

**ศักยภาพโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทางในการเป็นแหล่งฝึกอบรมความรู้  
ความชำนาญเฉพาะทาง ในแต่ละสาขาการพยาบาล \***

**Potentialities Of Regional And Specialty Hospitals For Training Nursing Specialty \***

อัมภา ศรารัษฎ์ \*\* พย.ม.

Ampa Sararach \*\* M.N.S.

สมจิต หนูเจริญกุล \*\*\* RN., Ph.D.

Somchit Hanucharumkul \*\*\* RN., Ph.D.

จริยา วิทยะสุภกร \*\*\* วท.ม.(พยาบาล), พย.ด.

Jariya Wittayasooporn \*\*\*

M.S.(NURSING), D.N.S.

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการเป็นแหล่งฝึกอบรมความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในแต่ละสาขาการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ด้านการบริหาร การบริการ วิชาการ และด้านทรัพยากร ซึ่งจัดอยู่ในองค์ประกอบปัจจัยนำเข้าของแนวคิดการจัดระบบการศึกษา และศึกษาความคิดเห็นต่อสมรรถนะและจำนวนพยาบาลผู้มีความรู้ความความ

ชำนาญเฉพาะทางแต่ละสาขาที่ต้องการประชากรเป้าหมายที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 20 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทางจำนวน 6 แห่ง และบุคลากรของโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาล แพทย์เฉพาะทางที่ได้รับวุฒิปริญญาตรีหรืออนุปริญญาเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปในสาขาที่เกี่ยวข้อง และพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับการแจกแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาล แจกแบบสอบถามแก่แพทย์เฉพาะทางและพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2540 ถึง

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

\*\* นักวิชาการพยาบาล กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

\*\*\* กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

เดือนกุมภาพันธ์ 2541 ผลการวิจัย พบว่า โรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการเป็นแหล่งฝึกอบรมในฐานะสถาบันสมทบ คือโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง ในสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลที่มีแนวโน้มเป็นแหล่งฝึกอบรมได้สูง คือโรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง ในสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ และโรงพยาบาลเฉพาะทาง 2 แห่ง ในสาขาการพยาบาลเด็ก และการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช โรงพยาบาลที่สามารถพัฒนาเป็นแหล่งฝึกอบรมได้ คือโรงพยาบาลศูนย์ 8 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทาง 1 แห่ง ส่วนมากในสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ และโรงพยาบาลที่ยากจะเป็นแหล่งฝึกอบรมได้คือโรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทาง 3 แห่ง ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยกับสมรรถนะในระดับสูงทุกข้อ

**คำสำคัญ :** การพยาบาลเฉพาะทาง, การฝึกอบรม, โรงพยาบาลเฉพาะทาง, โรงพยาบาลศูนย์

#### Abstract

This descriptive research was designed to evaluate the potentialities of regional and specialty hospitals for conducting training in nursing specialties, the opinion of the hospitals' personnel about specialty nurses' competencies and the number of specialty nurses needed in their hospitals. The study examined hospital

administration, services, technical activities, and available resources which were inputs of the education system management concept. The study population was composed of administrators, nursing group administrators, specialty doctors who had more than five years certification, and nurses who had master degrees in nursing who came from 20 regional hospitals and 6 specialty hospitals. The data was collected during November, 1997 through February, 1998 by examining hospital and nursing group records, interviewing or sending questionnaires to hospital and nursing group administrators, and sending questionnaires to specialty doctors and nurses who had master degrees in nursing.

The results indicated that there were two regional hospitals that passed the criteria to affiliate with a principle institution for conducting training in the nursing specialty Medical-Surgical Nursing. There were five regional hospitals and two specialty hospitals with high potential to develop to achieve affiliation for conducting training in the nursing specialties Medical-Surgical Nursing, Pediatric Nursing, and Psychiatric Nursing. Eight regional hospitals and one specialty hospital probably could develop to

achieve practice setting affiliation to conduct training in Medical-Surgical Nursing. There were five regional hospitals and three specialty hospitals that would probably be unable to develop sufficiently to achieve affiliation for conducting training in nursing specialties, at least in the near future. The respondents agreed with all specialty nurses' competencies at high level.

**Key words** : Nursing Specialty, Training, Specialty Hospital, Regional Hospitals

-----  
\* A Thesis for the degree of Master of Nursing science in Adult Nursing, Faculty of Medicine Rama Thibodi Hospital

\* Nursing Technical Officer, Nursing Division, Ministry of Public Health.

\* Thesis Supervisory Committee.

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาบุคลากรพยาบาลในประเทศไทย หลังสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า ประกอบด้วยการฝึกอบรมการพยาบาล เฉพาะทางระยะสั้นและการศึกษาในระดับบัณฑิต ศึกษา ซึ่งหลักสูตรเฉพาะทางระยะสั้นส่วนใหญ่ เน้นความรู้ทางด้านการแพทย์ และการปฏิบัติ เป็นสำคัญ ไม่สามารถที่จะเป็นพื้นฐานในการ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงได้ ส่วนการศึกษาใน ระดับปริญญาโทเน้นการผลิตนักวิชาการ และ

สามารถรับนักศึกษาได้จำกัด คือ ประมาณ 283 คน สำหรับทุกสาขาการพยาบาล ในปี 2539 และสำเร็จการศึกษารวมทุกสาขาในปี 2538 ประมาณ 141 คน (ศูนย์สารสนเทศ สำนักงาน นโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวง มหาวิทยาลัย, 2539) ในขณะที่พยาบาลทั่ว ประเทศมีคือ จำนวนประมาณ 51,050 คน (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการ สาธารณสุข ฉบับที่ 8, 2539) ทั้งสำหรับด้านการ ศึกษา ด้านวิชาการ และด้านการบริการ ทำให้ ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการพัฒนา โดยเฉพาะในสภาวะการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งต้องการ พยาบาลที่มีพัฒนาการทางด้านการปฏิบัติโดย ตรงที่เพียงพอ มีความรู้ความชำนาญ สามารถ ผสมผสานความรู้ทั้งจากศาสตร์ทางการแพทย์ สา ศาสตร์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง การวิจัยและประสพ- การณ์ทางคลินิกอย่างเป็นระบบเพื่อสามารถตอบ สอนงต่อปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพ ของประชาชนได้อย่างมี ประสิทธิภาพ สภาการ พยาบาลจึงจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมเพื่ออุมิบัตร แสดงความรู้ ความชำนาญในการประกอบ วิชาชีพการพยาบาลขึ้น เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ พยาบาลสามารถพัฒนาความสามารถเป็นผู้ ปฏิบัติงานในขั้นสูง ขณะเดียวกัน กระทรวง สาธารณสุขได้เห็นความสำคัญของการพัฒนา บุคลากรสาธารณสุขและมีนโยบายให้ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทางใน สังกัด เป็นแหล่งฝึกอบรมให้กับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อตอบสนองต่อนโยบายของสภาการ

พยาบาล และกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจน เพื่อให้การพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถทางคลินิก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาศักยภาพของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ในการเป็นแหล่งฝึกอบรมความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในแต่ละสาขาการพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น และเป็นแนวทางในการเลือกแหล่งฝึกอบรมฯ สำหรับหลักสูตรดังกล่าว เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการพัฒนาโรงพยาบาล เพื่อให้เป็นแหล่งฝึกอบรมฯ ตามหลักสูตรฯ ที่มีคุณภาพต่อไป ตลอดจนศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ต่อสมรรถนะของพยาบาลผู้มีความรู้ ความชำนาญการพยาบาลเฉพาะทาง

#### กรอบแนวคิดในการวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดของการพยาบาลขั้นสูง และสมรรถนะที่ต้องการ

วิชาชีพการพยาบาลมีขอบเขตของการปฏิบัติที่กว้างขวาง สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนมากขึ้นของสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และเทคโนโลยี ซึ่งมีผลกระทบพฤติกรรมและภาวะสุขภาพอนามัยประชาชน ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลขององค์การอนามัยโลก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) ได้กำหนดขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การจัดการกับภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วย ทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต การเฝ้าระวัง และติดตาม เพื่อควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพ การจัดระบบ

และมีทักษะในการบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพอย่างมี คุณภาพ ครอบคลุม และทั่วถึง ให้การช่วยเหลือและการดูแล และเปิดโอกาสให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ และปัญหาของตนเอง สอน และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่เหมาะสม และการจัดการกับความเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่างๆ สามารถคาดการณ์และจัดการกับภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม โดยอาศัยความสามารถในการผสมผสานกิจกรรมทั้งหมดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในบริบทของการปฏิบัติการพยาบาล

สำหรับในประเทศไทย ได้เปลี่ยนแปลงกฎระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ปี 2539 (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข, 2539) เพื่อรองรับบทบาทหน้าที่ตามความเป็นจริงของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ และโดยเฉพาะการ แก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล ปี 2528 ในปี 2540 (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ 2528,2540) ที่กำหนดความหมายการพยาบาลกว้างขวาง และครอบคลุมงานการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะเห็นได้ว่าต้องอาศัยผู้ปฏิบัติงานหลายฝ่าย ในทุกๆ พื้นที่ ด้วยจุดเน้นของการปฏิบัติที่ต่างกัน ตั้งแต่ระดับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทั่วไป จนถึงระดับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในขั้นสูง ที่ต้องอาศัยการศึกษาที่มีคุณภาพ เป็นระบบ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ระหว่างการปฏิบัติงาน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) หลังจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ซึ่งไม่ได้หมายถึงผู้ชำนาญการพยาบาลเฉพาะทางตามความหมายที่คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนกำหนด ไม่ได้เกิดจากการปฏิบัติงานในสาขาใดสาขาหนึ่งเป็นเวลานาน ซึ่งทำให้เกิดความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในสาขานั้นเท่านั้น แต่เป็นความรู้ ความชำนาญตามแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูง ซึ่งมีลักษณะความเป็นเฉพาะทาง คือมีจุดเน้นของการให้บริการ หรือกลุ่มประชากรที่รับผิดชอบ ต้องใช้ความรู้และทักษะที่กว้างขวางในการปฏิบัติงาน มีความซับซ้อนของปัญหาที่ต้องการอาศัยการตัดสินใจทางคลินิก และมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน และต้องอาศัยความสามารถในการตัดสินใจ (Styles, 1996)

แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูง เริ่มขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา และได้พัฒนาขึ้นมาโดยตลอด มีความหมายว่า เป็นการใช้ทฤษฎีและการวิจัยในการบำบัดปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในคลินิก กำหนดคุณสมบัติ 3 ข้อ ได้แก่ มีการศึกษาขั้นต่ำในระดับปริญญาโททางการพยาบาล ได้รับวุฒิปริญญาเฉพาะสาขา และการปฏิบัติที่มุ่งเน้นให้บริการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งกำหนดสมรรถนะหลัก 8 ประการ ได้แก่ มีความชำนาญในการปฏิบัติการทางคลินิก มีความชำนาญในการสอน แนะนำ สนับสนุนผู้ป่วย และครอบครัว และบุคลากรอื่น มีความสามารถในการให้คำแนะนำปรึกษา มี

ทักษะในการวิจัย รวมทั้งการใช้ผลการวิจัย การประเมินงานวิจัย และการทำวิจัย เป็นผู้นำในการปฏิบัติทางคลินิก เป็นผู้ประสานงาน มีทักษะเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง และมีทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Hamric, 1996)

สำหรับประเทศไทย สภาการพยาบาลได้วางแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูง และกำหนดสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูงไว้ 6 ประการ ดังนี้

1. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหา และความต้องการซับซ้อน และ/หรือ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต
2. ด้านบริหารจัดการ เป็นผู้นำ ประสานแหล่งประโยชน์ เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า
3. ด้านการให้ความรู้ วางแผน และดำเนินงานเพื่อส่งเสริมความรู้แก่ผู้ใช้บริการ ครอบครัว พยาบาล และร่วมมือในการสอนนักศึกษา
4. ด้านการเป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาล และทีมสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพ
5. ด้านการวิจัย ทำการวิจัย ร่วมงานวิจัย รวมทั้งการประยุกต์ผลการวิจัยเพื่อใช้ปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล
5. ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย มีคุณธรรม จริยธรรมที่ดีต่อผู้ใช้บริการ ทีมสุขภาพ พัฒนาตนเอง และวิชาชีพ รวมทั้ง

สามารถตัดสินเชิงจริยธรรมภายใต้กฎหมาย ในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการ

เพื่อดำเนินการตามแนวคิดดังกล่าวสภาการพยาบาลจึงได้จัดทำหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งมีความแตกต่างจากหลักสูตรบัณฑิตศึกษาทางการพยาบาลปัจจุบัน คือ มุ่งเน้นฝึกอบรมให้พยาบาลมีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติงานในคลินิก มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูง ตามสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนดใน 5 สาขาหลักทางการพยาบาล ซึ่งกำหนดการฝึกอบรมภาคปฏิบัติถึง 1,500 ชั่วโมง หรือคิดเป็นร้อยละ 40.48 ของหลักสูตร (รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาการศึกษาต่อเนื่องหลังปริญญาของวิชาชีพพยาบาล ครั้งที่ 1, 2539) การดำเนินงานตามหลักสูตรดังกล่าวจึงจำเป็นต้องอาศัยแหล่งฝึกอบรมที่มีคุณภาพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในคลินิก เป็นโอกาสของการฝึกฝนการนำความรู้จากทฤษฎีมาใช้ในการปฏิบัติ เพิ่มทักษะในการประกอบวิชาชีพ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการเตรียม ผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพที่มีคุณภาพ (Bevil, 1981) การพิจารณาเลือกปัจจัยนำเข้าที่สำคัญคือแหล่งฝึกอบรมควรพิจารณาตั้งแต่ต้นนโยบาย การสนับสนุนการฝึกอบรม (ดวงวดี สังข์บอล, 2530) มีอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ ที่จำเป็น มีกิจกรรมการเรียนรู้ การสอน และบรรยากาศที่เอื้อต่อการ

เรียนรู้ บุคลากรมีเจตคติที่ดี มีงบประมาณ รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ นอกจากการสัมมนา การอภิปรายกลุ่มแล้ว การประชุมปรึกษาปัญหาทางคลินิก และกิจกรรมวารสารสโมสรก็เป็นกิจกรรมที่สำคัญมากด้วย (Coye, 1974) นอกจากนี้ ปัจจัยที่สำคัญมากอีกอย่างหนึ่งในระดับบัณฑิตศึกษา คือ ครูพี่เลี้ยง (Mentor) (Chickadonz & Perry, 1985) ซึ่งเป็นผู้สอนที่ปรึกษาทางคลินิก ทางทฤษฎี หรือทางการบริหาร ครูพี่เลี้ยงควรมีพื้นฐานในสาขาเดียวกับผู้รับการฝึกอบรม สามารถเป็นแบบอย่างการแสดงบทบาททางคลินิก เป็นสิ่งแวดล้อมทางการเรียนรู้ เป็นตัวเชื่อมทฤษฎีและการปฏิบัติ (Shah & Polironi, 1992) และควรมีพื้นฐานทางการศึกษาที่สูงกว่า หรือเท่ากับผู้ที่รับการฝึกอบรม ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดคุณสมบัติของพยาบาล/อาจารย์ที่ควบคุมดูแลการฝึกปฏิบัติของพยาบาลไว้กว้างๆ คือ เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง (ร่างแนวทางการจัดหลักสูตรเพื่อออกวุฒิบัตร, 2539) ดังนี้

1. เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้น 1 ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ.2528
2. สำเร็จการศึกษอย่างน้อยปริญญาโททางการพยาบาลสาขานั้นๆ และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในสาขานั้นๆ ไม่น้อยกว่า 3 ปี และมีผลงานทางวิชาการในเชิงที่ปฏิบัติอยู่

3. ได้รับวุฒิบัตรที่แสดงถึงการมีความรู้ ความชำนาญในสาขานั้นจากสภาการพยาบาล ทั้งนี้ต้องผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาล

**โดยสรุป** แหล่งฝึกอบรมความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในแต่ละสาขาการพยาบาลควรมีคุณสมบัติ คือ มีความพร้อมทั้งด้านการบริหาร การบริการ วิชาการ และด้านทรัพยากร ที่เน้นทางด้านการศึกษาพยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วิชาชีพแพทย์ มีบรรยากาศที่สนับสนุน การศึกษาเรียนรู้ในคลินิกที่เพียงพอ มีบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง ตามสาขาการพยาบาลที่ต้องการ ซึ่งเห็นด้วย และมีความพร้อมที่จะร่วมมือ สนับสนุนให้ความรู้ และเป็น ที่ปรึกษาแก่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลเฉพาะทางมีภาระหน้าที่ในการให้การสนับสนุนและฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขเฉพาะทาง ดังนั้น เพื่อสร้างทักษะที่จำเป็น และเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริงของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ อีกทั้งเป็นการใช้ แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ให้คุ้มค่ามากที่สุด โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลเฉพาะทางจึง น่าจะเป็นแหล่งฝึกอบรมฯ ดังกล่าวได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการประเมินความพร้อมของ โรงพยาบาลดังกล่าว สำหรับเป็นแนวทางในการเลือกแหล่งฝึกอบรมให้เกิดประสิทธิภาพในการฝึกอบรม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือพยาบาลผู้มี

ความรู้ความชำนาญเฉพาะทางตามสมรรถนะที่กำหนดได้ในที่สุด

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาศักยภาพของโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 20 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทาง จำนวน 7 แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับเป็น แหล่งฝึกอบรมความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางใน 4 สาขาหลักทางการพยาบาล ได้แก่ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ การพยาบาลเด็ก การพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ และการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ไม่รวมสาขาการพยาบาลชุมชน และศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อสมรรถนะของพยาบาล ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง และต่อจำนวนของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางที่ต้องการในแต่ละสาขาการพยาบาล

### ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ จำนวน 500 เตียงขึ้นไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามการกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2539 (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย, 2539) จำนวน 20 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่ โรงพยาบาลที่รับรักษาผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม หรือ เฉพาะโรค คัดเลือกจากการเสนอในที่ประชุมคณะ

อนุกรรมการ การพัฒนาการศึกษาต่อเนื่องหลังปริญญาของวิชาชีพพยาบาล ครั้งที่ 2 จำนวน 7 โรงพยาบาล นอกจากนั้นยังเลือก บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 27 คน (ผู้อำนวยการ หรือ รองผู้อำนวยการ ฝ่ายการแพทย์ หรือหัวหน้าฝ่ายวิชาการที่ได้รับมอบหมาย) ผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาล จำนวน 27 คน (หัวหน้าพยาบาล) แพทย์เฉพาะทางที่มีประสบการณ์ คือ ได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร เป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป และพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาลทุกคน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดระบบการศึกษา ในส่วนปัจจัยภายใน ของปัจจัยนำเข้า และแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูง ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลความพร้อมของโรงพยาบาล ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ข้อมูลด้านการบริหาร ด้านการบริการ ด้านวิชาการ และด้านทรัพยากร เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย โดยการศึกษาข้อมูล และ/หรือ สอบถามบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากฝ่ายวิชาการ และกลุ่มงานการพยาบาล และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และความคิดเห็นต่อสมรรถนะ และจำนวนของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางที่ต้องการในแต่ละสาขาการพยาบาล สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร

โรงพยาบาล 27 คน ผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาล 27 คน แพทย์เฉพาะทางที่ได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร เป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป และพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาลทุกคน เครื่องมือทั้ง 2 ชุดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญทางการพยาบาล และเป็นคณะทำงานเพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล ของสภาการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน และผ่านการทดลองใช้ในโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง หาค่าความเที่ยงในส่วนของความเห็นต่อสมรรถนะของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง โดยการสุ่มตัวอย่างแพทย์เฉพาะทาง จำนวน 50 คน และพยาบาลผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล จำนวน 50 คน ในโรงพยาบาลศูนย์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.97

สำหรับข้อกำหนดเบื้องต้นสำหรับพิจารณาความพร้อมของสถาบันสมทบ ในการเป็นแหล่งฝึกอบรมความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ในแต่ละสาขาการพยาบาล สร้างขึ้นภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อใช้พิจารณาความพร้อมของโรงพยาบาลโดยการเปรียบเทียบกับข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด ใน 4 ด้าน คือ ด้านการบริหาร ด้านการบริการ ด้านวิชาการ และด้านทรัพยากร ประกอบด้วยประเด็นที่สำคัญมา (ขาดข้อใดข้อหนึ่งไม่ได้) และประเด็นที่สำคัญรองลง (ขาดได้ไม่เกินร้อยละ 50 ของจำนวนข้อ)

โรงพยาบาลที่จัดว่ามีความพร้อม จะต้องผ่านข้อกำหนดทั้ง 2 ประเด็น ในทุกด้าน

สำหรับการพิจารณาความพร้อมของสาขาใด พิจารณาจากคุณสมบัติตามข้อกำหนดเบื้องต้นฯ ในสาขาที่ตรงกัน ด้านการบริการ และทรัพยากร ดังนี้

1. ด้านการบริการ มีผู้ใช้บริการสาขานั้นๆ เป็นผู้ป่วยนอก เฉลี่ยมากกว่า 150 ราย/วัน และมีผู้ป่วยในเฉลี่ยมากกว่า 80 ราย/วัน

2. ด้านทรัพยากร มีแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล ในสาขานั้น ๆ ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

แพทย์เฉพาะทาง ที่ปฏิบัติงานในสาขานั้นๆ ที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า ร้อยละ 50 ของงานที่ปฏิบัติทั้งหมด เห็นด้วยกับการพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง และยินดีสนับสนุนโดยการเป็นวิทยากร หรือที่ปรึกษาให้กับพยาบาลที่เข้ารับการฝึกอบรม ได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรเป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป

พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงมากกว่าร้อยละ 50 ของงานที่ปฏิบัติ มีผลงานทางวิชาการ เห็นด้วยกับการพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ยินดีเป็นวิทยากร หรือที่ปรึกษา หรือเป็นที่เลี้ยงให้กับพยาบาลที่เข้ารับการฝึกอบรม และปฏิบัติงานในหน่วยงานเดิม 3 ปีขึ้นไป

ข้อกำหนดเบื้องต้นในการพิจารณาความพร้อมฯ นี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นคณะทำงานเพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล ของสภาการพยาบาล 6 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำมาใช้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย โดยแบ่งพื้นที่การเก็บข้อมูลเป็น 5 ภาค เก็บข้อมูลที่ละภาค ภายหลังจากการส่งหนังสือแนะนำตัว ขออนุญาตเก็บข้อมูล และการติดต่อนัดหมายทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาลเมื่อเดินทางถึงโรงพยาบาล ขออนุญาตแจกแบบสอบถามบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาล หากไม่สะดวกที่จะตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จึงขออนุญาตขอสัมภาษณ์แทน

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการปฏิเสธจากโรงพยาบาลเฉพาะทาง 1 แห่ง คงเหลือผลการสำรวจในโรงพยาบาลศูนย์ 20 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทาง 6 แห่ง

โรงพยาบาลศูนย์ครึ่งหนึ่งมีขนาดใหญ่ 700-900 เตียง ขึ้นไป มีเพียง 1 แห่งที่มีจำนวนเตียงน้อยกว่า 500 เตียง ส่วนโรงพยาบาล

เฉพาะทางมีขนาดกระจาย โรงพยาบาลเฉพาะทาง 4 แห่ง มีจำนวนเตียงมากกว่า 500 เตียง และมี 2 แห่งที่มีจำนวนเตียงน้อยกว่า 500 เตียง

บุคลากรที่ตอบแบบสอบถาม มีจำนวน 498 คน จากจำนวนบุคลากรในเป้าหมายทั้งสิ้น 922 คน คิดเป็นร้อยละ 54.01 เป็นบุคลากรโรงพยาบาลศูนย์ 416 คน จากบุคลากรโรงพยาบาลศูนย์ทั้งสิ้น 755 คน คิดเป็นร้อยละ 55.10 เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลเฉพาะทาง 82 คน จากบุคลากรเป้าหมายของโรงพยาบาลเฉพาะทางทั้งสิ้น 167 คน คิดเป็นร้อยละ 49.10

ผู้บริหารโรงพยาบาลที่ให้ข้อมูลมีตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 20 คน เป็นรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ จำนวน 4 คน เป็นหัวหน้าฝ่ายวิชาการ จำนวน 2 คน ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ 12 คน และตอบแบบสอบถาม 14 คน ผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาลมีตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลทั้งหมด ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ 21 คน และตอบแบบสอบถาม 5 คน

ไม่มีผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาลคนใดเห็นว่าโรงพยาบาลที่ตนปฏิบัติงานอยู่มีความพร้อมเป็นสถาบันหลักในการเป็นแหล่งฝึกอบรมความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ได้

### ความพร้อมของโรงพยาบาล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละโรงพยาบาล เปรียบเทียบข้อกำหนดเบื้องต้น พบว่าอาจแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลตามความพร้อมฯ

ดังกล่าวได้เป็น 4 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

1. โรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการเป็นแหล่งฝึกอบรมฯ ได้ มี 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ที่ 13 และโรงพยาบาลศูนย์ที่ 18 ในสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์

2. โรงพยาบาลที่มีแนวโน้มเป็นแหล่งฝึกอบรมได้สูง มีทั้งสิ้น 7 โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลศูนย์ 5 โรงพยาบาล ในสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ สาขาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ และสาขาการพยาบาลเด็ก และโรงพยาบาลเฉพาะทาง 2 โรงพยาบาล ในสาขาการพยาบาลเด็ก และการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นโรงพยาบาลที่ขาดคุณสมบัติตามข้อกำหนดเบื้องต้นฯ เพียง 1-2 ข้อ ในด้านใด ด้านหนึ่ง ในโรงพยาบาลศูนย์ ข้อที่ขาดส่วนมากเป็น การให้บริการ Internet ขาดกิจกรรม Case conference หรือ วารสารสโมสร เป็นประจำ ขาดการประเมินมาตรฐานการพยาบาล หรือกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ และสำหรับโรงพยาบาลเฉพาะทาง ข้อที่ขาดคือ โครงการ/คณะกรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาล หรือมาตรฐาน/ข้อกำหนดการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3. โรงพยาบาลที่มีแนวโน้มพัฒนาเป็นแหล่งฝึกอบรมฯ ได้ เป็นโรงพยาบาลที่ขาดความพร้อมไม่เกิน 2 ด้าน ผู้บริหารเห็นด้วยกับการพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้ ความชำนาญ

เฉพาะทาง มีพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล ที่มีคุณสมบัติตามข้อกำหนดเบื้องต้นฯ หรือมีพยาบาลดังกล่าว แต่ขาดคุณสมบัติการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยตรงมากกว่าร้อยละ 50 ของงานที่ปฏิบัติ และมีจำนวนมากกว่า 3 คน มีจำนวน 9 โรงพยาบาล ในสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ และสาขาการพยาบาลเด็ก ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 8 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลเฉพาะทาง 1 โรงพยาบาล

4. โรงพยาบาลที่ยากจะเป็นแหล่งฝึกอบรมฯ ได้ เป็นโรงพยาบาลที่ขาดความพร้อมตามข้อกำหนดเบื้องต้นฯ หลายข้อ บางแห่งผู้บริหารไม่เห็นด้วยกับการพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง และบางแห่งไม่มีพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล หรือมี แต่มีจำนวนน้อยกว่า 3 คน และมีคุณสมบัติไม่ครบตามข้อกำหนดเบื้องต้นฯ มีจำนวน 8 โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทาง 3 แห่ง

ตารางที่ 1 โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลเฉพาะทางจำแนกตามความพร้อมตามข้อกำหนดเบื้องต้นสำหรับการพิจารณาความพร้อมในการเป็นแหล่งฝึกอบรมความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง

| ความพร้อมในแต่ละด้าน | โรงพยาบาลศูนย์ (n = 20) |        | โรงพยาบาลเฉพาะทาง (n = 6) |        |
|----------------------|-------------------------|--------|---------------------------|--------|
|                      | จำนวน                   | ร้อยละ | จำนวน                     | ร้อยละ |
| 1. ด้านการบริหาร     | 18                      | 90.0   | 6                         | 100.0  |
| 2. ด้านการบริการ     | 16                      | 80.0   | 0                         | 0.0    |
| 3. ด้านวิชาการ       | 7                       | 35.0   | 4                         | 66.4   |
| 4. ด้านทรัพยากร      | 4                       | 20.0   | 0                         | 0.0    |
| ทุกด้าน              | 2                       | 10.0   | 0                         | 0.0    |

เมื่อพิจารณาความพร้อมในการเป็นแหล่งฝึกอบรมฯ ในแต่ละสาขาการพยาบาล ของโรงพยาบาลพบว่าโรงพยาบาลส่วนมากพร้อมหรือมีแนวโน้มเป็นแหล่งฝึกอบรมฯ ได้ในสาขา

การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์มากที่สุด รองลงมา คือ สาขาการพยาบาลเด็ก สาขาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ และสาขาการพยาบาลจิตเวช ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มระดับความพร้อม และสาขาการพยาบาล

| กลุ่มโรงพยาบาล                                                    | สาขาการพยาบาล                           |            |            |            |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------|------------|------------|
|                                                                   | 1 (n = 26)                              | 2 (n = 26) | 3 (n = 26) | 4 (n = 26) |
| 1. โรงพยาบาลที่พร้อมเป็นแหล่งฝึกอบรบฯ จำนวน (ร้อยละ)              | 2 (7.69)                                | 0 (0.0)    | 0 (0.0)    | 0 (0.0)    |
| 2. โรงพยาบาลที่มีแนวโน้มเป็นแหล่งฝึกอบรบฯสูง จำนวน (ร้อยละ)       | 5 (19.23)                               | 2 (7.69)   | 1 (3.85)   | 1 (3.85)   |
| 3. โรงพยาบาลที่มีแนวโน้มพัฒนาเป็นแหล่งฝึกอบรบฯ ได้ จำนวน (ร้อยละ) | 9 (34.62)                               | 2 (7.69)   | 2 (7.69)   | 0 (0.0)    |
| 1 หมายถึง                                                         | สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์     |            |            |            |
| 2 หมายถึง                                                         | สาขาการพยาบาลเด็ก                       |            |            |            |
| 3 หมายถึง                                                         | สาขาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ |            |            |            |
| 4 หมายถึง                                                         | สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช         |            |            |            |

**ความคิดเห็นต่อสมรรถนะ และจำนวนของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ในแต่ละสาขาการพยาบาล**

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดเห็นดังกล่าวของแพทย์ และพยาบาลผู้ตอบแบบสอบถาม อยู่ในระดับเห็นด้วยสูง ถึงสูงมากทุกข้อ โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับเห็นด้วยสูงมาก คือการมีคุณธรรม จริยธรรมอันดีต่อผู้ป่วย ผู้ใช้บริการ ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ ข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาบริการให้บริการผู้ป่วย ครอบครัวได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และ

คุ้มค่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาล และแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถาม ด้วยสถิติที (t-test) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลอยู่ในระดับที่สูงกว่าความคิดเห็นของแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกข้อรายละเอียดดังตารางที่ 3

ผู้ตอบแบบสอบถามประมาณครึ่งหนึ่งไม่ตอบแบบสอบถามในส่วนของความคิดเห็นต่อจำนวนของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง แต่ละสาขาที่ต้องการ และสำหรับผู้ที่ตอบ ทั้งแพทย์ และพยาบาล ในโรงพยาบาล ศูนย์ให้ความเห็นความต้องการกระจายใน

ทุกสาขา และสาขาย่อย ส่วนมากมีความต้องการสาขาระดับ 1-5 คน ส่วนในโรงพยาบาลเฉพาะทางมีความต้องการกระจายตามลักษณะของแต่ละโรงพยาบาล และเนื่องจากโรงพยาบาลเฉพาะทาง 3 แห่ง เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยเฉพาะโรค ซึ่งอยู่ในสาขาย่อย ลักษณะของความต้องการจึงไม่ชัดเจน

### อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พอจะสรุปได้ว่า สาขาที่สามารถดำเนินการฝึกอบรมตามหลักสูตร ฝึกอบรมของสภาการพยาบาล โดยมีโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นสถาบันสมทบ ได้แก่ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ และเมื่อมีการพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทางเพิ่มขึ้น สาขาที่น่าจะสามารถดำเนินการฝึกอบรมดังกล่าวเพิ่มเติม คือ สาขาการพยาบาลเด็ก การพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ และสาขาการพยาบาลจิตเวช อย่างไรก็ตามแม้ว่าบุคลากรจะเห็นด้วยกับสมรรถนะของพยาบาลผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง แต่จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าบุคลากรโดยเฉพาะผู้บริหาร ยังขาดความเข้าใจแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูง ทำให้ยากที่จะเห็นคุณค่า และกำหนดขอบเขต และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ที่สามารถปฏิบัติงานในขั้นสูงแตกต่างจากผู้ที่ปฏิบัติงานในสาขานั้นเป็นเวลา

นานได้ ดังคำกล่าวที่ว่า "... โรงพยาบาลต้องการ Generalist มากกว่า Specialist ..ต้องให้พยาบาลสามารถทำงานทดแทนกันได้ทุกหน่วยงานเพื่อความคุ้มค่า.." "... ระวังการเป็น Specialist แล้วก็จะปฏิเสธงานอื่น...ไม่ควรให้หลักสูตรมีลักษณะเฉพาะทางมากเกินไป ควรมีลักษณะทั่วไปมากกว่า..." หรือ "... น่าจะให้พยาบาลอบรมการเป็นนักพัฒนาการบริหารและการให้บริการจะดีกว่า..." เป็นต้น ดังนั้นจึงควรมีการเผยแพร่สร้างความเข้าใจแนวคิดดังกล่าวในทุกระดับ ตลอดจนสนับสนุนการปฏิบัติงานการพยาบาลขั้นสูงด้วยการจัดระบบบริหาร บริการ วิชาการ ที่เหมาะสม และการสนับสนุนการพัฒนาพยาบาลดังกล่าวด้วยการศึกษาที่เป็นระบบ

เป็นที่น่าสังเกตว่าแม้โรงพยาบาลบางแห่งจะเป็นแหล่งฝึกอบรมของแพทย์เฉพาะทาง แต่ไม่พร้อมที่จะเป็นแหล่งฝึกอบรมความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ในแต่ละสาขาการพยาบาลเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลคุณสมบัติของโรงพยาบาลกับข้อกำหนดเบื้องต้นฯ แต่สามารถจัดอยู่ในกลุ่มที่มีแนวโน้มเป็นแหล่งฝึกอบรมฯได้สูง และกลุ่มที่มีแนวโน้มสามารถพัฒนาเป็นแหล่งฝึกอบรมฯได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการพัฒนาแพทย์เฉพาะทางมีการดำเนินงานมาเป็นเวลานาน มีรูปแบบบทบาทตัวอย่างที่ชัดเจน มีระบบการปฏิบัติงานและการเรียนรู้ การถ่ายทอดที่ชัดเจน มั่นคง มีเครือข่าย และได้รับการสนับสนุนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่องมานาน จากนโยบายทุกระดับ และการสนับสนุนทุกด้านอย่างเต็มที่ นอกจากนี้

นั้นยังมีจุดเน้นในการปฏิบัติการรักษา แตกต่างจากการให้บริการพยาบาลซึ่งมีแนวคิดและทฤษฎีที่แตกต่างกัน อีกทั้งแนวคิดและบทบาทการปฏิบัติการของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลจากระบบการสนับสนุนการพัฒนาที่เป็นระบบอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติ ทำให้การเรียนรู้ และการพัฒนาบทบาทของการเป็น

พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางต้องอาศัยระบบการจัดบริการพยาบาล การเรียนรู้ และการถ่ายทอดที่แตกต่างไปจากแพทย์เฉพาะทาง แม้จะต้องอาศัยสิ่งสนับสนุนบางอย่างร่วมกัน และบางอย่างเหมือนกันก็ตาม และเมื่อพิจารณาคุณสมบัติที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งยังขาดอยู่จะพบว่า มีความสำคัญในการส่งเสริมการเรียนรู้ทางวิชาการ และการปฏิบัติงานในคลินิกของพยาบาลทั้งสิ้น

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็น ของแพทย์-พยาบาลผู้ตอบแบบสอบถาม ต่อสมรรถนะของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง รายข้อ

| สมรรถนะของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง | คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของบุคลากร |      |                 |      | t - value |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|------|-----------------|------|-----------|
|                                               | พยาบาล (n = 95)                  |      | แพทย์ (n = 403) |      |           |
|                                               | Mean                             | SD.  | Mean            | SD.  |           |
| 1.ด้านปฏิบัติการพยาบาล ใน รพ.                 |                                  |      |                 |      |           |
| 1) .....ด้านร่างกาย จิตใจ                     | 3.80                             | 0.45 | 3.43            | 0.52 | 6.79**    |
| 2) ....ภาวะวิกฤต                              | 3.79                             | 0.44 | 3.48            | 0.52 | 5.82**    |
| ในชุมชนใช้ความรู้ความชำนาญ                    |                                  |      |                 |      |           |
| 1) ในภาวะปกติ                                 | 3.53                             | 0.60 | 3.22            | 0.59 | 4.59**    |
| 2) ในภาวะเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย                | 3.61                             | 0.55 | 3.21            | 0.58 | 6.03**    |
| 3) ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง                       | 3.63                             | 0.57 | 3.27            | 0.59 | 5.28**    |
| 2. ด้านบริหารจัดการ เป็นผู้นำ                 |                                  |      |                 |      |           |
| 1) ด้านบริหารจัดการ                           | 3.69                             | 0.51 | 3.24            | 0.57 | 7.00**    |
| 2) ผู้นำการเปลี่ยนแปลง                        | 3.66                             | 0.50 | 3.17            | 0.60 | 7.25**    |
| 3. ด้านการให้ความรู้                          |                                  |      |                 |      |           |
| 1) ..ส่งเสริมความรู้แก่พยาบาล                 | 3.78                             | 0.47 | 3.41            | 0.54 | 6.58**    |
| 2) ..ส่งเสริมความรู้ผู้ใช้บริการ              | 3.80                             | 0.45 | 3.44            | 0.53 | 8.38**    |
| 3) ประสานงาน..การฝึกอบรม                      | 3.71                             | 0.50 | 3.38            | 0.52 | 5.83**    |

| สมรรถนะของพยาบาลผู้มี            | คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของบุคลากร |      |                 |      | t - value |
|----------------------------------|----------------------------------|------|-----------------|------|-----------|
| ความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง         | พยาบาล (n = 95)                  |      | แพทย์ (n = 403) |      |           |
|                                  | Mean                             | SD.  | Mean            | SD.  |           |
| 4) พัฒนาประสิทธิภาพการสอน..      | 3.71                             | 0.48 | 3.31            | 0.53 | 6.77**    |
| 5) ร่วมมือสอนนักศึกษา...         | 3.74                             | 0.44 | 3.31            | 0.52 | 8.27**    |
| 6) สอน ชีวเนพยาบาล...            | 3.78                             | 0.44 | 3.39            | 0.54 | 7.46**    |
| 4. <u>ด้านการเป็นที่ปรึกษา</u>   |                                  |      |                 |      |           |
| 1) เป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาล..      | 3.76                             | 0.43 | 3.34            | 0.52 | 8.14**    |
| 2) เป็นที่ปรึกษาทีมสุขภาพ..      | 3.65                             | 0.52 | 3.27            | 0.54 | 6.08**    |
| 3)เป็นที่ปรึกษา..แก้ปัญหาสุขภาพ  | 3.73                             | 0.47 | 3.30            | 0.54 | 7.63**    |
| 5. <u>ด้านการวิจัย</u>           |                                  |      |                 |      |           |
| 1) ให้ความสำคัญการวิจัย...       | 3.79                             | 0.44 | 3.27            | 0.58 | 9.56**    |
| 2) ร่วมงานวิจัย...               | 3.77                             | 0.45 | 3.27            | 0.55 | 9.12**    |
| 3) วิเคราะห์ เผยแพร่งานวิจัย...  | 3.70                             | 0.55 | 3.26            | 0.57 | 6.67**    |
| 6. <u>ด้านคุณธรรม จริยธรรม ฯ</u> |                                  |      |                 |      |           |
| 1) มีคุณธรรม....ต่อผู้ป่วย       | 3.81                             | 0.39 | 3.53            | 0.52 | 5.98**    |
| 2) พัฒนานตนเอง และวิชาชีพ...     | 3.78                             | 0.47 | 3.49            | 0.56 | 5.11**    |
| 3)สามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมฯ... | 3.72                             | 0.52 | 3.42            | 0.58 | 5.04**    |
| <u>รวม</u>                       | 3.72                             | 0.37 | 3.33            | 0.58 | 8.95 **   |

\*\* p &lt; .001

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เป็นไปตามที่กำหนดตามหลักสูตรฯ ของสภาการพยาบาล จึงขอเสนอแนะผู้ที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

### สำหรับสภาการพยาบาล

ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพิจารณาเลือกโรงพยาบาล

เป็นสถาบันสมทบ สำหรับเป็นแหล่งฝึกอบรมความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ตามหลักสูตรฯ ของสภาการพยาบาล แต่ควรมีการประเมินความพร้อมฯ ของโรงพยาบาลให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น และพัฒนาข้อกำหนดเบื้องต้นฯ ให้เป็นเกณฑ์ที่มีประสิทธิภาพในการประเมินโรงพยาบาลต่อไป

แม้ว่าแพทย์และพยาบาลผู้ตอบแบบสอบถามจะเห็นด้วยกับสมรรถนะของพยาบาล

ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง แต่ข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมได้นั้น สะท้อนว่ายังขาดความเข้าใจในแนวคิด และกระบวนการพัฒนาพยาบาล ให้เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง จึงควรเผยแพร่แนวคิด และสร้างความเข้าใจในสมรรถนะ และการพัฒนาบทบาทของพยาบาลระดับต่างๆ รวมทั้งการวางแผนการประเมินผลพยาบาลที่สำเร็จจากหลักสูตรฯ ของสภาการพยาบาล

#### สำหรับผู้บริหาร

ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการวางแผน และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการในส่วนกลาง ควรวิเคราะห์ปัญหาในภาพรวมของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ เพื่อวางแผนสนับสนุนการพัฒนาอาจโดยการประเมินปัญหา และความต้องการการพัฒนา โดยใช้ผลการศึกษาค้างนี้เป็นแนวทาง

ในส่วนของผู้บริหารโรงพยาบาลและกลุ่มงานการพยาบาล ควรวิเคราะห์ปัญหาของแต่ละโรงพยาบาลตามส่วนขาดจากผลการศึกษาครั้งนี้ เช่น Clinical conference มาตรฐานการพยาบาล การควบคุมคุณภาพการพยาบาล การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น โดยเปิดโอกาสให้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ และการบริการของโรงพยาบาล รวมทั้งร่วมกับองค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบข้อมูลของ

โรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อประโยชน์ต่อการวางแผนการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ สำหรับพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล

ร่วมกับผู้บริหารและผู้บริหารการพยาบาล ประเมิน และวิเคราะห์ปัญหาในระบบ และการให้บริการ เสนอแนะ วางแผน และร่วมแก้ไขปัญหาโดยใช้ผลจากการศึกษาค้างนี้เป็นแนวทาง โดยศึกษาและร่วมเผยแพร่แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในชั้นสูง ร่วมการพัฒนาการปฏิบัติงานในคลินิกอย่างจริงจัง ด้วยการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองทางคลินิก โดยอาศัยแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลในชั้นสูง และร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผู้บริหารและผู้บริหารงานในการกำหนดนโยบาย และวางแผนการพัฒนาบุคลากร โดยศึกษาและร่วมกำหนดรูปแบบการจัดการบริหาร บริการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในชั้นสูง ร่วมกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ และการวางแผนการประเมินบุคลากร ในส่วนขาดตามผลการศึกษาครั้งนี้

#### สำหรับฝ่ายการศึกษา

การจัดการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา ควรพิจารณาการจัดการศึกษาเพื่อตอบสนองความต้องการพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ในแต่ละสาขาการพยาบาล โดย

เฉพาะผู้ที่จะเป็นครูพี่เลี้ยงในคลินิกของหลักสูตร  
ฝึกอบรมฯ ของสภาการพยาบาลในแต่ละสาขา  
ที่ขาด และควรมีการวางแผนเพื่อเป็นสถาบัน  
หลักในการฝึกอบรมตามหลักสูตรการฝึกอบรมฯ  
ของสภาการพยาบาล โดยร่วมมือกับสภาการ  
พยาบาล และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสา  
ธารณสุข

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหาร  
โรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล แพทย์เฉพาะทาง  
และพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาล  
เฉพาะทาง ที่ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษา  
ตลอดจนอำนวยความสะดวก และที่พัก และขอ  
ขอบคุณสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ที่ได้  
ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

#### เอกสารอ้างอิง

- ศูนย์สารสนเทศ สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย. (2539)  
รายงานการศึกษาสถาบันอุดมศึกษาของรัฐในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ปีการศึกษา  
2538. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8. (2539) แผนพัฒนาการ  
สาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544).  
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- สมจิต หนูเจริญกุล. ขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล. (2539) งามาธิบติพยาบาลสาร,  
2 (1): 2-4.
- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร  
เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่น  
หรือสภาภาษีไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่  
ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2539.
- พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราช-  
บัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540. กรุงเทพฯ: บริษัทเดอะ  
กราฟฟิค แอนปรินท์ จำกัด.

Styles, M.M. Conceptualizations of Advanced Nursing Practice. In A.B.Hamric., J.A. Spross, & C.M.Homson (Eds.), (1996). **Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach** (pp.25-41). Philadelphia: W.B.Saunders Company.

Hamric, A.B. A Definition of Advanced Nursing Practice. In A.B.Hamric., J.A. Spross, & C.M.Homson (Eds.), (1996). **Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach** (pp.42-56). Philadelphia: W.B.Saunders Company.

รายงานการประชุมคณะกรรมการ การพัฒนาการศึกษาต่อเนื่องหลังปริญญาของวิชาชีพ  
พยาบาล ครั้งที่ 1. (2539) กระทรวงสาธารณสุข.

Bevil, C.W. & Gross, L.C. Assessing the Adequacy of Clinical Learning Setting. (1981).  
**Nursing Outlook**, 11 : 658-661.

ดวงวดี สังข์ชล. การศึกษาภาคปฏิบัติในการศึกษาพยาบาล ใน สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช. (2530) เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาประเด็น  
และแนวโน้มทางการพยาบาล หน่วยที่ 8-13 (หน้า 688-732). กรุงเทพฯ :  
รุ่งศิลป์การพิมพ์.

Coye, D.H. Selecting Teaching methods and aids. In T.M. Tobin., P.K.Hull., Y.S.Yoder, &  
B.C.Scott (Eds.), (1974). **The Process of Staff Development: Components for  
Change** (pp.96-100). St.Louis: The C.V.Mosby.

Chickadonz, G.H. & Perry. A.M. Clinical Specialization versus Generalization : Perspective for  
the Future. In J.C.Mc.Closkey & H.K.Grace (Eds.), (1985). **Current issue in Nursing**  
(pp. 73-74). Boston: Blackwell Scientific Publication.

Shah, H.S. & Polironi, E.CD. Preceptorship of CNS students: An Exploratory Study. (1992)  
**Clinical Nurse Specialist**, 6 (1): 41-45.

ร่างแนวทางการจัดหลักสูตรเพื่อออกวุฒิบัตรแสดงถึงการมีความรู้ความชำนาญในการประกอบ  
วิชาชีพการพยาบาลเฉพาะทาง. (2539) อัดสำเนา.

สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย. ปฏิทินสาธารณสุข 2539. (2539) กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย  
ระดับความพิการของผู้ป่วย กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ  
ไขสันหลังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

**Relationships among Social Support, Duration of caregiving, Severity of  
Disability and Fatigue in Caregivers of Hospitalized Spinal cord Injured  
Patients**

ดริกา ธานบัวสวรรค์ \* พย.ม.

(การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์)

Darika Thanbuasawan \* M.N.

(Medical and Surgical Nursing)

**บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระดับความพิการของผู้ป่วยกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล และหาตัวทำนายความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบ

สอบถาม ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าอำนาจการทำนายร้อยละ 26.80 แต่ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยและระดับความพิการของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ผลการศึกษานี้แสดงว่าผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีผลให้ความเหนื่อยล้าในการดูแลลดลง จึงควรส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ เพื่อลดความเหนื่อยล้าในการดูแล และช่วยให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

\* พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลศัลยกรรม  
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์  
ประชารักษ์

**คำสำคัญ :** การสนับสนุนทางสังคม, ไชสันหลัง  
บาดเจ็บ, ความเหนื่อยล้า, ผู้ดูแล, ผู้ป่วย

**Abstract :** The purposes of this study were to determine the fatigue of caregivers of hospitalized spinal cord injured patients, the relationships among social support , duration of caregiving , severity of disability and fatigue of caregivers and to identify predictive variables of fatigue of caregivers. The subjects were caregivers of spinal cord injured patients admitted at Orthopedics and Female surgery department of Sawan Pracharak Hospital. Fifty subjects were purposively selected. The results of this study revealed that caregivers of spinal cord injured patients perceived overall fatigue in moderate level. There was a statistically significant negative relationships between perceived social support and fatigue of caregivers ( $p < .01$ ) but no relationships between duration of caregiving , severity of disability and fatigue of caregivers. The stepwise multiple regression analysis revealed that social support of caregivers is able to predict fatigue in caregivers at .01 level of significant.

**Key words :** Social Support, Spinal Cord Injuries, Fatigue, Caregiver, Patients

\* Professional Nurse , Surgical Nursing Service , Sawan Pracharak Hospital.

### ความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและทวีความรุนแรงมากขึ้น ตามการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งบาดเจ็บไขสันหลังเป็นการเจ็บป่วยที่พบได้มากขึ้นตามอัตราการเพิ่มของอุบัติเหตุทางการจราจร จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2534 มีจำนวนผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุทางการจราจรมารับการรักษาทั้งสิ้น 156,782 คน และในปี พ.ศ. 2538 เพิ่มขึ้นเป็น 1,530,959 คน (กองสถิติสาธารณสุข, 2534-2538) ทั้งนี้อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจะมีภัยอันตรายต่อศีรษะ อวัยวะที่ใช้ในการเคลื่อนไหว เช่น แขน ขา และกระดูกสันหลัง สำหรับภัยอันตรายต่อกระดูกสันหลัง จากสถิติโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในปี 2539 มีผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมารับการรักษาตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนตุลาคม จำนวน 392 คน ซึ่งมากเป็นอันดับที่ 5 ของผู้ป่วยในกลุ่มงานศัลยกรรมแต่เป็นสาเหตุของความพิการมากที่สุด (สถิติผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก, 2539) เนื่องจากปัจจุบันความเจริญของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพยาบาลมีการพัฒนามากขึ้น สามารถช่วยเหลือ

ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังให้พ้นระยะวิกฤตได้ ทำให้อัตราการตายลดลงแต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ (อานวย อุณหะนันท์ และชลเวช ชวศิริ, 2541) ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ทั้งหมด จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งมักพบว่าผู้ทำหน้าที่ดูแล คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (อานวย อุณหะนันท์ และคณะ, 2541 อ้างแล้ว) ซึ่งการดูแลดังกล่าวเป็นการปฏิบัตินอกเหนือจากงานประจำที่ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงงานมากขึ้น มีผลกระทบต่อแบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลให้เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ดูแลต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย ขาดความเป็นส่วนตัว ทำให้เกิดความเครียด เบื่อหน่าย อาจรู้สึกขัดแย้งในบทบาท ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า (Matthis, 1991) โดยความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกที่ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อิดโรย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง จากการศึกษาพบว่าความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลจะมีความรุนแรงมากน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ระดับความพิการของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมาก ต้องให้การดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา และดูแลผู้ป่วยอยู่เป็นเวลานาน จะทำให้ผู้ดูแล

รู้สึกเหนื่อยล้ามาก นอกจากนี้พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล โดยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย สามารถเผชิญกับวิกฤตการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ ซึ่งอาจเป็นความต้องการด้านอารมณ์ คำแนะนำ แรงงาน เงินและวัตถุต่างๆ ทำให้ความเหนื่อยล้าลดลง ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระดับความพิการของ ผู้ป่วยกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหาและวางแผนเพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการดูแล ผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป โดยเฉพาะการดูแล ผู้ป่วยในระยะกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

#### กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกอ่อนล้า หมดกำลัง และขาดพลังงาน โดยการพักผ่อนนอนหลับไม่สามารถทำให้ความรู้สึกเหนื่อยล้าหายไปได้ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น (Piper, 1993)

ความเหนื่อยล้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลความสะอาดส่วนบุคคล การแต่งกาย การขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ และการออกกำลังกาย

2. การดูแลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การป้องกันแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ ภาวะท้องผูกหรืออุจจาระเล็ด กล้ามเนื้อลีบซ้อ ติดแข็ง ภาวะกระดูกพรุน ลิ้มเลือดในหลอดเลือดดำ และแผลในกระเพาะอาหาร

3. การดูแลเกี่ยวกับการประคับประคองจิตใจ ได้แก่ ป้องกันภาวะสูญเสียอำนาจอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย รวมทั้งความเครียดที่มีสาเหตุจากด้านร่างกายและจิตใจ

4. การช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหาร ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับให้การดูแล และอำนวยความสะดวกในการดูแล

การที่ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยตามกิจกรรมทั้งสี่ด้าน ทำให้ผู้ดูแลสูญเสียเวลาและพลังงานอย่างมาก ไม่มีเวลาผ่อนคลาย นอนหลับไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา อาจมีปัญหาด้านสุขภาพ นำมาสู่ความเหนื่อยล้า นอกจากการดูแลมีผลต่อความเหนื่อยล้าแล้ว ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลจะมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ไร้น้อยอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง

เช่น ระดับความพิการของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นตัวบ่งชี้ถึงระดับความต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น ยิ่งผู้ป่วยมีความพิการมากเท่าใด ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและพลังงานมากเท่านั้น ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากธรรมชาติของการบาดเจ็บไขสันหลังไม่สามารถแก้ไขโดยรวดเร็วหรือในระยะเวลานั้น ๆ ได้ ผู้ป่วยต้องใช้เวลาฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้ผ่านพ้นระยะวิกฤตของชีวิตและลดภาวะทุพพลภาพ ดังนั้นผู้ดูแลที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้มาก

นอกจากนี้พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล เนื่องจากทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่างกายมีการสูญเสียพลังงานน้อยลงจากการที่มีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย มีผลให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระดับความพิการ ของผู้ป่วย กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
3. ศึกษาความสามารถในการทำนาย

ของแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระดับความพิการของผู้ป่วย ที่มีต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล

#### สมมติฐานการวิจัย

1. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยและระดับความพิการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

3. แรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระดับความพิการของผู้ป่วย สามารถเป็นตัวทำนายความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

#### วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 50 คน ซึ่งยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล
2. แบบประเมินระดับความพิการของ

ผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดตามแบบประเมินความพร้อมทางระบบประสาทของสมาคมบาดเจ็บไขสันหลังแห่งอเมริกา

3. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ซึ่งสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536) ดัดแปลงจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งสร้างโดยแบรนต์และไวเนอร์

4. แบบวัดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ซึ่งกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539) ดัดแปลงจากแบบวัดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความร่วมมือจากผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยเก็บข้อมูลสัปดาห์ที่แพทย์จำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลต้องให้การดูแลมาไม่ต่ำกว่าสามสัปดาห์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2540 ถึงเดือนกรกฎาคม 2541 รวมเวลาประมาณ 8 เดือน

วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอโดยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์พหุคูณแบบขั้นตอน

#### ผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82) และมีสถานภาพเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 76) ไม่มีอาการเจ็บ

ป่วยระหว่างให้การดูแล (ร้อยละ 82) และส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยคนเดียว (ร้อยละ 76) (ตารางที่ 1)

ทางด้านความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความเหนื่อยล้าด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญา และด้านพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด (ตารางที่ 2)

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระดับความพิการของผู้ป่วย กับความเหนื่อยล้า

ของผู้ดูแล พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ส่วนระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และระดับความพิการของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 3)

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง มีเพียงแรงสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างได้ ( $p < .01$ ) โดยมีค่าอำนาจการทำนายร้อยละ 26.8 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

| ข้อมูลส่วนบุคคล                   | จำนวน (n = 50) | ร้อยละ |
|-----------------------------------|----------------|--------|
| เพศ                               |                |        |
| หญิง                              | 41             | 82.0   |
| ชาย                               | 9              | 18.0   |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย            |                |        |
| บิดา - มารดา                      | 7              | 14.0   |
| คู่สมรส                           | 38             | 76.0   |
| บุตร                              | 3              | 6.0    |
| พี่น้อง                           | 2              | 4.0    |
| อาการเจ็บป่วยระหว่างดูแลผู้ป่วย   |                |        |
| ไม่มี                             | 41             | 82.0   |
| มี                                | 9              | 18.0   |
| การได้รับความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย |                |        |
| ดูแลผู้ป่วยคนเดียว                | 38             | 76.0   |
| มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย         | 12             | 24.0   |

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง

| ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล  | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับความเหนื่อยล้า |
|---------------------------|-----------|----------------------|---------------------|
| ด้านพฤติกรรม              | 5.10      | 1.34                 | ปานกลาง             |
| ด้านร่างกาย               | 6.14      | 1.99                 | ปานกลาง             |
| ด้านจิตใจ                 | 5.46      | 1.73                 | ปานกลาง             |
| ด้านสติปัญญาและความนึกคิด | 5.37      | 1.74                 | ปานกลาง             |
| โดยรวม                    | 5.50      | 1.54                 | ปานกลาง             |

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระดับความพิการของผู้ป่วย กับความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 50)

| ตัวแปร                   | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) |
|--------------------------|----------------------------|
| แรงสนับสนุนทางสังคม      | -.3801 *                   |
| ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย   | .0030                      |
| ระดับความพิการของผู้ป่วย | .1649                      |

\* p &lt; .01

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายที่ได้รับเลือกเข้าสมการถดถอยกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล

| ลำดับที่ของตัวพยากรณ์<br>ที่เข้าสมการพยากรณ์ | R     | R <sup>2</sup> | F      | b      | Beta   | t      |
|----------------------------------------------|-------|----------------|--------|--------|--------|--------|
| 1. แรงสนับสนุนทางสังคม                       | .5177 | .2680          | 8.60 * | -.1089 | -.3497 | -2.792 |

## การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาล มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วน

ใหญ่เป็นเพศหญิงและมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะคู่สมรส ซึ่งสังคมและวัฒนธรรมไทยได้กำหนดบทบาทและคาดหวังว่า ภรรยาควรทำหน้าที่ดูแลจัดการเรื่องต่าง ๆ ภายในบ้านรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะต้องดูแลปรนนิบัติ

สามีทั้งในยามปกติและเมื่อเจ็บป่วย (นิตา ชูโต, 2535) ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นพันธะที่เกิดจากการยอมรับในบทบาท และเกิดจากจิตสำนึก ถือเป็นความรับผิดชอบของคู่สมรสโดยตรง มีผลให้รู้สึกว่าการดูแลเป็นการร่วมทุกข์ร่วมสุขกับคนที่ตนรัก เป็นโอกาสได้ตอบแทนความดีของผู้ป่วย และรู้ว่าการดูแลจะทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองและผู้ป่วยมีความใกล้ชิดกันมากขึ้น นอกจากนั้นการศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยยังมีเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพให้การดูแลผู้ป่วยโดยบทบาทและตำแหน่งอยู่แล้ว ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าไม่รุนแรงหรือคุกคาม และความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ถึงแม้ว่าการดูแล ผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นเรื่องไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม การติดต่อกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ และการถูกแยกจากสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลที่แตกต่างจากที่บ้าน รวมทั้งการปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินชีวิตไปจากเดิม เช่น แบบแผนการนอนหลับ การรับประทานอาหาร เป็นต้น

ทางด้านความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระดับความพิการของผู้ป่วย กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล พบว่ามีเพียงแรงสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความ

เหนื่อยล้าของผู้ดูแล โดยมีค่าอำนาจการทำนายร้อยละ 26.80 อธิบายได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับจะช่วยแบ่งเบาภาระต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ลดการใช้พลังงานลง มีแรงจูงใจในการดูแลและสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กัญญรัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539. อ้างแล้ว) มีความเข้มแข็งในต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังได้รับจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกซึมเศร้าลดลง และรู้สึกเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (Decker & Schultz, 1989) ความรู้สึกเหนื่อยล้าจึงลดลง สำหรับระยะเวลาที่ดูแล ผู้ป่วยและระดับความพิการของผู้ป่วยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลอาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ซึ่งการเป็นคู่สมรสเป็นความสัมพันธ์ที่มีความใกล้ชิดและแนบแน่นทางอารมณ์ที่สุดที่บุคคลมีต่อผู้อื่น ทำให้มีความรัก ความห่วงใย และเอื้ออาทรต่อกัน ผู้ดูแลจึงให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ เพื่อปรารถนาให้ผู้ป่วยหายหรือทุเลาอาการจากโรค และจากการศึกษาของทาวน์เซนด์และแฟรงค์ (Townsend & Franks, 1997) พบว่า คู่สมรสที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความพร้อมของการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต จะประเมินการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยว่าเป็นเรื่องของความพอใจ ความผูกพันใกล้ชิดที่คู่สมรสพึงมีต่อกัน แต่จะประเมินการดูแลไปใน

ทางลบทำให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความพร้อมของความรู้สึกนึกคิด เช่น มีอาการหลงลืม สับสน ย้ำคิดย้ำทำ ประสาทหลอน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานเท่าใด หรือผู้ป่วยมีระดับความพิการเท่าใด ผู้ดูแลจะให้การดูแลด้วยความเต็มใจ จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรประเมินเครือข่ายทางสังคมรวมทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และช่วยให้ผู้ดูแลใช้แหล่งประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญที่สุด ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อแบ่งเบาภาระของผู้ดูแล อันจะมีผลให้ความเหนื่อยล้าในการดูแลลดลง

2. ควรส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ให้การสนับสนุนทางด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรค

การรักษาที่ได้รับ รวมทั้งแนวทางการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน จัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ และช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสภาการพยาบาล ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.ประคิด สัจฉายา ที่ช่วยกรุณาให้คำชี้แนะและตรวจแก้ไขต้นฉบับให้มีความสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา ตลอดจนผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

- กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2534-2538) สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2534, 2538. กรุงเทพฯ : องค์การทหารผ่านศึก.
- สถิติผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก พ.ศ. 2539 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
- อำนวย อุณหะนันท์ และชลเวช ชวศิริ. ผลการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังที่ได้รับ การรักษา ณ ศูนย์ผู้บาดเจ็บทางกระดูกสันหลังแห่งแรกของประเทศไทย. (2541) สารศิริราช. 50 (1):1-7.
- Matthis EJ. (1991). Top 20 educational wants of current family caregivers of disabled adults. **Home Healthcare Nurse** 9 (3) : 23 - 25.
- Piper BF. Fatigue . In Lindsey AM , West GM , Eds. (1993). **Pathophysiological phenomina in nursing**. Philadelphia : W.B. Saunders , 83-210.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536) แบบจำลองสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วย เรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล .
- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. (2539) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับ ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตา ชูโต. (2535) บทบาทชายหญิงในครอบครัว. รายงานการประชุมสมัชชาสตรีแห่งชาติ ครั้งที่ 1 “ ปัสตรีไทย”. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.
- Decker SD, Schultz R, Wood D. Determinants of well - being in Primary caregivers of spinal cord injured persons. **Rehabilitation Nursing** 1989 ;14 (1) : 6 - 8.
- Townsend AL , Franks MM . (1997). Quality of the relationship between elderly spouses : Influence caregivers subjective effectiveness. **Family relationship** 46 : 33 - 39.