตรวจซ้ำ หลังจากฉีดยา 1 ชั่วโมงพบน้ำตาลในกระแสเลือดยังสูง DTX = 245 mg% ซึ่งก่อนมาผ่าตัด DTX = 275 mg% แพทย์สั่งให้ฉีด RI 4 Unit Sc. และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด : เสียเลือดขณะผ่าตัดประมาณ 200 c.c. ตรวจนับผ้าซับโลหิต เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ครบถ้วน ป้องกันปัญหาสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช็ดทำความสะอาดคราบเปื้อนบริเวณผิวหนัง ใกล้แผลผ่าตัด ประเมินสีผิวริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าสีปกติ ประเมินตำแหน่ง วางแผนสีของเครื่องจี้ไฟฟ้า ผิวหนังไม่มีรอยไหม้ หม่ผ้าให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วย ขึ้นเนื้อที่ตัดออกส่งตรวจทางพยาธิวิทยา นำผู้ป่วยส่งต่อห้องพักรักษาโดยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล

การดูแลหลังผ่าตัดในห้องพักรักษา : จัดผู้ป่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง มีวัสดุห้ามเลือดในโพรงจมูก ทำให้ผู้ป่วยต้องหายใจทางปาก อาจทำให้มีอาการเจ็บคอ คอแห้งได้สังเกตระดับความรู้สึกตัว บันทึกสัญญาณชีพทุก 5-15 นาที ดูแลให้ได้รับออกซิเจน สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยจะมีแผลในโพรงจมูกและไซนัส ประเมินระดับความปวดแผลผ่าตัด ตรวจดูจมูกไม่มีเลือดซึม และมีวัสดุห้ามเลือดในช่องจมูกมีอาการเจ็บจมูกจากแผลผ่าตัดเล็กน้อยมีน้ำลายปนเลือดเล็กน้อย บ้วนออกเองได้ ลงบันทึกในรายงานผู้ป่วยให้ครบถ้วน เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี บอกให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ห้ามดื่งวัสดุห้ามเลือดในโพรงจมูกออกเอง เพราะอาจทำให้มีเลือดออกมากได้ ช่วงนี้ผู้ป่วยต้องหายใจทางปาก อาจทำให้มีอาการเจ็บคอ คอแห้งได้ ควรจิบหรือดื่มน้ำ

บ่อยๆ และกลั้วคอ หม่ผ้าให้รู้สึกอุ่นสบาย เมื่ออาการคงที่นำผู้ป่วยส่งต่อให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยภายใต้การนำส่งของพยาบาล

การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย (27 เมษายน 2559) : หลังผ่าตัด 1 วันประเมินสภาพและสัญญาณชีพของผู้ป่วยให้กำลังใจแนะนำผู้ป่วยซ้ำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หลังการผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก เยื่อจมูกอาจบวมมากขึ้น ทำให้มีอาการคัดจมูกมากขึ้นได้ หรือรู้สึกตื้อๆ ชัดๆ ตึงๆ คล้ายมีสิ่งแปลกปลอมอยู่ในโพรงจมูก หรือมีเสียงเปลี่ยนได้ ซึ่งอาการดังกล่าวมักจะหายไปภายใน 1 สัปดาห์ ดังนั้นจึงควรนอนศีรษะสูง โดยใช้หมอนหนุน หรือนอนบนที่นอนที่สามารถปรับความเอียงได้ อกและประคบน้ำแข็งบ่อยๆ บริเวณหน้าผากหรือลำคอ ในช่วงสัปดาห์แรก เพื่อลดอาการบวม และเลือดออกบริเวณที่ทำผ่าตัดให้ทำความสะอาดช่องปากบ่อยๆ และแปรงฟันทุกครั้ง หลังรับประทานอาหาร ห้ามดื่งวัสดุห้ามเลือดในโพรงจมูกออกเอง เพราะอาจทำให้มีเลือดออกมากได้หลังผ่าตัดวันที่ 2 แพทย์จะเอาออกให้เองถ้าไม่มีเลือดออกจะได้กลับบ้านและติดตามเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนได้รับอนุญาตให้กลับข้อควรปฏิบัติ หลีกเลียงการสู้งานหนักๆ การไอ และขากเสมหะแรงๆ การแคะจมูก หรือการกระทบกระเทือนบริเวณจมูก ถ้าเลือดออกไม่หยุด รีบมาพบแพทย์ การล้างทำความสะอาดโพรงจมูกด้วยน้ำเกลือวันละ 2 ครั้ง มาพบแพทย์ตามนัด การดูแลหลังผ่าตัดนี้ เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งสำหรับความสำเร็จในการรักษาโดยวิธีผ่าตัดนี้ โดยปกติปกติ อาการคัดจมูก คัน จาม น้ำมูกไหล เสมหะลดลงจะดีขึ้นหลังการทำผ่าตัด ประมาณ 2-4 สัปดาห์ และประมาณ 4 สัปดาห์ แผลในโพรงจมูกและไซนัสจะหายเป็นปกติ

สรุปกรณีศึกษา :

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี มาด้วยอาการ

คัดแน่นจมูก หายใจไม่โล่งสะดวกมา 3 ปี ตรวจรักษาด้วยยาอาการไม่ดีขึ้น การได้กลิ่นลดลงมีโรคประจำตัวคือ DM, HT ควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลได้แพทย์นัดผ่าตัดเอาริดสีดวงจมูกออก 2 ข้าง ผู้ป่วยมาก่อนวันนัด 1 วัน แรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คัดแน่นจมูก หายใจไม่โล่งข้างซ้ายมากกว่าขวาไม่มีใช้อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส pulse rate 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 146/88 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยได้รับการดูแลทุกระยะผ่าตัดตามมาตรฐาน ได้รับการเยี่ยมประเมินอาการและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดล่วงหน้า

1 วันก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลต่ออาการป่วย ได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด สภาพที่ผู้ป่วยจะพบและต้องปฏิบัติหลังผ่าตัดพอเข้าใจ และตรวจสอบการลงนามยินยอมรับการผ่าตัด วันผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการป้องกันปัญหาการระบุด ผู้ป่วยผิด ตรวจสอบสัญญาณชีพแรกเริ่มเพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลและความดันโลหิต การจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์พร้อม ครอบคลุม ป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ ป้องกันปัญหาสิ่งตกค้างในร่างกาย ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ป้องกันการพลัดตกเตียงผ่าตัด และขณะเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดริดสีดวงจมูก เสียเลือดประมาณ 200 ซี.ซี. มี Packing จมูกเพื่อห้ามเลือด ส่งชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยา ผลตรวจปกติขณะผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน DTX = 245 mg% ความดันโลหิตสูง 180/110 มิลลิเมตรปรอท ในช่วงแรกของการผ่าตัด หลังจากนั้นสัญญาณชีพส่วนใหญ่ค่อนข้างคงที่อยู่ในระดับช่วง 100/70 – 150/90 มิลลิเมตรปรอท อยู่ในเกณฑ์รับได้ตลอดการผ่าตัด ส่งผู้ป่วยมาที่ห้องพักรักษาในเฝ้าระวังติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อน

หลังผ่าตัด pain score = 4 pulse rate 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/100 มิลลิเมตรปรอท DTX = 216 mg% รู้สึกตัวให้หายใจทางปากไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด pain score เพิ่มขึ้นเป็น = 5 จัดทำนอนศีรษะสูง พุดคุดให้กำลังใจ และให้ยาฉีดแก้ปวด 1 ครั้ง หลังสัญญาณชีพคงที่ส่งกลับหอผู้ป่วย

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย : หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยมี Packing การหายใจทางปาก คอแห้ง ให้มึนน้ำบ้วนปาก ไม่ไอ ขากเสมหะแรงๆ ประคบเย็นจมูก ช่วยเหลือตัวเองได้ หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยได้ Off Packing ไม่ Bleed ทานอาหารได้ ระดับน้ำตาลและความดันโลหิต อยู่ในเกณฑ์ ควบคุม ไม่มีภาวะน้ำตาลต่ำ (216-245 mg%) และสังเกตอาการต่อ ให้คำแนะนำการสวนล้างจมูกและจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย 29 เมษายน 2559

วิจารณ์

1. จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคริดสีดวงจมูกเป็นอาการที่ไม่ฉุกเฉิน ภาวะไม่สุขสบาย การหายใจไม่โล่งสะดวก คัดแน่นจมูกตลอดเวลา การหายใจทางปากช่วย ทำให้เจ็บคอ คอแห้ง รักษาด้วยยาแล้วไม่ดีขึ้นต้องรักษาโดยการผ่าตัดผู้ป่วยเป็น DM, HT ที่ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันอยู่ในเกณฑ์แล้ว ความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดระหว่างการผ่าตัดน้อยลง ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยในการผ่าตัดรักษา ด้วยกล้องเอ็นโดสโคป (FESS) มากขึ้น และผู้ป่วยรายนี้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด Off Packing ไม่ Bleed ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเข้าใจแผนการรักษา ผู้ป่วยนอนพักในโรงพยาบาล 5 วัน ส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิผลปกติหลังผ่าตัด การคัดแน่นจมูกลดลง ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น

2. ผู้ป่วยสูงอายุ มีประวัติเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ควบคุมอาการได้ระดับหนึ่ง การรับผ่าตัดเป็นความเสี่ยงในการมีเลือดออกมาก และควบคุมยาก การแนะนำเรื่อง อาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย อาจจะช่วยให้ความรุนแรงของโรคลดลง สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ หรือ DM ไม่เป็นมากขึ้นจนต้องเปลี่ยนจากยาเป็นยาฉีด

ข้อเสนอแนะ

สำหรับผู้บริหาร

1. สนับสนุน ส่งเสริมบทบาท case manager nurse โรคและความผิดปกติทางจมูก โดยเฉพาะ ริดสีดวงจมูกให้ดำเนินงาน อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องพร้อมสร้างระบบการให้คำปรึกษา การรายงาน case และการส่งต่อข้อมูล

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เรื่องการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดริดสีดวงจมูกออก โดยใช้ Early warning sign ของภาวะเกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องรวดเร็วแบบแผนการให้คำแนะนำ การดูแลร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ

3. ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพ เข้าใจและสามารถให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องโรคการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ การดูแลขั้นต้นและส่งผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเข้ารับการรักษาตามความเร่งด่วนจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. ดารณี ชุณหะวัต. การดูแลผู้ป่วยโรคหู คอ จมูก . พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ :หจก.วี.เจ.พรินติ้ง, 2539.
2. ดารณี พิพัฒน์กุลชัย. การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับและจำหน่ายจากห้องพักฟื้น. ใน เบญจมาศ บริษากุลและ เบญจวรรณ วีระเทอดตระกุล. บรรณานุกรม. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. กรุงเทพฯ:เอ.พี. ลิฟวิง;หน้า 70-83.

สำหรับพยาบาลประจำการ

1. พยาบาลห้องผ่าตัดควรมีความรู้ สามารถให้ความรู้/คำแนะนำการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยรู้และความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัว ประเมินสภาวะการเจ็บป่วยได้ครอบคลุมส่งผลต่อความสำเร็จตามแผนการรักษา

2. การผ่าตัดริดสีดวงจมูกและไซนัสด้วยการใช้กล้อง endoscopic sinus surgery และใช้ร่วมกับเครื่อง Micodebrider จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีสมรรถนะในการพยาบาลผ่าตัดที่ซับซ้อน ให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกระยะการผ่าตัดเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ตลอดทุกระยะของการผ่าตัด รวมทั้งการใช้การดูแลและบำรุงรักษาอุปกรณ์การผ่าตัด ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นและมีขนาดเล็ก บอบบาง มีความละเอียดและราคาแพงบุคลากรที่มีสมรรถนะ ประสบการณ์ในการช่วยผ่าตัดที่ยุ่งยาก ซับซ้อน การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย เทคโนโลยีใหม่ๆ จะช่วยให้การผ่าตัดราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัย

3. พยาบาลประจำการหรือผู้ป่วยควรมีความรู้ สามารถให้ความรู้ คำแนะนำการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยรู้และความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัว ประเมินสภาวะการเจ็บป่วยได้ครอบคลุม การวางแผนจำหน่าย โดยใช้แนวทางปฏิบัติเดียวกับ case manager nurse ในการดูแลผู้ป่วยและรายงาน case ต่อ case manager nurse

3. เรณู อัจฉาลี. การพยาบาลทางห้องผ่าตัด . กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด , 2540.
4. อรอนงค์ พุ่มอาภรณ์.การพยาบาลทางห้องผ่าตัด . กรุงเทพฯ:เมดิคัล มีเดีย . 2530
5. ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย."แนวทางการดูแลรักษาโรคโพลีปส์ในคนไทย (Clinical Practice Guideline for the Management of Nasal Polyps in Thais)". สืบค้นจาก. :
<http://www.rcot.org>. วันที่ 13 มี.ค.2018.
5. รศ.นพ.ปารยะ อาศนะเสน. การผ่าตัดโพรงจมูกและไซนัสด้วยกล้องเอ็นโดสโคป (Endoscopic Sinus Surgery: ESS) สืบค้นจาก
<http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=449>. 17/5/2556 วันที่ 10 มีนาคม 2561
7. รศ.นพ.ปารยะ อาศนะเสน. โพลีปส์จมูก (Nasal Polyps). วารสาร SIRIRAJ E-PUBLIC LIBRARY (ออนไลน์) 24/11/2553. สืบค้นจาก.
<http://www.si.mahidol.ac.th> วันที่ 12 มีนาคม 2018.
8. อาจารย์พัทริฎา แก้วแพง คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของจมูก. สืบค้นจาก
https://www.baanjomyut.com/library_2/eye_ear_nose_throat/03.html วันที่ 13 มีนาคม 2561.



การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนใน : กรณีศึกษา

Nursing care for infants with asphyxia : Case study

Vanida Seraluk, B.N.S.

วนิดา เศลารักษ์ พย.บ.

Register nurse. Mahachanachai Hospital

งานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาชนะชัย

Yasothon province

จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก และเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการ และเสียชีวิตในทารกแรกเกิด จากกรณีศึกษาครั้งนี้ได้การนำปัญหา มาทบทวนเพื่อพัฒนาคุณภาพการฝากครรภ์ พัฒนาระบบบริการในห้องคลอด ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง คลอด ผู้วิจัยได้นำความรู้และประสบการณ์ ในการทำงานห้องคลอด ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยยึด ความปลอดภัยของผู้คลอดเป็นหลัก เพื่อให้การคลอดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยวินิจฉัยผู้คลอด ได้รวดเร็วและถูกต้อง เพื่อลดภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด การประเมินภาวะเสี่ยงขณะรอคลอด และขณะคลอด ทำให้เฝ้าระวังและป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษา ผู้ป่วยกรณีศึกษา ผู้ป่วยทารกแรกเกิด มารดาตั้งครรภ์ 37 สัปดาห์ G5P4A1L3 และ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาลมีน้ำเดิน ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอด มารดาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ทารกแรกเกิดหลังคลอด No pulse , No Heart rate คะแนน APGAR Score 1-4-4 ได้ทำการช่วยหายใจ และนวดหัวใจ On ET tube NO 3.5 ซีด 9 cms ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล และส่งตัวไปโรงพยาบาลระดับสูงขึ้นเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง ได้รับการรักษาที่ โรงพยาบาลยโสธร

คำสำคัญ : ภาวะขาดออกซิเจนในทารก

Abstract

Asphyxia in newborns. Are important indicators of maternal and child health. And a major problem that causes disability. And death in the newborn. This case study. The problem has led to a review to improve the quality of antenatal care. Development of the delivery system in the delivery room. From the first to the birth. Researchers have brought knowledge and experience. To work in the labor room. Together with multidisciplinary. Maintain the safety of the birth. To make the delivery is effective. Helps to diagnose the baby quickly and accurately. To reduce oxygen deficit in newborns. Assessing risk during labor and delivery. Oxygen monitoring and prevention in neonates is effective.

Results : Case study Neonatal patients 37 weeks pregnant mother. G5P4A1L3. And 30 minutes before the hospital has water with labor pain. Maternal prenatal care does not meet the quality criteria. New born baby no pulse, no heart rate and APGAR Score 1-4-4 Breathing and Cardiopulmonary On ET tube NO 3.5 deep 9 cms. Nursing care for patients according to nursing standards. And sent to higher level hospital for ongoing treatment. Treated at Yasothon Hospital

Key words : Severe birth asphyxia

บทนำ

Asphyxia เป็นภาวะที่สมองและส่วนต่างๆ ของร่างกายขาดออกซิเจน ซึ่งอาจเกิดจากปริมาณออกซิเจนในเลือดลดลง (Hypoxemia) เกิดขึ้นในทารกแรกเกิดที่ไม่ร้องหรือมีคะแนน Apgar ต่ำ รวมถึงทารกที่มีภาวะ asphyxia ด้วย เช่น ทารกที่มี Fetal distress หรือภาวะ Late deceleration และน้ำคร่ำมีสีเขียว เป็นต้น การวินิจฉัยภาวะ Perinatal asphyxia สามารถเริ่มทำได้ตั้งแต่ในครรภ์ เช่นการประเมินรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกด้วยเครื่อง Fetal monitoring การประเมินลักษณะของน้ำคร่ำจากการเจาะถุงน้ำคร่ำ เป็นต้น และเมื่อทารกคลอดออกมาแล้ว คะแนน Apgar จะเป็นตัวระบุภาวะนี้ได้ ภาวะ Asphyxia มักเกิดขึ้นในทารกที่มีคะแนน Apgar score น้อยกว่า 6 รวมทั้งการตรวจเลือดจากสายสะดือพบ การมีภาวะ Hypoxemia, Hypercarbia และ Acidosis

พยาธิสรีรวิทยา¹ เมื่อทารกมีภาวะ Asphyxia หลังจากการขาดออกซิเจน จะเริ่มมีการหายใจเร็วขึ้นเมื่อการขาดอากาศดำเนินต่อไป การหายใจจะหยุดเรียกว่า Primary apnea พร้อมกับอัตราการเต้นของหัวใจจะลดลงหลังจากนั้นแล้ว จะมีการหายใจขึ้นใหม่อีกเป็นเฮือกๆ ไม่สม่ำเสมอ ประมาณ 4-5 นาทีแล้วค่อยๆ เบาลงและหายใจครั้งสุดท้าย (Last gasp) ก่อนที่จะหยุดหายใจอีกครั้งพร้อมกับหัวใจเต้นช้าลงและความดันโลหิตต่ำลงระยะนี้เรียกว่า Secondary apnea ใน Primary apnea การเต้นของหัวใจและเลือดไปเลี้ยงสมองยังพอใช้ได้ ถ้าทารกได้รับสิ่งกระตุ้นก็จะมีอาการหายใจขึ้นได้ แต่ Secondary apnea หัวใจและสมองเริ่มขาดเลือดแล้วต้องได้รับ Positive pressure ventilation (PPV) จึงจะหายใจ ถ้าทั้งเวลาตั้งแต่ Last gasp จนถึงการใช้ PPV นานไปจะทำให้แก้ไขทารกได้ยาก

การวินิจฉัยภาวะ Asphyxia ประกอบด้วย
1) Fetal heart rate (FHR) ที่สูงกว่าปกติหรือต่ำกว่าปกติ 2) pH umbilical artery (UA pH) ในทารกแรกเกิดที่ <7.10 เป็นสิ่งที่บ่งบอกว่าทารกอาจมีภาวะ Asphyxia 3) Apgar scores 4) ภาวะที่มีสีเขียว (meconium) ในน้ำคร่ำ

ขั้นตอนการช่วยชีวิตทารกแรกเกิดแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนใหญ่ คือ

1. **ขั้นตอนพื้นฐาน** แนวทางการช่วยชีวิตทารกจะเริ่มด้วยการประเมินเพื่อตัดสินใจว่าจะให้ความช่วยเหลือใด และเมื่อช่วยแล้วจะประเมินซ้ำเพื่อตัดสินใจว่าจะทำอะไรต่อไป

การประเมินภาวะของทารก การประเมินทารกทันทีหลังคลอด ควรประเมินว่าทารกมี Meconium ในน้ำคร่ำหรือตามตัวทารกหรือไม่ ดูการร้องและการหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ สีผิว และเป็นทารกที่ครบกำหนดหรือไม่ หลังจากนั้นเมื่อให้การช่วยเหลือทารกไปแล้วให้ประเมินซ้ำทุก 30 วินาที International guidelines for neonatal resuscitation ปี 2000 ไม่แนะนำให้ใช้ Apgar score ในการประเมินความต้องการช่วยชีวิตของทารกเพราะ Apgar Score จะให้คะแนนครั้งแรกตอน 1 นาทีหลังคลอด แต่การช่วยชีวิตจำเป็นต้องเริ่มก่อนนั้น²

Apgar Score² : เป็นการนำลักษณะต่างๆ ของทารกมาประเมินว่ามีภาวะ Asphyxia มากน้อยเพียงใด และจำเป็นต้องให้การแก้ไขอย่างไร โดยประเมินที่ 1 และ 5 นาทีหลังคลอด ค่าคะแนนที่ 1 นาทีบ่งชี้ว่าควรแก้ไขทารกอย่างไร คะแนนที่ 5 นาทีเน้นการประเมินผลของการแก้ไขทารกและมีความสำคัญ ในการพยากรณ์ ว่าโอกาสเกิดความพิการทางสมองมีมากน้อยเพียงใด

ตารางที่ 1 การประเมินสภาพทารกแรกเกิดโดยใช้ระบบ Apgar score

การแสดง	คะแนน		
	0	1	2
1 สีผิวศุนย์ (Appearance)	เขียว – ซีดทั้งตัว	เขียวปลายมือ ปลายเท้า	ชมพูหรือแดง ทั้งตัว
2 อัตราการเต้นของหัวใจ (Pulse)	ไม่มี	ต่ำกว่า 100 ครั้ง/ นาที	มากกว่า 100 ครั้ง/ นาที
3 ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น (Grimace or reflex irritability)	ไม่ตอบสนอง	แสบหน้า	ไอ จาม ร้องเสียง ดัง
4. ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Activity)	อ่อนปวกเปียกไม่มี แรง	แขนขาอ เล็กน้อย	เคลื่อนไหวได้ดี
5. การหายใจ (Respiration)	ไม่หายใจ	ร้องเบาหายใจช้า ไม่สม่ำเสมอ	หายใจสม่ำเสมอ ร้องเสียงดัง

ผลรวมของค่าคะแนน Apgar score มีตั้งแต่ 0 -10 คะแนนการตรวจและให้คะแนน จะทำใน 1 นาทีแรกและทำซ้ำอีกในนาทีที่ 5 เมื่อแรกเกิดถ้าคะแนนต่ำกว่า 7 ทำซ้ำอีกทุก 5 นาทีจนกว่าทารกจะมีอาการคงที่หรือมีคะแนนมากกว่า 7 ติดกัน 2 ครั้ง (Sansoucie & Cavaliere, 2003) คะแนนจากการประเมินนาทีที่ 1 จะบ่งชี้ถึงภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดและความต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับระบบหายใจ ส่วนคะแนนนาทีที่ 5 เป็นการประเมินผลของการแก้ไขระยะแรกและบอกถึงผลเสียทางระบบประสาทความผิดปกติ ความพิการในอนาคตของทารก รวมทั้งโอกาสการรอดชีวิต จากการรายงานของ Drage และ Berendes พบว่าทารกที่มี Apgar score ที่ 5 นาที เท่ากับ 0 หรือ 1 จะเสียชีวิตภายในสองวันแรกถึงร้อยละ 44 และเสียชีวิตในระยะ 28 วันถึงร้อยละ 49 และถ้า ติดตามทารกเหล่านี้ไปหนึ่งปี พบว่าทารกมี Apgar score ที่ 5 นาที เท่ากับ 0 - 3 จะมีความผิดปกติทางระบบประสาทเป็นสามเท่าของทารกที่มี Apgar score ที่ 5 นาที เท่ากับ 7-10 ค่าคะแนน Apgar score

จะบ่งบอกถึงความต้องการการช่วยเหลือของทารกแต่ละราย ดังนี้

Apgar score 7-10 คะแนนถือว่าทารกอยู่ในสภาพปกติ (Good condition) ต้องการการดูแลทั่วไปตามปกติไม่จำเป็นต้องช่วยหายใจ

Apgar score 4-6 คะแนนทารก กลุ่มนี้ถือว่ามีความขาดออกซิเจนเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนใหญ่อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ไม่หายใจเองหรือหายใจค่อนข้างช้า สีผิวอืดเขียวซีด กล้ามเนื้ออ่อนแรงบ้างอาจต้องกระตุ้นการหายใจและให้ออกซิเจนทางหน้ากาก (Mask)

Apgar score 0-3 คะแนน คะแนนทารก กลุ่มนี้มีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงต่อ มีต้องได้รับการดูแลอย่างรีบด่วน เพราะไม่สามารถหายใจได้เองหรือหายใจเฮือก อัตราการเต้นของหัวใจค่อนข้างน้อย อ่อนตัวปวกเปียก ซีดเขียว ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบสิ่งกระตุ้นใดๆ ต้องช่วยกู้ชีวิตทารกทันที (Neonatal resuscitation) และอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

ปัจจัยที่อาจมีผลต่อการประเมิน Apgar score เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด มักจะมี

คะแนนต่ำกว่าทารกที่คลอดครบกำหนด เนื่องจากระบบประสาทยังไม่สมบูรณ์นอกจากนี้ได้รับยาของมารดาที่คลอดก็อาจมีผลต่อทารกในการประเมินให้คะแนน Apgar

การช่วยเหลือทารกตาม Apgar scores

Apgar scores 7-10 ทารกอยู่ในสภาพที่ดี ถ้าทารกหายใจและร้องไห้ภายใน 2 นาทีแรกคลอดไม่ต้องช่วยเหลือพิเศษนอกจากดูดเมือกออกจากปากและจมูกช่วยให้หายใจสะดวกสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและให้ความอบอุ่น

Apgar scores 4-6 ทารกอยู่ในสภาพถูกกดเล็กน้อยถึงปานกลาง เนื่องจาก central nervous system ถูกกดหรือ muscle tone ของระบบหายใจไม่ปกติ อาจมีหน้าเขียว ตัวนิ่ม ปวกเปียก แต่หัวใจและรีเฟลกซ์มัก จะดีอยู่ในกรณีเช่นนี้ให้ clear airway ให้ ออกซิเจน mask หรือทาง tube ในอัตรา 4 ลิตร/นาทีและกระตุ้นการหายใจโดยใช้นิ้วมือขีดฝ่าเท้า หรือตบฝ่าเท้า หรือใช้ผ้าถูบริเวณหลังของทารกเบา ๆ

Apgar scores 0-3 ทารกอยู่ในสภาพถูกกดอย่างรุนแรง ชีพจรช้าหรือไม่มีเลย และรีเฟลกซ์หายไป ต้องการ resuscitate รวมทั้งช่วยการหายใจอย่างรีบด่วน ถ้าทารกมีอาการอ่อนปวกเปียก ซีดไม่รู้สึกรู้ตัวต้องรีบดูดมูกเพื่อเอาขี้เทาออกขึ้น ๆ ออกจากหลอดลม ถ้ามูกเหนียวมากก็ใส่ Endotracheal tube เพื่อดูดเมือกและช่วยการหายใจ

เมื่อเสร็จสิ้นการช่วยฟื้นคืนชีพ ถ้าทารกยังมีคะแนน Apgar ต่ำกว่า 7 ควรให้คะแนนต่อไปทุก ๆ 5 นาทีเป็นเวลานาน 20 นาทีที่ควรหยุดช่วยฟื้นคืนชีพถ้าทารกยังมีคะแนน Apgar 0 เมื่อช่วยฟื้นคืนชีพนาน 10 นาที

การให้การช่วยเหลือขั้นต้น ถ้าประเมินแล้วทารกครบกำหนด ไม่มี Meconium ในน้ำคร่ำ ร้องและหายใจเองได้ดี เคลื่อนไหวแขนขาดีและไม่เขียว การช่วยเหลือจะเป็นไปแบบปกติ

(Routine care) คือให้ความอบอุ่น โดยเช็ดตัวให้แห้งแล้วนำไปวางบนออกมารดา ทำทางเดินหายใจให้โล่งโดยการเช็ดปากและจมูกเท่าที่จำเป็น หลังจากนั้นให้เฝ้าสังเกตอาการว่าทารกต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมหรือไม่

ทารกที่ไม่มี Meconium ในน้ำคร่ำหายใจไม่ดี เขียว หรือคลอดก่อนกำหนด ควรให้การช่วยเหลือ ดังนี้ 1) การให้ความอบอุ่น วางทารกใต้ Radiant warmer เช็ดตัวให้แห้ง เอาผ้าเปียกออกจากตัว ไม่ต้องห่มผ้าเมื่ออยู่ใต้ Radiant warm 2) การทำให้ทางเดินหายใจโล่ง 3) การจัดทำท่าของทารก ให้นอนหงายหรือตะแคงจัดคออยู่ในท่าตรง การจัดทำที่เหมาะสมจะทำให้ Posterior pharynx, Larynx และ Trachea อยู่ในแนวตรงกัน ทางเดินหายใจโล่งเหมาะแก่การช่วยหายใจด้วย Mask กับ Bag หรือการใส่ ET-tube 4) การดูดน้ำคร่ำจากปากและจมูก โดยใช้ลูกสูบยางแดง 5) การกระตุ้นทารกให้หายใจ ทารกส่วนใหญ่การเช็ดตัวและดูดน้ำคร่ำมักจะเป็นการกระตุ้นทำให้มีการหายใจได้เพียงพอ แต่ถ้าทารกยังไม่หายใจให้กระตุ้นโดยการถูบริเวณหลังหรือตบที่ฝ่าเท้า แต่ควรทำเพียง 1-2 ครั้งหากไม่มีการหายใจควรทำการช่วยหายใจด้วยความดันบวก 6) การให้ออกซิเจน ทารกที่มีการเขียวทั้งตัว ควรจะได้รับออกซิเจน 100% แม้ว่าจะหายใจได้เอง

2. การช่วยหายใจ ขอบ่งชี้การช่วยหายใจโดยใช้แรงดันบวก (positive pressure ventilation, PPV) ได้แก่ หยุดหายใจหรือหายใจ gasping กระตุ้นด้วยการสัมผัสไม่ก่อให้เกิดการหายใจ Apgar score \leq 4 HR $<$ 100 ครั้ง/นาทีที่มี Central cyanosis แม้ให้ O₂ 100% ทาง bag

การช่วยหายใจโดยใช้แรงดันบวกทำได้ 2 วิธีคือ

1. การใช้ bag ร่วมกับ mask การใช้ Bag ร่วมกับ Mask Bag ที่ใช้อยู่ทั่วไปมี 2 ชนิดคือ

Anesthesia bag สามารถให้ออกซิเจนได้ 100% และการใช้ bag ร่วมกับ ET-tube

2. Self – inflating bag สามารถให้ออกซิเจนได้เกือบ 100% ถ้าต่อกับ Reservoir bag จะมีลิ้นปิดเปิดเพื่อให้อากาศเข้าสู่ทารกขณะที่บีบ

วิธีใช้

1. จัดท่าทารกให้นอนหงายไหล่สูงจากพื้นประมาณ 1 นิ้ว ศีรษะหนุนไปข้างหลังเล็กน้อยทำให้ทางเดินหายใจโล่ง ถ้าให้หน้าและคอหนุนไปด้านหลังมากเกินไปจะทำให้ trachea ตีบและแคบได้

2. จับ mask ให้แนบกับหน้าทารก โดยใช้ นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้จับ mask นิ้วกลางจับปลายคาง ยกขึ้น นิ้วนางจับมุมขากรรไกร ระวังอย่าให้นิ้วกลางหรือนิ้วอื่น ๆ ไปกดเนื้อเยื่อใต้คาง เพราะอาจไปกดทางเดินหายใจข้างใต้ให้ตีบตันได้

3. บีบ bag ด้วยอัตรา 40-60 ครั้ง/นาที โดยใช้ แรงดัน 30-40 ซม. น้ำ ในช่วงแรก จากนั้นจึงใช้แรงดันประมาณ 15-20 ซม. น้ำ

4. สังเกตว่าทารกหายใจเพียงพอหรือไม่ จากมีการขยายตัวของทรวงอกทั้งสองข้าง/ ฟังเสียง breath sound ได้ดีทั้งสองข้าง/ ผิวทารกเป็นสีชมพู/ อัตราการเต้นของหัวใจ 120-160 ครั้ง/นาที หากทรวงอกทารกไม่เคลื่อนไหวตามแรงบีบให้ปฏิบัติดังนี้วาง mask ใหม่จัดตำแหน่งของศีรษะทารกตรวจดูและดูดเสมหะทารกบีบโดยให้ปากทารกเปิดเล็กน้อยเพิ่มแรงดันจนได้ 30-40 ซม. น้ำ

ถ้าให้ PPV ด้วย bag และ mask อย่างถูกต้อง 15-30 วินาที ทารกไม่ดีขึ้น ต้องรีบใส่ท่อหลอดลมทันทีที่อาจใส่ oral airway กันลิ้นตกไปด้านหลัง (เลือกขนาดให้เหมาะสม) หรือ อาจใส่ nasogastric tube ลงในกระเพาะแล้วปิดให้ลมออก หรือดูดเป็นครั้งคราวเพื่อป้องกันกระเพาะพองจากการบีบ bag

การใช้ bag ร่วมกับ ET-tube ข้อบ่งใช้

1) ใช้ bag ร่วมกับ mask แล้วไม่ได้ผล (HR < 60 ครั้ง/นาที) 2) มีน้ำคร่ำปนเปื้อนซีเทา 3) ความพิการแต่กำเนิด เช่น diaphragmatic hernia/chro anal atresia 4) เพื่อให้ยาทาง ET-tube 5) เมื่อช่วยหายใจพร้อมกับทำการนวดหัวใจ 6) ทารกน้ำหนักตัวน้อยมากให้เตรียมอุปกรณ์สำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้ laryngoscope และ blade ชนิดตรง No 0 ใช้กับทารกคลอดก่อนกำหนด No 1 ใช้กับทารกที่มีขนาดใหญ่กว่าอุปกรณ์สำหรับดูดเสมหะเปิดแรงดูดไว้ 100 mmHg. จัดท่าทารกเช่นเดียวกับการใช้ bag ร่วมกับ mask ถ้าใส่ ET-tube ไม่ได้ภายใน 30 วินาที ให้พักและช่วยหายใจด้วย bag ร่วมกับ mask ก่อน 30-60 วินาที แล้วพยายามใส่ใหม่หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ตรวจสอบว่า ET-tube อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องหรือไม่ โดยเมื่อบีบบag ทรวงอกจะขยายตัวดีเท่ากัน ทั้ง 2 ข้าง ใช้ stethoscope ฟัง breath sound บริเวณส่วนบน mid axillary line หรือที่ยอดปอดทั้งสองข้าง ซึ่งควรได้ยินเท่ากัน ภาวะอาหารไม่ไปง ขึ้น ฟังไม่ได้เสียงลมผ่านเข้าท้อง สังเกตว่าทารกหายใจเพียงพอเช่นเดียวกับการใช้ bag ร่วมกับ mask

3. การนวดหัวใจ มักทำร่วมกับการช่วยหายใจโดยการ ใช้ bag ร่วมกับ ET-tube โดยมีข้อบ่งชี้ดังนี้ คลอดออกมาแล้วหัวใจไม่เต้น HR < 60 ครั้ง/นาที ใช้ bag ร่วมกับ mask แล้วไม่ได้ผล, HR ไม่เพิ่มภายใน 30 วินาที ทารกกลุ่ม severe asphyxia

วิธีทำ

วิธีที่ 1 (Thumb finger technique) ใช้ นิ้วหัวแม่มือ 2 ข้าง กดลงบนกระดูกกลางหน้าอกบริเวณต่ำกว่าราวนมและเหนือลิ้นปี่ นิ้วที่ เหลือโอบประคองส่วนหลังของทารก ใช้แรงกดให้กระดูกกลางหน้าอกยุบลง $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$

นิ้วแล้วปล่อยให้กระดูกเคลื่อนตัวกลับเองกดในอัตรา 100-120 ครั้ง/นาที โดยที่นิ้วมียังวางอยู่ที่เดิมโดยไม่ต้องยกนิ้วออก (ทารกควรนอนหงายบนพื้นค่อนข้างแข็ง)

วิธีที่ 2 (Two finger technique) ใช้ปลายนิ้วชี้และนิ้วกลางตั้งฉากลงบนกระดูกกลางหน้าอกบริเวณเดียวกับวิธีที่ 1 อีกมือหนึ่งวางบนบริเวณหลังของทารกความลึกในการกดและวิธีกดเหมือนวิธีแรกให้ทำการนวดหัวใจสัมพันธ์กับการช่วยหายใจในอัตราการนวดหัวใจ 3 ครั้งสลับกับการช่วยหายใจ 1 ครั้งโดย 1 นาทีควรทำการนวดหัวใจ 90 ครั้งและช่วยหายใจ 30 ครั้งประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทุกๆ 30 วินาทีเมื่อหัวใจเต้นเองในอัตรามากกว่า 60 ครั้ง/นาทีจึงหยุดทำการนวดหัวใจ

ประสิทธิภาพของการนวดหัวใจประเมินได้จากการคลำ Carotid หรือ femoral pulse ภาวะไหลเวียนของเลือดบริเวณส่วนปลาย (peripheral circulation) ขนาดของรูม่านตาซึ่งควรมีขนาดปานกลางหรือหดเล็กถ้าอัตราการเต้นของหัวใจไม่เพิ่ม หรือเลวลงเรื่อยๆ แสดงว่าทารกมีภาวะ metabolic acidosis ในระดับรุนแรง ควรแก้ไขภาวะกรดต่าง และอาจกระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจด้วย epinephrine การให้ NaHCO_3 ก่อนการให้ epinephrine นอกจากจะแก้ไขภาวะ metabolic acidosis แล้วยังช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจตอบสนองต่อ epinephrine ดีขึ้นด้วยการให้ยาข้อบ่งชี้ HR < 60 ครั้ง/นาที หลังให้ O_2 100% และช่วยนวดหัวใจนาน 30 วินาทีที่ไม่มี การเต้นของหัวใจ

4. การให้ยา หรือสารน้ำ

Adrenaline 1 : 10,000 (epinephrine) (1cc.) ขนาดที่ใช้ 0.1-0.3 มล./กก. เมืองไทยมีขนาด 1:1,000 ใช้ 0.01-0.03 ml./kg. ทาง IV หรืออาจให้โดยหยดลง ET-tube และบีบ bag ตามหรือใส่สาย Feeding tube No. 5-6 ทาง

ET-tube ให้ปลายสายอยู่เหนือ Carina แล้วฉีด syring ลงตาม feeding tuber พร้อมให้ NSS ตาม (ให้ยา 2.5 เท่าของขนาดที่ให้ทาง IV) ถ้า HR < 80 ครั้ง/นาที หลังให้ยา 5 นาที อาจให้ซ้ำอีก

4.2% NaHCO_3 (0.5 mEq/ml) ขนาดที่ใช้ คือ 2mEq/kg. โดยนำไปเจือจางเท่าตัวด้วย sterile water แล้วให้ซ้ำ ๆ ทาง umbilical venous catheter (ไม่ควรให้ทาง ET-tube)

Narcan (Naloxone) (0.4 มก./มล.) ขนาดที่ใช้ 0.1 มก./กก. (0.25 ml./kg.) ทาง หลอดเลือดดำ / ET-tube / กล้ามเนื้อ / subcutaneous

Glucose ขนาดที่ใช้ 2 มล./กก./ครั้ง เข้าทาง umbilical catheter ใช้ในกรณีที่ช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกและให้ NaHCO_3 แล้วยังมี bradycardia แสดงว่าทารกมีภาวะ hypoglycemia

Volume expander ใช้ในทารกที่มีอาการ shock ชีต perfusion ไม่ดี ชีพจรเบา ไม่ตอบสนองต่อการช่วยชีวิตที่เหมาะสม ชนิดที่ควรเลือกใช้เป็นอย่างแรกคือ isotonic solution (NSS, Ringer's lactate solution) ขนาดที่ให้ 10 ml./kg.

กรณีศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ภูมิลำเนา อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

วันที่เข้ารับการรักษา 29 เมษายน 2560 เวลา 19.55 น.

ณ โรงพยาบาลมหาชนะชัย อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

วันที่จำหน่าย 29 เมษายน 2560 เวลา 20.30 น. สถานการณ์จำหน่ายส่งต่อ โรงพยาบาลยโสธร

2. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ทารกแรกเกิดหลังคลอด No pulse , No Heart rate

3. ประวัติการเจ็บป่วย

3.1 อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน
มารดาตั้งครรภ์ 37 สัปดาห์ G5P4A1L3 และ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาลมีน้ำเดินร่วมกับเจ็บครรภ์คลอด มารดาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ

3.2 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มารดาปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการให้ยา และไม่เคยผ่าตัด

3.3 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดี ปฏิเสธโรคติดต่อร้ายแรง

3.4 ประวัติการแพ้ยา

ไม่เคยแพ้ยา หรือสารอาหารใดๆ

4. การวินิจฉัยแรกรับ

Severe birth asphyxia

5. การตรวจร่างกายตามระบบ (29 เมษายน 2560 เวลา 20.00 น.) V/S T= 36.5 c , HR= 160 ครั้ง/นาที R= On ET tube c bag

5.1 ผิวหนัง : ผิวหนังค่อนข้างซีดตัวเย็น มือเท้าเขียว

5.2 ศีรษะ ใบหน้าและลำคอ : ผมนสีดำ ใบหน้าสมมาตร ไม่มี Caputsucedanium หรือ

8. การพยาบาล สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ดังนี้^{3,4,5}

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
1. ภาวะแลกเปลี่ยนแก๊สบกพร่อง (Impaired Gas Exchange) เนื่องจากร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ข้อมูลสนับสนุน : APGAR Score 1-4-4 ได้ทำการช่วยหายใจ และนวดหัวใจ On ET tube NO 3.5 ซีต 9 cms	1. จำแนกความเสี่ยงของทารกการเตรียมบุคลากรและเครื่องมือในการกู้ชีพทารกอย่างเพียงพอ 2. แรกคลอดประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจสีผิวและช่วยเหลือกู้ชีพทารกตามอาการ	หลัง On ET tube NO 3.5 ลึก 9 cms เด็กตัวแดงขึ้น ยังมีปลายมือเท้าเขียว เล็กน้อย O ₂ saturation อยู่ ระหว่าง 88% - 95%

cephalhematoma ผู้ป่วย On ET No.3.5 ซีต 9 cms

5.3 ทรวงอกและทางเดินหายใจ : Lung clear เท่ากัน 2 ข้าง air entry ดี

5.4 หัวใจ และหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ 160 ครั้ง/นาที ไม่พบเสียงผิดปกติ

5.5 หน้าท้องและทางเดินอาหาร : cord ปกติ มี 1 vein 2 artery

5.6 ระบบประสาท : กระตุ้นมีขยับแขนขาเล็กน้อย

5.7 ระบบขับถ่าย และสืบพันธุ์ : Rectum ปกติ เวลาวัดอุณหภูมิกาย มี Meconium ติดปรอทออกมา

6. ข้อมูลการคลอดครั้งนี้

ย้ายเข้าห้องคลอด 29 เมษายน 2560 เวลา 19.40 น. PV Cervix dilate 5 cms. 80% MR 0, Moderate meconium stain พัง FHS ไม่ได้ consult แพทย์ มารดาอยากเบ่ง 19.50 น. PV cervix fully dilate พบมี Prolapse cord ออกทางช่องคลอด คลอดปกติ เวลา 20.00 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,000 กรัม APGAR Score 1-4-4 ได้ทำการช่วยหายใจ และนวดหัวใจ On ET tube NO 3.5 ซีต 9 cms ส่งต่อโรงพยาบาลโยธธ เวลา 20.30 น.

7. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

HCT 44% DTX 110 mg%

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
	<p>3. ประเมินและจดบันทึกคะแนนแอปการ์ ทารกอย่างรวดเร็วรวมทั้งให้การช่วยเหลือ และการตอบสนองของทารก</p> <p>4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการ รักษาบันทึกค่า SaO₂</p> <p>5. ดูแลเด็กในทางเดินหายใจเฉพาะเมื่อ จำเป็น และให้ออกซิเจนทุกครั้งก่อนและ หลังทำ</p> <p>6. จัดทำให้ทารกนอนศีรษะสูงลำคอตรง จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบและไม่ทำกิจกรรม รบกวนขณะทารกนอนหลับ</p> <p>7. ดูแลให้ทารกได้รับออกซิเจนตามแผน การรักษาติดตามประเมินระดับความอิ่มตัว ของออกซิเจนในเลือด (O₂ saturation) ให้อยู่ระหว่าง 88% - 95%</p> <p>8. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ทารกป้องกัน ภาวะ Cold stress</p> <p>9. ให้ทารกได้พักหลีกเลี่ยงการจับต้อง ที่เกินความจำเป็น (Over handling) เพราะ จะทำให้อัตราการเผาผลาญของร่างกาย สูงขึ้นส่งผลให้ทารกต้องการใช้ออกซิเจน มากขึ้นโดยไม่จำเป็น</p> <p>10. ประเมินการป้อนดื่งของกระหม่อมหน้า สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการร้องไห้</p> <p>11. ประเมินช่วยเหลือในการตรวจวินิจฉัย โรคได้แก่ Hct, DTX</p> <p>12. ให้อาตามแผนการรักษา</p> <p>13. บันทึกปริมาณน้ำที่ เข้า-ออกจากร่างกายทุกชั่วโมง</p> <p>14. สังเกตอาการนำของการชักเช่นการ เคลื่อนไหวเป็นจังหวะแม้แขนขายังงออยู่ ร่วมกับการเคลื่อนไหวตาเป็นจังหวะ</p> <p>15. ให้ข้อมูลให้กำลังใจและช่วยเหลือ ครอบครัว</p> <p>16. ส่งต่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p>	

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
<p>2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากการขาดภูมิคุ้มกันโรค</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : ทารกหลังคลอดใหม่ ได้ทำการช่วยหายใจ และนวดหัวใจ และ On ET tube</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรต้องล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง 2. ดูแลอุปกรณ์เครื่องใช้ที่ใช้กับทารกให้สะอาดหรือผ่านการทำลายเชื้อ 3. บุคลากรที่ติดเชื้อทางเดินหายใจทางเดินอาหารหรือทางผิวหนัง ควรงดให้การดูแลทารก 4. แยกทารกไว้ในตู้อบ รวมทั้งแยกของใช้ประจำตัว 5. ประเมินอาการติดเชื้อ 	<p>ทารกไม่มีอาการของการติดเชื้อ Body temperature 36.8 C</p>
<p>3. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ต่อความต้องการของร่างกาย</p> <p>เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของระบบทางเดินอาหาร และมีอุณหภูมิของร่างกายต่ำกว่าปกติ ภาวะหายใจลำบาก เป็นต้น</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : ทารกหลังคลอดใหม่ Body temperature 36.5 C</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ทารกได้รับสารน้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 2. ชั่งน้ำหนักทุกวัน ในสัปดาห์แรกทารกจะมี Physiological weight loss ประมาณ 10 – 20% ของน้ำหนักแรกเกิด หลังจากนั้นถ้าได้รับสารอาหารเพียงพอหรือไม่มี ความเจ็บป่วยรุนแรง น้ำหนักของทารกจะเพิ่มขึ้นวันละประมาณ 20 – 30 กรัม 3. ป้องกันหรือหลีกเลี่ยงภาวะที่จะทำให้ทารกมีการใช้พลังงานในร่างกายมากกว่าปกติ เช่น ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ หายใจลำบาก ภาวะติดเชื้อ เป็นต้น 	<p>ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา</p>
<p>4. เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน: ทารกเกิดก่อนกำหนด มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ เนื่องจากสาเหตุ Glycogen สะสมที่ต่ำไว้น้อย จึงกลายเป็นกลูโคสได้น้อย ไม่ได้รับกลูโคสจากมารดาภายหลังเกิด การใช้ กลูโคสเพิ่มขึ้นจากภาวะหายใจลำบาก การขาดออกซิเจน อุณหภูมิกายต่ำ การสร้างกลูโคสจากโปรตีน (Glucogenesis) เกิดขึ้นได้น้อย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ทารกได้รับสารน้ำ และสารอาหารทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา 2. แก้ไข และป้องกันสาเหตุที่ส่งเสริมให้ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ภาวะที่มีอุณหภูมิกายต่ำ ภาวะขาดออกซิเจน เป็นต้น 3. ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดและประเมินอาการทางคลินิกของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น สั่นกระตุกของมือและเท้า (Tremor) สั่นกระตุก (Jitteriness) หายใจไม่สม่ำเสมอ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อไม่ดี (Hypotonia) หยุดหายใจ (Apnea) รับประทานอาหารไม่ดี (Poor feeding) ร้องเสียงแหลม ชัก และอุณหภูมิกายต่ำ เป็นต้น 	<p>DTX 110 mg% ไม่มีอาการสั่นกระตุกของมือและเท้า สั่นกระตุก</p>

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
<p>5. เสี่ยงต่อการมีเลือดออกในอวัยวะและภาวะโลหิตจางได้ง่าย ข้อมูลสนับสนุน: ทารกแรกเกิดผนังเส้นเลือดพัฒนาไม่สมบูรณ์และขาด Connective tissue จึงเปราะบางง่าย มีเส้นเลือดมาเลี้ยงที่ Ventricle ของสมองมากมาย แต่เส้นเลือดเปราะบาง เสี่ยงต่อการเกิด Intraventricular hemorrhage ได้ เช่น เมื่อทารกมีเลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น หรือลดลงอย่างรวดเร็ว หรือทารกมีภาวะ การเป็นกรด หรืออุณหภูมิกายต่ำ Prothrombin และ Hematogenous-factor ต่ำ ขาดวิตามินเค เลือดจึงแข็งตัวได้ยาก</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ทารกได้รับการฉีด Vit K1 ตามแผนการรักษาเพิ่มการแข็งตัวของเลือด 2. หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ หรือ ภายหลังฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำ ควรกดบริเวณที่แทงเข็มไว้นานๆ 3. ขณะดูดนมทางท่อทางเดินหายใจ หรือขณะใส่สายยางเข้าไปในทางเดินอาหาร ควรใส่อย่างระมัดระวัง และนุ่มนวล 4. สังเกตและรายงานอาการที่แสดงว่ามีเลือดออกในอวัยวะต่างๆ เช่น Gastric content มีเลือดปน มีจุดเลือดบริเวณผิวหนัง อุจจาระมีเลือดปน มีอาการซีดช้ำในรายที่เลือดออกในท้องสมอง (IVH) เป็นต้น 	<p>HCT = 44 %</p>
<p>6. เสี่ยงต่อการเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำอิเล็กโทรลิตและกรด-ด่างได้ง่าย ข้อมูลสนับสนุน: ไตยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ Glomerular filtration rate (GFR) ต่ำ มีภาวะ Negative sodium balance ในช่วง 1-3 สัปดาห์แรก จึงเกิดภาวะ Hyponatremia ได้ง่าย เนื่องจากเสียโซเดียมทางหลอดไต ทารกส่วนใหญ่ยังทำให้ปัสสาวะเข้มข้น (Concentrate) ไม่ได้เท่าผู้ใหญ่ ไตของทารกมีขีดจำกัดในการขับกรดออกจากร่างกาย เมื่อได้รับกรดมาก</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทารกที่มีความเสี่ยงต่อการเสียน้ำทาง Insensible water loss เช่นทารกหลัง 2. คลอดที่มีภาวะตัวเย็น ต้องมีการประเมินภาวะความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลิตอย่างใกล้ชิด 3. ใช้ผ้าพลาสติกคลุมที่เตียง เมื่อทารก On radiant warmer เพื่อป้องกันการสูญเสียของน้ำ จากการระเหยออกทางผิวหนัง (Insensible water loss) 4. ดูแลให้ทารกได้รับสารน้ำทางหลอดเลือด อย่างเพียงพอ 5. ประเมินภาวะขาดน้ำของทารกจาก ชุ่มมอหน้า ความยืดหยุ่นของผิวหนัง ความดันโลหิตอาการบวม น้ำหนักตัว เยื่อช่องปาก Urine specific gravity 6. จดบันทึก Intake และ Output อย่างละเอียด 7. สังเกตอาการและอาการแสดงของการมีภาวะไม่สมดุลของน้ำ กรด-ด่าง และอิเล็กโทรลิต โดยเฉพาะในทารกที่ได้รับการส่องไฟ หรือได้รับการดูด Gastric content ออกทิ้งบ่อยๆ 	<p>ทารกได้รับสารน้ำครบตามแผนการรักษา</p>

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
<p>7. เสี่ยงต่อการแตกทำลายของผิวหนังได้ง่าย ข้อมูลสนับสนุน : ผิวหนังทารกแรกเกิดยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ มีชั้น Stratum comeum น้อย ผิวหนังชั้น Epidermis และ Dermis อยู่กันอย่างหลวม ๆ มี Keratin เคลือบผิวหนังน้อยทำให้ผิวหนังบาง การซึมผ่านของผิวหนัง (Permeability) และการสูญเสียน้ำทางผิวหนังเพิ่มขึ้น ประกอบกับทารกได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด</p>	<ol style="list-style-type: none"> หลีกเลี่ยงการใช้พลาสติกกับทารกเกินความจำเป็นถ้าจำเป็นต้องใช้พลาสติกกับทารกควรรองด้วยผิวหนังเทียม (Tekaderm) ติดก่อน การแกะพลาสติกหรือเทปออกจากผิวหนังจะต้องให้ความระมัดระวังเป็นอย่างมาก และ สังเกตอาการแพ้หรือการแตกทำลายของผิวหนังจากการใช้พลาสติก ระมัดระวังการรั่วของสารน้ำออกจากหลอดเลือดดำ การติด Probe หรือ Electrode ต่างๆ รองด้วยผิวหนังเทียมก่อน ไม่ควรติดแน่นเกินไปและเปลี่ยนตำแหน่งการติดรวมทั้งเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ ตามความเหมาะสมและอาการของทารก ระมัดระวังการใช้สารละลายสารเคมี เช่น น้ำยาฆ่าเชื้อกับผิวหนัง 	<p>ทารกไม่มีรอยแผลของผิวหนัง</p>
<p>8. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิดปกติของจอประสาทตา (Retinopathy of prematurity: ROP) ได้ง่าย ข้อมูลสนับสนุน : พัฒนาการของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยง Retina ยังไม่ดี เมื่อทารกเกิดก่อนกำหนด ได้รับออกซิเจนหรือแสงไฟ มากเกินไป จึงมีการเกิดหลอดเลือดใหม่ (Neovascularization) เกิดการหลุดลอกของจอประสาทตา (Retinal detachment) ได้ในระยะต่อมา ทำให้ทารกมองไม่เห็น</p>	<ol style="list-style-type: none"> ดูแลให้ทารกได้รับออกซิเจนเท่าที่จำเป็น ในทารกที่ได้รับออกซิเจน ใช้ Pulse oximeter ติดตาม O₂ saturation ตลอดเวลา ดูแลให้ทารกมีระดับ O₂ saturation อยู่ระหว่าง 88-95% 	<p>O₂ saturation อยู่ระหว่าง 88-95%</p>
<p>9. ขาดการส่งเสริมสัมพันธภาพบิดามารดา ข้อมูลสนับสนุน : ทารกต้องส่งต่อการรักษาไปโรงพยาบาลโยธธ และถูกแยกให้อยู่คนเดียว</p>	<ol style="list-style-type: none"> ขณะทารกอยู่ในโรงพยาบาล ส่งเสริมกระตุ้นให้บิดามารดาอุ้มกอด หรือสัมผัสทารก ไม่บังคับหรือตำหนิถ้ามารดา ยังไม่พร้อมที่จะทำ เปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถามระบายความรู้ 	<p>บิดามารดา ได้มีโอกาส ชู ม และสัมผัส ทารกก่อนส่งต่อ โรงพยาบาลโยธธ</p>

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลการพยาบาล
10. มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทารก ข้อมูลสนับสนุน : มารดามีสีหน้ากังวล เมื่อทราบทารกต้องส่งต่อ โรงพยาบาลยโสธร	1. อธิบายแผนการดูแลรักษาทารกให้แก่บิดามารดาและญาติ 2. เปิดโอกาสให้ซักถามถึงอาการทารก 3. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้อาการและให้กำลังใจ	บิดามารดาคลายความวิตกกังวล มีสีหน้าสดชื่น

การดูแลต่อเนื่อง

ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร เนื่องจากมีภาวะ Birth Asphyxia ทำให้สมองและอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายขาดออกซิเจน และมีคะแนน Apgar ต่ำ 1-4-4 ได้ทำการช่วยหายใจ และสอดหัวใจ On ET tube NO 3.5 ซีด 9 cms ส่งต่อโรงพยาบาลยโสธร ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร เป็นเวลา 1 วันต่อมาจึงเสียชีวิต

หลังคลอด 2 สัปดาห์ เยี่ยมหลังคลอดที่บ้าน ผู้ป่วยมีกำลังใจดีมาก สามารถยอมรับสภาวะที่เป็นอยู่ของตนเอง มีแรงจูงใจในการดูแลตนเองดี โดยที่พยาบาลจะช่วยในเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์เช่น มีไข้ ปวดท้องมาก น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะแสบขัด หรือเลือดออกมาก เป็นต้น

สรุปกรณีศึกษา

ทารกแรกเกิดหลังคลอด No pulse, No Heart rate ประวัติมารดาดั้งครรภ์ 37 สัปดาห์ G5P4A1L3 มารดาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ และ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาลมารดามีน้ำเดิน ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอด ย้ายเข้าห้องคลอด 29 เมษายน 2560 เวลา 19.40 น. PV Cervix dilate 5 cms. 80% MR 0, Moderate

เอกสารอ้างอิง

- อุบล นิวัติชัย. เอกสารการสอนชุดวิชาคัดเลือดสรวพยาบาล มารดา ทารก และการพยาบาลจิตเวช นนทบุรี. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2528.

mecronium stain พัง FHS ไม่ได้ มารดาอยากเบ่ง 19.50 น. PV cervix fully dilate พบมี Prolapse cord ออกทางช่องคลอด ทารกคลอดปกติ เวลา 20.00 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,000 กรัม APGAR Score 1-4-4 ได้ทำการช่วยหายใจ และสอดหัวใจ On ET tube NO 3.5 ซีด 9 cms ส่งต่อ โรงพยาบาลยโสธร เวลา 20.30 น. สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ดังนี้ 1) ภาวะแลกเปลี่ยนแก๊สบกพร่อง (Impaired Gas Exchange) เนื่องจากร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากขาดออกซิเจนขณะอยู่ในครรภ์ 2) เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากการขาดภูมิคุ้มกันตามโรค 3) เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 4) เสี่ยงต่อการมีเลือดออกในอวัยวะและภาวะโลหิตจาง 5) เสี่ยงต่อการเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำ อิเล็กโตรลัยท์ และกรด-ด่าง 6) เสี่ยงต่อการแตกทำลายของผิวหนังได้ง่าย 7) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิดปกติของจอประสาทตา และ 9) มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทารกได้ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาทางการพยาบาล และป้องกันภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น หลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร 1 วัน ผู้ป่วยเสียชีวิต

2. วิทยา กีฐาพันธ์, สายฝน ชวาลไพบุลย์ การตายของทารกปริกำเนิด. เวชศาสตร์มารดาและทารก 2544:1330-8
3. จันทรพีญ อามพัฒน์, และชนิษฐา เมฆกมล. การพยาบาลในระยะคลอด. ใน ละเอียด แจ่มจันทร์, และสุวี ชันธิรักษวงศ์ (บรรณาธิการ), สาระทบทวนการผดุงครรภ์การพยาบาลมารดา และทารก (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทองจำกัด; 2549(หน้า 56-80).
4. พุทธิส จันทรประภาพ. การดูแลในระยะคลอด. ใน วีระ ทองสง และชเนนทร์ วนาภิรักษ์. (บรรณาธิการ). สูติศาสตร์. (เรียบเรียงครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ฮง.ฮ. ฟอเรน บุคส์เซนเตอร์; 2541.
5. รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์. การเตรียมหญิงตั้งครรภ์สำหรับการคลอด เอกสารประกอบการสอนวิชา 554312. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา สาขาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2532.
4. อุมภาพร ฉันทพุททเวท, อุไรวรรณ โชติเกียรติ, การศึกษาผลของการขาดออกซิเจนแรกเกิดในทารกครบกำหนด. วิทยานิพนธ์เพื่อวุฒิปัตถกumar เวชศาสตร์ของแพทย์สภา พ.ศ. 2546.



การพัฒนารูปแบบการรายงานข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาล ผ่านระบบปฏิบัติการ OneDrive

Development of nursing information reporting model through the OneDrive operating system

Keerati Khumthong, MN.S

(Nursing Administration)

Kloychai Saenwong, MN.S

(Nursing Administration)

Churaporn Ninphum, B.N.S.

Yasothon hospital, Yasothon province

กิริติ คำทอง พย.ม.

(การบริหารการพยาบาล)

กลอยใจ แสนวงษ์ พย.ม.

(การบริหารการพยาบาล)

จุฬารภรณ์ นิลภูมิ พย.บ.

โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบการรายงานข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาลผ่านระบบปฏิบัติการ OneDriveเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจร PAOR โดยนำองค์ประกอบของระบบสารสนเทศ 2 องค์ประกอบมาใช้คือ ระบบสารสนเทศการบริหารการพยาบาลและระบบสารสนเทศการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลการให้บริการและการบริหารอัตรากำลังข้อมูลการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์และข้อมูลการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีการประเมินความเหมาะสมของระบบสารสนเทศโดยใช้รูปแบบของดีโลน และแมคคีน (Delone & Mclean) 6 ด้าน คือ 1) คุณภาพของระบบสารสนเทศ 2) คุณภาพของสารสนเทศ 3) คุณภาพของการให้บริการระบบสารสนเทศ 4) การให้บริการสารสนเทศ 5) ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบสารสนเทศ 6) ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ระบบสารสนเทศ โดยผู้บริหารทางการแพทย์ที่เป็นหัวหน้าหน่วย/หัวหน้างาน 32 คน พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ 30 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศ 30 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 18 หอ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการบันทึกข้อมูลการให้บริการและการบริหารอัตรากำลัง 2) โปรแกรมการบันทึกข้อมูลการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์และ 3) โปรแกรมการบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลการวิจัยเป็นแบบสอบถามการประเมินระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ปรับแก้และทดลองใช้ นำคะแนนที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค ได้ 0.97

ผลการวิจัย : ได้โปรแกรมการบันทึกข้อมูลการให้บริการและการบริหารอัตรากำลัง ข้อมูลการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์และข้อมูลการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เมื่อนำไปใช้ในหอผู้ป่วย 18 หอ เป็นระยะเวลา 2 เดือน ประเมินความเหมาะสมโดยใช้แบบสอบถามการประเมินระบบสารสนเทศทางการพยาบาล 6 ด้าน จากหัวหน้าหน่วย/หัวหน้างาน พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศ พบว่าค่าเฉลี่ยทุกด้าน และภาพรวม อยู่ในระดับ สูง ทั้ง 3 กลุ่มผู้ประเมิน

คำสำคัญ : สารสนเทศทางการพยาบาล , OneDrive

Abstract

The purpose of this research was to develop a model for reporting nursing information through OneDrive operating system. The study was developed based on two components of PAOR conceptual framework: nursing management information and clinical practice information systems such as information related to staffing and scheduling, medical equipment operation, and infection control and surveillance in the hospital. This study evaluated information system using the Delone and Mclean's six categories: 1) Information system quality; 2) Information quality; 3) System and service quality; 4) Intention to use; 5) User satisfaction; and 6) Net benefits form information system. Study participants included 32 unit managers, 30 Registered nurse and 30 informative nurse form 18 patient units. Research instruments were used to collection data regarding: 1) Nursing staff management and service information; 2) Medical equipment management records and 3) Infection control and surveillance data. This questionnaires were validity by three experts and were piloted with some revisions. The internal consistency reliability using Cronbach's alpha was 0.97.

Research result : Finding demonstrated high mean scores in all six categories among three groups of nurse managers, registered nurses, and informative nurses.

Key words : Nursing Information , OneDrive

บทนำ

ปัจจุบันได้มีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านข้อมูลข่าวสารด้วยเทคโนโลยีที่ก้าวหน้ามากมาย ก่อให้เกิดการสื่อสารที่รวดเร็ว สมบูรณ์และทันเวลา สามารถเก็บรวบรวมและจัดการข้อมูลได้ตามต้องการ การเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมานี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อวิชาชีพทุกวิชาชีพ รวมทั้งวิชาชีพพยาบาล¹ วิชาชีพพยาบาลจะพัฒนาให้ทันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และสามารถเผชิญกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง คือ การมีข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพ ความสมบูรณ์ และทันเวลาในการใช้งาน ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลตัดสินใจ วางแผน แก้ปัญหาและนำไปใช้ประโยชน์ ในการดูแลผู้ป่วย และนำไปพัฒนาองค์ความรู้ต่อไป² สารสนเทศทางการแพทย์จึงมีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล คือช่วย

ในการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารการพยาบาล การวิจัยทางการแพทย์และการศึกษาทางการแพทย์สารสนเทศช่วยในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ช่วยพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่พยาบาล ซึ่งคุณลักษณะที่ดีของสารสนเทศทางการแพทย์มีดังนี้ คือ มีความถูกต้องแม่นยำ ทันต่อผู้ป่วย ทันเวลาและทันเหตุการณ์ มีความครบถ้วน ตรงกับความต้องการ มีความต่อเนื่อง สามารถตรวจสอบได้ เชื่อถือได้ เข้าใจได้ง่าย ไม่ซับซ้อนยุ่งยาก ไม่ทำให้ผู้ใช้สับสน สามารถนำไปใช้ได้ทันที³ ซึ่งข้อมูลสารสนเทศจะมีลักษณะเชื่อถือได้มากหรือน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับที่มาของสารสนเทศนั้นว่าเป็นแหล่งรับผิดชอบ การผลิตหรือต้นกำเนิดสารสนเทศ อย่างเป็นทางการหรือไม่ การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลไม่บิดเบือนความจริงและสามารถอ้างอิงแหล่งผลิตได้⁴ การจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศ

ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลโยธธ มีข้อมูลสำคัญจำนวนมากที่นำมาจัดเก็บ และมีการบันทึกนำส่งในทุกวันที่ 5 ของทุกเดือน ซึ่งพบปัญหาว่า มีการส่งล่าช้าและไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ไม่สามารถบริหารจัดการในรายวันและรายเวรได้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพทันเวลา ในปี พ.ศ. 2559 และปี พ.ศ. 2560 พบการส่งข้อมูลล่าช้า ร้อยละ 44.44 และร้อยละ 46.0 ตามลำดับมีการรายงานอุบัติการณ์ เครื่องมือไม่เพียงพอพร้อมใช้ ซึ่งไม่สามารถรู้สถานะ การใช้งานของเครื่องมือ นั้น ๆ ในโรงพยาบาลได้ และยังพบปัญหาการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลล่าช้าร้อยละ 46.4 ในปี พ.ศ. 2559 และร้อยละ 47.0 ในปี พ.ศ. 2560 ทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหาได้ทัน ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการรายงานข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาลด้วยโปรแกรมการบันทึกข้อมูลในรูปแบบ Excel และรายงานข้อมูลผ่านระบบ OneDrive เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสะดวก รวดเร็วในการใช้งาน มีการเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และนำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ปัญหาได้อย่างเกิดประสิทธิผลสูงสุดทันเวลา เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาลผ่านระบบปฏิบัติการ OneDrive

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามวงจร PAOR 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการเตรียม (Plan) ขั้นตอนปฏิบัติ (Act) ขั้นตอนสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นตอนสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect)

องค์ประกอบของระบบสารสนเทศทางการพยาบาลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) ระบบสารสนเทศการปฏิบัติการพยาบาล 2) ระบบ

สารสนเทศ การบริหารการพยาบาล 3) ระบบสารสนเทศการศึกษาพยาบาล 4) ระบบสารสนเทศการวิจัยทางการพยาบาล แต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาในองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสารสนเทศทางการพยาบาล ของโรงพยาบาลโยธธ 2 องค์ประกอบคือ 1) ระบบสารสนเทศการบริหารการพยาบาล 2) ระบบสารสนเทศการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลการบริหารอัตรากำลังในหน่วยงาน การบริหารจัดการเครื่องมือทางการแพทย์ และข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การประเมินระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ผู้วิจัยเลือกใช้ รูปแบบการประเมินของ ดีโลน และแมคสัน¹ แบบประเมินระบบสารสนเทศทางการพยาบาล 6 ด้าน คือ 1) คุณภาพของระบบสารสนเทศ 2) คุณภาพของสารสนเทศ 3) คุณภาพของการให้บริการระบบสารสนเทศ 4) การให้บริการสารสนเทศ 5) ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบสารสนเทศ 6) ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ระบบสารสนเทศ เนื่องจากมีความชัดเจนในด้านประสิทธิภาพความเชื่อมโยงด้านฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ ของผู้ใช้ข้อมูล และกระบวนการทำงาน

การดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3กลุ่ม คือ 1) หัวหน้าหน่วยงาน จำนวน 32 คน 2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน 3) พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศทางการพยาบาล จำนวน 30 คน

ระยะเวลาที่ศึกษา วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 – วันที่ 31 กันยายน พ.ศ. 2561

การดำเนินการวิจัย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้ **ระยะที่ 1 ระยะเตรียม** เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวน ศึกษาและวิเคราะห์เบื้องต้นแล้ว นำมาประชุมชี้แจงและร่วมกันวิเคราะห์ หาข้อเสนอแนะและแนวทางปฏิบัติในการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาลผ่านรูปแบบ Excel ในระบบปฏิบัติการ OneDrive

ของกลุ่มงานภารกิจ ด้านการพยาบาล จำนวนทั้งหมด 18 หอผู้ป่วย เป็นหอผู้ป่วยใน 11 หอผู้ป่วยพิเศษ 4 หอและหอผู้ป่วยหนัก 3 หอ ออกแบบโปรแกรมการลงบันทึกข้อมูล โดยได้ออกแบบการบันทึกข้อมูล 3 รายการ คือ 1) การให้บริการและการบริหารอัตรากำลัง 2) ข้อมูลการบริหารและจัดการเครื่องมือแพทย์ 3) ข้อมูลการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล นำเสนอโปรแกรมการลงบันทึก ต่อคณะกรรมการและปรับปรุงแก้ไขตามที่คณะกรรมการแนะนำ แล้วนำไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วย 1 หอ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 **ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ** โดยได้ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจ และนิเทศงานเรื่องการลงบันทึกข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาลในกลุ่มผู้บริหารการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลสารสนเทศประจำหอผู้ป่วย 18 หอ รวม 30 คน ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์และโปรแกรมการลงข้อมูลในหน่วยงาน โดยได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สารสนเทศ และเริ่มดำเนินการลงบันทึกข้อมูล 3 รายการ คือ ข้อมูลการให้บริการและการบริหารอัตรากำลัง ข้อมูลการบริหารและจัดการเครื่องมือแพทย์ และข้อมูลการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2560 **ระยะที่ 3 ขั้นตอนการสังเกตการณ์** โดยคณะผู้ดำเนินการได้ปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมการบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้บริหารและหน่วยงานต้องการ นำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินการลงข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาลผ่านระบบปฏิบัติการ OneDrive **ระยะที่ 4 ติดตามประเมินผลและปรับปรุงคุณภาพ** เป็นการประเมินระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ของคณะผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพผู้เกี่ยวข้องและพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศทางการพยาบาลประจำหน่วยงานวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินระบบสารสนเทศทางการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ได้แก่โปรแกรมการบันทึกข้อมูลการให้บริการและการบริหารอัตรากำลังโปรแกรมการบันทึกข้อมูลการบริหารและจัดการเครื่องมือแพทย์ โปรแกรมการบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังและ ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2) **เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการวิจัย** ได้แก่ แบบสอบถามประเมินระบบสารสนเทศทางการพยาบาล 6 ด้าน คือด้านคุณภาพของระบบสารสนเทศ ด้านคุณภาพของสารสนเทศ ด้านคุณภาพของการให้บริการระบบสารสนเทศ ด้านการให้บริการสารสนเทศ ด้านความพึงพอใจต่อการใช้ระบบสารสนเทศ ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ระบบสารสนเทศ กำหนดคะแนนสำหรับการตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง เหมาะสมมาก

คะแนน 3 หมายถึง เหมาะสมปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง เหมาะสมน้อย

คะแนน 1 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด

กำหนดการแปลผลความเหมาะสมรายด้าน และโดยรวม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 ขึ้นไป หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 1.50 ลงมา หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับต่ำมาก

การสร้างและการหาคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสร้างจากการทบทวนปัญหา นำมาเสนอในที่ประชุมที่มีผู้เกี่ยวข้อง

และภายหลังที่ผู้วิจัยได้ออกแบบเครื่องมือเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปหาความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้คือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยการนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ได้สร้างขึ้นทั้งหมดไปหาความตรงตามทฤษฎีและตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา ความครอบคลุมความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านแล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของเนื้อหาและเนื้อหาให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ภายหลังจากการหาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ได้ทดลองใช้ในหอผู้ป่วย จำนวน 1 หอผู้ป่วย ใช้กับพยาบาลวิชาชีพ 4 คน บันทึกข้อมูลผ่านระบบปฏิบัติการ OneDrive ผลการตรวจสอบความเที่ยงพบว่า มีการบันทึกตรงกัน ร้อยละ 100 ส่วนการทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินระบบสารสนเทศทางการแพทย์ 6 ด้านผู้วิจัยนำเครื่องมือขึ้นไปทดลองใช้กับผู้มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคทั้งฉบับ ได้ค่า 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ในวิจัยได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ผลการพัฒนาระบบการรายงานข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ผ่านระบบปฏิบัติการ OneDrive

1.1 ขั้นตอน การวางแผน (Plan) ได้แก่การศึกษา วิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับของปัญหา ในเรื่องเกี่ยวกับระบบการรายงาน

สารสนเทศทางการแพทย์ ความต้องการของผู้ใช้ข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติการพยาบาล เมื่อได้ปัญหา แล้วนำมาวางแผนและจัดทำโครงการพัฒนา ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้มีการจัดทำโปรแกรมการบันทึกข้อมูล ในรูปแบบเอกเซล (excel) 3 โปรแกรม ได้แก่ 1) โปรแกรมการบันทึกข้อมูลการให้บริการและการบริหารอัตรากำลัง 2) โปรแกรมการบันทึกข้อมูลการบริหารและจัดการเครื่องมือแพทย์ 3) โปรแกรมการบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จัดให้มีการประมวลผลในแต่ละรายการตามข้อกำหนดมาตรฐานของแต่ละงาน และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ มีการตรวจสอบคุณภาพ ความเหมาะสม และสอดคล้องขององค์ประกอบในแต่ละงาน โดยผู้เชี่ยวชาญ มีการตรวจสอบความตรง โดยการนำไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ใช้กับพยาบาลวิชาชีพ 4 คน เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์จากนั้นมีการวิเคราะห์ปัญหา และปรับปรุงเครื่องมือ ให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

1.2 ขั้นตอน การปฏิบัติ (Act) ศึกษาในหอผู้ป่วยทั้งหมด 18 หอผู้ป่วย ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนการนำไปใช้ และปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

1.3 ขั้นตอน การสังเกตผล (Observe) ซึ่งผู้วิจัย ได้ เปิดช่องทางการสื่อสารปัญหา อุปสรรค ในการนำรูปแบบใหม่ไปใช้ โดยใช้ Line application จัดทำ กลุ่ม Line เพื่อใช้ในการสื่อสารกัน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลการจัดกระทำกับข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ในปัญหา อุปสรรคของการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้

1.4 ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflect) มีการทบทวนแก้ไขปัญหา และอุปสรรค ตอบสนองความต้องการผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยการจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอปัญหา อุปสรรค และร่วมกันกำหนดแนวทางและวิธีการแก้ไข และสรุปผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมของการใช้ระบบการรายงานสารสนเทศทางการพยาบาลผ่านระบบปฏิบัติการ OneDrive โดยรวม และรายด้านตามการรับรู้ของหัวหน้าหน่วย/หัวหน้างาน พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศ

	หัวหน้าหน่วย/ หัวหน้างาน (N=32)		พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติ (N=30)		พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงาน สารสนเทศ (N=30)	
	\bar{X} (S.D.)	ระดับ	\bar{X} (S.D.)	ระดับ	\bar{X} (S.D.)	ระดับ
1. ด้านคุณภาพของระบบ สารสนเทศ ทางการพยาบาล	4.09(.26)	สูง	3.73(.64)	สูง	4.19(.50)	สูง
2. ด้านคุณภาพของสารสนเทศทาง การพยาบาล	4.47(.38)	สูง	3.94(.68)	สูง	4.24(.51)	สูง
3. ด้านคุณภาพของการใช้บริการ ระบบสารสนเทศ ทางกรพยาบาล	4.49(.34)	สูง	3.93(.68)	สูง	4.43(.45)	สูง
4. ด้านการใช้ระบบสารสนเทศทาง การพยาบาล	3.97(.27)	สูง	3.62(.65)	สูง	4.16(.42)	สูง
5. ด้านความพึงพอใจต่อการใช้ระบบ สารสนเทศทางการพยาบาล	4.18(.28)	สูง	3.76(.64)	สูง	4.31(.45)	สูง
6. ด้าน ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล	4.03(.29)	สูง	3.86(.61)	สูง	4.29(.43)	สูง
ประสิทธิผลของระบบภาพรวม	4.15(.24)	สูง	3.80(.59)	สูง	4.26(.39)	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่าระดับความเหมาะสมของการใช้ระบบรายงานสารสนเทศทางการพยาบาล ผ่านระบบปฏิบัติการ OneDrive ตามการรับรู้ของหัวหน้าหน่วย/หัวหน้างานพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศ ทั้งรายด้าน และภาพรวมอยู่ในระดับสูงทุกด้านจะเห็นได้ว่า ระดับความเหมาะสมของการใช้ระบบการรายงานสารสนเทศ ทางกรพยาบาลผ่านระบบปฏิบัติการ OneDrive ตามการรับรู้ของหัวหน้าหน่วย/

เมื่อสิ้นสุดกระบวนการ

2. การประเมินประสิทธิผลระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของระบบการรายงานสารสนเทศทางการพยาบาลผ่านระบบปฏิบัติการ OneDrive ดังแสดงในตารางที่ 1

หัวหน้างานพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศทางการพยาบาล มีระดับความเหมาะสมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เหมือนกันของทั้ง 3 กลุ่ม คือด้านการใช้ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล

อภิปราย

ผลการศึกษาทั้งรูปแบบ การรายงานสารสนเทศทางการพยาบาลสอดคล้องกับรูปแบบ

การประเมินความสำเร็จของระบบสารสนเทศของดีโตนและแมคคีน⁵ ทั้ง 6 ด้านดังนี้

1. ด้านคุณภาพของระบบสารสนเทศ

ทางการพยาบาล พบว่าระบบสารสนเทศทางการพยาบาลมีฐานข้อมูลที่ดีเป็นระบบที่ง่ายต่อการใช้งาน และง่ายต่อการเรียนรู้มีความยืดหยุ่น มีความเชื่อถือได้และมีความปลอดภัย เนื่องจากระบบสารสนเทศทางการพยาบาลช่วยในการทำรายงานได้ตรงความต้องการของผู้ใช้ลดขั้นตอนในการทำงาน และสื่อสารลดการใช้เอกสาร และทำให้มีข้อมูลในอดีตและปัจจุบันสามารถวิเคราะห์แนวโน้ม ประสานความต้องการของงานการพยาบาลในอนาคต โดยเฉพาะการจัดอัตรากำลังของงานการพยาบาลยกเว้นในเรื่องความถูกต้องของข้อมูล

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีความคิดเห็นว่าการนำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเข้าสู่ระบบบางหน่วยงาน มีการลงข้อมูลไม่ครบ ลงข้อมูลไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ลงข้อมูลไม่ได้ผ่านการอบรม ไม่มีการตรวจสอบข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับ ชัยยศ สันติวงษ์ และพัฒน์นรินทร์สุขโรจน์⁷ ซึ่งข้อมูลถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบงานคอมพิวเตอร์ เนื่องจากการประมวลผลของคอมพิวเตอร์ทุกประเภทจะเป็นการประมวลผล ข้อมูลในรูปแบบหนึ่งเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการออกมาหากป้อนข้อมูลผิดก็จะได้ผลลัพธ์ที่ไม่มีคุณค่าทำให้เกิดค่าใช้จ่ายสูง แต่ประสิทธิภาพต่ำ

2. ด้านคุณภาพของสารสนเทศ

ทางการพยาบาล พบว่าสารสนเทศทางการพยาบาลมีความถูกต้อง สอดคล้องกับงาน และสามารถตรวจสอบได้ เนื่องจากสารสนเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลยโสธร เกิดจากข้อมูลที่ผู้ใช้บอกความต้องการ ให้พยาบาลสารสนเทศว่าต้องการอะไร พยาบาลสารสนเทศจึงจัดทำโปรแกรมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ ในส่วนของข้อมูลที่นำเข้าประมวลผล

มีการตรวจสอบจากผู้รับผิดชอบข้อมูลแต่ละระดับ หากพบมีความผิดพลาดสามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อมูล ให้ถูกต้องได้ และทำให้การตัดสินใจของผู้บริหารทางการพยาบาลมีความแม่นยำ และลดข้อผิดพลาดได้ สามารถนำสารสนเทศที่ได้จากโปรแกรมของระบบสารสนเทศทางการพยาบาลต่างๆ มาใช้ร่วมกันได้ใกล้เคียงกับการศึกษาของลักขมี สารบรรณ⁸ พบว่าสารสนเทศ ที่ดีควรมีคุณลักษณะที่สามารถจะตรวจสอบได้

3. ด้านคุณภาพของการให้บริการ

ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล พบว่าผู้ใช้ระบบสารสนเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลยโสธรมีความเชื่อมั่น และความไว้วางใจ มีความเอาใจใส่ และมีเจ้าหน้าที่เทคนิคคอยให้บริการเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับระบบสารสนเทศทางการพยาบาล หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องได้รับการแก้ไขทันท่วงที และสามารถแนะนำหรือให้ผู้เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้องรวดเร็วทันงานของตัวเองกันกับสุรียภาศจำริญ⁹ ที่กล่าวไว้ว่าผู้ให้บริการระบบสารสนเทศ ต้องมีความรู้ความสามารถในด้านการจัดการข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศคอมพิวเตอร์และสรุปข้อมูลต่างๆ เพื่อให้การทำงานบรรลุวัตถุประสงค์ นั่นคือการบริการที่ถูกต้องรวดเร็วทันสมัย และตามความต้องการของผู้ใช้ และศรีสุภานาคน¹⁰ ที่กล่าวว่า ผู้ให้บริการระบบสารสนเทศทำหน้าที่ 1) รวบรวม แสวงหา พัฒนาทรัพยากรสารสนเทศให้ทันสมัย หลากหลาย สอดคล้องกับภารกิจขององค์กร 2) พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารให้ประโยชน์สูงสุด 3) พัฒนาทรัพยากรสารสนเทศ และการฝึกอบรมบุคลากรในองค์กร 4) พัฒนาและจัดการทรัพยากรสารสนเทศเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพและ 5) เป็นแหล่งฝึกทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ การสืบค้นข้อมูลผ่านเครือข่ายระบบอินเทอร์เน็ต และพัฒนาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

4. ด้านการใช้ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ จากระบบงานการปฏิบัติงานของพยาบาลสารสนเทศโรงพยาบาลยโสธร หลังจากใช้โปรแกรมสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาลพบว่าทุกหน่วยงานที่เริ่มเอาระบบไปใช้มีการบันทึกข้อมูลสถิติผู้ป่วยประจำวัน เพื่อกำหนดการจัดการที่เหมาะสม ภาพรวมสถิติผู้ป่วยถูกต้อง และรวดเร็วทุกวัน กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลบริหารจัดการทันเหตุการณ์ สามารถใช้ทรัพยากรบุคคล และวัสดุอุปกรณ์สื่อสารใช้กระดาษและลดความซ้ำซ้อนของการบันทึก ประหยัดเวลา และการประมวลผลสะดวก รวดเร็วลดความผิดพลาด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อ ความคาดหวังว่าระบบสารสนเทศทางการแพทย์สามารถสนับสนุนการปฏิบัติงาน การจัดการและการตัดสินใจได้ตามความต้องการของผู้ใช้และระบบสารสนเทศทางการแพทย์ ได้รับการยอมรับจากผู้ใช้นี้เนื่องจากระบบสารสนเทศทางการแพทย์เกิดจากความต้องการของผู้ใช้ ในการประกอบการตัดสินใจในทุกกระบวนการทำงาน และปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู และคณะ¹¹ ผลการนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการบริการทางการแพทย์ พบว่าทำให้เกิดการพัฒนาพื้นฐานความรู้ มีข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจ ในการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ถูกต้องแม่นยำและรวดเร็วยิ่งขึ้น ทำให้พยาบาลผู้ใช้ระบบมีการพัฒนาเข้าสู่การเป็นผู้นำในระยะเวลาที่เร็วขึ้น ช่วยในการวางแผน การพยาบาลผู้ป่วยได้ชัดเจนพยาบาลทำงานกับเอกสารลดลง ทำให้มีเวลาดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

5. ด้านความพึงพอใจต่อการใช้ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ พบว่าระบบสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลยโสธรมีความง่ายในการเข้าสู่ระบบ เนื่องจากมีการพัฒนาโปรแกรมให้ใช้ได้กับอุปกรณ์เครื่อง

คอมพิวเตอร์ในการเข้าสู่ระบบ เนื่องจากมีการพัฒนาโปรแกรม ให้ใช้ได้กับอุปกรณ์ เครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีอยู่ในหน่วยงานทุกที่ ในโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ใช้เข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ง่ายรวดเร็ว สะดวกไม่ซับซ้อน สามารถเข้าถึงข้อมูล ได้ตลอดเวลา และสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ครวละพร้อมๆ กัน ดังที่ รุจา ภูโพนุลย์ และเกียรติศรี สํารามเวชพร¹² กล่าวว่า ระบบสารสนเทศที่ออกแบบให้ใช้งานเข้าใจง่าย สามารถรับการฝึกอบรมในการใช้งานได้ภายในเวลารวดเร็ว สามารถเรียนรู้ วิธีการใช้งานได้ง่าย ไม่ซับซ้อน ย่อมเป็นแรงเสริมความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบสารสนเทศ คุณค่าของระบบสารสนเทศทางการแพทย์จะยิ่งมีค่ามากมีความหมายมากยิ่งขึ้นเมื่อถูกนำไปใช้ประโยชน์บ่อยๆ โดยมีคุณค่าของระบบสารสนเทศจากความพึงพอใจของผู้ใช้ในประเด็นหลักคือการนำสารสนเทศไปใช้สำหรับตัดสินใจในการทำกิจกรรมการปฏิบัติงานและการบริหารงานทางการแพทย์ให้ประสบ ความสำเร็จ

6. ด้านประโยชน์ที่ได้จากการใช้ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ พบว่าระบบสารสนเทศทางการแพทย์ ทำให้การบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้นโดยข้อมูลและสารสนเทศทางการแพทย์ที่ได้จากการปฏิบัติประจำ ถูกรวบรวมสรุปเป็นรายวัน รายเดือน รายปี ในแต่ละหอผู้ป่วย หรือแต่ละแผนกการพยาบาล สำหรับผู้บริหารนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม ตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติงาน ควบคุมคุณภาพงาน ลดเวลาสูญเสีย ค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น ลดการปฏิบัติงานนอกเวลา จัดอัตรากำลังของบุคลากรปฏิบัติงานได้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย จัดทำรายงานเสนอผู้บริหารโรงพยาบาลได้ง่ายรวดเร็ว และวางแผนงานในอนาคตได้ครอบคลุม ทำนอง

เดียวกันกับการศึกษาของ ลักษมี สารบรรณ⁸ พบว่าแนวทางการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารการพยาบาล ดังนี้ 1) นำมาใช้ในการจัดอัตรากำลัง โดยอาศัยข้อมูลที่บ้านที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาลสามารถแบ่งประเภทผู้ป่วยได้ และมีกิจกรรมพยาบาลที่ได้ปฏิบัติแล้ว บ้านที่กในคอมพิวเตอร์²) นำมาใช้ในการประเมินความสามารถในการทำงาน (Performance evaluation) โดยใช้ข้อมูลบุคลากรและการปฏิบัติประจำวันเป็นฐาน 3) นำมาใช้ในการออกแบบโครงการ จัดตารางการทำงาน และประเมินผลงาน 4) นำมาใช้ในการสนับสนุนการตัดสินใจในการบริหาร เพื่อการหาผลผลิตเพื่อกำหนดรูปแบบและวิเคราะห์ประสิทธิผลของการบริหาร การทำนาย การพยากรณ์ในอนาคต การกำหนดแนวโน้มของการดำเนินการประเมินโครงการ⁵) นำมาใช้ในการวางแผนการเงิน และ 6) นำมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรมีการพัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาลเชื่อมกับระบบสารสนเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. พวงรัตน์ บุญญาบุรุษย์. ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วงใหม่; 2544.
2. วิภา จีระแพทย์. สารสนเทศทางการพยาบาล และทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
3. บรรจง พลไชย. สารสนเทศทางการพยาบาล. วารสารอินฟอเมชัน. 2554; 18:39-47.
4. มาลี ลำสกุล. สารสนเทศและสารสนเทศศาสตร์. ในเอกสารการสอนชุดวิชาสารสนเทศศาสตร์เบื้องต้น หน่วยที่ 1-5. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2546. 1-41.
5. Delone, W.H., & Mclean, E.R. Information system success: The quest for the dependent variable. Information System Research. 1992; 3:60-95.
6. ประครอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
7. ชัยยศ สันติวงษ์ และพัฒน์นรินทร์ สุขโรจน์. ความรู้ด้านเทคโนโลยี สารสนเทศเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน. เชียงใหม่: คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.

ของโรงพยาบาล ให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง 2 ระบบ เข้าด้วยกันโดยลดความซ้ำซ้อนในการลงข้อมูล และสามารถใช้ข้อมูล หรือเอกสารร่วมกัน

2. ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานไปสู่นโยบาย วัตถุประสงค์เป้าหมาย และแผนการดำเนินการต่าง ๆ ในการจัดการสารสนเทศทางการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีจากบุคลากรพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลยโสธร คณะกรรมการบริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการช่วยพัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบแก้ไข เครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาของท่านในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

8. ลักษมี สารบรรณ.การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาลในหน่วยผู้ป่วยนอก. สงขลา:คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
9. สุนีย์กาศจำริญ.ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดการหน่วยงานบริการ สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2545.
10. ศรีสุภา นาคชน.การรู้สารสนเทศ.ภูเก็ต:คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี; 2549.
11. ลัดดาวัลย์ สิงห์คำภู เอื้องทิพย์ คำโน และชรรค์ชัย เกตุสอน. ผลการใช้โปรแกรมสารสนเทศต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล. วารสารสวนดอก. 2544; 12:54-60.
12. รุจา ภูไพบูลย์ และเกียรติศรี สำราญเวชพร.พยาบาลสารสนเทศ.กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.



