



พยาบาลสาร : Nursing Journal

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์
FACULTY OF NURSING



วารสารพยาบาลสาร Nursing Journal

ปีที่ 46 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2562 • Volume 46 No. 4 October-December 2019 ISSN 0125-5118

ที่ปรึกษา (Consultant)		
ศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา คุณาวิกติกุล Wipada Kunaviktikul, PhD, RN, FAAN	คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Dean, Faculty of Nursing, Chiang Mai University	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี แก้วธรรมานุกุล Tanee Kaewthummanukul, PhD, RN	รองคณบดีฝ่ายวิจัยและนวัตกรรมและบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Associate Dean for Research and Innovation	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)		
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิชิต ศรีสุพรรณ Wichit Srisuphan, DrPH, RN	อดีตนายกสภาการพยาบาล Professor	
ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์ Pranom Othagnont, RN, M.E.D., Ed.D.	ศาสตราจารย์ Professor	
ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล Somchit Hanucharurnkul, PhD, RN	ศาสตราจารย์ Professor	
บรรณาธิการ (Editor)		
ศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ กลั่นกลิ่น Areewan Klunklin, PhD, RN	ศาสตราจารย์ Professor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองบรรณาธิการ (Associate Editor)		
รองศาสตราจารย์ ดร.นันทพร แสนศิริพันธ์ Nantaporn Sansiriphun, PhD, RN, APN	หัวหน้าสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ Head, Nursing Science Division	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
กองบรรณาธิการ (Editorial Board)		
ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์ Rutja Phuphaibul, DNS, RN	ศาสตราจารย์ Professor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Faculty of Nursing, Mahidol University
ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จิระแพทย์ Veena Jirapaet, PhD, RN	ศาสตราจารย์ Professor	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
ศาสตราจารย์ ดร.วารุณี ฟองแก้ว Warunee Fongkaew, PhD, RN	ศาสตราจารย์ Professor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิต Aranya Chaowalit, PhD, RN	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Dean, Faculty of Nursing, Songkla University	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Nursing, Songkla University
ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย Pechnoi Singchugcha, PhD, RN	ศาสตราจารย์ Professor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Nursing, Songkla University
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานุด Ampornpan Teeranud, PhD, RN	รองศาสตราจารย์ Associate Professor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น Faculty of Nursing, Khon kaen University
รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา บุญยะลีพรรณ Suwanna Boonyaleepun, PhD, RN	รองศาสตราจารย์ Associate Professor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น Faculty of Nursing, Khon kaen University



รองศาสตราจารย์. ดร.กรรณิการ์ กันธรักษา Kannika Kantaruksa, PhD, RN	รองศาสตราจารย์ Associate Professor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ศาสตราจารย์ ดร.दारาวรรณ ต๊ะปันตา Darawan Thapinta, PhD, RN	ศาสตราจารย์ Professor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์. ดร. นัทธมน วุฒานนท์ Nuttamon Vuttanon, PhD, RN	รองศาสตราจารย์ Associate Professor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร. ปิยะนุช ชูโต Piyanut Xuto, PhD, RN, APN	รองศาสตราจารย์ Associate Professor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีระพร สุทธากรณ์ Weeraporn Suthakorn, PhD, RN	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Assistant Professor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิรดี นันทสุภาวัฒน์ Apiradee Nantsupawat, PhD, RN	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Assistant Professor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย Kwaunpanomporn Thummathai, MSC, RN	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Assistant Professor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
Doreen C. Harper, PhD, RN, FAAN	Dean and Fay B. Ireland Endowed Chair in Nursing	The University of Alabama at Birmingham, School of Nursing, USA
Margaret M. Heitkemper, PhD, RN	Professor and Elizabeth Sterling Soule Endowed Chair Biobehavioral Nursing & Health Systems, School of Nursing Director, Center for Research on Manage- ment of Sleep Disturbances	University of Washington, Seattle, USA
Lian-Hua Huang, PhD, RN, EMBA	Professor	National Taiwan University Department of Nursing, College of Medicine National Taiwan University Hospital, Taiwan
Tonda Hughes, Ph.D, RN, FAAN	Professor	University of Illinois at Chicago (UIC), College of Nursing, USA Department of Health Systems Science
Shake Ketefian, EdD, RN, FAAN	Interim Director and Professor	WMU Bronson School of Nursing, USA
Mari Kondo, Ph.D	Professor	Faculty of Nursing, Toho University, Japan
Karry Liu Ming, PhD, RN	Director	School of Health Science Macao Polytechnic Institute, Hong Kong
Pamela H. Mitchell PhD, RN, FAHA, FAAN	Professor	Biobehavioral Nursing @ Health Systems, School of Nursing University of Washington, USA
Alan Pearson, PhD, RN, FRCNA, FCN, FAAG, FRCN	Professor	The Joanna Briggs Institute School of Translational Health Science Faculty of Health Sciences The University of Adelaide, Australia
Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN	Professor & Associate Dean for Aca- demic Affairs	The University of North Carolina at Chapel Hill, School of Nursing, USA
Josefina A. Tuazon, DPH, RN, MN	Head of Research and Creative Writing Program	College of Nursing, University of Philippines Manilla, The Philippines



Lynda Wilson, PhD, RN, FAAN	Professor	School of Nursing The University of Alabama at Birmingham, USA
Nancy Fugate Woods, PhD, RN, FAAN	Professor	Biobehavioral Nursing and Health Systems University of Washington Seattle, USA
Hu Yan, PhD, RN	Vice Dean	School of Nursing, Fudan University, China

บรรณาธิการจัดการ (Managing Editor)		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณ ขิตสัมบันท์ Varanut Kitsumban, PhD, RN	อาจารย์ Instructor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
อ.ดร.ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ Nattaya Suwankruhasn Ph.D, RN	อาจารย์ Instructor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
อ.ดร. เบญจมาศ สุขสถิตย์ Benjamas Suksatit, PhD, RN, APN	อาจารย์ Instructor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
อ.ดร. รุจาธร อินทรตุล Rujadhorn Indratula, PhD, RN,	อาจารย์ Instructor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
อ.ดร. วรันธรณ์ จงรุ่งโรจน์สกุล Waruntorn Jongrungsrotsakul, PhD, RN	อาจารย์ Instructor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
อ.ดร. ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี Piyaporn Prasitwattanaseree, M.P.H., RN	อาจารย์ Instructor	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวชลลดา กองสุข Chonlada Kongsook	พนักงานปฏิบัติงาน Operational staff	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาววรุณี วงศ์ประเสริฐ Warunee Wongprasert	พนักงานปฏิบัติงาน Operational staff	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาววิรัช วิกะศิลป์ Warisa Wikasillp	พนักงานปฏิบัติงาน Operational staff	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางมารีสา กุปตารักษ์ Marisa Guptarak	พนักงานปฏิบัติงาน Operational staff	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวพรธิดา คำมงคล Pornthida Kummongkol	นักการเงินและบัญชี Finance and Accounting	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางอนุสรณ์ ติะพรหม Anusra Thaprom	พนักงานปฏิบัติงาน Operational staff	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นายสุพจน์ เชื้อชาญ Supoj Cheiwchan	พนักงานปฏิบัติงาน Operational staff	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University

(Editorial office) เจ้าของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200 Thailand
<http://www.TCI-Thaijo.org>

พิมพ์ที่ บริษัท สยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด
108 ซ. 7 ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ โทร. 053-216962 www.siamprintnana.com



วารสารพยาบาลศาสตร Nursing Journal

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานทางวิชาการ ความรู้ทางการพยาบาลและสุขภาพ
2. เพื่อส่งเสริมงานวิจัย ผลงานทางวิชาการ และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและสุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ระหว่างบุคลากรที่อยู่ในวงการวิชาชีพการพยาบาล

กำหนดการออกวารสาร

- ปีละ 5 ฉบับ:
- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มีนาคม
 - ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน-มิถุนายน
 - ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน
 - ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม-ธันวาคม
 - ฉบับที่ 5 พิเศษเดือนธันวาคม

อัตราค่าสมาชิก (รวมค่าส่งภายในประเทศ)

- 3 ปี 700 บาท
- 5 ปี 1,150 บาท

โดยส่งเป็นตั๋วแลกเงินหรือธนาคาติ ส่งจ่ายที่ ไปรษณีย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในนามของนางสาววราภรณ์ วงศ์ประเสริฐ คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ เรื่องที่ตีพิมพ์

บทความวิจัย หรือ บทความทางวิชาการ

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

สำหรับผู้เขียนบทความหรืองานวิจัยเพื่อตีพิมพ์ลงพยาบาลศาสตร

กองบรรณาธิการพยาบาลศาสตร ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิชาการหรือรายงานการวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในพยาบาลศาสตร ทั้งนี้บทความหรือรายงานการวิจัยที่ส่งมาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่เคยอยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น เนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารนี้ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนโดยเฉพาะเท่านั้น ทางบรรณาธิการจัดทำพยาบาลศาสตรนี้ หรือคณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอไป

ผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความหรืองานวิจัยในพยาบาลศาสตรนี้จะต้องเป็นสมาชิกของพยาบาลศาสตรจึงจะได้รับ การตีพิมพ์

คณะกรรมการดำเนินการจัดการพยาบาลศาสตร ใคร่ขอความร่วมมือท่านผู้เขียนดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้



การเตรียมต้นฉบับ

1. การพิมพ์ต้นฉบับที่ส่งมาตีพิมพ์ให้พิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด เป็นภาษาไทยโดยใช้ตัวอักษร Cordia New ขนาด 16 โดยให้พิมพ์แบบบรรทัดเดี่ยว (single space) พิมพ์บนกระดาษสีขาวขนาด 8.5 x 11 นิ้วหรือ A 4 พิมพ์หน้าเดียว โดยเว้นขอบกระดาษแต่ละด้าน 1 นิ้ว ต้นฉบับรวมเนื้อหา รูปภาพ ตารางการอ้างอิงทั้งหมดต้องไม่เกิน 15 หน้า การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ

2. รูปแบบของการเขียนงานวิจัย ให้เรียงหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง ที่ระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง

2.2 ชื่อผู้แต่ง / ตำแหน่งงานปัจจุบัน / สถานที่ทำงานของหัวหน้าโครงการวิจัยและคณะผู้วิจัยเรียงตามลำดับ โดยระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลาง ส่วนตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนและบุคลากรของรายงานการวิจัยกรณีเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรก

2.3 บทคัดย่อและคำสำคัญ ความสำคัญของปัญหา ที่ระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ โดยเขียนลักษณะเรียงตามลำดับเป็นความเรียงให้สอดคล้องกัน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ความสำคัญของปัญหาสั้นๆ ไม่เกิน 2 – 3 บรรทัด ชนิดของงานวิจัย วัตถุประสงค์งานวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยมีกี่ชุด อะไรบ้าง แต่ละชุดสร้างตามกรอบแนวคิดของใครและการตรวจสอบคุณภาพ การหาความตรงตามเนื้อหา ค่าที่คำนวณได้ การหาความเชื่อมั่นคำนวณโดยใช้สูตรอะไรและค่าที่คำนวณได้ การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 สรุปผลงานวิจัยและข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้

ส่วนที่ 3 คำสำคัญ (key word)

2.4 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

2.5 วัตถุประสงค์การวิจัยและคำถาม / สมมติฐานการวิจัย

2.6 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

2.7 วิธีดำเนินการวิจัย เขียนเป็นเรียงความแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ชนิดของงานวิจัย วัตถุประสงค์งานวิจัย สถานที่ทำการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

ส่วนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล

2.8 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

2.9 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

2.10 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ / ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.11 เอกสารอ้างอิง (ใช้ระบบ นาม, ปี) กรุณาตรวจสอบ ชื่อ นามสกุลและปี พ.ศ. ให้ตรงกันทุกแห่งที่อ้างอิง

2.12 ให้ผู้วิจัยแปลอ้างอิงภาษาไทยปรับเป็นภาษาอังกฤษแล้วนำมาต่อท้ายอ้างอิงภาษาอังกฤษ โดยเริ่มหัวข้อว่า Translated Thai Reference แล้วต่อท้ายประโยคว่า(In Thai)และนำอ้างอิงที่แปลมาใส่ในบทความ

(อ้างอิงแบบ รูปแบบการเขียนบรรณานุกรมแบบ APA 6th)

3. รูปแบบของการเขียนบทความวิชาการ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับดังนี้

3.1 บทคัดย่อและคำสำคัญภาษาไทย

3.2 บทคัดย่อและคำสำคัญภาษาอังกฤษ

3.3 เนื้อหาบทความทางวิชาการ



- 3.3.1 บทนำ
- 3.3.2 เนื้อเรื่อง
- 3.3.3 บทสรุป
- 3.3.4 เอกสารอ้างอิง
- 3.3.5 Translated Thai Reference (อ้างอิงแบบรูปแบบการเขียนบรรณานุกรมแบบ APA 6th)
- 4. รูปแบบของการเขียนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ
 - 4.1 บทคัดย่อภาษาไทย
 - 4.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ(Abstract)
 - 4.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
 - 4.4 วัตถุประสงค์การวิจัย
 - 4.5 คำถามการวิจัย
 - 4.6 สมมติฐานการวิจัย
 - 4.7 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
 - 4.8 วิธีดำเนินการวิจัย
 - 4.8.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 4.8.2 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
 - 4.8.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 4.8.4 การวิเคราะห์ข้อมูล
 - 4.9 ผลการวิจัย
 - 4.10 การอภิปรายผล
 - 4.11 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
 - 4.12 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
 - 4.13 กิตติกรรมประกาศ
 - 4.14 เอกสารอ้างอิง
 - 4.15 Translated Thai Reference (อ้างอิงแบบรูปแบบการเขียนบรรณานุกรมแบบ APA 6th)
- 5. การใช้ภาษา ใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำย่อนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถานศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อเรื่องภาษาไทย หากต้องการใส่ภาษาอังกฤษในวงเล็บให้ใช้อักษรตัวเล็ก เช่น
- 6. ตารางหรือแผนภูมิ ภาพประกอบ กราฟ ฯลฯ ให้แทรกไปตามลำดับของเนื้อหา
- 7. เอกสารอ้างอิงใช้ระบบ American Psychological Association (APA 6th) โดยมีหลักเกณฑ์การลงรายการอ้างอิงในเนื้อหาและการอ้างอิงในรายชื่อเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสาร “พยาบาลสาร” เป็นวาระกรรมของผู้เขียน
บรรณาธิการหรือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
The ideas and opinions expressed in the Nursing Journal are those of the
authors and not necessarily those of the editor or Faculty of Nursing, Chiang Mai University



สารบัญ

บทความวิจัย

- 1

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน

Relationship Between Uncertainty in Illness and Coping Among Caregivers of Children with Acute Illness

สุธิศา	ลำมช้าง	Suthisa	Lamchang
ฐิติมา	สุขเลิศตระกูล	Thitima	Suklerttrakul
อรพินท์	จันทร์ปัญญาสกุล	Orapin	Junpunyaskool
ปรีชา	ลำมช้าง	Preecha	Lamchang
- 13

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

Factors Related to Caregiver Burden of Children with Congenital Heart Disease After Open Heart Surgery

หยาดพิรุณ	เสาร์เบ้ง	Yardpirun	Saopeng
อุษณีย์	จินตะเวช	Usanee	Jintrawet
จุฑามาศ	โชติบาง	Jutamas	Chotibang
- 25

การสร้างเสริมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงจากการทำงานกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า: การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

Health Promotion and Occupational Risk Reduction Among Informal Garment Workers: Participatory Action Research

ชวพรพรรณ	จันทร์ประสิทธิ์	Chawapornpan	Chanprasit
วรินทร์	จรุงโรจน์สกุล	Waruntorn	Jongrungsakul
ธานี	แก้วธรรมานุ	Thanee	Kaewthummanukul
นพมาศ	ศรีเพชรวรรณดี	Noppamas	Sripetwandee
อนนท์	วิสุทธิ์ธนานนท์	Anon	Wisutthanano
- 37

ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรชาวนา: กรณีศึกษาพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

Occupational Health Risk and Work Related Injuries among Rice Farmers: Case Study in Chiang Mai Province

วรินทร์	จรุงโรจน์สกุล	Waruntorn	Jongrungsakul
ชวพรพรรณ	จันทร์ประสิทธิ์	Chawapornpan	Chanprasit
ธานี	แก้วธรรมานุ	Thanee	Kaewthummanukul
อนนท์	วิสุทธิ์ธนานนท์	Anon	Wisutthananon
วิไลพรรณ	ใจวิล	Wilaipan	Jaiwilai



- 49 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน ตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่
Community Health Care System Development Process in
Tawhangan Sub-district, Saraphi District, Chiang Mai Province
กัลยาณี ตันตรานนท์ Kunlayanee Tantranont
อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์ Anon Wisutthananon
เดชา ทำดี Decha Tamdee
- 59 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น
Factors Related to Health Promoting Behaviors Among Adolescent Mothers
เจตินภา แสงสว่าง Juadnapa Sangsawang
บังอร ศุภวิทิตพัฒนา Bungorn Supavititpatana
พรณพิไล ศรีอากรณ์ Punpilai Sriarporn
- 70 ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง
ความรู้ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก
Effects of Enhancing Self-Efficacy Programs on
Perceived Self-Efficacy, Knowledge and Satisfaction in
Breastfeeding Practice Among First-time Postpartum Mothers
นพรัตน์ ธารณะ Nopparat Tharana
รัตนภรณ์ รัตนศิริจรรย์ Rattanaporn Tanasirijiranont
- 83 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยา
มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
Factors Related to Stress of Expectant Fathers During
Hospitalization of High Risk Pregnant Wives.
วรารณ์ บุญยงค์ Waraphorn Boonyong
นันทพร แสนศิริพันธ์ Nantaporn Sansiriphon
ฉวี เบาทรวง Chavee Baosoung
- 94 กิจกรรมทางกาย คุณภาพของอาหาร การเลี้ยงบุตรด้วย
นมมารดา และน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด 6 เดือน
Physical Activity, Dietary Quality, Breastfeeding and
Weight Retention Among 6 Month Postpartum Mothers
เสาวลักษณ์ หวังชม Saowaluck Wangchom
ปิยะนุช ชูโต Piyanut Xuto
กรณิการ์ กันธรักษา Kannika Kantaruksa

- 108 ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

Effects of Self-management Enhancement on Quality of Life and Rehospitalization Rate Among Elderly with Heart Failure

ฐิติมา	ทาสวรรณอินทร์	Tithima	Tasuwanin
ลินจง	โปธิบาล	Linchong	Pothiban
ทศพร	คำผลศิริ	Totsaporn	Khampolsiri

- 122 ความตรงเชิงเนื้อหาและการตรวจสอบเชิงภาษาของแบบวัดสเนียมและอัตลักษณ์ทางเพศ ฉบับแปลสำหรับใช้ในงานวิจัยในผู้มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย
- The Validity and Linguistic Testing of Translated Measures of Sexual Orientation and Gender Identity for Research in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Populations in Thailand

ปริยศ	กิตติธีระศักดิ์	Priyoth	Kittiteerasack
อลิเซีย	เค.แมททริว	Alicia K.	Matthews
อลาน่า	สตีเฟ่น	Alana	Steffen

- 138 ผลของการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนัก ต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนัก

Effects of Comprehensive Discharge Planning From an Intensive Care Unit on Adverse Events and Intensive Care Unit Readmission

ปิยวรา	กัจจารี	Piyawara	Kachari
ฉวีวรรณ	ธงชัย	Chaweewan	Thongchai
มยุลี	สำราญญาติ	Mayulee	Somrarnyart

- 149 ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจต่อภาวะแทรกซ้อนและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจใน หอผู้ป่วยอายุรกรรมธ.2 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

Effects of Clinical Nursing Practice Guideline for Nursing Care of Patients with Coronary Artery Disease: Undergone Coronary Angiography on Complications and Anxiety Levels in Medical Unit, Thammasat University Hospital.

ลดาวลย์	ฤทธิกล้า	Ladawan	Ritklar
ดิลก	ภิญโญทัย	Dilok	Piyayotai

- 158 ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดนนทบุรี

Relationship between Head Nurse's Supervision Style and Registered Nurse's Care for Patient Safety in Tertiary Hospitals

ภัทรชยา	สวดีดวงษ์	Patarachaya	Swatdiwong
ศุภาพิชญ์	โพน โบร์แมนน์	Suparpit	Von Bormann



บทความวิชาการ

- 173 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
Nursing Role in the Promotion of Controlling Blood Pressure Levels in Hypertensive Patients
นาวพร วุฒิธรรม Nawapron wutthitham
- 183 การดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก หลังจากได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน
Postoperative Care for Intertrochanteric Fracture Patients Undergoing Open Reduction and Internal Fixation (ORIF)
อภิชาติ กาศโอสถ Apichart Kardosod
- 193 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวการทำงานของลำไส้หลังการผ่าตัดช่องท้อง
The Nurse's Role in Promoting Bowel Function Recovery after Abdominal Surgery
นภาพร วงศ์วิวัฒนกิจ Naphaphorn Wongwiwatthananut
- 202 ทักษะการสอนของอาจารย์พยาบาลในการใช้สถานการณ์จำลองด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริง
Teaching Skills of Nursing Instructor in Using High Fidelity Simulation Scenario
กุลวดี อภิชาติบุตร Kulwadee Abhicharttibutra
อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม Udomrat Sngounsiritham
- 211 งานที่มีความหมายและการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยการแพทย์สาธารณสุข
ประชาชนจีน
Meaningful Work and Job Performance Among Nurses in Medical University Hospitals, The People's Republic of China
ทง ลิง Tong Ling
ฐิติณัฐ อัครเดชอนันต์ Thitinut Akkadechanunt
สมใจ ศิริกมล Somjai Sirakamon



บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ สมาชิกและผู้อ่านวารสารพยาบาลสารทุกท่าน วารสารฉบับนี้เป็นฉบับส่งท้ายปีเก่า ของปีที่ 46 ซึ่งจะตีพิมพ์ผลงานวิจัยที่หลากหลายประเด็นมากขึ้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมทั้งบทความวิชาการ ตัวอย่างของบทความวิจัย เช่นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียด ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรชาวนา:กรณีศึกษาพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น และบทความวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษได้แก่ Meaningful Work and Job Performance Among Nurses in Medical University Hospitals, The People's Republic of China นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการที่น่าสนใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก หลังจากได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน และ ทักษะการสอนของอาจารย์พยาบาลในการใช้สถานการณ์จำลองด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริง

กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า บทความวิจัยและบทความวิชาการจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่านทุกท่าน ขอขอบคุณที่ส่งบทความวิจัยมาตีพิมพ์กับวารสารพยาบาลสารของเรา ปีนี้ทางกองบรรณาธิการและคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้มีนโยบายจัดทำบทความฉบับพิเศษเพิ่มอีก 1 เล่มเพื่อเป็นการเผยแพร่บทความที่น่าสนใจ ตามความต้องการของท่านผู้อ่านทุกท่าน

ศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ กลั่นกลั่น
บรรณาธิการ



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน

Relationship Between Uncertainty in Illness and Coping Among Caregivers of Children with Acute Illness

สุธิศา	ลำช้าง*	Suthisa	Lamchang*
จิตติมา	สุขเลิศตระกูล**	Thitima	Suklerttrakul**
อรพินท์	จันทร์ปัญญาสกุล***	Orapin	Junpunyaskool***
ปรีชา	ลำช้าง****	Preecha	Lamchang****

บทคัดย่อ

ผู้ดูแลที่อยู่กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยเฉียบพลัน ส่งผลด้านลบต่อการเผชิญความเครียด การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือ ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน อายุ 1 เดือน ถึง 6 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็กของบิดามารดา และแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.83 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา คะแนนสัมพัทธ์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 74.72$, $SD = 17.72$) และความรู้สึกไม่แน่นอนรายด้านคือ 1. ความคลุมเครือเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย ($\bar{x} = 21.21$, $S.D. = 5.37$) 2. การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค ($\bar{x} = 15.19$, $S.D. = 4.18$) 3. ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสม ($\bar{x} = 14.13$, $S.D. = 4.77$) 4. การขาดข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย ($\bar{x} = 12.95$, $S.D. = 3.18$) 5. ความต่างของการตัดสินใจกับบุคลากรทีมสุขภาพ ($\bar{x} = 11.23$, $S.D. = 3.65$) มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง
2. ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันใช้วิธีการเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่งวิธีและวิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การเผชิญกับปัญหา (คะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.43) รองลงมาคือ การแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ (คะแนนสัมพัทธ์ เท่ากับ 0.36) และการจัดการกับอารมณ์ (คะแนนสัมพัทธ์ เท่ากับ 0.20) ตามลำดับ

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, suthisa.la@cmu.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, thitima.suk@cmu.ac.th

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Professional Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai Province: ojunpuny@gmail.com

**** รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** Associate Professor, Faculty of Science, Chiang Mai University, preecha.l@cmu.ac.th



3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาทางลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.33, p < .05$)

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กพัฒนาวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด ผู้ดูแล เด็กป่วยเฉียบพลัน

Abstract

Postpartum weight retention is the increase in body weight following childbirth when compared to before pregnancy, which can have a negative effect on the physiology and psychology of postpartum mothers. The purpose of this descriptive correlation study was to explore the relationship between physical activity, dietary quality, breastfeeding, and weight retention, among 6 month postpartum mothers. The participants consisted of 102 six month postpartum mothers who were sampled randomly, had a greater postpartum weight than pre-pregnancy weight, and who brought their babies to receive vaccinations in the Outpatient Pediatric Department of Phramongkutklo Hospital, and the Well Child Clinic at Queen Sirikit National Institute of Child Health, between October 2014 and May 2015. The research instruments used included the physical activity questionnaire modified from the pregnancy physical activity questionnaire of Bungorn Supavititpatana (Supavititpatana, 2010), by the researcher, a 24-hour dietary recall report form, and a breastfeeding questionnaire which the researcher developed from Baker et al. (2008). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation.

The results of this study were as follows: The proportion of participants who had a low physical activity level was 77.45 percent. The proportion of participants who had an appropriate diet was 59.80 percent. The proportion of participants who had exclusively breastfed for 6 months after childbirth was 47.06 percent. The proportion of participants who had a 6 month postpartum weight greater than or equal to 5 kilograms more than their pre-pregnancy weight, was 35.29 percent. Physical activity had no correlation with 6-month postpartum weight retention. Dietary quality had a significantly high positive correlation with postpartum weight retention ($r=.714, p<.01$). Breastfeeding had a significantly low negative correlation with postpartum weight retention ($r=-.220, p<.05$).

The results of this study indicate that programs should be provided which promote knowledge of dietary quality and breastfeeding in relation to postpartum mothers in order to prevent postpartum weight retention.

Key words: physical activity, dietary quality, breastfeeding, weight retention, postpartum mothers



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การป่วยเฉียบพลัน (acute illness) เป็นการป่วยที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด มีระยะเวลาการเจ็บป่วยช่วงสั้นๆ (Carlson, 2008) และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปี ค.ศ. 2017 มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั่วโลกเสียชีวิตประมาณ 5.4 ล้านคน หรือประมาณวันละ 15,000 คน โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (World Health Organization [WHO], 2018) รายงานจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (ปี พ.ศ. 2561) พบว่าปอดอักเสบเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 3 โดยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการตาย 39.6, 46.7, 46.9, 48.9 และ 48.3 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ. 2560 กลุ่มที่พบมากที่สุดคือ เด็กอายุแรกเกิดถึง 4 ปี พบ 29.5 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ยังมีสาเหตุการตายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันด้วยโรคอื่น โดยในเด็กอายุแรกเกิดถึง 4 ปี ในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการตายจากโรคติดเชื้อและปรสิต อาการท้องเสีย กระเพาะและลำไส้ อักเสบ อัตรา 9.9 ต่อประชากรแสนคน (Strategy and Planning Division is the center of the administration, Ministry of Public Health, 2018) เด็กป่วยเฉียบพลันส่วนใหญ่มีอาการไข้สูง หายใจเร็ว หอบเหนื่อย หนาวสั่น ไอมีเสมหะ หรืออาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเหลว (McCarthy, 2007) บางรายรับประทานอาหารลดลง ซึม อ่อนเพลีย (Smith, 2011) ส่วนใหญ่เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลอาจไม่ได้วางแผนล่วงหน้าและต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอาการของเด็กและการตรวจรักษาที่เด็กได้รับ พฤติกรรมของเด็กที่เปลี่ยนแปลง บุคลากรทีมสุขภาพที่หลากหลาย ผู้ดูแลเด็กป่วยอื่นและสิ่งแวดล้อมใหม่ ผู้ดูแลอาจได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคหรือการรักษาไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อาจมีความยากลำบากในการประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยของเด็ก (Ueki, Takao, Komai, Fujiwara, & Ohashi, 2017) โดยเฉพาะเด็กป่วยที่อายุน้อยกว่า 6 ปี อาจมีอาการรุนแรงและมี

อาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (uncertainty in illness) ตามแนวคิดของ Mishel (1988) หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 2) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ 3) การขาดข้อมูลการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และ 4) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค (Mishel, 1988) ซึ่งมีผู้นำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังหลายกลุ่ม แต่การศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ดูแลกลุ่มโรคเฉียบพลันยังมีน้อย พบการศึกษาของ Ueki, Takao, Komai, Fujiwara, & Ohashi (2017) ที่ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในมารดาของทารกป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลเป็นกรอบในการศึกษา และได้สรุปความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาแบ่งเป็น 5 ด้านคือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย 2) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค 3) ความต่างของการตัดสินใจกับบุคลากรทีมสุขภาพ 4) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย และ 5) ความคลุมเครือเกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสม ซึ่งต่อมา Ueki, Komai, & Ohashi (2017) ได้พัฒนาแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็กของบิดามารดา (Parents' Uncertainty regarding their child with Acute Illness Scale [PUCAS]) โดยแบ่งเป็น 5 ด้านคือ 1) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค 2) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย 3) ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสม 4) ความต่างของการตัดสินใจกับบุคลากรทีมสุขภาพ และ 5) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดมาจากความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด ซึ่งความเครียดอาจเป็นปฏิกิริยาของร่างกายต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือ ความ



สัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลจะประเมินแหล่งประโยชน์และตัดสินใจว่าความรู้สึกหรือสถานการณ์ดังกล่าวโดยใช้กระบวนการรู้คิด (cognitive appraisal) (Lazarus & Folkman, 1984) ถ้าบุคคลประเมินสถานการณ์เป็นอันตราย (danger appraisal) บุคคลจะแสวงหาวิธีต่างๆ เพื่อให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง หากบุคคลประเมินสถานการณ์เป็นโอกาส (opportunity appraisal) บุคคลจะพยายามคงความรู้สึกไม่แน่นอนไว้ (Mishel, 1988) หากบุคคลประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นหรือสิ่งแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์ว่าเป็นสิ่งก่อความเครียดที่มีผลต่อจิตใจ ทำให้เกิดความไม่สบายใจ ทุกข์ใจ หรือวิตกกังวล และตนเองอาจได้รับอันตราย ถูกคุกคาม และไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ บุคคลจะพยายามทั้งความคิดและการกระทำที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา และไม่มี การตัดสินใจว่าวิธีการเผชิญความเครียดวิธีใดมีประสิทธิภาพขึ้นกับบริบท บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดีคือ บุคคลที่เลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์

บุคคลจะจัดการกับสิ่งที่คุกคามทั้งภายในและภายนอกร่างกาย โดยบุคคลอาจเลือกใช้การเผชิญความเครียดใน 2 ลักษณะ คือ 1) การมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น (problem-focused coping) ซึ่งเป็นการจัดการหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียดโดยตรง ได้แก่ การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การคิดหาวิธีแก้ไข การเผชิญและยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา รวมทั้งการขอความช่วยเหลือหรือขอคำแนะนำจากผู้อื่น และ 2) การจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) ซึ่งเป็นการกระทำที่บุคคลพยายามลดหรือบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การทำสมาธิ การใช้สารเสพติด และการใช้กลไกทางจิต (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่ง Jalowice (1988) ได้นำแนวคิดของ ลาซารัส และโฟล์คแมน มาจัดแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ลักษณะคือ 1) วิธีเผชิญกับปัญหา (confrontive coping) ซึ่งเป็นวิธีการควบคุมปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด

ความเครียดให้ดีขึ้น 2) วิธีการจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) ซึ่งเป็นวิธีการที่มุ่งแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกเป็นทุกข์หรือไม่สบายใจ โดยการแสดงความรู้สึกหรือระบายอารมณ์ โดยเหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง 3) การแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ (palliative coping) ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ควบคุมสถานการณ์หรือแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ ใช้แนวทางที่เปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยเหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง บุคคลที่ใช้การเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนอย่างเหมาะสมก็จะปรับตัวให้อยู่กับความรู้สึกไม่แน่นอนได้ (Mishel, 1988)

การศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรัง ดังการศึกษาของ Hodgkinson & Lester (2002) เกี่ยวกับความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยโรคซิสติกไฟโบรซิส (cystic fibrosis) ที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มารดามีภาวะเครียดจากผลกระทบที่เกิดจากการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง และการเปลี่ยนแปลงบทบาทหรือหน้าที่การทำงาน โดยวิธีเผชิญปัญหาที่ใช้บ่อยๆ คือ การค้นหาความช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้อื่น โดยเฉพาะพยาบาล และการศึกษาของ Azar & Solomon (2001) เกี่ยวกับวิธีเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคเบาหวาน พบว่า วิธีที่ผู้ปกครองใช้บ่อยๆ คือ วิธีมุ่งแก้ปัญหา การประมวลเหตุการณ์เกี่ยวกับความเครียดใหม่ เพื่อจัดการต่อปัญหาได้ดี และการพึ่งพาแหล่งประโยชน์ทางเพื่อนบ้าน จากการศึกษาดังกล่าววิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังใช้บ่อยๆ คือ การค้นหาความช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้อื่น หรือ วิธีมุ่งแก้ปัญหา

การเจ็บป่วยเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าและมีระยะเวลาในการดำเนินโรคล้น (Neff & Spray, 1996) ทำให้การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันและส่งผลให้ผู้ดูแลเลือกใช้การเผชิญความเครียดแตกต่างจากผู้ดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษาของ Barrera, D'Agostino, Gibson, Gilbert, Weksberg, & Malkin (2004) เกี่ยวกับเปรียบเทียบการปรับตัวทางจิตวิทยาระหว่างมารดาของเด็กป่วยโรค



มะเร็งและมารดาเด็กป่วยโรคเฉียบพลัน พบว่า มารดาของเด็กป่วยมะเร็งจะมีภาวะซึมเศร้า ใช้วิธีจัดการกับอารมณ์และการแสวงหาแหล่งสนับสนุนมากกว่ามารดาเด็กป่วยโรคเฉียบพลัน อย่างไรก็ตามการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันยังมีข้อมูลไม่เพียงพอในการสรุปเป็นข้อสรุปพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าใจความเจ็บป่วยของเด็กอย่างถูกต้องและนำไปสู่การให้การดูแลเด็กป่วยอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

แนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็กของบิดามารดาของ Ueki, Komai & Ohashi (2017) ซึ่งพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Mishel (1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เด็กป่วยเฉียบพลันและต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล เนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นสถานการณ์ที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า เด็กป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีอาการรุนแรง หายใจเร็ว เหนื่อย หอบ ไอ ตูมนมหรือรับประทานได้น้อยลง ซึม หรือมีไข้ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้ดูแลมีความ

รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กใน 5 ด้าน คือ

- 1) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค
- 2) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย
- 3) ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสม
- 4) ความต่างของการตัดสินใจกับบุคลากรทีมสุขภาพ และ
- 5) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย เมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็ก ผู้ดูแลจะประเมินตัดสินความรู้สึกหรือสถานการณ์ดังกล่าวโดยใช้กระบวนการรู้คิด (cognitive appraisal) ซึ่งการเผชิญความเครียดที่ผู้ดูแลใช้จะมี 3 ลักษณะคือ การเผชิญกับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการแก้ไขปัญหาทางอ้อม การเผชิญความเครียดวิธีใดมีประสิทธิภาพขึ้นกับบริบท บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดี คือ บุคคลที่เลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กอายุตั้งแต่ 1 เดือนถึง 6 ปี ที่มีอาการป่วยเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ เป็นบิดามารดาหรือผู้ดูแลหลักที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็กป่วยและอยู่เฝ้าเด็กในโรงพยาบาล สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เด็กในความดูแลได้รับการรักษาไม่เกิน 48 ชั่วโมง ไม่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม ไม่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง โรคหัวใจ หรือโรคไต ไม่มีอาการรุนแรงถึงขั้นวิกฤต เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ได้กลุ่มตัวอย่าง 85 ราย (Polit, 2010)



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ ลักษณะครอบครัว ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล และการได้รับความรู้เรื่องการดูแลเด็กป่วย และ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของการดูแลเด็กป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ โรค จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (รวมทั้งการอยู่โรงพยาบาลครั้งนี้) ระยะเวลาของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ และการรักษาที่ได้รับ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็กของบิดามารดาของ Ueki, Komai & Ohashi (2017) ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสถานการณ์เจ็บป่วยของเด็ก 5 ด้านคือ 1) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค 2) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย 3) ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสม 4) ความต่างของการตัดสินใจกับบุคลากรทีมสุขภาพ และ 5) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และให้คะแนน 1 ถึง 5 คะแนน แบ่งระดับความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมและรายด้านเป็น 3 ระดับตามอันตรภาคขั้น คือ ระดับน้อย ปานกลาง และมาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งของสุริภรณ์ สุวรรณโอสถ ซึ่งใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowice Coping Scale (1988) ผู้วิจัยปรับภาษาให้เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 วิธี คือ

1. การเผชิญกับปัญหา จำนวน 13 ข้อ 2. การ

จัดการกับอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ และ 3. การแก้ไขปัญหาทางอ้อม จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยใช้ จนถึง เกือบทุกครั้ง และให้คะแนน 1 ถึง 5 คะแนน การแปลผลโดยคำนวณคะแนนความสัมพัทธ์ (relative score) จากการหาค่าเฉลี่ยของแต่ละวิธีและหารด้วยผลรวมของค่าเฉลี่ยของคะแนนทุกวิธี คะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยด้านใดมาก แสดงว่าผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก ซึ่งจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.01-1.00

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็กของบิดามารดาของ Ueki, Komai & Ohashi (2017) แปลเป็นภาษาไทยและให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์ด้านการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษและภาษาไทย แปลย้อนกลับของแบบวัดจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ หลังจากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษตรวจสอบความตรงกันของภาษาอังกฤษและแบบวัดฉบับต้นฉบับ สำหรับแบบสอบถามการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงแบบสอบถาม จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

3. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็กของบิดามารดาและแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยเฉียบพลันไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย โดยไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมและรายด้านคือ 1) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค 2) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย 3) ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสม 4) ความต่างของการตัดสินใจกับบุคลากรทีมสุขภาพ และ 5) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย เท่ากับ 0.83, 0.84, 0.84, 0.87, 0.85 และ 0.72 ตามลำดับ และแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน เท่ากับ 0.80



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 063/2018 และ 248/61 COA-NUR 063/61 ตามลำดับ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การแนะนำตนเอง ชี้แจงและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะปกปิดเป็นความลับ ไม่เชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยและไม่ได้เป็นผู้ร่วมโครงการวิจัย ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยและลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงแจกแบบสอบถามพร้อมซองเอกสารระบุส่งคืนผู้วิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง หลังจากตอบเสร็จแล้วให้ส่งคืนใส่ในซองเอกสารปิดผนึกส่งคืนผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสอบถาม หากข้อมูลแบบสอบถามไม่ครบถ้วนจะไม่นำมาวิเคราะห์ เมื่อรวบรวมข้อมูลจนครบ 85 รายตามกำหนด แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็กป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณคะแนนความสัมพัทธ์ (relative score) ของการเผชิญความเครียดแต่ละวิธี ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติโคโมโกรอฟ ซามิโนฟ (Kolmogorov – Smirnov

test) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันในแต่ละวิถี ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย ร้อยละ 76.5 คือ มารดา ร้อยละ 20.0 คือ บิดา มีอายุระหว่าง 25 ถึง 55 ปี อายุเฉลี่ย 31.93 ปี (SD.= 6.84) ร้อยละ 43.5 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.4 มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 10,001-50,000 บาท ร้อยละ 51.8 มีรายได้พอเพียง ร้อยละ 57.6 มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 54.1 มีบุตรคนเดียว ร้อยละ 43.5 ไม่มีประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล และร้อยละ 51.8 ได้รับความรู้การดูแลเด็กป่วย

เด็กป่วยในความดูแล ร้อยละ 55.3 เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 4 ปี 9 เดือน อายุเฉลี่ย 21.74 เดือน (SD.=15.27) ร้อยละ 57.6 เป็นโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 12.9 เป็นโรคลำไส้อักเสบ ร้อยละ 8.2 มีการติดเชื้อในกระแสเลือด และ ร้อยละ 21.3 เป็นโรคอื่นๆ เช่น ผื่น ไข้ ร้อยละ 55.3 ได้รับการรักษาให้ออกซิเจน ร้อยละ 51.8 ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 49.4 ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม ร้อยละ 27.1 ได้รับยาลดไข้ และ ร้อยละ 18.8 ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 74.72, S.D. = 17.72) และความรู้สึกไม่แน่นอนรายด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย ($\bar{x}$ = 21.21, S.D.= 5.37) 2) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค ($\bar{x}$ = 15.19, S.D.= 4.18) 3) ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสม ($\bar{x}$ = 14.13, S.D.=4.77) 4) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย ($\bar{x}$ = 12.95, S.D.=3.18) 5) ความต่างของการตัดสินใจกับบุคลากรทีมสุขภาพ ($\bar{x}$ = 11.23, S.D.=3.65) มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันโดยรวมและรายด้าน (n=85)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม	25 - 125	32 - 116	74.72	17.72	ปานกลาง
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยรายด้าน					
ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค	5 - 25	5 - 25	15.19	4.18	ปานกลาง
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย	7 - 35	7 - 33	21.21	5.37	ปานกลาง
ด้านความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสม	5 - 25	5 - 24	14.13	4.77	ปานกลาง
ด้านความต่างของการตัดสินใจกับบุคลากรทีมสุขภาพ	4 - 20	4 - 19	11.23	3.65	ปานกลาง
ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย	4 - 20	4 - 20	12.95	3.18	ปานกลาง

ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันใช้วิธีการเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่งวิธี และวิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การเผชิญกับปัญหา (คะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.43) รองลงมา คือ การแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ (คะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.36) และการจัดการกับอารมณ์ (คะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.20) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันจำแนกตามรายด้าน (n=85)

วิธีการเผชิญความเครียด	ช่วงคะแนน		$\bar{x}$	S.D.	คะแนนสัมพัทธ์
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			
การเผชิญกับปัญหา	1 - 65	21 - 61	48.55	5.69	0.43
การจัดการกับอารมณ์	1 - 45	13 - 39	22.25	4.84	0.20
การแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์	1 - 70	26 - 64	40.81	5.88	0.36

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับการเผชิญกับปัญหา ($r = -0.33$, $p < .05$) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดโดยรวมและการจัดการอารมณ์และการแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ ($r = -0.16$, $p > .05$; $r = 0.13$, $p > .05$; $r = -0.04$, $p > .05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการเผชิญความเครียดโดยรวมและรายด้านของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน (n=85)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การเผชิญความเครียดโดยรวม	-.16 ^{ns}
การเผชิญกับปัญหา	-.33*
การจัดการกับอารมณ์	.13 ^{ns}
การแก้ไขปัญหาทางอ้อม	-.04 ^{ns}

* $p < .05$, ^{ns} $p > .05$

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้
วัตถุประสงค์ข้อ 1 เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน

การศึกษครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และความรู้สึกไม่แน่นอนรายด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ดังตารางที่ 1 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า เด็กป่วยเฉียบพลันส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการ ไข้ หายใจเร็ว (McCarthy, 2007) แม้ว่าการป่วยเฉียบพลันจะเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ระยะเวลาดำเนินโรคลั้น ทันทีทันใดและมีระยะเวลาการดำเนินของโรคลั้นๆ (Neill, 2000) ส่วนใหญ่แพทย์วินิจฉัยโรคได้จากอาการของเด็กและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อแพทย์ให้การรักษาส่งผลให้เด็กจะมีดีขึ้นอย่างรวดเร็วจากการศึกษานี้ส่วนใหญ่เด็กได้รับการวินิจฉัยโรคชัดเจนคือ ร้อยละ 57.6 เป็นโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 12.9 เป็นโรคลำไส้อักเสบ และการรักษาที่เด็กได้รับ ร้อยละ 55.3 ได้รับออกซิเจน ร้อยละ 51.8 ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 49.4 ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม ร้อยละ 27.1 ได้รับยาลดไข้ และ ร้อยละ 18.8 ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ หากการรักษาได้ผลดีจะทำให้เด็กมีอาการดีขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลอาจสามารถทำนายการดำเนินโรคได้ ซึ่งเด็กทุกรายไม่มีอาการรุนแรงถึงขั้นวิกฤต เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ และไม่มีภาวะผิดปกติทางพันธุกรรม ไม่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย แต่อย่างไรก็ตามมีเด็กป่วยบางรายที่การวินิจฉัยโรคยังไม่แน่นอน คือ ร้อยละ

8.2 เด็กมีการติดเชื้อในกระแสเลือด และ ร้อยละ 21.3 เป็นโรคอื่นๆ เช่น ผื่น ไข้ อาจยังไม่ทราบสาเหตุ อาจทำให้ผู้ดูแลบางรายไม่แน่ใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก ความรุนแรงของโรค และ ร้อยละ 43.5 ผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล แต่ ร้อยละ 51.8 ผู้ดูแลก็ได้รับความรู้การดูแลเด็กป่วย ทำให้ได้รับข้อมูลทั้งด้านโรคและการดูแลเด็กป่วย ซึ่งผู้ดูแลให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าได้รับคำแนะนำในเรื่องโรค การสังเกตอาการ เช่น การหายใจ การเช็ดตัวลดไข้ การดูแลเด็ก การป้อนยา ซึ่งจากแนวคิดของ Mishel (2014) หากบุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความชัดเจนของปัจจัยรอบสิ่งกระตุ้นจะเป็นผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง จึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

วัตถุประสงค์ข้อ 2 เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน

การศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันใช้การเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่งวิธี และวิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การเผชิญกับปัญหา (คะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.43) และวิธีที่ใช้น้อยที่สุดคือ การจัดการกับอารมณ์ (คะแนนสัมพัทธ์ เท่ากับ 0.20) (ดังตารางที่ 2) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า บุคคลจะประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามการรับรู้ที่มีต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วยและความเชื่อพื้นฐานของบุคคล โดยประเมินตัดสินออกเป็น 2 รูปแบบคือ การประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาส บุคคลก็จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อคงความรู้สึกนั้นไว้



และการประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย (danger) บุคคล จะใช้การเผชิญความเครียดมุ่งแก้ไขปัญหาคือใช้วิธี จัดการด้านอารมณ์เพื่อตอบสนองต่อความรู้สึกไม่ แน่นนอน (Mishel, 2014) จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่ม ตัวอย่างมีอายุระหว่าง 25 ถึง 55 ปี อายุเฉลี่ย 31.9 ปี ร้อยละ 43.5 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ซึ่งมีวุฒิภาวะ และวุฒิการศึกษาในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาที่ เผชิญ และเลือกวิธีเผชิญกับการป่วยของเด็กในการที่จะ ค้นหาปัญหาการป่วยของเด็ก วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น ตัดสินใจ และหาวิธีการต่างๆ ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้ง การจัดการแก้ไขปัญหา

อย่างไรก็ตามเนื่องจากเด็กป่วยในความดูแลมีอายุ ระหว่าง 1 เดือน ถึง 4 ปี 9 เดือน อายุเฉลี่ย 21.74 เดือน ซึ่งเป็นทารกและเด็กเล็ก เมื่อเด็กป่วยเฉียบพลันและเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กอาจมีการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น มีความ เข้มข้นออกซิเจนเปลี่ยนแปลง เจ็บปวด หรือ กลัวจาก หัตถการการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เช่น การเจาะเลือด การดูดเสมหะ (Johnston et al., 2012) ทำให้ผู้ดูแล ทุกหัวใจกังวลใจจากการศึกษาของ สุธิศา ล่ามช้าง, จิตติมา สุขเลิศตระกูล, อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล และ ปรีชา ล่ามช้าง เกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยในเด็กของผู้ดูแล ผู้ดูแล เด็กป่วยเฉียบพลันอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ความเจ็บ ป่วยของเด็กมีการคุกคามอยู่ในระดับปานกลาง (Lamchang, Suklertrakul, Junpunyaskool, & Lamchang, 2018) ผู้ดูแลอาจเลือกใช้วิธีการเผชิญ ความเครียดด้วยวิธีการจัดการอารมณ์ ได้แก่ การปฏิเสธ หลีกเลียง แยกตัว ร้องไห้ กล่าวโทษ หรือ ระบายความ รู้สึกโกรธ การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลใช้วิธีเผชิญ ความเครียดมากกว่าหนึ่งวิธี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lamchang, Suklertrakul, Junpunyaskool, Lamchang, & Leoviriyakit (2018) ที่ศึกษาพฤติกรรม เผชิญความเครียดของผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กป่วยที่ ติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันซึ่งเป็นเด็กป่วย เฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

พบว่า ผู้ดูแลใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่ง วิธี และมากกว่าครึ่งหนึ่งใช้การเผชิญความเครียดด้วย การเผชิญกับปัญหา การแสดงความรู้สึกไม่พอใจต่อปัญหา การควบคุมตนเอง การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม การ หลีกหนีปัญหา และการวางแผนแก้ปัญหา เป็นบางครั้ง (ร้อยละ 64.0 72.0, 69.3, 57.3, 61.3 และ 68.0 ตาม ลำดับ) สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ใช้วิธีเผชิญ ความเครียดมากที่สุดคือ การเผชิญกับปัญหาเช่นเดียวกัน

วัตถุประสงค์ ข้อ 3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการ เผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน

การศึกษานี้พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันมีความ สัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับการเผชิญกับปัญหา ($r = -0.33, p < .05$) ดังตารางที่ 3 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยคือ การที่บุคคล ไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องความ เจ็บป่วยได้ เป็นสภาวะการรู้คิดที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่ สามารถจัดโครงสร้างหรือหมวดหมู่ของเหตุการณ์ความ เจ็บป่วย จากการขาดคำแนะนำที่เพียงพอ (Mishel, 1988) หากผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็ก มาก ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มี ความชัดเจนของปัจจัยรอบสิ่งกระตุ้นลดลง อาจนำไป สู่การขาดข้อมูล (Mishel, 2014) ทำให้ผู้ดูแลใช้การเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาน้อย ซึ่งการเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหานั้นเป็นการเผชิญที่มุ่งไปที่ การเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด โดย การใช้วิธี การค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น การวางแผน การตัดสินใจ การหาวิธีการต่างๆ ในการ แก้ไขปัญหาและการจัดการแก้ไขปัญหา (Lazarus & Folkman, 1984) อย่างไรก็ตามหากผู้ดูแลมีความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อย ทำให้เข้าใจเหตุการณ์ที่ เกี่ยวข้องความเจ็บป่วยได้ ทำให้การเผชิญความเครียด แบบมุ่งแก้ไขปัญหามีจุดมุ่งหมายชัดเจน สามารถใช้วิธี การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามาก



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางให้พยาบาลในการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็ก และหาแนวทางในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยดังกล่าว รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเผชิญความเครียดด้วยการเผชิญกับปัญหา ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุดอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาหาแนวทางพัฒนาการพยาบาลเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน และควรศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น อาการชัก หรือ เด็กป่วยวิกฤติ

เอกสารอ้างอิง

- Azar, R., & Solomon, C. R. (2001). Coping strategies of parents facing child diabetes Mellitus. *Journal of Pediatric Nursing*, 16 (6), 418 – 428.
- Barrera, M., D'Agostino, N. M., Gibson, J., Gilbert, T., Weksberg, R., & Malkin, D. (2004). Predictors and mediators of psychological adjustment in mothers of children newly diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 630 – 641.
- Carlson, G. (2008). What's the difference between a chronic illness and an acute illness. Retrieved from <http://missourifamilies.org/quick/healthqa/healthqa15.htm>.
- Hockenberry M. J., & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing* (8th ed.). St.Louis: Mosby Elsevier.
- Hockenberry, M.J., Wilson, D., Rodgers, C. (2017). *Wong's essentials of pediatric nursing*. (10th ed). Missouri: Elsevier St.Louis.
- Hodgkinson, R., & Lester, H. (2002). Stresses and coping strategies of mothers living with a child with cystic fibrosis: Implications for nursing professionals. *Journal of Advanced Nursing* 39(4), 377 – 383. Retrieved from <http://search.epnet.com>.
- Jalowice, A, Murphy, S.P., & Powers, M. J. (1983). Psychometric assessment of the Jalowice Coping Scale. *Nursing Research*, 33(3), 157-161.
- Johnston, C. C., Rennick, E. J., Fillion, F., Campbell-Yeo, M., Goulet, C., Bell, L., Tucci, M., & Ranger, M. (2012). Maternal touch and talk for intensive procedures in infants and toddlers in the pediatric intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 27, 144-153.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer publishing company.
- Lamchang, Suthisa., Junpunyaskool, Orapin., Siripao, Nipaporn., Lamchang, Preecha., & Leoviriyakit, Nunta. (2008). Relationship between stress, social support, selected factors and coping behaviors among parents of children with acute respiratory tract infections. *Journal of Public Health Nursing*, 22 (1): 51-66. (In Thai).



- Lamchang, Suthisa., Suklertrakul, Thitima., Junpunyaskool, Orapin., & Lamchang, Preecha. (2018). Perception of illness among caregivers of children with acute illness and related factor. *Nursing Journal*, 45 (1): 75-86. (In Thai).
- Mccarthy, P.L. (2007). The acutely ill child. In R. M. Kliegman, H. B. Jenson, R. E. Behrman, & B. F. Stanton (Eds.), *Nelson Textbook of Pediatrics*. (18th ed., pp 363-366). United States of America: Saunders.
- McCormick, K.M. (2002). A Concept Analysis of Uncertainty in Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 34:2, 127-131.
- Meltzer, J. L., Davis, F. K., & Mindell, A. J. (2012). Patient and parent sleep in a children's hospital. *Pediatric Nursing*, 38(2), 64-71.
- Mishel, M.H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30(5), 258-263.
- Mishel, M.H. (1983). Parents, perception of uncertainty concerning their hospitalized child. *Nursing Research*, 32(6), 324-330.
- Mishel, M.H. (1988). Uncertainty in illness. *Image Journal Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Mishel, M.H. (2014). Theories of uncertainty in illness. In M.J. Smith., & P.R. Liehr. (Ed.), *Middle range theory for nursing*, pp. 53-86. New York: Springer Publishing company.
- Neill, S.J. (2000). Acute childhood illness at home: the parents' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 821-832.
- Polit, D.F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research*. (2nd ed., pp 202). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Roberts, C. A. (2010). Unaccompanied hospitalized children: A review of the literature and Incidence study. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 270-476.
- Strategy and Planning Division is the center of the administration, Ministry of Public Health. (2018). *Public Health Statistics. A.D.2017*. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf.(In Thai).
- Suwannosoth, Suraphon., Kanthawang, Sriphan., & Yenbut, Charatsri. (2004). Uncertainty, social support, and coping strategies among parents of children with cancer. Retrieved from http://library.cmu.ac.th/digital_collection/theses/fulltext. (In Thai).
- Ueki, S., Komai, K., & Ohashi, K. (2017). Development of scale to screen parents with uncertainty regarding their child with acute illness. *Open Journal of Nursing*, 7, 1246-1247.
- Ueki, S., Takao, K., Komai, K., Fujiwara, C., & Ohashi, K. (2017). Maternal uncertainty about infants' hospitalization for acute childhood illness: A qualitative study. *Open Journal of Nursing*, 7, 645-656.
- World Health Organization. (2018). Children: reducing mortality. Retrieved from <http://www.who.int/>.



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการของพ่อแม่มือใหม่ การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

Factors Related to Caregiver Burden of Children with Congenital Heart Disease After Open Heart Surgery

หยาดพิรุณ เสาร์เป็ง * Yardpirun Saopeng *
อุษณีย์ จินตะเวช ** Usanee Jintrawet **
จุฑามาศ โชติบง *** Jutamas Chotibang ***

บทคัดย่อ

ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต้องมีความรับผิดชอบและความละเอียดรอบคอบ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความ รู้สึกว่าการดูแลเด็กป่วยมีความยากลำบาก และเป็นภาระในการดูแล การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้แก่ สมรรถนะแห่งตนในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดภาระการดูแลของ Chou (2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีอายุระหว่าง 1-5 ปี ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ 3 แห่งในภาคเหนือ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 จำนวน 85 ราย และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แบบวัดภาระของผู้ดูแล แบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการดูแล และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88 .99 และ .93 ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 .91 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและแบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยมีดังนี้ ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีภาระในการดูแลอยู่ในระดับน้อย สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.53, p < .01$, $r = -.38, p < .01$) ตามลำดับ ผลการวิจัยในครั้งนี้ช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลมีข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคม และส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพื่อลดภาระของผู้ดูแล และสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

* นักศึกษามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
* Student of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Abstract

Caregivers of children with congenital heart disease after open heart surgery must take responsibility and be cautious to prevent possible complications after children have undergone open heart surgery. Thus, caregivers may feel that the care of their child is also a burden. The purpose of this correlational descriptive research was to examine factors related to caregiver burden, including perceived caregiving self-efficacy and social support. The concept of caregiver burden from Chou (2000), alongside a literature review, was used as the framework for this study. The study samples were selected by purposive sampling and included 85 caregivers of children (aged 1 to 5 years) with congenital heart disease after open heart surgery, who visited the pediatric out-patient departments of three tertiary hospitals in northern Thailand during October 2015 to January 2016. Data were collected using questionnaires which consisted of the Caregiver Burden Questionnaire, the Caregiving Self-efficacy Questionnaire, and the Social Support Questionnaire. The content validity of these questionnaires were .88 .99 and .93, respectively and the reliability were .88 .99 and .93 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and Spearman rank correlation.

Findings of this study showed caregivers of children with congenital heart disease after open heart surgery had the burden of care at a low level. Perceptions of caregiving self-efficacy and social support showed a statistically significant negative relationship with caregiver burden ($r = -.53, p < .01, r = -.38, p < .01$).

The results of this study serve as preliminary information for nurses to use to promote social support and perceived self-efficacy of caregivers regarding home care of children with congenital heart disease after open heart surgery so as to minimize caregiver burden and enable them to provide care effectively.

Key word: Caregiver Burden of Children with Congenital Heart Disease After Open Heart Surgery, Factors Related

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease [CHD]) คือโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางโครงสร้างหรือหลอดเลือดของหัวใจของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา โดยความผิดปกตินั้นจะแสดงให้เห็นตั้งแต่แรกเกิด (Go et al., 2013) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบว่ามีการอุบัติการณ์การเกิดในแต่ละเชื้อชาติอัตราใกล้เคียงกัน คือ ประมาณ 8 ราย จากเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 ราย

(Harvey, Kovalsky, Woods & Loan, 2013) โดยช่วงอายุเด็กป่วยที่พบว่ามีอาการแสดงความผิดปกติของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและตรวจพบมากที่สุดคือ แรกเกิด - 5 ปี ประเทศไทยพบว่าโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ ventricular septum defect (VSD) ร้อยละ 36 , patent ductus arteriosus (PDA) ร้อยละ 13 และ atrial septum defect (ASD) ร้อยละ 8 ของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้งหมด



(Khongphatthanayothin, 2009) การรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเด็ก มี 3 วิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การทำหัตถการเพื่อซ่อมแซมความผิดปกติ (cardiac catheterization) และการผ่าตัด โดยการผ่าตัดสามารถแบ่งออกตามความจำเป็นของการใช้เครื่องปอด-หัวใจเทียม (cardiopulmonary bypass) ได้แก่ การผ่าตัดหัวใจแบบปิด และการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นการผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในขณะที่เด็กป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และมีการหยุดการทำงานของหัวใจและปอด โดยใช้เครื่องปอด-หัวใจเทียมทำหน้าที่แทน ในขณะเดียวกันร่างกายเด็กป่วยจะถูกการลดอุณหภูมิลงเพื่อทำให้หัวใจและอวัยวะอื่นๆ ทนต่อการขาดเลือดไปเลี้ยงได้ดีขึ้น จากสถิติข้อมูลการผ่าตัดโรคหัวใจของสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทยในปี 2551 พบว่าในปี 2550 มีเด็กป่วยได้รับการผ่าตัดโรคหัวใจแบบเปิดจำนวน 9,653 ราย (The Society of Thoracic Surgeons of Thailand, 2008) ซึ่งการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการแก้ไขลักษณะทางโครงสร้างเท่านั้น แต่หัวใจเด็กป่วยยังคงต้องใช้เวลาอย่างน้อยประมาณหนึ่งปีสำหรับการกลับมาทำหน้าที่ได้ปกติ (Senasuttipun, 2007) ดังนั้นเด็กป่วยจึงยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

การดูแลเด็กป่วยภายหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากเด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่สามารถสื่อสารความรู้สึกของตนให้ผู้อื่นรับรู้ได้อย่างชัดเจน (Siriwannabud, 2004) ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลเด็กป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อเนื่องใน 9 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลเรื่องอาหาร 2) การควบคุมปริมาณเกลือและน้ำ 3) การป้องกันการติดเชื้อ 4) การดูแลแผลผ่าตัด 5) การออกกำลังกายและการพักผ่อน 6) การดูแลเรื่องยา 7) การไปรับตรวจตามนัด 8) ดูแลทางด้านพัฒนาการ และ 9) ด้านจิตใจ (Mathew, 2013) หากผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมอาจทำให้เด็กป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ อาจส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและ

จิตใจของเด็กป่วย

ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เกิดความวิตกกังวลและความทุกข์ทางด้านจิตใจ ตั้งแต่ทราบการวินิจฉัยโรค (Yildiz, Celebioglu & Olgun 2009) อีกทั้งระหว่างรอผ่าตัดซึ่งมักจะมีระยะเวลานาน เด็กป่วยมักจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความยากลำบากของการดูแล อีกทั้งหลังผ่าตัด ยังต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลเด็กป่วยเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระในการดูแลเด็กป่วย

ตามแนวคิดของ Chou (2000) ภาระการดูแล คือ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงปัญหา ความยากลำบากหรือผลกระทบที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง ภาระการดูแลนั้นประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ ภาระการดูแลเป็นการรับรู้ของบุคคล (subjective perception) ซึ่งมีความต่างกันในแต่ละบุคคล เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (multidimensional phenomena: bio-eco-psycho-social) มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (dynamic change) และอาจเป็นความรับผิดชอบ หน้าที่ หรือปริมาณงานที่มากและหนักเกินไป ทำให้มีการรับรู้ถึงภาระการดูแลที่สูงขึ้นทั้ง 4 ด้าน คือ ภาระการดูแลด้านร่างกาย ภาระการดูแลด้านอารมณ์ ภาระการดูแลด้านสังคม และภาระการดูแลด้านเศรษฐกิจ ซึ่งภาระของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับความต้องการและแหล่งประโยชน์ที่ผู้ดูแลมีอยู่ ดังนั้นหากความต้องการของผู้ดูแลมีมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ผู้ดูแลมีอยู่จะทำให้การรับรู้ภาระของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลแต่ละรายอาจจะมีการรับรู้ถึงภาระการดูแลที่แตกต่างกันออกไป

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบเพียงการศึกษาของ Dhiranathara (2008) เกี่ยวกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัด อายุ 1-3 ปี โดยใช้แนวคิดของ Chou (2000) พบว่าผู้ดูแลมีภาระการดูแลในภาพรวมน้อย แต่เมื่อพิจารณาภาระการดูแลเป็นรายด้านพบว่าผู้ดูแลมีภาระด้านเศรษฐกิจสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ตามลำดับ แต่การ



ศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงภาวะของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระยะก่อนผ่าตัดในช่วงอายุ 1-3 ปี ทำให้ผลจากการศึกษาที่ผ่านมาอาจไม่สามารถนำมาอธิบายได้เกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 1-5 ปี ภายหลังการได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ เนื่องจากมีช่วงอายุที่แตกต่างกัน อีกทั้งก่อนและภายหลังการผ่าตัดยังมีการดูแลที่แตกต่างกัน เช่น การดูแลแผลผ่าตัด เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล และปัจจัยด้านเด็กป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการดูแลเด็กป่วย รายได้ของครอบครัว ความเกี่ยวข้องทางสายเลือดกับเด็กป่วย ส่วนปัจจัยด้านเด็กป่วย ได้แก่ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด (Chou, 2000; Halm, 2007; Atagün, Balaban, Atagün, Elagöz, & Özpolat, 2011; Kim et al., 2012; Adelman et al., 2014) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ในแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแล ได้แก่ สมรรถนะแห่งตนในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม

สมรรถนะแห่งตนในการดูแล (Bandura, 1997) กล่าวว่า เป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการจัดการต่อสถานการณ์ที่จำเพาะและในการจัดการต่อภาระหน้าที่ในการดูแล เพราะผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อบุคคลในด้านรูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ ดังนั้นหากผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะส่งผลให้สามารถเผชิญปัญหาและให้การดูแลเด็กป่วยได้ อาจทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงภาระการดูแลลดลงได้ (Montigny & Lacharite, 2005) ซึ่งจากผลการศึกษาภาวะของผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆ คือ การศึกษาของ Dhiranathara (2008) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัด พบว่าปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด ($r =$

.418, $p < .01$) และการศึกษาของ Preechapongmit (2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืด ($r = .380$ $p < 0.01$) ดังนั้นสมรรถนะแห่งตนอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือหรือการสนับสนุน ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร และด้านทรัพยากร ที่บุคคลได้รับจากผู้อื่น หรือกลุ่มคนรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน หรือบุคลากรทางสาธารณสุข (Schaefer, Coyne & Lazarus 1981) ซึ่งเป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลเมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับภาวะต่างๆ ในชีวิต และเป็นส่วนที่ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือการให้ความใกล้ชิด ความรักใคร่ ความผูกพัน การให้ความมั่นใจ ความไว้วางใจ ความยอมรับ ความเอาใจใส่ ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกที่ว่าตนเป็นที่รัก การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือการให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้บุคคลสามารถนำไปแก้ไขปัญหา และการสนับสนุนด้านทรัพยากร คือการให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง และการบริการต่างๆที่จำเป็น โดยการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง และทำให้เกิดการตัดสินใจที่ถูกต้อง เหมาะสม (Cohen & Wills, 1985) หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ พบว่าทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระการดูแลมากขึ้น (Pohn, Given, Collins & Given 1994) คล้ายกับผลการศึกษาของ Santati (2005) เกี่ยวกับรูปแบบจำลองการวิเคราะห์เชิงสาเหตุของความสามารถในการดูแลโรคหืดการทดสอบเชิงประจักษ์ในผู้ปกครองผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหืด พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลโดยตรง และการศึกษาของ Preechapongmit (2012) เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืด ($r = .374$, $p < 0.01$) แต่การศึกษาที่ผ่านมา



เป็นการศึกษาในผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืด ซึ่งลักษณะโรคและการดูแลแตกต่างจากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แต่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเด็กป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเช่นกัน ทำให้ผู้ดูแลอาจต้องเผชิญปัญหาด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลพบว่าปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตนในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา 2 ปัจจัยนี้ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยใช้แนวคิดภาระการดูแลของ Chou (2000) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นแนวทางสำหรับช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในด้านการส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนในการดูแล และให้การสนับสนุนทางสังคม ลดภาระของผู้ดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

คำถามการวิจัย

1. ภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นอย่างไร
2. สมรรถนะแห่งตนในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจ

พิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของChou (2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษา โดยพบว่าภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดคือการรับรู้ของผู้ดูแลถึงปัญหา ความยากลำบากหรือผลกระทบที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยตรง ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงภาระการดูแล 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ โดยปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้แก่ สมรรถนะแห่งตนในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม โดยหากทราบว่าปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหรือไม่อย่างไรจะส่งผลให้สามารถวางแผนในการวางแผนเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคม และส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล เพื่อลดภาระของผู้ดูแล

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของตนเองในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีอายุระหว่าง 1-5 ปี ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ 3 แห่ง ในภาคเหนือระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis)



กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (estimate effect) ที่ .30 จากการเปิดตารางได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย (Polit, 2010) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ ผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป การได้ยินปกติ สามารถเข้าใจ และฟังภาษาไทยได้ มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา หรือญาติสายตรงที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด ASD และ VSD เป็นผู้ให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตั้งแต่ก่อนผ่าตัดต่อเนื่องจนถึงภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 2) แบบวัดภาวะของผู้ดูแลผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดของ Chou (2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ประเมินถึงการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล 4 ด้าน ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1-5 3) แบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ประเมินถึงความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1-5 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Preechapongmit (2012) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ประเมินเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนใน 3 ด้าน ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1-5 เครื่องมือทั้ง 3 ชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: [CVI]) ได้เท่ากับ .88 .96 และ .93 ตามลำดับ และคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน

นาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบวัดภาวะของผู้ดูแล แบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการดูแล และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 .91 และ .88 ตามลำดับ

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากการได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยได้สำรวจรายชื่อเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและมารับการรักษาที่ โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดตามรายชื่อที่สำรวจไว้และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด หลังจากนั้นแนะนำตัวกับผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่พาเด็กป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชกรรม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการวิจัย ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้ทราบสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้โดยจะไม่เสียประโยชน์และสิทธิที่พึงได้รับในการรักษาพยาบาล ในระหว่างการวิจัยหากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อไปก็สามารถบอกเลิกได้ทันที ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนองานวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น จากนั้นให้ผู้ดูแลที่สมัครใจยินยอมเข้าร่วมวิจัยลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงการตอบแบบ สอบถาม และแจกแบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 85 ราย



มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี โดยมีช่วงอายุ 20 - 30 ปี มากที่สุด คือ ร้อยละ 48.23 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.23 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.23 และร้อยละ 51.77 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000 - 20,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.70 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 71.76 และในระหว่างให้การดูแลผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือถึงร้อยละ 98.82 โดยบุคคลที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลมากที่สุดคือ สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 98.82

ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังได้รับ

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีการดูแลอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=33.74$, $SD=5.16$) โดยเมื่อพิจารณาภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นรายด้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลด้านเศรษฐกิจมากที่สุด ($\bar{x}=8.49$, $SD=2.53$) รองลงมา คือด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านร่างกาย ส่วนสมรรถนะแห่งตนในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=119.64$, $SD=16.36$) ในด้านการสนับสนุนทางสังคมผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระดับมาก ($\bar{x}=56.07$, $SD=8.14$)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (n=85)

ปัจจัย	ภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	p-value
สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	-.53	.000*ผู้ดูแลเด็ก
ภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด		
การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	-.38	.000*
ภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด		

* p < .01

ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนในการดูแล กับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.53$, $p < .01$) และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.38$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามคำถามการวิจัย ดังนี้

1. ภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นอย่างไร

ผลการศึกษาภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่า ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=33.74$, $SD=5.16$) โดยผลการศึกษาในครั้งนี้คล้ายคลึงกับกับการ



ศึกษาของ Dhiranathara (2008) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด อายุ 1-3 ปี จำนวน 110 ราย ที่พบว่าผู้ดูแลมีภาระการดูแลในภาพรวมน้อย ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่าในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.23 มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นช่วงวัยที่มีความพร้อมในการปรับตัว เผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหา มีความอดทน บุคคลที่มีอายุมากขึ้นย่อมมีวุฒิภาวะในการเลืกดัดสินใจหรือเลือกปฏิบัติได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถเลือกวิธีการดูแล หรือหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้ (Adelman et al., 2014) อีกทั้งในการศึกษารังนี้ผู้ดูแลถึง ร้อยละ 85.59 ที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาถึงปริญญาตรี โดยการได้รับการศึกษาทำให้มีการเพิ่มพูนความรู้ และพัฒนาทางสติปัญญา สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กป่วยได้ และสามารถให้การดูแลเด็กป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อย (Atagün, Balaban, Atagün, Elagöz, & Özpolat, 2011) นอกจากนั้นผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.06) ซึ่งในสังคมไทยส่วนใหญ่เพศหญิงจะมีหน้าที่ดูแลบ้านและสมาชิกในครอบครัว ส่วนเพศชายมีหน้าที่ในการทำงานเพื่อหารายได้มาดูแลครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลเพศหญิงมีการรับรู้ถึงภาระในการดูแลน้อยกว่าเพศชายเนื่องจากเป็นหน้าที่ที่เคยปฏิบัติมาก่อน (Halm, 2007) อีกทั้งในการศึกษารังนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.71 เป็นมารดาของเด็กป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับเด็กป่วยโดยตรง มีความรักใคร่เอ็นดู มีความใกล้ชิดผูกพันกัน ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นหน้าที่ เป็นความรับผิดชอบของตนและมีความเต็มใจ ยินดีที่จะให้การดูแล ทำให้รับรู้ว่าการดูแลนั้นไม่เป็นภาระ (Chou, 2000; Alboroto & Roper, 2010) นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 48.23) ซึ่งหากทำงานเพื่อมาดูแลเด็กป่วยก็จะส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีรายได้ลดลง ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลเด็กป่วยมากขึ้น (Alboroto & Roper, 2010; Kim et al., 2012; Adelman et al., 2014) แต่ในการศึกษารังนี้พบว่าผู้ดูแลถึงร้อยละ 64.70 มีรายได้ของครอบครัวอยู่

ในช่วง 10,000 - 20,000 บาทต่อเดือน นอกจากนี้พบว่าเด็กป่วยร้อยละ 98.82 ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ในการรักษา ทำให้ลดปัญหาเรื่องภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา มีเพียงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าอาหาร ในการมารับการรักษาตรงตามนัดเท่านั้น อีกทั้งระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลยังเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้ถึงภาระการดูแล โดยในการศึกษารังนี้ ผู้ดูแลส่วนมากมีระยะเวลาในการให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 1 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 71.76) ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการให้การดูแลเด็กป่วยเป็นระยะเวลานานส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์และทักษะในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กได้ดีขึ้น (Kim et al., 2012; Adelman et al., 2014) และส่งผลให้รับรู้ถึงภาระการดูแลลดลง

เมื่อพิจารณาถึงระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคจนถึงวันผ่าตัด ร้อยละ 97.65 ของเด็กป่วย มีระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคจนถึงวันผ่าตัดเท่ากับ 7.11 เดือน ซึ่งการที่เด็กป่วยมีระยะเวลาในการรอผ่าตัดน้อยลงจึงทำให้เด็กป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างที่รอผ่าตัดลดลง ส่งผลให้การฟื้นฟูการทำหน้าที่ของหัวใจให้ดีขึ้น โดยในการศึกษารังนี้มีเด็กป่วยเพียงร้อยละ 23.53 ที่ยังต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน และมีเพียงร้อยละ 20 ที่เคยมีอาการเจ็บป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายหลังการได้รับการผ่าตัด ด้วยอาการ ไข้ ไอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อยหอบ ปอดอักเสบ และหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยมีความถี่ในการเกิดความอาการเจ็บป่วยเพียง 1-2 ครั้ง ซึ่งข้อมูลข้างต้นที่กล่าวมานั้นทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลตนน้อยลง นอกจากนี้ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=119.64, SD=16.36$) ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการให้การดูแล และให้การดูแลได้ถูกต้อง มีแรงบันดาลใจในการทำบทบาทหน้าที่การดูแลของตนเองต่อไป และทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลน้อยลง อีกทั้งยังพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบ



เปิดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระดับมาก ($\bar{x}=56.07, SD=8.14$) ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง และมีส่วนช่วยลดภาวะวิกฤติ ทำให้เกิดการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม (Cohen & Wills, 1985) ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลลดลง

2. สมรรถนะของตนเองในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหรือไม่อย่างไร

ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะแห่งตนในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับมากกับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.53, p < .01$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลมาก จะมีการรับรู้ถึงภาระการดูแลน้อย โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอยู่ในระดับมาก ทำให้สามารถจัดการในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในด้านต่างๆได้ ซึ่งประกอบไปด้วย การดูแลเรื่องอาหาร การควบคุมปริมาณเกลือและน้ำ การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลแผลผ่าตัด การออกกำลังกายและการพักผ่อน การดูแลเรื่องยา การไปรับตรวจตามนัด การดูแลทางด้านพัฒนาการ และการดูแลด้านจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลมีแรงบันดาลใจในการทำบทบาทหน้าที่การดูแลของตนเองด้วยความอดทน อุทิศเวลา ไม่ทอดทิ้ง และทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลน้อยลง (Chou, LaMontagne & Hepworth, 1999) อีกทั้งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดต่อเนื่องจนถึงภายหลังการผ่าตัด ซึ่งกิจกรรมการดูแลระหว่างก่อนผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัดบางเรื่องมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน อีกทั้งพบว่าร้อยละ 80 ของเด็กป่วย ไม่เคยเจ็บป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลที่มากขึ้น และรับรู้ถึงภาระน้อยลง โดยผลการศึกษา

ในครั้งนี้คล้ายคลึงกับผลการศึกษาในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆ คือ การศึกษาของ Dhiranathara (2008) ที่พบว่าปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด นอกจากนี้จากการศึกษาของ Preechapongmit (2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด อายุ 1-6 ปี จำนวน 88 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดของภาระการดูแลของ Chou (2000) พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลโรคหอบหืด

ส่วนความความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.38, p < .01$) ซึ่งแสดงว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีการรับรู้ถึงภาระการดูแลน้อย จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระดับมาก ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลร้อยละ 87.06 มีสถานภาพสมรสและอาศัยอยู่ด้วยกัน จึงทำให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสามีและภรรยาในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างทั้งสมาชิกในครอบครัว ญาติ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เด็กเข้ารับการผ่าตัด ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนจากสังคมที่เพียงพอนี้ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ที่ดี และมีอารมณ์มั่นคง และมีส่วนช่วยลดภาวะวิกฤติ ทำให้เกิดการตัดสินใจที่ถูกต้อง เหมาะสม (Cohen & Wills, 1985) แต่อย่างไรก็ตาม เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหัวใจยังคงต้องใช้เวลอย่างน้อยประมาณหนึ่งปีสำหรับการกลับมาทำหน้าที่ได้ปกติ (Senasuttipun, 2007) ดังนั้นเด็กป่วยจึงยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การรับประทานยา การไปรับการตรวจตามนัด เป็นต้น ทำให้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคม



อย่างต่อเนื่องเช่นกันเพื่อลดภาระของผู้ดูแล

จากผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีภาระในการดูแลอยู่ในระดับน้อย และพบว่าสมรรถนะแห่งตนในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หากผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมให้มากขึ้นก็ย่อมส่งผลต่อทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงภาระของการดูแลลดน้อยลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่บุคลากรทางการพยาบาล นำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติพยาบาลเพื่อให้การสนับสนุนแก่ผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลเด็กป่วยที่บ้าน หรือให้การสนับสนุนเพื่อ

ลดภาระของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลเด็กป่วยน้อยที่สุด และสามารถให้การดูแลเด็กป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ด้านการศึกษา ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นความรู้พื้นฐานในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และสามารถนำไปวางแผนการเรียนการสอนเกี่ยวกับแนวทางสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน หรือการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาถึงภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีระยะเวลาในการให้การดูแลเด็กป่วยน้อยกว่า 1 ปี

2. ศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการลดภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

เอกสารอ้างอิง

- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Journal of the American Medical Association*, 311(10), 1052-1060.
- Alboroto, R., & Roper, S. O. (2010). *Predictors of caregiver burden of parents of children with disabilities*. Retrieved July 27, 2014. <http://cdm15999.contentdm.oclc.org/cdm/ref/collection/IR/id/947>
- Atagün, M. I., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Caregiver burden in chronic diseases. *Psikiyatri Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(3), 513-552.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral chang. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Chou, K. R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 398-407
- Chou, K. R., LaMontagne, L. L., & Hepworth, J. T. (1999). Burden experienced by caregivers of relatives with dementia in Taiwan. *Nursing Research*, 48(4), 206-214.
- Cohen, S., & Will, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis *Psychological Bulletin*, 98, 310-353.
- Dhiranathara, N. (2008). *Factors influencing burden experienced by caregivers of children with congenital heart disease*. Faculty of Graduate Studies. Mahidol University. Thailand.



- Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B., & Turner, M. B. (2013). On behalf of the American heart association statistics committee and stroke statistics subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 127(1), e1-e240.
- Halm, M. A., Treat-Jacobson, D., Lindquist, R., & Savik, K. (2007). Caregiver burden and outcomes of caregiving of spouses of patients who undergo coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 36(3), 170-187.
- Harvey, K. A., Kovalsky, A., Woods, R. K., & Loan, L. A., (2013). Experiences of mothers of infants with congenital heart disease before, during, and after complex cardiac surgery. *Heart & Lung*, 42, 399-406.
- Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of advanced nursing*, 68(4), 846-855.
- Khongphatthanayothin, A. (2009). *panhā kān rō, khiu phātat hūāchai nai dek læ phonkrathop tō, phūpūai læ phū hai bōrīkān : kōrānīsu'ksā thīrōngphayābān chulālongkōn* [The problem of children's heart surgery queues and impact on patient and provider: The case study at Chulalongkorn hospital]. Master 's Independent Study. National Institute of Development Administration. Thailand.
- Mathew, J. T. (2013). Assessment of effectiveness of structured teaching programme on knowledge regarding home care management of children with cardiothoracic surgery among their mothers in selected hospital, Bangalore. Retrieved July 27, 2014. http://www.rguhs.ac.in/cdc/onlinecdc/uploads/05_N293_28677.doc
- Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 49(4), 387-396.
- Pender, N.J. (1987). *Health promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. Stamford, CT : Appleton & Lange.
- Pohn, J. M., Given., C. W., Collins, C. E., & Given, B. A. (1994). Caregiving in daughters and daughter-in-law caring for disabled aging parent. *Health Care for Women International*, 15, 385-395.
- Polit, D.F. (2010). *Statistis and analysis for nursing research* (2th ed.). United States of America: Pearson Education.
- Preechapongmit, K. (2012). Factor Related to Caregiving Burden among Caregivers of Children with Asthma. *Nursing Journal*, 39(4), 13-22.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Santati, S. (2005). *Model analysis of the causes of asthma care, empirical tests on the parents who take care of preschool children with asthma*. Faculty of Graduate Studies. Mahidol University. Thailand.
- Senasuttipun, W. (2007). *kānphayābān phūpūai dek thīmīpanhā rabop hūāchai læ lōtlū'at* [Nursing care of the Child with Congenital Heart Disease]. In B. Sukjarern (Ed.), *tamrā kānphayābān dek* [Pediatric Nursing]. (pp 745 - 853). Bangkok : Pre-One.



Siriwannabud, P. (2004). *tritsatī c̣hitphatthanākān* [Developmental psychology theory]. Bangkok : Active Print.

The Society of Thoracic Surgeons of Thailand. (2008). *bot sarup phonngā nakā r̥q̣dam n̄en khr̄ ongkān phātat hūačhai p̄ǣtphan dūang* [The summary of the project's 8000 heart surgery]. *In ān prachum yai prācham p̄r̄q̣ngphanhār̄q̣ihāsip*[The Annual General Meeting 2008]. Bangkok : Active Print.: The Society of Thoracic Surgeons of Thailand.

Tsia, P-F. (2003). A middle – range theory of caregiver stress. *Nursing Science Quarterly*, 16, 137-145.

Yildiz A., Celebioglu A. & Olgun H. (2009) Distress levels in Turkish parents of children with congenital heart disease. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 39–46.



การสร้างเสริมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงจากการทำงาน กลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า: การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

Health Promotion and Occupational Risk Reduction Among Informal Garment Workers: Participatory Action Research

ชวพรพรรณ	จันทร์ประสิทธิ์*	Chawapornpan	Chanprasit*
วรินทร์	จรุงโรจน์สกุล**	Waruntorn	Jongrungrotsakul**
ธานี	แก้วธรรมานา***	Thanee	Kaewthummanukul***
นพมาศ	ศรีเพชรวรรณดี**	Noppamas	Sripetwande**
อนนท์	วิสุทธิ์ธนานนท์***	Anon	Wisutthananon***

บทคัดย่อ

กลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าเป็นกลุ่มด้อยโอกาสขาดการเรียนรู้การทำงานที่ปลอดภัยและการเข้าถึงระบบบริการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า ผู้ร่วมวิจัย คือ แกนนำแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า 11 ราย พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพคนทำงาน และแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า 78 ราย การวิจัยดำเนินการ 3 ระยะ คือ 1) การสร้างความตระหนักสู่การแก้ไขปัญหาจากการทำงาน 2) การร่วมวางแผนแก้ไขปัญหเพื่อการทำงานที่ปลอดภัย 3) การดำเนินการแก้ไขปัญหและการประเมินผล รวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์พฤติกรรมการทำงานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ แบบวัดความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อและแบบวัดความเจ็บปวด รวมทั้งการสนทนากลุ่ม ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงจากการทำงาน ประกอบด้วย 1) การจัดอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ สร้างศักยภาพแกนนำ ให้ทักษะการสื่อสารความเสี่ยงและการยืดกล้ามเนื้อ 2) การร่วมพัฒนาสื่อเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานตัดเย็บผ้า หลักการทำงานตัดเย็บผ้าที่ปลอดภัย และการยืดกล้ามเนื้อ การประเมินผลในระยะ 2 และ 3 เดือนหลังการแก้ไขปัญห พบว่า กลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้ามีการปรับพฤติกรรมการทำงานโดยคำมัยฐานของพฤติกรรมการทำงาน ที่ปลอดภัยก่อนและหลังการแก้ไขปัญห มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ขณะที่ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การลดความเสี่ยงจากการทำงานและการเสริมสร้างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยต้องอาศัยความร่วมมืออย่างเป็นรูปธรรมระหว่างสถานบริการสุขภาพและการศึกษา รวมทั้ง แกน

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, chawapornpan.cha@cmu.ac.th

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



นำคนทำงาน เพื่อสร้างความเป็น ‘เจ้าของ’ และ ‘หุ้นส่วน’ การทำงานร่วมกัน ร่วมกับการสร้างศักยภาพของ
แกนนำแรงงานผ่านการเสริมสร้างพลังอำนาจในการแก้ไขปัญหาอาชีวอนามัยตามหลักการแก้ไขปัญห ‘โดย
คนทำงาน’ และ ‘เพื่อคนทำงาน’

คำสำคัญ: แรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

Abstract

Informal garment workers are disadvantaged group, lacking the opportunity of learning in safety at work including unaccessibility to occupational health and safety services. This participatory action research aimed to develop and evaluate a model of health promotion and occupational risk reduction among informal garment workers. The research participants included 11 leaders of informal garment workers, a professional nurse responsible for worker health, and 78 informal garment workers. The study involved three main phases: 1) raising awareness leading to problem solving at work; 2) collaboratively planning to solve problems for safety work; and 3) implementing and evaluating. Data collection was performed using an interview form of working behaviors which had been confirmed its quality, muscle flexibility assessment, visual analogue scale, and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and repeated measures analysis of variance (rANOVA) while qualitative data were analyzed using content analysis.

The main findings reflected the model of health promotion and occupational risk reduction consisted of 1) an interactive building capacity training for garment worker leaders regarding risk communication skills, and muscle strengthening; and 2) media development concerning occupational risk assessment, principle of safety work for garment workers, and muscle strengthening. An evaluation was performed at the 2nd and 3rd months upon the implementation indicated that informal garment workers modified their working behaviors, the median scores of safe work behavior before and after an intervention differed significantly ($p < .001$); muscle flexibility improved significantly while muscle pain level decreased significantly ($p < .001$).

The results of this study indicate that to reduce risk and enhance safe work behaviors, it requires a concretely collaborative effort among health services and academic institutions, including worker leaders. Such collaborative efforts create a sense of ‘ownership’ and ‘partnership’ of working together. Building capacity among garment worker leaders through empowerment process to solve occupational health problems based on problem solving principle ‘by workers’ and ‘for workers’ is also crucial.

Key words: informal garment worker, participatory action research



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยที่เปลี่ยนผ่านจากภาคเกษตรกรรมดั้งเดิมสู่ภาคอุตสาหกรรม เผชิญความท้าทายทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและกำลังการผลิตในกลุ่มประชากรวัยแรงงาน ด้วยผลลัพธ์ทางสุขภาพจากงานส่วนหนึ่งเกิดจากการสัมผัสปัจจัยอันตรายในสภาพแวดล้อมการทำงาน ประการสำคัญแรงงานไทยส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจประเทศ แต่กลุ่มนี้มิได้รับสิทธิคุ้มครองจากกฎหมาย กฎระเบียบแรงงานหรือหลักประกันสังคมจากการทำงาน รวมทั้งการปกป้องสุขภาพ ทั้งสภาพการทำงานของแรงงานนอกระบบต่ำกว่ามาตรฐานและเป็นอันตราย ด้วยไม่มีระบบการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสำหรับแรงงานนอกระบบอย่างเป็นรูปธรรม Rogers, 2003; Schneider, Buehn & Claudio, 2010; Thailand National Statistical Office, 2017) ทำให้แรงงานเหล่านี้เผชิญความเสี่ยงด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องจากงาน ความเสี่ยงสูงสุดจากงานต่อสุขภาพมักพบในกลุ่มอาชีพก่อสร้าง อุตสาหกรรมภาคการผลิตและการเกษตร (Kelly et al., 2010) สะท้อนนัยยะสำคัญของการปกป้องและการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตการทำงานสำหรับกลุ่มแรงงาน ตามหนึ่งในเป้าหมายหลักด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมที่เน้น ‘คนทำงานมีสุขภาพ (healthy worker) ทำงานภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (healthy workplace)’ (Rogers, 2003)

แรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าเป็นส่วนหนึ่งของอุตสาหกรรมภาคการผลิตในส่วนผลิตภัณฑ์เสื้อผ้า ซึ่งเป็นสินค้าส่งออกที่สำคัญ สร้างรายได้สูงให้กับประเทศไทย เป็นกลุ่มอาชีพที่มีการรวมกลุ่มและรับงานไปทำที่บ้าน ทำงานเฉพาะชิ้นตอนใดชิ้นตอนหนึ่งหรือทุกขั้นตอนของกระบวนการตัดเย็บผ้า จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสปัจจัยอันตรายจากการทำงาน ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานทั้งการบาดเจ็บและการเจ็บป่วย จากหลักฐานทางวรรณกรรม แรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าสัมผัสปัจจัยอันตรายที่สำคัญ ได้แก่ ด้านการยศาสตร์ คือ ท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม นั่ง

หรือยืนทำงานนาน ทำงานในลักษณะซ้ำ ๆ ทำให้เสี่ยงต่อกลุ่มอาการปวดระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ด้านเคมีคือ ฝุ่นผ้าที่มีผลต่อระบบทางเดินหายใจและผิวหนัง ด้านจิตสังคมซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากงาน เช่น รายได้ไม่แน่นอนหรือค่าตอบแทนต่ำ แรงบีบทำงาน ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ด้านกายภาพเป็นเสียงดังจากจักรเย็บผ้า ส่วนสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เป็นการทำงานกับเครื่องจักร อุปกรณ์ของมีคม และเครื่องใช้ไฟฟ้า อันเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บ (Ahmed & Raihan, 2014; Maksri, Chanprasit, & Kaewthummanukul, 2018; Padmini & Venmathi, 2012; Saha, 2014; Silva, Lombardo, Lipscomb, Grand, & Ostbye, 2013) สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงานสำหรับแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า

สถานที่ทำงานเป็นช่องทางหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสูงในการสร้างเสริมสุขภาพของคนทำงาน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2019) ให้ความสำคัญกับสถานที่ทำงานน้อย เน้นการปฏิบัติงานที่เอื้อต่อสุขภาพ ขณะที่ O’ Donnell (2002) เสนอแนะว่าการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน ควรเน้นกลยุทธ์การสร้างความตระหนัก การปรับพฤติกรรม และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างความตระหนักเป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจให้ปัจเจกบุคคลสร้างความเข้าใจคนทำงานต่อความเสี่ยงสุขภาพจากการทำงาน เตรียมพร้อมต่อการเริ่มพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ขณะที่การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ช่วยเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน การสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานที่ประสบผลสำเร็จ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่า ต้องมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับนับแต่การวางแผน การดำเนินการแก้ไข จนถึง การประเมินผล เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมกัน ‘เจ้าของ’ ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในลักษณะ ‘หุ้นส่วน’ สร้างแบบอย่างการพัฒนากระบวนการเรียนรู้กลุ่มคนทำงานในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เนื่องมาจากงาน (Cancelliere, Cassidy, Ammendolia, & Côte, 2011; Rogers,



2003) ใช้หลักการพัฒนาย่างมีส่วนร่วม นั่นคือ คนทำงาน หัวหน้าหรือแกนนำคนทำงาน และทีมสุขภาพทำงานร่วมกันในการสร้างคนทำงานให้มีศักยภาพการเรียนรู้ ตระหนักถึงปัจจัยอันตรายต่อสุขภาพ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา ติดตามประเมินผลให้คนทำงานมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ทำงานภายใต้สภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพของคนทำงาน ตามนโยบายด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของประเทศ

การแก้ไขปัญหาด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า จึงต้องสอดคล้องกับบริบทงาน หรือสถานการณ์ความต้องการที่แท้จริงของคนทำงาน เป็นไปตามข้อเสนอแนะตามหลักวิชาการ คือ ใช้กลยุทธ์ดังกล่าวข้างต้น การพิสูจน์ประสิทธิผลการแก้ไขปัญหา การสร้างหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในลักษณะงานวิจัยจึงมีความสำคัญ จำเป็นต้องพัฒนางานวิจัยที่กระทำพร้อมกับการแก้ไขปัญหา ทั้งต้องประยุกต์ฐานคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพคนทำงานระหว่างทีมผู้วิจัย (ภาคการศึกษา) แรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า (ภาคประชาชน) และทีมสุขภาพในพื้นที่ (ภาครัฐ/ภาคบริการสุขภาพ) เป็นการทำงานในลักษณะไตรภาคี ที่มุ่งสร้างศักยภาพคนทำงานให้พึ่งตนเองด้านสุขภาพ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นต้นแบบด้าน ‘กระบวนการ’ การสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงจากการทำงานอย่างมีส่วนร่วมในกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าประยุกต์กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงานของ O'Donnell (2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม กลยุทธ์หลักประกอบด้วย 1) การสร้างความตระหนัก (raising awareness) เป็นการสร้างความเข้าใจ ความสำคัญความเสี่ยงจากงานและพฤติกรรมการทำงานที่มีผลต่อสุขภาพ 2) การปรับพฤติกรรม (behavioral change) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ

สุขภาพ (supportive cultural environment) เพื่อเสริมความต่อเนื่องการปรับพฤติกรรมการทำงาน นอกจากนี้ยังประยุกต์การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับเพื่อสร้างความรู้สึกเป็น ‘เจ้าของ’ ทำงานร่วมกับทีมนักวิจัยในลักษณะ ‘หุ้นส่วน’ ผ่านการพัฒนาศักยภาพแกนนำให้พร้อมต่อการดำเนินการแก้ไขปัญหา ที่ปฏิบัติโดยคนทำงานตามแผนที่วางไว้บนพื้นฐานการทำได้จริง สู่การปรับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยภายใต้สภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ได้ถูกประยุกต์ด้วยเป็นระเบียบวิธีวิจัยพร้อมกับการแก้ไขปัญหา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมสร้างความร่วมมือระหว่างทีมผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย โดยประชากรที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา คือ แรงงานตัดเย็บผ้าผ่านกระบวนการในตำบลบวกค้าง ซึ่งมีสัดส่วนของแรงงานดังกล่าวสูงสุด

ผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าตาล ตำบลบวกค้าง (ทีมสุขภาพ) กลุ่มแกนนำแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าจำนวน 11 รายและแรงงานตัดเย็บผ้าที่รวมกลุ่มกันทำงานจำนวน 78 ราย ของตำบลบวกค้าง อำเภอสนักแพง จังหวัดเชียงใหม่ โดยคัดเลือกเฉพาะจากบุคคลที่ประกอบอาชีพตัดเย็บผ้า ยินดีสมัครใจ เข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการทำงานของแรงงานตัดเย็บผ้าที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า ของ Chanprasit, Jongrungsakul, Kaewthummanukul, & Songkham (2018) แบบสัมภาษณ์นี้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ อาชีวเวชศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลอาชีวอนามัยจำนวน 1 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .99 ทดสอบความเชื่อมั่นและความเป็นปรนัยของแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าที่มีลักษณะ



เหมือนกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย ได้ค่าเท่ากับ .89 สำคัญของเครื่องมือวิจัยมีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ขั้นตอนการทำงาน การได้รับการอบรมหรือคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการทำงานตัดเย็บเสื้อผ้าที่ปลอดภัย

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ประกอบด้วย 1) การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และ 2) การปฏิบัติตามหลักการทำงานที่ปลอดภัย มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้งและ ไม่ปฏิบัติเลย

2. แบบวัดความอ่อนตัว (flexibility test) ของกล้ามเนื้อบริเวณต้นขาด้านหลังและหลังส่วนล่าง ทดสอบด้วยการนั่งงอตัว (Sit and Reach Test) ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการทดสอบสมรรถภาพทางกาย (Fitness Test) ของการกีฬาแห่งประเทศไทย (Sport science division, 2013) ดำเนินการทดสอบตามหลักการคือ ให้ผู้รับการทดสอบยืดเหยียดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลังและหลังส่วนล่างจำนวน 2 ครั้งติดต่อกัน ระยะทางที่ทำได้จะบันทึกเป็นหน่วยเซนติเมตร การบันทึกผลจะเลือกบันทึกค่าที่ดีที่สุดจากการทดสอบ 2 ครั้ง เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายของประชาชนไทย โดยการแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ต่ำมาก ต่ำ ปานกลาง ดี ตีมาก (Sport science division, 2013)

3. แบบวัดความเจ็บปวด (pain scale) เป็นแบบวัดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรง กำหนดเกณฑ์ระดับความเจ็บปวด จาก 0-10 เซนติเมตร ระดับที่ 0 หมายถึง ไม่เจ็บปวดเลย ระดับที่ 1-3 หมายถึง เจ็บปวดเล็กน้อย ระดับที่ 4-5 หมายถึง เจ็บปวดพอทนได้ ระดับที่ 6-7 หมายถึง เจ็บปวดปานกลาง ระดับที่ 8-9 หมายถึง เจ็บปวดมาก และระดับที่ 10 หมายถึง เจ็บปวดมากที่สุด โดยการบันทึกผลจะเลือกบันทึกค่าความเจ็บปวดที่ระดับสูงสุด

4. แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่มแกนนำ และแรงงานตัดเย็บผ้า เป็นประเด็นคำถามเกี่ยวกับข้อคิดเห็นต่อการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหามีส่วนร่วมด้าน

สุขภาพจากการทำงานสู่การปรับแก้ไขแผนอย่างมีประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนข้อมูลเชิงปริมาณจะวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังการรับรองจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 175/2560 วันที่ 23 พฤศจิกายน 2560 รวบรวมข้อมูลตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย พร้อมการลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

1. การสร้างความตระหนักสู่การแก้ไขปัญหาจากการทำงาน

การสร้างความตระหนักเป็นกลยุทธ์หลักของการสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงาน ทีมผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า (Chanprasit, Jongrungsakul, Kaewthummanukul, & Songkham, 2018) ต่อทีมสุขภาพในพื้นที่และแกนนำแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า เพื่อเป็นฐานคิดสู่การถกอภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปรียบเทียบข้อมูลกับประสบการณ์จริง จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่สมควรแก้ไข วิเคราะห์ แยกแยะสาเหตุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนี้ คือ กลุ่มแกนนำตระหนักต่อความเสี่ยงจากงานที่มีผลต่อสุขภาพ สามารถวิเคราะห์สาเหตุปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน เชื่อมโยงพฤติกรรมการทำงานกับปัญหาสุขภาพ ปัญหาสุขภาพในแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าที่ต้องการแก้ไขลำดับแรก คือ อาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อย มีสาเหตุจากพฤติกรรมการทำงานที่ปรับ



เปลี่ยนได้ ทั้งการนั่งหรือการยืนทำงานเป็นเวลานาน ทำ
งานซ้ำๆ หรือท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ได้ข้อสรุป
ที่เป็นมิตรร่วมกันว่า การแก้ไขอาการปวดระบบโครงร่าง
กล้ามเนื้อจำเป็นต้องใช้หลักการทำงานที่ปลอดภัย โดย
เฉพาะพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยร่วมกับการยืด
กล้ามเนื้อ เพื่อแก้ไขปัญหาคือเป็นต้นเหตุอย่างแท้จริง

2. การร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาเพื่อการทำงานที่
ปลอดภัย: ร่วมคิด ร่วมวางแผนสู่การพัฒนาสื่อ

ภายหลังการวิเคราะห์สาเหตุปัญหาอาการปวด
ระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในกลุ่มแรงงานนอกระบบ
ตัดเย็บผ้า ทีมผู้วิจัย กลุ่มแกนนำแรงงานนอกระบบตัดเย็บ
ผ้าและทีมสุขภาพในพื้นที่ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาดัง
กล่าว ซึ่งสอดคล้องโดยปริยายกับกลยุทธ์สำคัญของการ
สร้างเสริมสุขภาวะในที่ทำงาน คือ 1) การสร้างความ
ตระหนักถึงความเสี่ยงจากงานและพฤติกรรมการทำงาน
ที่ปลอดภัย 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ไม่
ปลอดภัย และ 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
เพื่อเสริมความต่อเนื่องการปรับพฤติกรรมการทำงาน รวมทั้ง
การพัฒนาสื่อให้เป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ช่วย
สร้างความตระหนัก ความเข้าใจ กระตุ้นเตือนการปรับ
พฤติกรรมการทำงานแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า การ
วางแผนแก้ไขอาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ล้อรับ
กับเหตุของปัญหาที่ร่วมระดมสมองในระยการสร้าง
ความตระหนัก คือ จัดกระทำที่พฤติกรรมการทำงาน ทีม
ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้ใช้คำถามกระตุ้นให้กลุ่มแกนนำฯ คิด
วิเคราะห์ ในการปรับพฤติกรรมการทำงานของแรงงาน
นอกระบบตัดเย็บผ้า ผลลัพธ์จากการระดมความคิดในการ
แก้ไขปัญหสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า สรุป
ได้ดังนี้

1) การร่วมพัฒนา ‘เครื่องมือประเมินความ
เสี่ยงจากการทำงาน กลุ่มตัดเย็บผ้า’ เพื่อให้กลุ่มแกนนำฯ
ใช้ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอก
ระบบตัดเย็บผ้า และเป็นเครื่องมือในการสร้างความ
ตระหนักต่ออันตรายจากการทำงาน รวมทั้งวางแผนดูแล
ช่วยเหลือ ติดตาม กระตุ้นกลุ่มแรงงานนอกระบบ
ตัดเย็บผ้าให้มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย

2) แผนการฝึกอบรมเชิงปฎิสัมพันธ์เพื่อพัฒนา

ศักยภาพทักษะที่จำเป็นสำหรับกลุ่มแกนนำ ได้แก่ 1)
ทักษะการสื่อสารความเสี่ยง และ 2) ทักษะการยืดกล้ามเนื้อ
เพื่อสร้างกลุ่มแกนนำ ให้สามารถถ่ายทอดข้อมูล
ข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับทำงาน การตัดเย็บผ้าที่
ปลอดภัย เรียนรู้วิธีการยืดกล้ามเนื้อที่ถูกต้อง สามารถ
สอนการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อสำหรับ
สมาชิกแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า

3) การพัฒนา ‘สื่อ’ ภาพ เพื่อถ่ายทอดข้อมูล
ด้านสุขภาพ/ความเสี่ยงจากการทำงานในลักษณะ
โปสเตอร์ เป็นสื่อเครื่องมือสำหรับกลุ่มแกนนำ ในการ
สร้างความเข้าใจ ย่อยต่อการเรียนรู้สำหรับกลุ่มแรงงาน
นอกระบบตัดเย็บผ้า ได้แก่ ความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการ
ตัดเย็บผ้า หลักการทำงานตัดเย็บผ้าอย่างปลอดภัย และ
สื่อการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อ

3. การดำเนินการแก้ไขปัญหาและการประเมินผล
ทีมนักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยทำงานร่วมกันในลักษณะ
‘หุ้นส่วน’ กลุ่มแกนนำฯ และทีมสุขภาพในพื้นที่เป็นบุคคล
หลักในการดำเนินการแก้ไขอาการปวดระบบโครง
ร่างกล้ามเนื้อในกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า เริ่มด้วย
ทีมผู้วิจัยและทีมสุขภาพในพื้นที่ ทำการอบรมพัฒนา
ศักยภาพกลุ่มแกนนำฯ ให้มีทักษะการสื่อสารความเสี่ยง
เข้าใจหลักการและกลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยงจากการ
ทำงาน ทั้งเสริมสร้างความรู้ความเสี่ยงในการทำงานของ
กลุ่มตัดเย็บผ้า วิธีการอบรมประกอบด้วย การบรรยาย
การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและการฝึกทักษะการสื่อสาร
ความเสี่ยง ทั้งให้แกนนำฯแต่ละคนสาธิตการสอน การ
ถ่ายทอดข้อมูลความรู้ เพื่อโน้มน้าวให้เพื่อนสมาชิกปรับ
พฤติกรรมการทำงาน โดยผู้สอนและแกนนำฯ ทุกคนจะ
ให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อปรับปรุงทักษะการสื่อสารให้มี
ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จากนั้นกลุ่มแกนนำฯ จะได้รับชุดผ้า
บรรจุอุปกรณ์เครื่องมือประเมินความเสี่ยง สื่อโปสเตอร์ที่
ร่วมผลิต และสมุดสำหรับจดบันทึกการติดตามช่วยเหลือ
เพื่อนสมาชิกแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า แกนนำฯ แต่ละ
คนจะเลือกดูแลสมาชิกแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า 6-11
ราย ขึ้นกับความสะดวกในการติดตามให้การช่วยเหลือ
นอกจากนี้ยังพัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำฯ ให้มีทักษะการ
ยืดกล้ามเนื้อ ซึ่งกระทำโดยนักกายภาพบำบัดและ



พยาบาลอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อให้กลุ่มแกนนำ เข้าใจหลักการยึดกล้ามเนื้อ มีทักษะการยึดกล้ามเนื้อ ทั้งสามารถสอน ชี้แนะสมาชิกแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าให้มีการออกกำลังกายโดยการยึดกล้ามเนื้อทุกวัน บางกรณีได้มีการรวมกลุ่มเพื่อยึดกล้ามเนื้อสัปดาห์ละอย่างน้อย 1 ครั้ง

ภายหลังการสร้างศักยภาพแกนนำแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า แกนนำ แต่ละรายเป็นบุคคลหลักในการติดตามประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของสมาชิกแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าที่รับผิดชอบ โดยใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงฯ ร่วมกับให้การดูแลช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ อาทิ ชี้แนะการทำงานที่ปลอดภัยและสอนการยึดกล้ามเนื้อ โดยใช้สื่อที่พัฒนาขึ้น ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานของสมาชิกฯ ทีมผู้วิจัยประเมินการติดตามช่วยเหลือจากสมุดบันทึกประจำตัวของแกนนำ มีการประชุมเป็นระยะร่วมกับแกนนำกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าและทีมสุขภาพ เพื่อได้ข้อมูลสะท้อนคิด ถึงความเป็นไปได้ ปฏิบัติได้จริงในการแก้ไขปัญหาลดความเสี่ยงจากปัจจัยอันตรายจากการทำงาน ซึ่งมีข้อเสนอให้ปรับสื่อหลักการทำงานตัดเย็บผ้าอย่างปลอดภัย ให้มีภาพประกอบที่ชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติ โดยแยกเป็นการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการปฏิบัติตามหลักการทำงานที่ปลอดภัย จนได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและการลดภาวะเสี่ยงจากการทำงานที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า

การประเมินผลลัพธ์เพื่อชี้ชัดความสำเร็จของการแก้ไขปัญหาที่ขับเคลื่อนโดยกลุ่มแกนนำฯ ภายหลังดำเนินการแก้ไขปัญหาเป็นระยะเวลา 2 เดือนและ 3 เดือน ทีมวิจัยทำการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินดัชนีชี้วัดการเปลี่ยนแปลงเชิงปริมาณทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ ระดับอาการปวดโครงร่างกล้ามเนื้อโดยเปรียบเทียบดัชนีดังกล่าวก่อนเริ่มดำเนินการแก้ไขปัญหา รวมทั้งรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสะท้อนคิดของกลุ่มแกนนำฯ และการสนทนากลุ่มกับแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าจำนวน 3 กลุ่มๆ ละ

10 คน เพื่อทราบมุมมองในภาพรวมต่อการดำเนินการแก้ไขปัญหาของกลุ่มแกนนำฯ

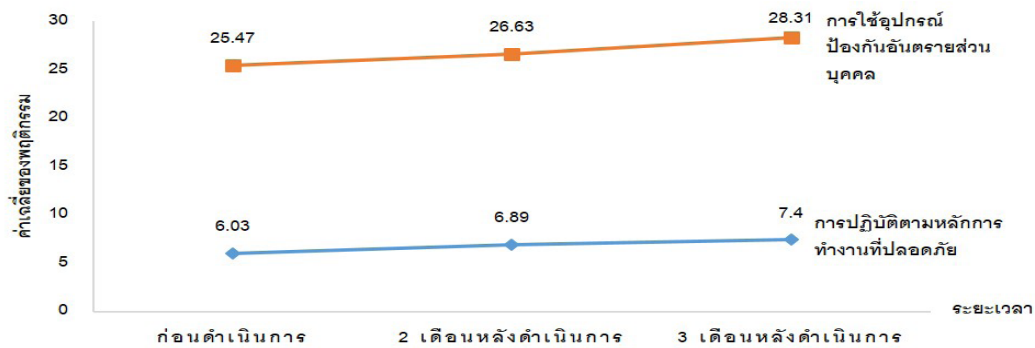
ผลการวิจัย

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า ประกอบด้วย 1) การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพทักษะที่จำเป็นสำหรับแกนนำกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงและการยึดกล้ามเนื้อ และ 2) การพัฒนาสื่อเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินความเสี่ยงจากการทำงานตัดเย็บผ้า หลักการทำงานตัดเย็บผ้าที่ปลอดภัย และการยึดกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ

การประเมินผลลัพธ์ที่พึงประสงค์พบว่า กลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน ทั้งการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยมีแนวโน้มดีขึ้น โดยค่ามัธยฐาน (median) ของพฤติกรรมการทำงานดังกล่าว ในระยะก่อนและในระยะ 2 และ 3 เดือนภายหลังการแก้ไขปัญหามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (แผนภูมิ 1) สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพการสะท้อนคิดของแกนนำฯ และแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าที่ระบุขีดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เกิดจากการเรียนรู้การทำงานที่ปลอดภัยที่แกนนำฯ ถ่ายทอดให้สมาชิกแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า ช่วยสร้างความตระหนักเห็นความสำคัญการทำงานตัดเย็บผ้าที่ปลอดภัย สร้างความใส่ใจหลักการทำงานที่ปลอดภัย มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล จัดเก็บอุปกรณ์เป็นระเบียบง่ายต่อการใช้งาน ลดการบาดเจ็บจากการทำงานในลักษณะ ‘ทำงานปลอดภัย ใส่ใจตนเอง’ ดังคำระบุ

‘..โครงการนี้ทำให้ได้ดูแลตัวเอง รู้เรื่องสุขภาพ เรื่องการบาดเจ็บอุบัติเหตุ ได้ระดับระวัง เวลาหยิบเข็มจักร กรรไกร ก่อนๆ ไม่สนใจ ไม่มีใครกระตุ้น ทีนี้แกนนำเขามา เปลี่ยนพฤติกรรมไปเยอะเลย ดิฉันเสียเราแล้ว เดี่ยวนี้ขึ้นลงจักรกวาดเรียบร้อย แต่ก่อนนี้.. เต็มไปหมด’
‘ปลอดภัยมากขึ้นจากแต่ก่อน ไม่อันตราย เมื่อก่อน

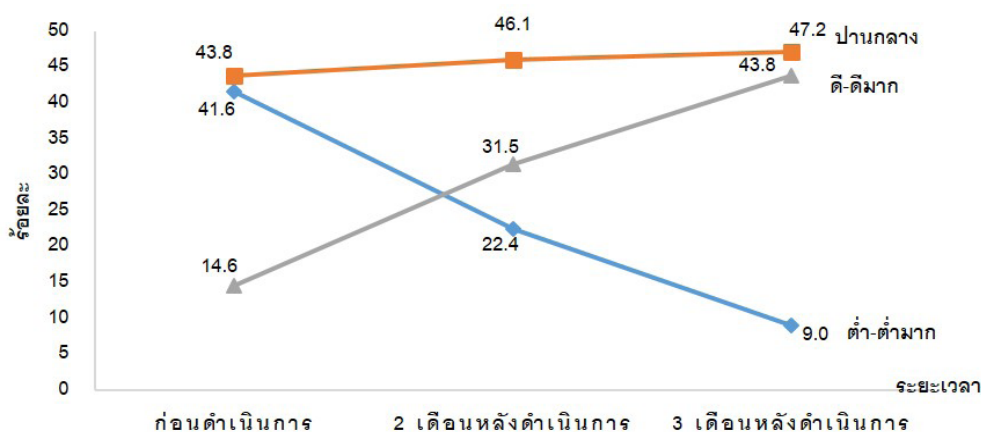
วางไปเรื่อย มือจะไปโดนที่มื่อ เดี๋ยวนี้รู้เพิ่มมากขึ้น ทำงานเสร็จก็เก็บเป็นระเบียบ ทำความสะอาดทุกครั้ง
ดีมาก ๆ ช่วยดูแลกลุ่มเย็บผ้า'



แผนภูมิ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยก่อนและหลังดำเนินการแก้ไขปัญหา

ส่วนความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อของกลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้า หลังการแก้ไขปัญหามาระยะ 2 เดือนและ 3 เดือน ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นในระดับที่ดีกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยระดับดีและดีมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.6 เป็นร้อยละ 31.5 และ 43.8 ขณะที่ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อระดับต่ำและต่ำมากลดลงจากร้อยละ 41.6 เหลือร้อยละ 22.4

และ 9.0 ตามลำดับ (แผนภูมิ 2) ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องระบุว่า สมาชิกแรงงานตัดเย็บผ้าทำการยืดกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง 'ยืดทำทุกวัน มันยืดคลาย ทุกครั้งนั่งแล้วจะลุกต้องยืนก่อน ถึงจะเดินได้ เดี๋ยวนี้ไม่เป็นอะไร คือว่ามันยืดเส้นยืดสายนี้ดี ๆ สำหรับสุขภาพเราสบายขึ้น'

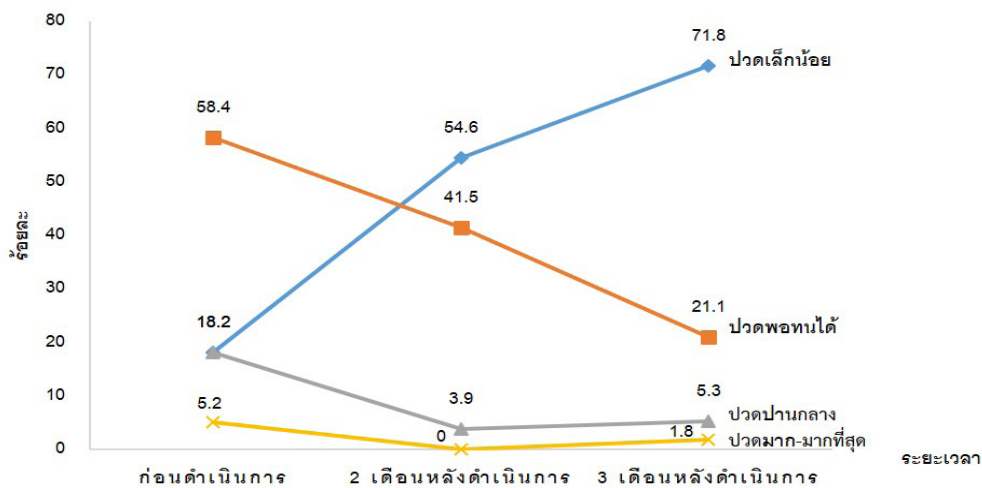


แผนภูมิ 2 ความอ่อนตัวกล้ามเนื้อของแรงงานตัดเย็บผ้าก่อนและหลังดำเนินการแก้ไขปัญหา



อาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ภายหลังดำเนินการแก้ไขปัญหาในระยะเวลา 2 เดือนและ 3 เดือนพบว่า ระดับอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (แผนภูมิ 3) สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่สมาชิกแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าระบุชี้ว่า การยืดกล้ามเนื้อมีผลต่ออาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ‘ตอนนี้ออกกำลังกายตลอดเลย พอใจเรื่องยืดหยุ่น ช่วยได้มาก จริง ๆ สุขภาพดีขึ้น เบาเลย ไม่ต้องกินยาแล้ว ปวดเอว ปวดหลัง เดี่ยวนี้ไม่ปวดแล้ว ไม่ต้องไปหาหมอเมื่อก่อนเอาหมอนเป็นหลัก...’

การที่กลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าให้ความสำคัญกับการยืดกล้ามเนื้อ มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจากการชี้แนะของแกนนำฯ และสื่อที่พัฒนาขึ้น ด้วยเหตุการณ์เสริมประสิทธิภาพการทำงาน และลดอาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ดังคำระบุ ‘...สื่อดีให้ความรู้ดี ทำตามได้ เป็นโพสเตอร์ที่ทำตามแล้วดี เลยทำไปเรื่อย ๆ สุขภาพก็ดี ทำงานได้เร็วดี ได้มากขึ้น ไม่เจ็บไม่ปวดแล้ว ไม่ต้องหยุดบ่อย เราก็อสบายใจ สบายกาย ไปยืดเหยียดมาเราก็ยืดได้ต่อ เมื่อก่อนทุกคนเย็บสองชั่วโมง สามชั่วโมงไม่ลืกันเลย เดี่ยวนี้สองชั่วโมงจะลืกันแล้วอยากผ่อนคลายน...’



แผนภูมิ 3 อาการปวดกล้ามเนื้อของแรงงานตัดเย็บผ้าก่อนและหลังดำเนินการแก้ไขปัญห

การอภิปรายผล

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงจากการทำงานที่พัฒนาขึ้นจากความร่วมมือของทีมีวิจัยและผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยกรอบเชิงปฏิสัมพันธ์พัฒนาศักยภาพทักษะแกนนำฯ เกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงสู่การทำงานที่ปลอดภัยและการยืดกล้ามเนื้อ และ 2) การพัฒนาสื่อเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานตัดเย็บผ้า หลักการทำงานตัดเย็บผ้าที่ปลอดภัย ข้อสังเกตที่พบ คือ สาระสำคัญของรูปแบบดังกล่าวเป็นไปตามข้อเสนอแนะของนักวิชาการ (Rogers, 2003) ตามหลักการลดความเสี่ยงจากการทำงานจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ที่สำคัญความปลอดภัยเป็นสาระ

สากลที่ต้องสร้างให้คนทำงานตระหนักในการทำงาน เพราะผลต่อสุขภาพหรือการป้องกันการบาดเจ็บจากงานตามหลักการจึงต้องอบรมให้ความรู้คนทำงานในประเด็นการทำงานที่ปลอดภัย (Rogers, 2003) การอบรมกลุ่มแกนนำฯ ให้มีทักษะการสื่อสารความเสี่ยง รวมทั้งหลักการทำงานที่ปลอดภัยและการยืดกล้ามเนื้อ เป็นการประยุกต์แนวคิดการสร้างศักยภาพการทำงานที่ปลอดภัย สร้างความตระหนัก สร้างการเรียนรู้แก่คนทำงานให้พร้อมต่อการลดอันตรายจากงาน (Rogers, 2003) ทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจให้แกนนำฯ มีส่วนร่วมในการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพคนทำงาน เป็นการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชน (การดูแลสุขภาพคนทำงานโดยคนทำงาน)



ให้เข้มแข็ง ส่วนการพัฒนาสื่อเป็นสิ่งแวดลอมทางกายภาพที่ช่วยสร้างความเข้าใจและเสริมการปรับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง ช่วยสื่อสารสร้างความเข้าใจในกลุ่มคนทำงานที่จะต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง (Rogers, 2003) การศึกษาที่ผ่านมามีการประยุกต์การอบรมด้านความปลอดภัย เพื่อสร้างแรงจูงใจให้คนทำงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย โดยเฉพาะการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะทำงาน เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดการบาดเจ็บและเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน (Juárez-Carrillo et al., 2017)

ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์: พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ อาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยมีการปรับเปลี่ยนอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลและการปฏิบัติตามหลักการทำงานที่ปลอดภัย ซึ่งให้เห็นถึงประสิทธิผลของการแก้ไขปัญห ส่วนหนึ่งเป็นผลการบูรณาการกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงาน ทั้งการสร้างความปลอดภัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (O'Donnell, 2002) โดยแกนนำ เป็นผู้สอน/ถ่ายทอดความรู้แก่สมาชิกกลุ่ม กระตุ้นเตือนให้สมาชิกฯ ตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงจากการทำงานตัดเย็บผ้า ทำให้กลุ่มแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าเกิดการเรียนรู้ มีแรงจูงใจปรับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ประกอบกับการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ คือ การพัฒนาสื่อโปสเตอร์ที่ช่วยเสริมความเข้าใจและปรับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง (Rogers, 2003) ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา (Kazutaka, 2012; KIM et al., 2017; Srising, Chanprasit, & Kaewthummanukul, 2017) ที่ระบุว่าปัจจัยสำคัญในการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการทำงานของกลุ่มสถานประกอบการขนาดเล็ก คือ การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของคนทำงาน โดยกระตุ้นให้กำลังใจคนทำงานในการริเริ่มวางแผนแก้ไขปัญหและดำเนินการแก้ไขปัญหด้วยตนเอง ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้สนับสนุนการดำเนินการเท่านั้น หรือการศึกษาของคิมและคณะ (KIM et al.,

2017) ที่ระบุว่า ความตระหนักถึงความปลอดภัยในการทำงานและการมีส่วนร่วมของเกษตรกรเกาหลี เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในความสำเร็จของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน

ความอ่อนตัวกล้ามเนื้อของสมาชิกแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้ามีการพัฒนาในระดับที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือระดับดีและดีมากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่ความอ่อนตัวในระดับต่ำและต่ำมากมีแนวโน้มลดลง ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นไปตามทฤษฎีที่ระบุว่า การออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อจะทำให้กล้ามเนื้อ เอ็นยึด กระดูก และข้อต่อมีความยืดหยุ่นมากขึ้น (Yoosook, 2012) สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศตุรกีที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคปวดหลังส่วนล่างภายหลังการยืดกล้ามเนื้อติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ จะมีความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อมากขึ้น (Anar, 2016) รวมทั้งการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่ากลุ่มเกษตรกรชาวนาจังหวัดเชียงรายภายหลังการออกกำลังกายด้วยการยืดกล้ามเนื้อติดต่อกันเป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหลังมากขึ้น (Yaruang & Intahphuak, 2016) สำหรับอาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะความรุนแรงของอาการปวดลดลง อาจเป็นผลจากการยืดกล้ามเนื้อของแรงงานนอกระบบตัดเย็บผ้าที่กระทำต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ล้อรับกับทฤษฎีที่ระบุว่า การออกกำลังกายด้วยการยืดกล้ามเนื้อจะช่วยให้กล้ามเนื้อลดการเกร็งตัว เพิ่มการไหลเวียนโลหิต ช่วยขับกรดแลคติกและกระตุ้นการหลั่งสารเอ็นโดรฟินทำให้ลดความตึงเครียดและลดอาการปวดไม่สุขสบายลง (Yoosook, 2012) คล้ายกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่าผู้ที่ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ภายหลังจากการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อบริเวณลำตัวเป็นเวลา 3 เดือนและ 12 เดือน จะมีระดับอาการปวดลดลง (Osamu et al., 2010; Sahin, Karahan, & Albayrak, 2018) ทั้งผลการศึกษาในประเทศไทย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดกล้ามเนื้อเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ จะมีอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Phanthusat, 2007)



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการศึกษา ได้ต้นแบบด้านกระบวนการแก้ไข ปัญหาอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะพยาบาลอาชีวอนามัย ในการจัด บริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับแรงงานนอก ระบบตัดเย็บผ้าที่ต้องเน้นการแก้ไขปัญหา 3 ระดับ คือ การสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของความเสี่ยง จากการทำงานสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยและการพัฒนาสื่อเพื่อถ่ายทอดข้อมูลด้าน สุขภาพ/ความเสี่ยงจากการทำงาน เพื่อทำหน้าที่เป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเสริมให้เกิดพฤติกรรมการทำงาน ที่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

ด้านการปฏิบัติ ทีมสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับ การสร้างเครือข่ายการทำงาน โดยอาศัยความร่วมมือ ระหว่างภาครัฐ (สถานบริการสุขภาพ) ภาคการศึกษา

(ทีมผู้วิจัย) และภาคประชาชน (แกนนำคนทำงาน) เพื่อ สร้าง ‘ความเป็นเจ้าของ’ และ ‘หุ้นส่วน’ การทำงานร่วมกัน รวมทั้งการสร้างศักยภาพแกนนำกลุ่มแรงงานนอก ระบบตัดเย็บผ้าผ่านการเสริมสร้างพลังอำนาจในการแก้ไข ปัญหาด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

ด้านการวิจัย รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและลด ความเสี่ยงจากการทำงาน สามารถประยุกต์ในลักษณะ ‘กระบวนการ’ แก้ไขปัญหาอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ในสถานประกอบกิจการตัดเย็บเสื้อผ้าขนาดกลางและ ขนาดย่อมแห่งอื่น เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของคนทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

ได้รับทุนสนับสนุนวิจัยจากสำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

- Ahmed, S., & Raihan, M. Z. (2014). Health status of the female workers in the garment sector of Bangladesh. *Journal of the Faculty of Economics and Administrative Sciences*, 4(1), 43-58.
- Anar, S. Ö. (2016). The effectiveness of home-based exercise programs for low back pain patients. *Journal of Physical Therapy Science*, 28, 2727-2730.
- Cancelliere, C., Cassidy, J. D., Ammendolia, C., & Côte, P. (2011). Are workplace health promotion programs effective at improving presentism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health*, 11: 395.
- Chanprasit, C., Jongrungrotsakul, W., Kaewthummanukul, T., & Songkham, W. (2018). Situation of occupational and environmental health among garment workers: An analysis of community enterprise. *Thai Journal of Nursing Council*, 33(1), 61-73. (in Thai)
- Gupta, R. D., Nag, S., Datta, D., Roy, S., Das, S., & Aziz, S. M. Y. (2015). Occupational health hazards among workers in garment factories in Bangladesh: A cross-sectional study. *Developing Country Studies*, 5(5), 90-98.
- Juárez-Carrillo, P. M., Liebman, A. K., Reyes, I. A. C., Sánchez, Y. V. N., & Keifer, M. C. (2017). Applying learning theory to safety and health training for Hispanic immigrant dairy workers. *Health Promotion Practice*, 18(4), 505-515.
- Kazutaka, K. (2012). Roles of participatory action-oriented programs in promoting safety and health at work. *Safety and Health at Work*, 3, 155-165.
- Kelly, M., Strazdins, L., Dellora, T., Khamman, S., Seubsman, S., Sleight, A. C. (2010). Thailand's work and health transition. *International Labour Review*, 149(3), 371-386.



- Kim, J., Yoon, S., Cho, S., Kim, S., Chung, I., & Shin, H. (2017). Effectiveness of participatory training for the promotion of work-related health and safety among Korean farmers. *Industrial Health*, 55, 391-401.
- Maksri, P., Chanprasit, C., & Kaewthummanukul, T. (2018). Occupational health hazards and Health status related to risk among informal garment workers. *Nursing Journal*, 45(4), 71-83. (in Thai)
- O' Donnell, M. P. (2002). *Health promotion in the workplace*. 3rd ed. USA: Delmar.
- Osamu, S., Tokuhide, D., Masami, A., Yuichi, H., Keiji, F., Kunihiko, H., , & Tsutomu, I. (2010). Multicenter randomized controlled trial to evaluate the effect of home-based exercise on patients with chronic low back pain: The Japan low back pain exercise therapy study. *Spine*, 35(17), E811-E819.
- Padmini, D. S., & Venmathi, A. (2012). Unsafe work environment in garment industries, Tirupur, India. *Journal of Environmental Research and Development*, 7(1), 569-575.
- Phanthusat, N. (2007). *Effect of home based exercise program on pain in persons with low back pain*. Master thesis school of nursing, Rangsit University.
- Rogers, B. (2003). *Occupational and environmental health nursing: Concepts and practice*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders.
- Saha, S. (2014). Women employees in garment industries a case study conducted in selected garment industries of Peenya industrial area, Bangalore. *International Journal of Management Research and Business Strategy*, 3(3), 128-137.
- Sahin, N., Karahan, A., & Albayrak, I. (2018). Effectiveness of physical therapy and exercise on pain and functional status in patients with chronic low back pain: A randomized-controlled trial. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 64(1), 52-58.
- Schneider, F., Buehn, A., Claudio, E. (2010). *Montenegro shadow economies all over the world: New estimates for 162 countries from 1999 to 2007 (Policy Research Working Paper 5356)*. Retrieved from <http://www.ilo.org/public/libdoc//igo/2010/458650.pdf>.
- Silva, P. D., Lombardo, S., Lipscomb, H., Grand, J., & Ostbye, T. (2013). Health status and quality of life of female garment workers in Sri Lanka. *Galle Medical Journal*, 18(1), 63-69.
- Sport science division. (2013). *Thai people's physical fitness standards*. Bangkok: Sport Authority of Thailand. (in Thai)
- Srising, Y., Chanprasit, C., & Kaewthummanukul, T. (2017). Effect of raising awareness through safety training on hearing protective device use among wooden furniture workers. *Nursing Journal*, 44(3), 90-101. (in Thai)
- Thailand National Statistical Office. (2017). *The informal employment survey*. Retrieved from <http://service.nso.go.th>
- World Health Organization. (2019). *Healthy workplaces: A WHO global model for action*. Retrieved from https://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/
- Yaruang N, Intahphuak S. (2016). Effects of stretching exercise program on low back pain in rice farmers. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 17(3), 73-81.
- Yoosook, W. (2012). *Occupational safety*. Bangkok: Faculty of Public Health, Mahidol University. (in Thai)



ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการ
การทำงานของเกษตรกรชาวนา: กรณีศึกษาพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

Occupational Health Risk and Work Related Injuries among Rice Farmers: Case Study in Chiang Mai Province

วรินทร์	จรุงโรจน์สกุล*	Waruntorn	Jongrungsakul*
ชวพรพรรณ	จันทร์ประสิทธิ์**	Chawapornpan	Chanprasit**
ธานี	แก้วธรรมานุกุล***	Thanee	Kaewthummanukul***
อนนท์	วิสุทธิธนานนท์***	Anon	Wisutthananon***
วิไลพรรณ	ใจวิไล****	Wilaipan	Jaiwilai ****

บทคัดย่อ

อาชีพเกษตรกรชาวนามีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการงาน วิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและอัตราการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการงานของเกษตรกรชาวนา จำนวน 286 ราย ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (0.70-0.94) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยที่สำคัญ คือ สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยเกี่ยวกับการทำงานกับเครื่องมือ อุปกรณ์ของมีคม (ร้อยละ 80.9) บริเวณที่ทำงานมีน้ำขัง/ดินโคลน (ร้อยละ 62.6) ทั้งพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.1 ไม่สวมปลั๊กอุดหูขณะขับรถไถนาหรือรถนวดข้าว กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 44.9 ไม่อ่านคำแนะนำการใช้เครื่องจักร/เครื่องมือก่อนใช้งาน การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบบาดเจ็บร้อยละ 19.2 สาเหตุการบาดเจ็บจากพื้นลื่น (ร้อยละ 47.6) หรือวัสดุ มีคม (ร้อยละ 30.9) ลักษณะการบาดเจ็บเป็นข้อต่อเคล็ดหรือบาดเจ็บ (ร้อยละ 36.9) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ คือ หลังและเท้า (ร้อยละ 23.8-28.6)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ทีมอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ควรให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ทั้งการปฏิบัติตามหลักความปลอดภัยในการทำงาน การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายอย่างถูกต้อง ควรมีการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยที่เป็นเหตุการบาดเจ็บ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานในกลุ่มเกษตรกรชาวนา

คำสำคัญ: ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการงาน เกษตรกรชาวนา

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, waruntorn.j@cmu.ac.th

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** นักวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** Academic Officer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



Abstract

Rice farmers are at greatest risk of work-related injuries. The focus of this descriptive study was to examine occupational health risks, including the rate of work-related injuries among 286 rice farmers, chosen purposively, and residing in Chiang Mai Province. Data collection was obtained through an interview form which with a of CVI=1.0 and acceptable reliability level (0.70-0.94). Obtained data were analyzed using descriptive statistics.

The major findings indicated that the significant occupational health risk was unsafe working conditions, including working with sharp instruments/equipment (80.9%) and mud-containment at the worksite (62.6%). Further, it was found that 69.1% of the sample did not wear ear plugs while driving a tractor or operating threshing equipment, and 44.9% of the farmers did not read machine/equipment instructions before using. Over three months, the rate of work related-injuries among the sample was 19.2 percent. The causes of injury were related to slippery floors (47.6%) and sharp instruments (30.9%). Such injuries were often joint sprains or superficial wounds (36.9%). The most commonly injured body parts were the back and feet (23.8-28.6%).

These findings indicated that the occupational health team should place a greater concern on safe work behaviors such as using machine/equipment safely and the regular use of personal protective equipment. In addition, risk communication regarding unsafe working conditions resulting in work related-injuries should be strongly addressed, thereby enhancing the quality of working life among rice farmers.

Key words: Occupational Health Risk, Work-Related Injuries, Rice Farmers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกประมาณการณ์ ปี ค.ศ. 2020 การบาดเจ็บจะก่อให้เกิดการตาย การเจ็บป่วยและทุพพลภาพมากกว่าการเจ็บป่วยอื่น ๆ ทั้งการสูญเสียปีชีวิต (life year lost) จะเพิ่มเป็น 1 ใน 5 จากเดิม 1 ใน 7 (Nogalski, Jankiewicz, Cwik, Karski, & Matuszewski, 2007) การบาดเจ็บจากการทำงานจึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านอาชีวอนามัยของประชากรวัยทำงานทั่วโลก (Centers for Disease Control and Prevention, 2014) จากรายงานพบ อัตราการบาดเจ็บจากการทำงานในภาคเกษตรกรรมสูงเป็นอันดับสอง (ร้อยละ 24.6) รองจากภาคอุตสาหกรรม (ร้อยละ 33.0) (The National Institute for Occupational Safety

and Health [NIOSH], 2012) ในภาคเกษตรกรรม เกษตรกรชาวนาเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน (NIOSH, 2014) องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization [ILO]) ระบุในปี ค.ศ. 2012 เกษตรกรชาวนาทั่วโลกได้รับบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานประมาณ 160 ล้านคน (Molineri, Signorri, & Tarabla, 2015) ทั้งอัตราการบาดเจ็บดังกล่าวในภาคเกษตรกรรมทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 21.6 ในปี ค.ศ. 2012 เป็น 24.8 ต่อ 100,000 ประชากรในปี ค.ศ. 2014 (NIOSH, 2014) แนวโน้มการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในประเทศที่พัฒนาแล้ว ดังเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงปี ค.ศ. 2005-2010 พบการบาดเจ็บ



ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในเกษตรกรชาวนาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.5 เป็นร้อยละ 17.9 (U.S. Department of Labour, 2014) ขณะที่ประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศอินเดีย พบการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในเกษตรกรชาวนาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.4 ในปี ค.ศ. 2007 เป็นร้อยละ 28.8 ในปี ค.ศ. 2012 (Das, 2014) อย่างไรก็ตาม การบาดเจ็บดังกล่าวในภาคเกษตรกรรม แต่ละประเทศอาจต่างกันตามบริบทการทำงาน ทั้งการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยหรือการทำเกษตรกรรมแบบดั้งเดิม ที่สำคัญข้อมูลรายงานการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของกลุ่มเกษตรกรมักจะต่ำกว่าความเป็นจริง ส่วนหนึ่งจากการขาดระบบการรายงานข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม จึงมีความเป็นไปได้ที่การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานอาจถูกละเลย โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัย (Abbas, 2015; Gosselin, 2009)

การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน ก่อให้เกิดการสูญเสียทั้งทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ (ILO, 2013) การสูญเสียทางด้านสุขภาพที่สำคัญคือ การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะและพิการ (Svendsen, Aas, & Hilt, 2014) สำนักงานสถิติแรงงานประเทศสหรัฐอเมริกา พบอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มเกษตรกรชาวนา 11.4 ต่อแสนประชากรวัยทำงาน ซึ่งเกือบหนึ่งในสี่ของการเสียชีวิตเกิดจากการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน (U.S. Department of Labour, 2014) ทั้งส่งผลต่อการสูญเสียอวัยวะและพิการ ถึงร้อยละ 6 ต่อ 1,000 ประชากร (Windon, Jepsen, & Scheer, 2014) ส่วนการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจที่สำคัญคือ การสูญเสียเงินค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งเวลาการพักผ่อนหรือการหยุดงาน ทำให้เสียรายได้และผลผลิตลดลง (Gosselin, 2009; ILO, 2014) ในช่วงปี ค.ศ. 2000-2005 ประเทศสหรัฐอเมริกา ต้องสูญเสียงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มเกษตรกรที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานเพิ่มขึ้นจาก 4.42 เป็น 4.57 พันล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ (Zaloshnja, Miller, & Lawrence, 2012) สำหรับประเทศไทยมีรายงานการสูญเสียงบประมาณการรักษาพยาบาลและจ่ายเงินทดแทนให้กลุ่มแรงงานในระบบที่

ประสบอันตรายบาดเจ็บจากการทำงานปี พ.ศ. 2556-2557 สูงถึง 232.5 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2555 ร้อยละ 5.8 ซึ่งไม่รวมกลุ่มแรงงานนอกระบบเช่น เกษตรกรชาวนา (Thailand Social Security Office, 2015) จากการสูญเสียทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ ชี้ให้เห็นความสำคัญของการป้องกันการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน แต่ทั้งนี้จำเป็นต้องเข้าใจธรรมชาติและสาเหตุการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน

การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน หมายถึงภาวะที่อวัยวะหรือส่วนของร่างกายได้รับอันตรายจากการเกิดอุบัติเหตุ หรือสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ส่งผลให้คนงานได้รับบาดเจ็บหรือความสามารถในการทำงานลดลง (Yoosuk, 2006) หลักฐานทางวรรณกรรมชี้ชัดการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานเกิดจากสาเหตุหลักสำคัญสองประการ คือ สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (unsafe working condition) พบเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บเกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน ร้อยละ 4-15 และพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (unsafe behavior) เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บเกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน ร้อยละ 85-96 (Mokhtari, 2007; Henrich, 1959) สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย จะเป็นการทำงานกับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ของมีคม การออกแบบอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องจักรที่ไม่เหมาะสมกับสภาพการทำงาน การทำงานกับเครื่องจักรหรือเครื่องมืออุปกรณ์ที่ชำรุด รวมทั้งบริเวณพื้นที่ในการทำงานที่อาจนำไปสู่การบาดเจ็บ เช่น พื้นที่ลื่น พื้นเปียกชื้น มีโคลน/น้ำขัง เป็นต้น ขณะที่พฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ประกอบด้วย การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การใช้เครื่องจักร/อุปกรณ์ที่ไม่ปลอดภัย และการไม่ปฏิบัติตามหลักมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงาน (U.S. department of Labour, 2014; Yoosuk, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในเกษตรกรชาวนา ที่สำคัญเกิดจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ของมีคม การใช้เครื่องจักร/อุปกรณ์ที่ชำรุด หรือการสัมผัสกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (Das,



2014; Molineri, Signorri, & Tarabla, 2015; Marzban et al., 2012) ในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ดังเช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย เกาหลีใต้ หรือประเทศอินเดีย พบว่า สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยที่เป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในเกษตรกรชาวนา จะเกี่ยวกับการใช้เครื่องจักรขนาดใหญ่ การใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ของมีคมหรือเครื่องมือเครื่องจักรที่ชำรุด (Das, 2014; Molineri, Signorri, & Tarabla, 2015) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย มีหลักฐานพบว่า การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเกษตรกรชาวนามีสาเหตุจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ของมีคม หรือการทำงานในพื้นที่เปียกชื้น มีน้ำขัง ทำให้เกิดการลื่นหกล้ม (Tammajak, 2012) จากสถิติข้างต้นชี้ให้เห็นความสำคัญของการทำงานที่ไม่ปลอดภัยในกลุ่มเกษตรกรเป็นสาเหตุหนึ่งของการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน

พฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัยที่เป็นเหตุการบาดเจ็บจากงานในกลุ่มเกษตรกรชาวนา จากหลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ชัดว่าจะเกี่ยวกับการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ไม่ปฏิบัติตามหลักมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงาน และการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่ถูกต้อง (Griffin, 2012; Safe Work Australia, 2013) หลายรายงานการศึกษาระบุว่า การบาดเจ็บจากงานของเกษตรกรชาวนาเกิดจากการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (McCallum et al., 2013; McCurdy, 2013) การไม่ปฏิบัติตามคู่มือการใช้เครื่องจักรเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ก่อนการใช้งาน หรือใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้อง (Das, 2014; Mamady, Zou, & Mafoule, 2014) จากรายงานดังกล่าวบ่งบอกการบาดเจ็บที่เกิดจากทั้งสภาพการทำงานและพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย การศึกษาสถานการณ์การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเกษตรกรชาวนาจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย โดยเฉพาะประเด็นสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (unsafe working condition) และพฤติกรรมการทำงานของคนทำงาน (worker) ซึ่งเป็นภาพรวมความเสี่ยงต่อสุขภาพหรือการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการทำงาน การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเฉพาะส่วน เช่น (Thowattanah, 2009) ศึกษาเฉพาะการบาดเจ็บจากงานและพฤติกรรมการทำงาน ส่วนการศึกษาของ Tammajak (2012) เน้นเฉพาะการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในเกษตรกรชาวนา ขณะที่หลายการศึกษา เน้นศึกษาปัจจัยคุกคามสุขภาพ การบาดเจ็บและเจ็บป่วยของกลุ่มเกษตรกรแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพปลูกข้าวโพด ปลูกข้าวโพดฝักอ่อน หรือปลูกหอมแดง (Chanprasit et al., 2010, 2019; Chaothaworn, Chanprasit, & Jongrungsakul, 2014) ที่มีบริบทธรรมชาติการทำงานต่างจากเกษตรกรชาวนา ดังนั้นภาพรวมอันตรัยจากการทำงานของเกษตรกรชาวนาจึงยังมีข้อจำกัดต้องการศึกษาอย่างเป็นระบบ

จังหวัดเชียงใหม่ มีประชากรร้อยละ 65 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.8) ประกอบอาชีพทำนา ผลิตข้าวเป็นพืชเศรษฐกิจอันดับหนึ่งของจังหวัด มีพื้นที่การเกษตร 1,154,727 ไร่ (ร้อยละ 8.4 ของพื้นที่ในจังหวัด) ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ปลูกข้าว 440,005 ไร่ เกษตรกรส่วนใหญ่มีการนำสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมาใช้ในการเพิ่มผลผลิต ส่วนกระบวนการปลูกข้าวจะใช้วิธีผสมผสานแบบดั้งเดิมโดยใช้แรงงานคน ร่วมกับการใช้เครื่องจักรเทคโนโลยีสมัยใหม่ (Chiang Mai Provincial Agricultural Office, 2017) รายงานสถิติการได้รับบาดเจ็บของผู้ใช้บริการเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดเชียงใหม่ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่า มีอุบัติเหตุที่เกิดจากการพลัดตกหกล้ม ขนกระแทกสูง ร้อยละ 34.7 และการบาดเจ็บจากเครื่องจักรและอุปกรณ์ของมีคมตัด บาด หรือตีแทง ร้อยละ 14.6 ของผู้ได้รับบาดเจ็บทั้งหมด ทั้งนี้ในกลุ่มของผู้ใช้บริการทั้งหมด เกือบครึ่งหนึ่งเป็นผู้ประกอบอาชีพเกษตรกร (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2015) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวยังขาดความชัดเจน ไม่มีการจำแนกว่าเป็นการบาดเจ็บจากงาน ประกอบกับเกษตรกรเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บจากงาน ทั้งเป็นแรงงานนอกระบบที่ไม่ได้รับความคุ้มครองด้านสวัสดิการ ความปลอดภัยและด้านสุขภาพ ทีมผู้วิจัยในฐานะ



พยาบาลอาชีวอนามัยที่มีบทบาทสำคัญในการจัดบริการด้านสุขภาพแก่คนทำงาน เล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและการบาดเจ็บจากงานของเกษตรกรชาวนาในจังหวัดเชียงใหม่เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนากลไกการเฝ้าระวังสุขภาพและสิ่งแวดล้อมร่วมกับการสร้างเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานและลดความเสี่ยงจากการทำงาน สู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานของเกษตรกรชาวนา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของเกษตรกรชาวนาในพื้นที่ศึกษาจังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาอัตราการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำนาของเกษตรกรชาวนาในพื้นที่ศึกษา จังหวัดเชียงใหม่

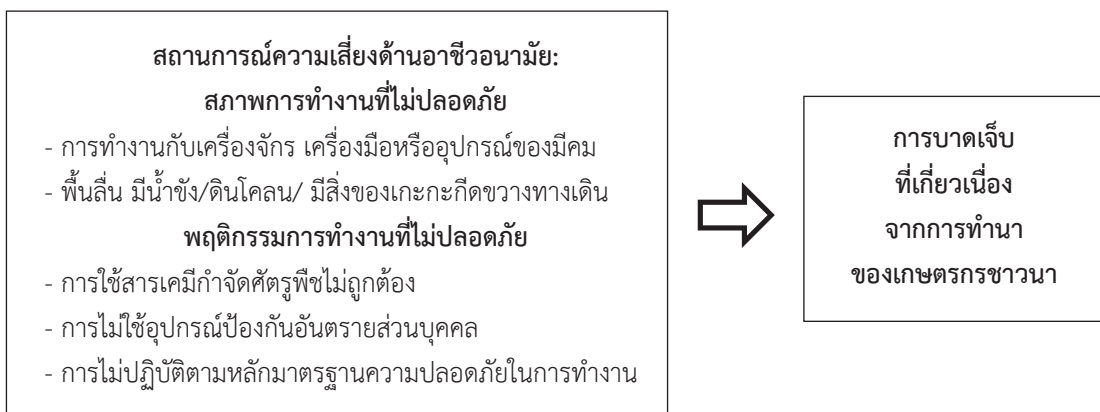
คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของเกษตรกรชาวนาในพื้นที่ศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร

2. อัตราการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำนาของเกษตรกรชาวนาในพื้นที่ศึกษาจังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

แนวคิดด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยถูกประยุกต์เป็นแนวทางในการศึกษา โดยสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (unsafe working condition) และพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (unsafe behavior) ต่างเป็นปัจจัยอันตรายต่อสุขภาพคนทำงาน (worker) สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ประกอบด้วย การทำงานกับเครื่องจักร เครื่องมือหรืออุปกรณ์ของมีคม การทำงานในพื้นที่เปียกชื้น มีน้ำขัง รวมทั้งบริเวณที่ทำงานมีสิ่งของกีดขวางทางเดิน ส่วนพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่ถูกต้อง การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการไม่ปฏิบัติตามหลักมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงาน ทั้งสองปัจจัยเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน ดังแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและ การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำนาของเกษตรกรชาวนา



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ประชากรในการศึกษาเป็นเกษตรกรที่ทำนาเป็นอาชีพหลักในอำเภอหางดงและอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,128 ราย (Chiang Mai Provincial Agricultural Office, 2015) กลุ่มตัวอย่าง คือ เกษตรกรที่ทำนาเป็นอาชีพหลักและทำงานในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการทำนา 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมดิน การปลูก การบำรุงรักษา และการเก็บเกี่ยว คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 285 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ในตำบลที่มีสัดส่วนการปลูกข้าวสูงสุดของแต่ละอำเภอ ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เกษตรกรชาวนาทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ประสบการณ์ทำนาในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งอย่างน้อย 1 ปี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย รวมทั้งยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบและยินยอมเข้าร่วมวิจัยจำนวน 286 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำนาของเกษตรกรชาวนา ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพดฝักอ่อน (Chanprasit & Kaewthummanukul, 2010) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยประกอบด้วย สภาพการทำงานและพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย และการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำนา แบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลอาชีวอนามัยจำนวน 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และทดสอบความเชื่อมั่นกับเกษตรกรชาวนาในตำบลหางดง ที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 ราย คำนวณหาความสอดคล้องภายใน

(internal consistency reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคในส่วนสภาพการทำงานและพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ได้ค่า 0.94 และ 0.7

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการภายหลังจากการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 094/2559 วันที่ 2 ธันวาคม 2559 และได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์โดยทีมวิจัยร่วมกับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาผ่านการฝึกอบรมและมีประสบการณ์ในการสัมภาษณ์คนทำงานกลุ่มอาชีพต่างๆ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.2 เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 31-86 ปี (อายุเฉลี่ย 57.6 ปี S.D. = 9.9 Median = 58.0) มีอายุในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 44.1 ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบเพียงร้อยละ 40.9 ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 2-70 ปี (เฉลี่ย 31.7 ปี S.D. = 15.5 Median = 31) กลุ่มตัวอย่างกว่าหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 29.7) มีประสบการณ์การทำงาน 40-49 ปี เคยได้รับการอบรมการทำงานที่ปลอดภัย (ร้อยละ 44.1) เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัย (ร้อยละ 48.2) การทำงานอย่างปลอดภัย (ร้อยละ 32.4) การทำปุ๋ยชีวภาพ/ปุ๋ยอินทรีย์ (ร้อยละ 17.3) และการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (ร้อยละ 2.1)

2. ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย พิจารณา 2 ด้าน คือ สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยและพฤติกรรมการทำงาน ในประเด็นสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.9) ทำงานกับเครื่องจักรเครื่องมือและอุปกรณ์ของมีคมและร้อยละ 62.6 ทำงานบริเวณที่มีพื้นเปียกชื้น มีน้ำขังหรือดินโคลน อีกร้อยละ 23.2 ทำงานบริเวณที่มีสิ่งของเกะกะ กีดขวางทางเดิน ส่วนพฤติกรรมการทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่



(ร้อยละ 80.4-96.4) มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชถูกต้องในประเด็นต่อไปนี้ ผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปริมาณที่ฉลากกำหนด ล้างมือเมื่อพ่นน้ำขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เปลี่ยนเสื้อผ้าอาบน้ำทันทีหลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช แยกซักเสื้อผ้าที่สวมใส่ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่ใช้ปากเปิดภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือมือเปล่าผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวมทั้งมีการเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและอุปกรณ์การฉีดพ่นไว้ในที่ปลอดภัย ส่วนการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.4-96.5) มีพฤติกรรมถูกต้อง เช่น ตรวจสอบสภาพความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนใช้ เปลี่ยนอุปกรณ์เมื่อมีสภาพชำรุด สวมเสื้อแขนยาว หมวกหรือผ้าโพกศีรษะขณะทำงาน สวมรองเท้ายางเมื่อทำงานในที่น้ำขัง/ดินโคลน

ทำความสะอาดและจัดเก็บอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเป็นระเบียบหลังใช้ แต่กลุ่มตัวอย่างกว่าหนึ่งในสามและสองในสามไม่สวมแว่นตาและปลั๊กอุดหูขณะใช้เครื่องตัดหญ้า หรือสวมปลั๊กอุดหูขณะขับรถไถนา/รถนวดข้าว การปฏิบัติตามหลักความปลอดภัยในการทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.3-98.5) มีพฤติกรรมถูกต้องดังนี้ หลีกเลี่ยงการกินยาที่ทำให้ง่วงนอนเวลาทำงาน งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนหรือขณะทำงาน ตรวจสอบและบำรุงดูแลรักษาเครื่องจักรเครื่องมือ/อุปกรณ์ของมีคมให้มีสภาพพร้อมใช้งานอยู่เสมอ เครื่องมือ อุปกรณ์ของมีคมก่อนใช้งาน ทำความสะอาดและเก็บเครื่องจักร เครื่องมือหรืออุปกรณ์ของมีคมเป็นระเบียบหลังใช้งาน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง*

ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
	n(%)	n(%)	n(%)
สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย			
ทำงานบริเวณที่มีสิ่งของเกะกะ กีดขวางทางเดิน	65(23.2)	107(38.2)	108(38.6)
ทำงานบริเวณที่ทำงานพื้นเปียกชื้น มีน้ำขัง/ดินโคลน	179(62.6)	68(23.8)	39(13.6)
ทำงานกับเครื่องจักร เครื่องมือและอุปกรณ์ของมีคม	228(80.9)	44(15.6)	10(3.5)
ปฏิบัติงานกับเครื่องจักร เครื่องมือหรืออุปกรณ์ของมีคมที่ชำรุด	39(14.2)	58(21.1)	178(64.7)
ปฏิบัติงานกับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ไม่มีเครื่องป้องกันอันตราย	49(17.9)	47(17.1)	178(65.0)
พฤติกรรมการทำงาน			
การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช			
อ่านฉลากคำแนะนำก่อนใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	106(74.7)	31(21.8)	5(3.5)
ผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปริมาณที่ฉลากกำหนด	111(80.4)	19(13.8)	8(5.8)
ผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่าหนึ่งชนิด	39(28.3)	57(41.3)	42(30.4)
ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่หมดอายุแล้ว	22(16.3)	7(5.2)	106(78.5)
ใช้ปากเปิดภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	13(9.5)	2(1.5)	121(89.0)
ใช้ปากดูดหรือเป่าลมเมื่อพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอุดตัน	4(2.9)	4(2.9)	129(94.2)
ใช้มือเปล่าคนหรือผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	7(5.1)	6(4.4)	124(90.5)



ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย	ปฏิบัติ ทุกครั้ง n(%)	ปฏิบัติ บางครั้ง n(%)	ไม่ปฏิบัติ เลย n(%)
ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชขณะลมแรง	11(8.4)	35(26.7)	85(64.9)
อยู่เหนือทิศทางลมขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	104(79.4)	18(13.7)	9(6.9)
ล้างมือเมื่อพ่นน้ำขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	109(87.2)	9(7.2)	7(5.6)
ล้างมือเมื่อพ่นรับประทานอาหารขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	118(92.2)	5(3.9)	5(3.9)
ทิ้งภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในบริเวณที่ทำงาน	56(40.9)	24(17.5)	57(41.6)
เปลี่ยนเสื้อผ้าอาบน้ำทันทีหลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	120(88.2)	12(8.9)	4(2.9)
แยกซักเสื้อผ้าที่สวมใส่ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	126(92.0)	8(5.8)	3(2.2)
เก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและอุปกรณ์การฉีดพ่นในที่ปลอดภัย	134(96.4)	4(2.9)	1(0.7)
การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล			
ตรวจสอบสภาพความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนใช้	234(82.4)	46(16.2)	4(1.4)
เปลี่ยนอุปกรณ์เมื่อพบว่าประสิทธิภาพชำรุด	265(93.3)	13(4.6)	6(2.1)
สวมเสื้อแขนยาว หมวกหรือผ้าโพกศีรษะขณะทำงาน	276(96.8)	7(2.5)	2(0.7)
สวมผ้าปิดปากปิดจมูกขณะทำงาน	200(70.2)	64(22.5)	21(7.3)
สวมรองเท้าบูทเมื่อทำงานในแปลงนาที่มีน้ำขังหรือดินโคลน	266(93.3)	13(4.6)	6(2.1)
สวมแว่นตาและปลั๊กอุดหูขณะใช้เครื่องตัดหญ้า	70(34.1)	66(32.2)	69(33.7)
สวมปลั๊กอุดหูขณะขับรถไถนาหรือรถนวดข้าว	8(9.9)	17(21.0)	56(69.1)
สวมแว่นตาและถุงมือยางขณะผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	89(62.2)	36(25.2)	18(12.6)
สวมผ้าปิดจมูก แว่นตา เสื้อแขนยาว หมวก รองเท้าบูท ขณะพ่นสาร	134(64.1)	53(25.4)	22(10.5)
สวมถุงมือเมื่อใช้เคียวเกี่ยวข้าว	89(63.6)	35(25.0)	16(11.4)
ทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลหลังใช้งาน	249(89.6)	27(9.7)	2(0.7)
จัดเก็บอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้เป็นระเบียบหลังใช้งาน	273(96.5)	9(3.1)	1(0.4)
การปฏิบัติตามหลักความปลอดภัยในการทำงาน			
หลีกเลี่ยงการกินยาที่ทำให้เกิดอาการง่วงนอนเวลาทำงาน	244(85.9)	34(12.0)	6(2.1)
หลีกเลี่ยงปฏิบัติงานเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย	213(74.5)	69(24.1)	4(1.4)
งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนหรือขณะทำงาน	246(86.9)	22(7.8)	15(5.3)
หลีกเลี่ยงการหยอกล้อหรือพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานขณะทำงาน	166(59.3)	95(33.9)	19(6.8)
ตรวจสอบเครื่องมือ อุปกรณ์ของมีคมก่อนใช้งาน	238(84.4)	39(13.8)	5(1.8)
ตรวจสอบเครื่องจักรก่อนใช้งาน	172(78.9)	43(19.7)	3(1.4)
ตรวจสอบสายไฟ สายดิน ปลั๊กไฟให้ปลอดภัยก่อนใช้เครื่องมือ	89(70.1)	33(26.0)	5(3.9)



ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
	n(%)	n(%)	n(%)
อ่านคู่มือ/คำแนะนำ ในการใช้งานเครื่องจักรเครื่องมือก่อนใช้งาน	125(55.1)	90(39.6)	12(5.3)
ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้เครื่องจักร เครื่องมือ/อุปกรณ์ของมีคม	172(68.5)	74(29.5)	5(2.0)
บำรุงดูแลรักษา/ซ่อมแซมเครื่องจักร เครื่องมือให้พร้อมใช้งาน	219(83.3)	37(14.1)	7(2.6)
ทำความสะอาดเครื่องจักร เครื่องมือ/อุปกรณ์ของมีคมหลังใช้งานเสร็จ	260(92.9)	20(7.1)	0(0.0)
เก็บเครื่องจักร เครื่องมือ/อุปกรณ์ของมีคมให้เป็นระเบียบหลังใช้งาน	276(98.5)	3(1.1)	1(0.4)

หมายเหตุ * เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงในแต่ละกิจกรรมนั้น ๆ

3. การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบเพียงร้อยละ 19.2 เป็นการบาดเจ็บเล็กน้อยไม่ต้องหยุดงาน (ร้อยละ 88.1) โดยมีการบาดเจ็บเพียง 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 92.7) สาเหตุการบาดเจ็บจากการลื่นล้มค้ำนา/สะดุดสิ่งของ (ร้อยละ 47.6) เหยียบวัสดุ/วัตถุมีคมในน้ำ (ร้อยละ 30.9) ลักษณะการบาดเจ็บเป็นข้อต่อเคล็ด/การอักเสบของกล้ามเนื้อ หรือบาดเจ็บด้วยสัสดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 36.9) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ คือ หลัง เอว (ร้อยละ 28.6) หรือเท้า (ร้อยละ 23.8) การอภิปรายผล

ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย ในส่วนของสภาพการทำงานที่สำคัญ คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.9) ทำงานกับเครื่องจักร เครื่องมือและอุปกรณ์ของมีคม ข้อค้นพบสอดคล้องกับการสำรวจที่ระบุชุดว่ากลุ่มแรงงานนอกระบบโดยทั่วไปยังคงทำงานกับเครื่องจักรและเครื่องมือที่เป็นอันตราย (National Statistical Office Thailand, 2017) อีกร้อยละ 62.6 ทำงานบริเวณที่มีพื้นเปียกชื้น มีน้ำขังหรือดินโคลน ข้อค้นพบดังกล่าวเป็นไปตามบริบทการทำงานของเกษตรกรชาวนาที่มีการใช้เครื่องมือเครื่องจักรที่มีความคม เช่น มีด จอบ เสียม รถไถเดินตาม รวมทั้งการทำงานบนพื้นลื่น (ILO, 2013) คล้ายกับกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพดฝักอ่อนที่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.90) ทำงานกับเครื่องจักรหรืออุปกรณ์ของมีคม (Chanprasit et al., 2010) สะท้อนชัดถึงสภาพการทำงานในแรงงานนอกระบบที่ไม่ได้มาตรฐาน ไม่มีความ

ปลอดภัยเมื่อเทียบกับแรงงานในระบบ

สำหรับพฤติกรรมการทำงาน โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชถูกต้อง ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง บางส่วนเคยได้รับการอบรมการทำงานที่ปลอดภัย (ร้อยละ 44.1) หรือการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัย (ร้อยละ 48.2) การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สารเคมี การทำงานที่ปลอดภัยมีความสำคัญ อาจเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยสร้างความตระหนักต่อการมีพฤติกรรมหรือการกระทำที่ปลอดภัย (Rogers, 2003) นอกจากนี้อายุและประสบการณ์เป็นอีกปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 57.6 ปี เป็นวัยที่มีประสบการณ์ร่วมกับมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ส่วนประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 31.7 ปี อาจทำให้การพิจารณาและตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีเหตุผล มีความรับผิดชอบในการดูแลความปลอดภัยของสุขภาพ (Edelman & Mandel, 2006) สำหรับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ที่ยังเป็นประเด็นปัญหา คือ ไม่สวมปลั๊กอุดหูขณะขับรถไถนาหรือเกี่ยวข้าว (ร้อยละ 69.1) รวมทั้งไม่สวมแว่นตาหรือปลั๊กอุดหูขณะใช้เครื่องตัดหญ้า (ร้อยละ 33.7) ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เพียงร้อยละ 2.1 ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.6) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นข้อจำกัดของโอกาสการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หรือเกี่ยวกับเศรษฐฐานะ



ที่ส่งผลต่อการแสวงหาปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เพราะร้อยละ 63.6 ต้องทำงานเสริมรายได้ รายได้ที่ต่ำอาจส่งผลกระทบต่อผลผลิตที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพรวมทั้งการซื้ออุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล คล้ายกับการศึกษาของ Thowattanah (2009) ที่พบเกษตรกรปลูกข้าวทุกคนไม่มีการใช้ปลั๊กอุดหูขณะใช้รถไถนาหรือรถนวด ทำให้เกษตรกรมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดัง ส่วนการปฏิบัติตามหลักความปลอดภัยในการทำงาน ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างทำได้ถูกต้อง ทั้งนี้เป็นเพราะส่วนหนึ่งได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการทำงานที่ปลอดภัย ร้อยละ 32.4 ร่วมกับพฤติกรรมทางอารมณ์และประสบการณ์การทำงานที่ช่วยเสริมให้มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ดังอภิปรายข้างต้น

ด้านการบาดเจ็บจากการทำงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างพบเพียงร้อยละ 19.2 สาเหตุจากลื่นล้มในบริเวณที่ทำงาน (ร้อยละ 47.6) หรือสัมผัสวัตถุมีคมในน้ำ (ร้อยละ 30.9) มีอาการข้อต่อเคล็ด การอักเสบของกล้ามเนื้อ หรือบาดเจ็บ (ร้อยละ 36.9) ซึ่งเป็นการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยโดยไม่ต้องหยุดงาน เป็นไปตามแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ระบุว่า สาเหตุของการบาดเจ็บจากการทำงานร้อยละ 10 เกิดจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เช่น การจัดวางเครื่องมือ/อุปกรณ์ของมีคมไม่เป็นระเบียบ มีสิ่งของวางเกะกะ มีสิ่งกีดขวางทางเดินบริเวณที่ทำงาน (Heinrich, 1959; Silapasuwat, 2013) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างระบุต้องทำงานในบริเวณพื้นเปียกชื้น มีน้ำขัง ดินโคลน และมีสิ่งของวางเกะกะกีดขวางทางเดินทุกครั้ง (ตารางที่ 1) ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่า เกษตรกรชาวนาเกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน ร้อยละ 38.5-100.0 มีสาเหตุจากการลื่นล้มในบริเวณที่ทำงานร้อยละ

8.8 -20.0 วัตถุมีคมบาด/ทิ่มแทงร้อยละ 5.1-49.6 การบาดเจ็บเป็นบาดเจ็บเฉียบพลันร้อยละ 22.1-69.7 และข้อต่อเคล็ด/การอักเสบของกล้ามเนื้อร้อยละ 2.1-7.3 (Tammajak, 2012; Thowattanah, 2009)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย ให้ความสำคัญกับการสื่อสารความเสี่ยงจากการทำงาน ต้องเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอันตรายจากการทำงานของเกษตรกรชาวนา เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากงาน ตลอดจนพัฒนาโปรแกรมลดความเสี่ยงจากการทำนา ป้องกันการบาดเจ็บจากงาน เพื่อสร้างความตระหนักการทำงานที่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาระบบส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการสร้างความ 'เสมอภาคและเท่าเทียม' ในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ

2. การปรับพฤติกรรมการทำงาน เสริมสร้างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย โดยเฉพาะการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล พยาบาลอาชีวอนามัยหรือที่เกี่ยวข้องต้องประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเพื่อร่วมพิจารณาหาแนวทางการสร้างความตระหนักในการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล

3. ด้านการวิจัย เพื่อให้ได้ภาพรวมตามมุมมองคนใน (emic perspectives) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาวิถีคิด มุมมอง ความหมาย ความตระหนักและการทำงานที่ปลอดภัย ร่วมกับการสังเกตวิธีการทำงานเพื่อความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในพฤติกรรมการทำงานของเกษตรกรชาวนา นอกจากนี้ อาจศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

- Abbas, M. (2015). Trend of occupational injuries/diseases in Pakistan: Index value analysis of injured employed persons from 2001-2002 to 2012 -2013. *Safety and Health at Work*, 6, 218-226.
- Chanprasit, C., & Kaewthummanukul, T. (2010). Occupational health hazards, work-related illness and injury, work behaviors among informal workforce: Case study in baby corn planting farmer group. *The Public Health Journal of Burapha University*, 5(2), 40-50. (in Thai)



- Chanprasit, C., Jongrungrotsakul, W., Kaewthummanukul, T., Wisutthananon, A., & Jaiwilai, W. (2019). Occupational and environmental health situations among corn farmers. *Nursing Journal*, 46(1), 4-16. (In Thai)
- Chiang Mai Provincial Agricultural Office. (2017). *Agricultural information Chiangmai Province*. Retrieved from http://www.chiangmai.doe.go.th/plan_work/agri_data%202561.pdf. (In Thai)
- Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2015). *Statistics of injury in public hospitals in Chiang Mai during the year 2010-2012*. Retrieved from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/all_it.php (In Thai)
- Chio, C., Chanprasit, C., & Jongrungrotsakul, W. (2014). Health Status Related to Risk at Work Among Shallot Farmers, Cham Pa Wai Subdistrict, Mueang District, Phayao Province. *Nursing Journal*, 41(2), 35-47. (In Thai)
- Das, B. (2014). Agricultural work related injuries among the farmers of West Bengal, India. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 21, (3), 205-215.
- Day, L., Voaklander, D., Sim, M., Wolfe, R., Langley, J., Dosman, J., ... , & Ozanne-Smith, J. (2009). Risk factors for work related injury among male farmers. *Occupational and Environmental Medicine*, 66, 312–318.
- Edelman, C. L., & Mandle, C. L. (2006). *Health promoting throughout the lifespan* (6th ed.). Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Griffin, P. J. (2012). *Safety and health in agriculture “farming -a hazardous occupation –how to improve health & safety?”* Retrieved from <http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201303/20130321ATT63633/201303.pdf>.
- Gosselin, A. R. (2009). The increasing burden of injuries in developing countries direct and indirect consequences. *Techniques in Orthopedics*, 24, 230 –232.
- Heinrich, H. W. (1959). *Industrial accident prevention* (4thed.). New York: McGraw-Hill Book.
- ILO. (2013). *Global employment trends 2012 preventing a deeper jobs crisis*. Geneva: ILO.
- ILO. (2014). *Agriculture: a hazardous work*. Retrieved from http://www.ilo.org/safework/Areasofwork/hazardous-work/WCMS_110188/longeen/index.htm.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size of research activities. *Education and Psychological Measurement*, 80, 607-610.
- Mamady K., Zou B., & Mafoule S. (2014). Nonfatal agricultural injuries in Guinea: A retrospective descriptive analysis. *Open Journal of Preventive Medicine*, 4, 377-385.
- McCallum, M. D., Murphy, S., Reed, B. D., Claunch, T. D., & Reynolds, J. S. (2013). What we know about the effectiveness of farm safety day programs and what we need to know. *The Journal of Rural Health*, 29, 20-29.
- McCurdy, A. S. (2013). Agricultural injury in Carifornia Hispanic farm workers: MICASA follow-up survey. *Journal of Agromedicine*, 18(1), 39-49.
- Mokhtari, A. H. (2007). Automatic identification system (AIS): data reliability and human error implications. *The Journal of Navigation*, 60, 373-389.



- Molineri, A., Signorini, M. L. & Tarabla, H. D. (2015). Risk factors for work-related injury among farm workers: a 1-year study. *Rural and Remote Health*, 15(2996), 1-8.
- National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH]. (2012). *Agriculture safety*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/niosh/topics/aginjury/default.html>
- National Institute Occupational Safety and Health [NIOSH]. (2014). *National health system employers health and well-being: Commission occupational health services*. Retrieved from: <http://www.niosh.org/safework/areas of work/hazardous.htm>.
- National Statistical Office Thailand. (2017). *The informal employment survey 2017*. Bangkok: National Statistical Office. (In Thai)
- Nogalski, A., Jankiewicz, L., Cwik, G., Karski, J. & Matuszewski, L. (2007). Animal related injuries treated at the department of trauma and emergency medicine, Medical University of Lublin. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 14, 57-61.
- Rogers, B. (2003). *Occupational and environmental health nursing: Concept and practices* (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Safe Work Australia. (2013). *National hazard exposure worker surveillance exposure to biological hazards and the provision of controls against biological hazards in Australian workplaces*. Retrieved from <http://www.safeworkaustralia.gov.au.pdf>
- Silapasuwan, P. (2013). *Occupational health nursing: Concepts and practice*. Bangkok: Danex Intercorporation. (In Thai)
- Svensden, K., Aas, O., & Hilt, B. (2014). Nonfatal occupational injuries in Norwegian farmers. *Safety and Health at Work*, 5, 147-151.
- Tammajak, T. (2012). *Work related illnesses and injuries among farmers in huamuang Sub-district, Song District, Phrae Province*. Independent Study, Graduate School Chiang Mai University. (In Thai)
- Thailand Social Security Office. (2015). *Annual report 2014 compensation fund*. Retrieved from <http://www.sso.go.th/wpr/uploads/uploadImages/file/AnnualReportBook2557.pdf> (In Thai)
- Thowattanah, L. (2009). *Work related injuries and work safety behavior among farmers*. Master Thesis, Graduate School Chiang Mai University. (In Thai)
- U.S. Department of Labour. (2014). *Reported workplace injuries and illness -2013 in agriculture in the U.S. 2005-2010*. Retrieved from www.bls.gov/iif/oshsum.htm
- Windon, S., Jepsen, D., & Scheer, S. (2014). *Assessing Ohio farmers: Determining factors that affect their quality of life*. Master of Science in the graduate school of the Ohio state university.
- Yoosuk, W. (2006). *Occupational safety and environment* (3rd ed.). Bangkok: Num-Agron. (In Thai)
- Zaloshnja, E., Miller, T. R., & Lawrence, B. (2012). *Incidence and cost of injury among farmers in agricultural settings, United States, 2001-2006*. Retrieved from <http://www.pediatrics.aappublications.org>.



การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน ตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

Community Health Care System Development Process in Tawhangtan Sub-district, Saraphi District, Chiang Mai Province

กัลยาณี	ตันตรานนท์*	Kunlayanee	Tantranont*
อนนท์	วิสุทธิธนานนท์*	Anon	Wisutthananon*
เดชา	ทำดี*	Decha	Tamdee*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน ตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นแกนนำชุมชน ได้แก่ พระสงฆ์ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 35 ราย ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์ประเด็นปัญหา วางแผนเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหา 2) การดำเนินงานตามแผนและการประเมินผล และ 3) การสะท้อนคิดเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน

ผลการประเมินเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยได้พัฒนาศักยภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น เช่น ความสามารถในการแสดงความคิดเห็นในที่ประชุม การเป็นวิทยากรกระบวนการ การเขียนสรุปผลการดำเนินงาน เกิดแผนงานเพื่อพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนขึ้น ตลอดจนมีการขยายต่อยอดผลการดำเนินงาน เช่น การจัดการปัญหาขยะชุมชน การส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรในครัวเรือน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนอย่างยั่งยืนควรเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการของชุมชน ดำเนินงานแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การใช้ทุนทางสังคม บุคลากรให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน รวมทั้งมีการดำเนินงานร่วมกันแบบหุ้นส่วนจากภาคีเครือข่าย เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถาบันการศึกษา เพื่อหนุนเสริมให้เกิดกระบวนการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนได้อย่างเต็มศักยภาพ

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระบบจัดการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน ตำบลท่าวังตาล

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, tantranont_k@hotmail.com



Abstract

The purpose of this action research was to develop a community health program in Tawhangtan Sub-district, Saraphi District, Chiang Mai Province. The study had 35 participants including a monk, community leaders, health volunteers, and staff from a local health promotion hospital. The research methods included: 1) the development of community health plans 2) project implementation and evaluation; and 3) reflection.

The results showed that participants improved their skills in expressing ideas, coaching, and report writing. Many community projects were created, such as a community waste management project and a project encouraging households to plant traditional medicinal herbs.

The sustainability of a community health program requires the full participation of community members. The participation begins with analyzing community problems and needs. Further action required includes developing ongoing learning processes, distribution of information on utilization of resources, and integration within community patterns. In addition, it requires partnerships with related organizations, such as local administrative organizations, health promotion hospitals, and educational institutions that can support aspects that go beyond the ability of the community.

Keywords: Action Research, Community Health Care System, Tawhangtan Sub-District

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี พ.ศ.2543 มีการรวมพลังจากหลากหลายภาคส่วนเพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ จนนำไปสู่การประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง การที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องรอกองมือของรัฐบาลหรือบุคลากรด้านสาธารณสุข (Wasi, 2009)

อำเภอสารภีจังหวัดเชียงใหม่เป็นพื้นที่ในเขตชานเมืองและเป็นพื้นที่นำร่องในการนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ตั้งแต่ พ.ศ.2518 โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพและชุมชนมีความเข้มแข็ง (Nondasuta, 2007) ถึงแม้ปัจจุบันการสาธารณสุข

มูลฐานจะถูกกลืนเลื่อนไปในหลายพื้นที่ แต่ความเข้มแข็งของชุมชนในอำเภอสารภียังคงเหลืออยู่ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชนตำบลไชยสถาน อำเภอสารภี พบว่า ชุมชนมีระบบการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็งด้านการดำเนินงานด้วยจิตอาสาของภาคประชาชน การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน และการจัดการด้านการใช้สารเคมีทางการเกษตร อย่างไรก็ตามยังพบว่า ประชาชนยังคงมีปัญหาสุขภาพที่ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม (Nantsupawat et al., 2012) การศึกษาข้อมูลของตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี พบว่า เป็นตำบลที่มีทุนทางสังคมที่หลากหลาย ได้แก่ ทุนบุคคล สถาบันต่างๆ วัฒนธรรมและองค์ความรู้ ตลอดจนทุนด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โบราณสถาน โบราณวัตถุ และมีระบบการจัดการสุขภาพในชุมชน เช่น การจัดการโรคเรื้อรัง



การดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การนวดแผนไทย และ
สวัสดิกายชุมชน เป็นต้น (Juntarawijit et al.,2010)

จากการศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพของ
ประชาชนในตำบลท่าวังตาล จำนวน 5,676 คน พบผู้
ที่มี ปัญหาสุขภาพร้อยละ 21.9 ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรค
เรื้อรัง (ร้อยละ 93.6) เมื่อจำแนกตามประเภทของความ
เจ็บป่วยพบว่าเกือบครึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง
(43.9%) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (15.0%) โรคกระดูก
และข้อ (8.9%) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (8.3%)
ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ร้อยละ 24.7 ของครัวเรือนถู
กรบกวนจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม โดยพบมากที่สุด คือ
สิ่งรบกวนด้านกลิ่น ร้อยละ 40.2 รองลงมาเป็นมลพิษ
ทางอากาศ ร้อยละ 34.1 และพบว่า ครัวเรือนเกือบ
ทั้งหมดไม่มีการคัดแยกขยะ (96.7%) (Tantranont et
al.,2013) แม้ว่าหน่วยงานด้านสาธารณสุขจะมีการ
ดำเนินงานที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่
ยังมีประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในอัตราสูง รวมทั้ง
มีปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่ยังต้องได้รับการแก้ไข จึงนำไป
สู่การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสามารถ
จัดการดูแลสุขภาพตนเองได้โดยใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่
ซึ่งจะสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของ
ประชาชนได้อย่างแท้จริง รวมถึงพัฒนาให้เป็นชุมชนสุข
ภาวะและมีศักยภาพที่เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพ
ป้องกันโรค และสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของ
ชุมชน ตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติ
การ (action research) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่
จะส่งผลให้ชุมชนสามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้
โดยใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกขั้นตอน
ตั้งแต่การวิเคราะห์และวางแผนในการแก้ไขปัญหา การ
ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ การประเมินผล และการ
สะท้อนคิดเพื่อหาแนวทางเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน

ควบคู่ไปกับการสร้างศักยภาพและเสริมพลังอำนาจให้แก่
ชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพของชุมชนโดย
การมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีระยะ
เวลาดำเนินการ 1 ปี 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.
2556 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2558 ขั้นตอนการดำเนิน
งานเริ่มจากการวิเคราะห์ประเด็นปัญหา วางแผนเพื่อ
ดำเนินการแก้ไขปัญหา (Planing) การดำเนินการจัดการ
แก้ไขปัญหา และการประเมินผล โดยชุมชนและผู้
ที่เกี่ยวข้องร่วมกันปฏิบัติตามกิจกรรมตามแผนที่ได้กำหนดไว้
และประเมินผลการดำเนินงาน (Acting and Observing)
และการสะท้อนคิดเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน
(Reflecting) โดยงานวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการ 1 รอบตาม
หลักการของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Baum,
2016; Stringer and Genat, 2004)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยมีเกณฑ์การคัดเลือก
คือ 1) สนใจเข้าร่วมในโครงการ และ 2) เป็นแกนนำใน
ชุมชนและ/หรือมีหน้าที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาสุขภาพ
ของประชาชนในชุมชน โดยมีผู้สมัครใจเข้าร่วมใน
โครงการวิจัย ดังนี้ พระสงฆ์ 1 ราย อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 31 ราย เจ้าหน้าที่จากองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น 2 ราย เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 1 ราย รวมทั้งสิ้นจำนวน
35 รายโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 104/2555

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการประชุมกลุ่ม
เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานในวันที่ 18 ตุลาคม 2558
และจากรายงานผลการดำเนินงานที่จัดทำโดยกลุ่ม
ตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์และจัดทำสรุปเชิง
เนื้อหา ก่อนนำเสนอข้อมูลได้มีการสอบถามเพื่อตรวจ
สอบข้อเท็จจริงระหว่างนักวิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังรายละเอียด

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ประเด็นปัญหา วางแผนเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญา (Planing)

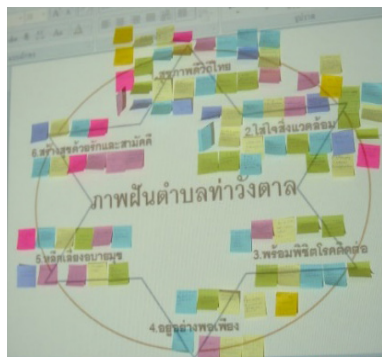
ภายหลังการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพของตำบลท่าวังตาล คณะผู้วิจัยได้จัดเวทีคั่นข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล อภิปรายซักถาม เสนอความคิดเห็น และร่วมกันกำหนดภาพฝันของตำบล คือ

สุขภาพดีวิถีไทย ใส่ใจสิ่งแวดล้อม

พร้อมพิชิตโรคติดต่อ อยู่อย่างพอเพียง5676

หลักเลี้ยงอบายมุข สร้างสุขด้วยรักและสามัคคี

โดยกลุ่มตัวอย่างได้เรียกตนเองว่า “คณะทำงานประจำตำบล” และมีข้อตกลงร่วมกัน คือ ให้มีการจัดเวทีช่วงกักตักด่าบลอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นเวทีในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของคณะทำงาน และเปิดโอกาสให้คณะทำงานมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันและหาแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุภาพฝันตำบล (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 การประชุมช่วงกักตักด่าบล

การจัดทำแผนงานและมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ มีขั้นตอน ดังนี้

1. คณะทำงานประชุมสรุปแบ่งกลุ่มตามกิจกรรมและเนื้อหาในภาพฝันตำบลท่าวังตาลเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) สุขภาพดีวิถีไทย 2) ใส่ใจสิ่งแวดล้อม 3) พร้อมพิชิตโรคติดต่อ 4) อยู่อย่างพอเพียง 5) หลักเลี้ยงอบายมุข และ 6) สร้างสุขด้วยรักและสามัคคี

2. คณะทำงานเลือกเข้ากลุ่มตามประเด็นที่สนใจข้างต้น

กลุ่มที่ 1 สุขภาพดีวิถีไทย

กลุ่มที่ 2 ใส่ใจสิ่งแวดล้อม

กลุ่มที่ 3 พร้อมพิชิตโรคติดต่อ

กลุ่มที่ 4 อยู่อย่างพอเพียง

กลุ่มที่ 5 หลักเลี้ยงอบายมุข

กลุ่มที่ 6 สร้างสุขด้วยรักและสามัคคี

3. คณะทำงานแต่ละกลุ่มเขียนแผนดำเนินงานประกอบด้วย ชื่อแผน วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบ การดำเนินงาน งบประมาณ และการติดตามประเมินผล

4. คณะทำงานแต่ละกลุ่มเขียนแผนตามประเด็นในภาพฝัน เสนอที่ประชุม ดังนี้

ชื่อแผนงาน สุขภาพดีวิถีชุมชนท่าวังตาล

ชื่อแผนงาน การคัดแยกขยะในชุมชน

ชื่อแผนงาน ท่าวังตาลสดใส ห่างไกลโรคติดต่อ

ชื่อแผนงาน ปลุกผักสวนครัวรั้วกินได้

ชื่อแผนงาน สืบสานประเพณี วัฒนธรรมพื้นเมือง

ชื่อแผนงาน การสร้างสุขด้วยรักและสามัคคี



รูปที่ 2 การจัดทำแผนงานตำบล

หลังจากนั้นคณะทำงานได้ร่วมกันพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของแต่ละแผนงาน ภายใต้เงื่อนไขของความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ศักยภาพของคณะทำงาน และกรอบระยะเวลาการดำเนินงานของโครงการวิจัย คณะทำงานจึงร่วมกันตัดสินใจเลือกแผนงานที่นำมาปฏิบัติ ได้แก่ แผนงานการคัดแยกขยะในชุมชน (กิจกรรมการจัดการปัญหาขยะในครัวเรือน) แผนงานปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ (กิจกรรมรณรงค์ปลูกสมุนไพร 5 ชนิด) บูรณาการแผนงานสุขภาพวิถีชุมชนท่าวังตาล การสืบสานประเพณี วัฒนธรรมพื้นเมือง และการสร้างสุขด้วยรักและสามัคคี (กิจกรรมปันจักรยานชุมชน) แผนงานท่าวังตาลสดใส ห่วงไกลโรคติดต่อ (กิจกรรมธนาคารปลาหางนกยูง ป้องกันโรคไข้เลือดออก) (รูปที่ 2)

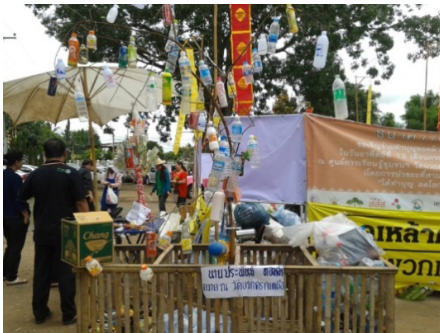
ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินงานตามแผนและการประเมินผล (Acting and Observing)

คณะทำงานที่รับผิดชอบแต่ละแผนงานรวบรวมทีมงานในชุมชนที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อประชุมปรึกษาหารือ และร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงาน สามารถสรุปผลการดำเนินงานแผนงานที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมจำนวน 3 แผนงาน ดังรายละเอียด

แผนงานการจัดการปัญหาขยะในชุมชน

การจัดการปัญหาขยะในตำบลท่าวังตาลเริ่มต้นด้วยกิจกรรมผ้าป่าขยะ โดยทุกหมู่บ้านมีส่วนร่วมและได้รับความร่วมมือจากผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนนำขยะมาบริจาคและมีการกำหนดจุดรับบริจาคในทุกหมู่บ้าน และได้รับความร่วมมือจากเทศบาล

ตำบลท่าวังตาลในการนำรถออกมารับขยะตามจุดต่างๆ ที่กำหนดไว้ จากการพูดคุยกันในเวทีช่วงทำก๊าดตำบลส่งผลให้เกิดการจัดการปัญหาขยะในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมขึ้น คือ โครงการธนาคารขยะหมู่ 4 บ้านโป่ง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 2 ช่วง ช่วงแรกเป็นการประชุมชาวบ้านเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรับสมัครคณะกรรมการจิตอาสาเพื่อเป็นแกนนำในการดำเนินงาน ช่วงที่สองเป็นการก่อตั้งธนาคารขยะโดยให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ มีการประชาสัมพันธ์เพื่อรับสมัครชาวบ้านที่มีจิตอาสาร่วมกันคัดแยกขยะรีไซเคิล และขอรับบริจาคขยะให้แกธนาคารขยะเดือนละหนึ่งครั้ง มีการแจกถุงขยะที่มีโลโก้ของธนาคารขยะ และแจกสมุดธนาคารขยะพร้อมแผ่นพับเกี่ยวกับการดำเนินการให้แต่ละครอบครัวที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม ผลการดำเนินงานภายในระยะเวลา 4 เดือน สามารถรวบรวมขยะรีไซเคิลได้ทั้งหมด จำนวน 1,794 กิโลกรัม รายได้ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่หนึ่งคืนให้กับประชาชนที่นำขยะมาขาย และอีกส่วนหนึ่งนำมาเป็นทุนในการดำเนินงานของธนาคารขยะ ส่วนการจัดการขยะหมู่ 8 บ้านบวกครกเหนือ ได้มีการจัดตั้งโครงการขยะออมทรัพย์และดำเนินการรวบรวมขยะเดือนละครั้งในสัปดาห์สุดท้ายของเดือน โดยสมาชิกจะนำขยะมาขายรายได้ส่วนหนึ่งจากการขายขยะจะถูกนำไปออมเงินเข้าเป็นกองทุนหมู่บ้าน ปัจจุบันมี 40 ครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการ



รูปที่ 3 การดำเนินกิจกรรมแผนงานการจัดการปัญหาขยะในชุมชน

แผนงานปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ (กิจกรรม รณรงค์ปลูกสมุนไพรครัวเรือนละ 5 ชนิด) (รูปที่ 4)

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้เมื่อเจ็บป่วยโดยใช้สมุนไพรพื้นบ้าน กำหนดเป้าหมายให้ทุกครัวเรือนมีสมุนไพรอย่างน้อย 5 ชนิด การขับเคลื่อนงานมีคณะทำงานที่เป็นแกนนำในการขยายกล้าพันธุ์ที่บ้านของตนเอง และออกสำรวจบ้านใกล้เคียงและชักชวนเพื่อนบ้านให้ปลูกสมุนไพรพื้นบ้านซึ่งมี 12 ครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการ การขับเคลื่อนสมุนไพร 5 ชนิดมีผู้สนใจเข้ามาเรียนรู้ เช่น เยาวชน เพื่อนบ้านใกล้เคียง ผู้สูงอายุ อสม. และผู้สนใจทั่วไป ส่วนแนวทางที่คณะทำงานวางแผนดำเนินงานต่อไปในอนาคต ได้แก่

1. จัดป้ายชื่อสมุนไพรพื้นบ้าน บอกรสสรรพคุณ ประโยชน์ และวิธีการนำสมุนไพรใช้ในชีวิตประจำวันเป็นอาหารและยา

2. ทำแผ่นพับสำหรับผู้สนใจข้อมูลเพิ่มเติม
3. ขยายพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรในครัวเรือนให้เพิ่มขึ้น เพื่อเป็นแหล่งอาหารและแหล่งยาสมุนไพรในชุมชน
4. จัดหาอุปกรณ์ที่ทันสมัย เครื่องบด เครื่องสับสมุนไพร และโรงอบ เพื่อลดต้นทุนการผลิตและมีสมุนไพรจำหน่ายได้อย่างต่อเนื่อง เกิดรายได้อย่างมั่นคง
5. พัฒนาศักยภาพวิทยากรประจำฐานปลูกสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อให้เกิดการถ่ายทอดความรู้ได้อย่างเชี่ยวชาญ
6. รวบรวมองค์ความรู้ จัดทำหลักสูตรภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสมุนไพรแบบองค์รวม
7. พัฒนาศูนย์การเรียนรู้ให้เป็นสถานที่ศึกษาดูงานอย่างเป็นระบบ โดยประสานงานทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชน เพื่อขอรับการสนับสนุนอย่างเป็นทางการ



รูปที่ 4 การดำเนินกิจกรรมแผนงานปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้



การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ (รูปที่ 5)

การขับเคลื่อนภาพฝันตำบลท่าวังตาล นอกจากจะมีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามแผนแล้ว การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการนี้มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้วงล้อของกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานของชุมชนหมุนไปได้อย่างเต็มที และต่อเนื่อง โครงการวิจัยจึงได้จัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการตามความสนใจของคณะกรรมการควบคู่ไปด้วย ดังนี้

1. กิจกรรมอบรมวิทยากรกระบวนการ

คณะผู้วิจัยได้จัดอบรมวิทยากรกระบวนการให้แก่คณะกรรมการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการเป็นแกนนำในการจัดการดูแลสุขภาพชุมชน รวมถึงเป็นวิทยากรนำประชุมต่างๆ ที่จัดขึ้นในพื้นที่ โดยเชิญวิทยากร คือ อาจารย์ประสิทธิ์ แซ่ตั้ง ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการจัดอบรมวิทยากรกระบวนการในการทำงานกับชุมชนมาร่วมแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดประสบการณ์ให้แก่คณะกรรมการเป็นระยะเวลา 2 วัน กิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้คณะกรรมการสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ต่อยอดในกระบวนการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน ซึ่งคณะกรรมการ

ได้สะท้อนความคิดเห็นภายหลังเข้ารับการอบรมว่า

“ได้เข้าไปมีโอกาสอบรมเรื่อง coaching ดูเทคนิควิธีการเข้าไปหาชุมชน ก็เลยสะท้อนกับตัวเองว่า ถ้าเรามุทะลุ เราไปคิดอย่างเดียวเราไปคิดแทนคนอื่น ไม่ได้การ...กลายเป็นว่าเราต้องรับฟังเยอะขึ้น แล้วเมื่อเราฟังมากขึ้นเราจะเห็นมุมมองของเขา เพียงแต่ว่ามีโอกาสนั้นที่คนหลายๆ คนจะมาชวนกันฝันในเรื่องนั้นเหมือนที่เราฝันในภาพตำบล พอเราไปเห็น ชาวบ้านเขาฝันของเขา ถ้ามีคนเห็นชอบด้วยสัก 2-3 คนเราก็จะรีบเข้าไปเหมือนไปหนุนเสริมให้เขาให้มีประกายไฟขึ้นมาจัดการตัวเอง เวทีแรกที่เข้ามา หลังจากไป coaching ก็คือ โครงการจัดการชุมชนในหมู่บ้าน เรามาเปลี่ยนมุมมองใหม่ว่าคนเฒ่าคนแก่ในซอย เขาก็มีความคิด แล้วถ้าหากเขาคิดได้ แม่หลวงลองไปนั่งฟังเขาคิดใหม่ แม่หลวงจะได้ไม่เหนื่อย ครั้งนั้นก็คิดว่า น่าจะไม่รอด แต่วิธีการที่อาจารย์ประสิทธิ์เขาสอนการ coaching เราก็ต้องไปปลุกเร้าก่อนให้เป็นเรื่องบวกเข้าไว้ก่อน....พอหลังจากที่เสร็จสิ้นการอบรมแม่หลวงไม่ยอมกลับบ้าน เขาบอกว่าไม่น่าเชื่อเลยนะ ว่าเวลาน้อยๆ มันยิ่งใหญ่กว่าเวลาที่ประชุมกันในหมู่บ้านด้วยซ้ำ ซึ่งทิศทางเขาก็ก้าวไปในทางเดียวกันไม่มีความขัดแย้งเกิดขึ้นเลย”



รูปที่ 5 การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ

2. กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาภาวะผู้นำของศักยภาพคณะกรรมการ

โครงการวิจัยได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาภาวะผู้นำของศักยภาพคณะกรรมการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการเป็นผู้นำและการทำงานเป็นทีม โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิมาเป็นวิทยากรถ่ายทอดประสบการณ์เป็นระยะเวลา 2 วัน มีการละลาย

พฤติกรรมของผู้เข้ารับการอบรมและร่วมกันคิดเพื่อขับเคลื่อนภาพฝันตำบล โดยมีกฎกติกาของการอยู่ร่วมกัน คือ ตรงต่อเวลา มีความเคารพและรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างทีมวิทยากรและคณะกรรมการ ส่งผลให้สามารถพัฒนาศักยภาพในการทำงานมากขึ้น ซึ่งคณะกรรมการได้สะท้อนความคิดเห็นไว้ว่า



“เพิ่งเขียนอายุราชการมาและได้เข้ามาร่วมเป็นคณะทำงานฯ สิ่งที่ได้เรียนรู้คือ เราได้รับความรู้ได้เพื่อนได้แนวคิด ได้แนวทาง ได้ร่วมกิจกรรมหลายๆ อย่าง โครงการต่างๆ ทุกอย่างที่เกิดจากเวทีช่วงกำกับ ได้การพัฒนาศักยภาพของคณะทำงาน แล้วที่สุดท้ายเราก็ได้เป็นแกนนำชุมชน แล้วก็ได้เข้าไป Coaching เราได้จัดเวทีของผู้สูงอายุในหมู่บ้าน มีการจัดสวัสดิการเรื่องเงินช่วยเหลือสมาชิกผู้สูงอายุที่เสียชีวิต นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้ใหม่ๆ คือ การเป็นแกนนำชุมชน จากที่ว่าเราต้องอย่างนั้นนะ เราต้องอย่างนั้นนะ แต่พอเราได้อบรมแล้ว จึงได้เรียนรู้ว่าเราต้องรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ให้เขาคิดและตกลงกันเอง เราไม่ควรไปชี้นำเขาว่าเขาต้องทำอย่างนั้นอย่างนั้นนะ เปิดโอกาสให้เขาได้คิดเอง ลงมือทำเอง แล้วเขาก็จะเรียนรู้และฟังตนเองได้”

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน (Reflecting)

จากการดำเนินงานตลอดระยะเวลาของโครงการ คณะทำงานได้ร่วมกันขับเคลื่อนภาพฝันตำบล มีการจัดช่วงกำกับตำบลกำบังตาลขึ้นทุกวันที่ 20 ของเดือน เพื่อให้คณะทำงานมีเวทีพบปะพูดคุยหาแนวทางขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุภาพฝันตำบล ภายหลังการดำเนินงานคณะทำงานเริ่มปรับเปลี่ยนทัศนคติในการทำงานจากอดีตที่ทำงานภายใต้คำสั่งจากหน่วยราชการ มาเป็นการดำเนินงานโดยภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพชุมชน จากการถอดบทเรียนคณะทำงานร่วมกันเสนอแนวทางในการดำเนินงานต่อไปในอนาคต ดังนี้

- ดูตัวเองว่ามีอะไรเด่นแล้วนำมาใช้ วิเคราะห์ตัวเอง/พื้นที่ เพื่อให้รู้ว่ามีทุนอะไรบ้างแล้วนำมาใช้
- มีเวทีพูดคุยกัน เปิดโอกาสให้คนเข้ามาพูดคุยกัน
- ถอยคนละก้าวแล้วเดินพร้อมกัน
- ทำปฏิทินชุมชน เพื่อให้รู้ว่ามีกิจกรรมอะไรบ้าง
- สื่อสารให้เป็น คุณกันให้รู้เรื่อง ไม่โจมตีฝ่ายตรงข้าม ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
- สร้างความเข้าใจ ชุมชนผู้นำ
- สร้างความตระหนักให้ทุกคนรู้หน้าที่ของตนเอง และทุกคนมีส่วนที่จะทำให้เกิดผลสำเร็จ

- รู้บทบาทหน้าที่ของตนเองว่าต้องทำอะไรบ้าง ทบทวนบ่อยๆ รวมทั้งนำข้อมูลที่ผ่านมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

- สร้างความเข้าใจแต่ละกลุ่มองค์กรว่าแต่ละกลุ่มมีหน้าที่อะไร ให้ทุกคนทราบหน้าที่ของตนเอง
- รวมทั้งจัดเวทีสภาวินิจฉัย ประเพณี งานบุญ โดยเชื่อมโยงกิจกรรมของแต่ละกลุ่มเข้าไป
- สร้างศักยภาพคนทำงาน เช่น เชิญวิทยากรมาอบรม ศึกษาดูงาน เรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ
- ยอมรับความคิดเห็นของทุกฝ่าย ยอมรับมติของที่ประชุม

การอภิปรายผล

กระบวนการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนตำบลกำบังตาล โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการภายในระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคณะผู้วิจัยและคณะทำงานประจำตำบล โดยอาศัยทุนทางสังคมและการทำงานแบบหุ้นส่วน (Partnership) เพื่อขับเคลื่อนแผนการดำเนินงานของตำบล บนพื้นฐานของความเชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพที่จะร่วมกันเรียนรู้ ส่งผลให้คณะทำงานเริ่มปรับเปลี่ยนทัศนคติในการทำงานจากอดีตที่ทำงานภายใต้คำสั่งจากหน่วยราชการ มาเป็นการดำเนินงานโดยภาคประชาชน ยึดปัญหาของชุมชนเป็นศูนย์กลางและจัดการปัญหาชุมชนโดยอาศัยศักยภาพของชุมชนเป็นฐานคิด ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบพหุภาคี (Stakeholder) ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ร่วมคิดและตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการและติดตามผล ทำให้สามารถวิเคราะห์และจัดการปัญหาของชุมชนได้ด้วยตนเอง โดยคณะทำงานฯ ใช้เวทีช่วงกำกับตำบลเป็นเวทีของชุมชนในการสื่อสารข้อมูลและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน ซึ่งคณะทำงานฯ ได้สะท้อนข้อมูลว่าคุณสมบัติที่สำคัญของคณะทำงาน คือ การมีจิตสาธารณะอย่างแท้จริง มองประเด็นปัญหาของชุมชนเป็นจุดที่ต้องร่วมกันพัฒนา ให้มองเป็นงานหน้าหมู่ (งานส่วนรวม) ไม่ใช่มองหรือสนใจเฉพาะงานที่ตนเองได้รับผลกระทบหรือได้รับประโยชน์เท่านั้น การค้นหาประเด็นการพัฒนา



เริ่มจากความรู้สึกของคนในชุมชนที่มีต่อปัญหา เริ่มจากจุดเล็กๆ แล้วค่อยขยายผลหาแนวร่วม นอกจากนี้หัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนงานให้ประสบผลสำเร็จและยั่งยืนนั้น ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรบูรณาการแผนการดำเนินงาน ใช้งบประมาณและทรัพยากรร่วมกัน เพื่อลดปัญหาความซ้ำซ้อนของงานที่ทำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานหลักในพื้นที่ ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลควรเข้ามามีบทบาทในการหนุนเสริมศักยภาพของชุมชน ดังการศึกษาของ Ploiplaikaew, Roonkasem, Pacheu & Pattra (2013) ที่พบว่าองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนคือ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากภาครัฐบาลและเอกชน รวมถึงการดำเนินการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนควรบูรณาการงานด้านต่างๆ และผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณะของตำบล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sittipreechachan & Priyatrak (2014) พบว่า กระบวนการพัฒนาสุขภาพชุมชนให้ประสบผลสำเร็จและยั่งยืน ต้องเริ่มต้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริงและใช้ทุนทางสังคมเป็นฐานรากหนุนเสริมการพัฒนาในมิติต่างๆ สอดคล้องกับผลการศึกษารุ่นนี้ที่พบว่า แผนงานต่างๆ ที่คณะทำงานเป็นผู้คิดและวางแผน ตลอดจนดำเนินการจนบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ล้วนเกิดขึ้นมาจากการใช้ทุนทางสังคมในพื้นที่เป็นจุดเริ่มต้นการพัฒนา เริ่มจากความรู้สึกของคนที่มีสนใจร่วมกัน ทั้งในด้านบุคคลที่มีองค์ความรู้และสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน ดังเช่นตัวอย่างการจัดการปัญหาขยะของชุมชนที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีการชี้แจงประชาสัมพันธ์เพื่อหาแนวร่วมทำงาน โดยเปิดรับสมัครคณะกรรมการที่สนใจและมีจิตอาสาเข้ามาเป็นแกนนำในการดำเนินงานก่อตั้งธนาคารขยะชุมชนเริ่มจากจุดเล็กๆ หาคคนที่สนใจก่อนแล้วค่อยขยายไปหาส่วนรวม สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นกลยุทธ์สำคัญและส่งผลให้กิจกรรมต่างๆ ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพราะชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของภาพรวมรับทราบและรู้ข้อมูลที่มาของโครงการและกิจกรรมเหล่านี้มาตั้งแต่ต้น ซึ่งแตกต่างจากการทำงานตามนโยบายของรัฐในอดีตที่ผ่านมา

อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์สถานการณ์ตำบลพบว่าการกำหนดแผนงานที่มากเกินไปส่งผลให้การทำงานของคณะทำงานไม่เต็มศักยภาพที่มีอยู่ เนื่องจากขาดคนทำงานและเกินกำลังความสามารถของคณะทำงานฯ รวมทั้งคณะทำงานฯส่วนใหญ่เป็นประชาชนที่มีจิตอาสามีภาระงานหลัก คือ การประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว จึงส่งผลให้ไม่สามารถมาร่วมดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานครั้งต่อไปว่า ชุมชนควรเลือกขับเคลื่อนแผนงานที่มีทุนทางสังคมและบูรณาการแผนการดำเนินงานต่างๆ โดยร้อยเรียงเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งวิถีชีวิตชุมชนบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของชุมชน จากเดิมที่มีขอบเขตการทำงานอยู่ในวงจำกัดเพียงบางขั้นตอนหรือบางกลุ่มบางคน ควรขยายวงพื้นที่ของการมีส่วนร่วมไปสู่ประเด็นสาธารณะของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดมรรคผลของการดำเนินงานที่ชัดเจนและขยายเครือข่ายไปสู่พื้นที่อื่นต่อไป

ถึงแม้การดำเนินงานโครงการวิจัยที่ผ่านมาจะไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนตามแผนงานที่วางไว้ด้วยเงื่อนไขของระยะเวลา บางกิจกรรมอาจยังไม่เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน แต่ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการขับเคลื่อนไปสู่กระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้ลุกขึ้นมาจัดการดูแลสุขภาพตนเอง กระตุ้นให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาและร่วมกันแก้ไขด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ในหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อให้เกิดการขยายต่อยอดของกระบวนการทำงานของชุมชนต่างๆ ตามมา อาทิ การตั้งสมาคมพัฒนาพลเมืองเพื่อระบบสุขภาวะและแผนงานนโยบายสาธารณะตำบล และแผนงานอื่นๆ อีกมากมาย นอกจากนี้ผลจากการจัดเวทีสรุปผลการดำเนินงานร่วมกับคณะทำงาน สิ่งหนึ่งที่สะท้อนให้คณะผู้วิจัยเห็นถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของตำบลทำวังตาลคือ คณะทำงานสรุปทิ้งท้ายไว้ว่า “ถึงแม้ว่าโครงการวิจัยฯ นี้จะจบ แต่พวกเรา (คณะทำงาน) จะยังคงใช้เวทีช่วงกักตักตำบลเป็นพื้นที่สำหรับทำงานร่วมกันของพวกเราต่อไป”



กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ
จากสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ
(สสส.) คณะนักวิจัยขอขอบคุณรองศาสตราจารย์
วิลาวัลย์ เสนารัตน์ ผู้จัดการโครงการพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน อำเภอ

สารภี จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้ให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน
รวมถึงเจ้าหน้าที่ประจำโครงการฯ
ทุกท่านที่ได้ช่วยอำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูล
และขอขอบคุณ นายแพทย์จรัส สิงห์แก้ว ผู้อำนวยการโรง
พยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ และบุคลากรทุกท่านที่มี
ส่วนร่วมให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Baum, F. (2016). Power and glory: applying participatory action research in public health. *Gac Sanit*, 30(6), 405-407.
- Juntarawijit, Y., Wisutthananon, A., Lueang-a-papong, S., Tamdee, D., Upalabut, S., & Noppakun, L. (2010). *The development of community health system by community for community in Tawhangtan Sub-district, Saraphi District, Chiang Mai Province (Phase I): Community resources and capacity*. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University.
- Nantsupawat, R., Junmahasathien, S., Phumvitchuvate, L., Charuwatcharapaniskul, U., Chareonsanti, J., Keitlertnapha, P., & Sunthorn, V. (2012). Development of community health system by the people for the people: Case study of Chisathan District. *Nursing Journal*, 39(2), 145-154.
- Nondasuta, A. (2007). *Evolution of primary health care in Thailand*. N.P.: n.p.
- Ploiplaikaew, S., Roonkasem, N., Pacheu, O., & Pattr, S. (2013). The self-health care development model of a community in Lopburi Province. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 14(1), 61-70.
- Sittipreechachan, P., & Priyatrak, P. (2014). Community health care system development process: 14 case studies of communities in central region. *Journal of Public Health Nursing*, 28(1), 1-15.
- Stringer, E. T., & Genat, J. W. (2004). *Action research in health*. New Jersey: Pearson Merrill Prentice Hall.
- Tantranont, K., Wisutthananon, A., Tamdee, D., Lueang-a-papong, S., Apimatee, R., & Siriluck, S. (2013). *The development of primary health care system and community health system in Tawhangtan Sub-district, Saraphi District, Chiang Mai Province (phase I): Community capacity and situation*. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University.
- Wasi, P. (2009). *Enhance the value of human and strengthening community actions* (2nd ed.). Bangkok: QTP.



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

Factors Related to Health Promoting Behaviors Among Adolescent Mothers

เจตินภา	แสงสว่าง*	Juadnapa	Sangsawang*
บ้งอร	ศุภวิฑิตพัฒนา**	Bungorn	Supavititpatana*
พรณพิล	ศรีอาภรณ์***	Punpilai	Sriarporn**

unกัตย๑

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะหลังคลอดมีความสำคัญต่อมารดาวัยรุ่น การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นมีสุขภาพดี การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอด 6-8 สัปดาห์ ที่มารับการตรวจหลังคลอดในคลินิกนรีเวชกรรมวางแผนครอบครัว และที่นำบุตรมาตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 จำนวน 85 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ประเมินใน 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรม ที่ เจตินภา แสงสว่าง บ้งอร ศุภวิฑิตพัฒนา และพรณพิล ศรีอาภรณ์ สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของPender et al. (2011) และการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 139.58 (S.D. = 20.64) มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.59) มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 148.84 (S.D. = 24.47) มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.76) มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 89.82 (SD = 33.67) มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.35) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 128.94 (SD = 19.05) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .746$, $r = .856$, $p < .01$ ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

* อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

* Nurse instructor, department of newborn, maternal, and obstetric nursing, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, juadnapasangsawang@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น และเป็นข้อมูลสำหรับการวิจัยในลำดับต่อไป เพื่อได้แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

คำสำคัญ: การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มารดาวัยรุ่น ระยะหลังคลอด

Abstract

Health promoting behavior during the postpartum period is important for adolescent mothers. Appropriate health behavior will result in the good health of adolescent mothers and their infants. The purpose of this descriptive correlation research study was to explore the relationship between perceived benefits of action, perceived barriers to action, perceived self-efficacy, and health promoting behavior within a sample range of young mothers. The participants were selected following the inclusion criteria and consisted of 85 adolescent mothers who were at 6-8 weeks postpartum, who had received service at the Gynecology Family Planning Clinic, and who had brought their babies for vaccination at the Well Baby Clinic at Hatyai Hospital and Songkhla Hospital from August to November 2015. The assessment tool measured four aspects including health promotion behavior, perceived benefits of action, perceived barriers to action, and perceived self-efficacy. These measures were modified from Pender's Health Promotion Theory (2011) and literature review by Juadnapa Sangsawang, Bungorn Supavitpatana, and Punpilai Sriarporn. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation statistics were used to analyze the data.

Results of the study revealed that. Adolescent mothers had a high level of health promoting behavior with a total mean score of 139.58 (SD = 20.64). The majority (70.59%) of adolescent mothers had a high level of perceived benefits of action with a total mean score of 148.84 (SD = 24.47). The majority (51.76%) of adolescent mothers had a moderate level of perceived barriers to action with a total mean score of 89.82 (SD = 33.67). The majority (62.35%) of adolescent mothers had a high level of perceived self-efficacy with a total mean score of 128.94 (SD = 19.05). Perceived benefits of action and perceived self-efficacy had a high positive correlation with health promoting behavior ($r = .746$, $r = .856$, $p < .01$ respectively), but perceived barriers to action did not correlate with health promoting behavior.

The findings from this study can be used as baseline data to promote healthy behavior among adolescent mothers and for further research to create health promotion guidelines for adolescent mothers.

Key words: Perceived benefits of action, Perceived barriers to action, Perceived self-efficacy, Adolescent mothers, Health promoting behavior, Postpartum



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดเป็นช่วงระยะเวลาที่มีการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนการปรับเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาในขณะที่ยังมีวุฒิภาวะไม่พร้อม ซึ่งส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองภายหลังคลอด และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อภาวะสุขภาพของตนเองและทารกตามมาได้ (Laemlak et al., 2013; United Nations Population Fund & National Economic and Social Development Board, 2013) จากรายงานทางสถิติขององค์การความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], 2013) ในปี พ.ศ. 2556 พบว่า มารดาวัยรุ่นในแถบประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งมีอายุระหว่าง 15-19 ปี เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดจำนวนกว่า 70,000 คน สำหรับในประเทศไทยมีรายงานทางสถิติขององค์การช่วยเหลือเด็ก (Save the Children, 2014) ในปี พ.ศ. 2553 พบความเสี่ยงของภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของมารดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปต่อการเสียชีวิต มีจำนวน 1,400 คน ส่วนในมารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนสูงกว่าสถิติของมารดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปถึง 3 เท่า ดังนั้นระยะหลังคลอดจึงถือเป็นช่วงเวลาวิกฤตของมารดาวัยรุ่นอีกระยะหนึ่ง

มารดาวัยรุ่นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก ทำให้สามารถพบกับปัญหา ภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่สุขสบายต่างๆ ได้ (Adams, 2000; Cunningham et al., 2014) แต่สำหรับทางด้านจิตใจและอารมณ์ของมารดาวัยรุ่นระยะหลังคลอดจะมีความแตกต่างจากมารดาหลังคลอดด้วยผู้ใหญ่ เพราะมารดาวัยรุ่นมีการพัฒนาทางด้านจิตใจยังไม่ดีพอ ยังขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ ขาดประสบการณ์และความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่การดูแลตนเองและบุตร (Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2012) มารดาวัยรุ่นยังอาจเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดได้ เนื่องมาจากความ

เหนื่อยล้า ความเครียดจากการที่ต้องแบกรับภาระเลี้ยงดูบุตร จึงยิ่งส่งผลให้มารดาวัยรุ่นขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม (Adams, 2000; Cunningham et al., 2014) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก เนื่องจากการดำรงอยู่ส่วนใหญ่ต้องลาออกจากโรงเรียนไม่สามารถหาอาชีพที่มีรายได้ดี ทำให้เกิดความไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย จึงมักพบกับปัญหาความขัดแย้งและการทะเลาะเบาะแว้งภายในครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวได้ง่าย รวมทั้งอาจมีผลทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความเครียดและไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นนั้น (Chirawatkul et al., 2011; Kaye, 2008) ดังนั้นจากการที่มารดาวัยรุ่นต้องมีการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอดอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลา 6-8 สัปดาห์แรก ซึ่งถือว่าเป็นระยะสำคัญที่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดได้ง่าย (Tulman & Fawcett, 1988) ดังที่กล่าวมาการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในระยะหลังคลอดจึงมีความสำคัญมากสำหรับมารดาวัยรุ่น (Sarreira de Oliveira & Néné, 2014)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่นำไปสู่การปรับภาวะสุขภาพให้มีสุขภาพทางสุขภาพที่ดี หากบุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเป็นการช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายได้อย่างปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของบุคคล โดยในทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, & Parson (2011) ได้กำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลไว้ 6 ด้าน คือ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การเคลื่อนไหวร่างกาย 3) โภชนาการ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการความเครียด

การที่มารดาวัยรุ่นจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมนั้น (Pender et al., 2011) ได้อธิบายถึงมโนทัศน์ด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม มีความสำคัญและน่าสนใจเนื่องจากสามารถสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนให้มี



พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมได้ ประกอบด้วย 8 ปัจจัย ดังนี้ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived benefits of action) 2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived barriers to action) 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived self-efficacy) 4) กิจกรรมและความเกี่ยวเนื่องผลที่ได้ (activity-related affect) 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) 6) อิทธิพลของสถานการณ์ (situational influences) 7) การยึดมั่นต่อแผนของการปฏิบัติ (commitment to a plan of action) และ 8) ความต้องการและความพึงพอใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทันที (immediate competing demands and preferences)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในบริบทมารดาหลังคลอดด้วยผู้ใหญ่ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยที่สำคัญ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยการรับรู้ของบุคคลที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมของมารดาวัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมของมารดาวัยรุ่นเป็นอย่างไร
2. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นครั้งนี้ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2011) เป็นกรอบแนวคิด โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำที่นำไปสู่การปรับภาวะสุขภาพให้มีความสุขทางสุขภาพ โดยในแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การเคลื่อนไหวร่างกาย 3) โภชนาการ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการความเครียด ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นคาดว่าจะหากมารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมาก มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมน้อย และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมมาก มารดาวัยรุ่นน่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกหลังคลอด 6-8 สัปดาห์ ที่มารับการตรวจหลังคลอดในคลินิกนรีเวชกรรมวางแผนครอบครัว และที่นำบุตรมาตรวจสุขภาพและฉีด



วัดขึ้นในคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลหาดใหญ่ และ โรงพยาบาลสงขลา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุอยู่ระหว่าง 13 -19 ปี 2) เป็นการคลอดปกติ 3) ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนใดๆ ทั้งมารดาและทารก 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอม และให้ความร่วมมือในการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีเปิดตารางประมาณกลุ่มตัวอย่างตาม อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของ ตัวแปร (effect size) .30 เป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปาน กลาง (Polit & Lake, 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาวัยรุ่นและสามี 2) แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบ ประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม แบบ ประเมินการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติ พฤติกรรมที่เจ็ดนา แสงสว่าง บังอร ศุภวิทิตพัฒนา และ พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Pender et al. (2011) และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของการปฏิบัติพฤติกรรม 6 ด้าน ที่มีความหมายไปใน ทางบวกทั้งหมด และรวมข้อคำถามทั้งหมดโดยแบบ ประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี 38 ข้อ แบบประเมิน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมี 38 ข้อ แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มี 38 ข้อ และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ การปฏิบัติพฤติกรรมมี 34 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็น มาตราประมาณค่า (likert scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การ ให้คะแนน 1-5 คะแนน การแบ่งช่วงคะแนนใช้เกณฑ์การ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ปานกลางและมาก คะแนนแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมโดยรวม จะอยู่ระหว่าง 38-190

ส่วนคะแนนแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ การปฏิบัติพฤติกรรมโดยรวม จะอยู่ระหว่าง 34-170 การ แปลผลคะแนนพิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนด โดยระดับ คะแนนมากแสดงว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับ รู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของการปฏิบัติพฤติกรรมมาก

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการ ปฏิบัติพฤติกรรม ไปหาความตรงตามเนื้อหา ตลอดจน ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรง คุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .85, .85, .85 และ .86 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัย นำแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบประเมิน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม แบบประเมิน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และแบบ ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติ พฤติกรรม ไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นที่มีลักษณะเดียวกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำ มาหาความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่น .91, .94, .95 และ .95 ตามลำดับ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และทุกโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ โคลโมโกรอฟ-สไมร์นอฟ (Kolmogorov-Sminov test) พบว่า การแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-19 ปี คิดเป็น ร้อยละ 68.24 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ



ละ 92.94 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 77.60 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 57.66 กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาชีพ ร้อยละ 54.12 มีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55.29 มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 50.60 มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 56.50 ส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 51.80 อายุของสามีกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.35 สามีของกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 50.58 และมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 83.53

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 139.58 (SD = 20.64)

3. กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 70.59) มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 148.84 (SD = 24.47)

4. กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 51.76) มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 89.82 (SD = 33.67)

5. กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 62.35) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 128.94 (SD = 19.05)

6. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .746$, $r = .856$, $p < .01$ ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

การอภิปรายผล

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ระหว่าง 70-172 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 139.58 (SD = 20.64) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นเป็นรายด้าน ผลการศึกษาก็คงได้ดังนี้ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-19 ปี เป็นช่วงอายุของวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งเป็นวัยที่มีความคิดใกล้ชิดเคียงกับวัยรุ่นผู้ใหญ่ ทำให้มีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพตนเอง (The Pennsylvania Child Welfare Training Program University of Pittsburgh, 2005) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ โดยมีการศึกษาของ Phumrithikul (2009) พบว่า หากมารดาวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ที่ได้รับการยอมรับทำให้มารดาวัยรุ่นสามารถแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคมได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมการแสดงออกถึงการมีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลรอบข้าง และด้านการจัดการความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตอย่างแพร่หลายและสามารถใช้เพื่อการผ่อนคลายความเครียด (Livingstone & Helsper, 2009) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Ziebland & Wyke (2012) พบว่าวัยรุ่นในปัจจุบันมักมีพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการผ่อนคลายความเครียด

ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีบทบาทในการดำเนินชีวิตเป็นครอบครัวเดี่ยว สะท้อนถึงการไม่มีผู้คอยดูแลช่วยเหลือทำงานบ้านและการเลี้ยงดูบุตร จึงทำให้มีเวลาไม่เพียงพอที่จะไปออกกำลังกาย (Carter-Edwards, Østbye, Bastian, Yarnall, & Krause, 2009) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Samranjit (1997) พบว่า มารดาวัยรุ่นไม่มีเวลาและไม่สามารถที่จะบริหารเวลาเพื่อการออกกำลังกายเพราะตนเองต้องทำงานบ้าน ส่วนด้านโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ จึง



ทำให้พฤติกรรมมารับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่หรือให้มีความหลากหลายจึงมีน้อย (Papas, Hurley, Quigg, Oberlander, & Black, 2009) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Samranjit (1997) พบว่า จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปและจากการที่มีสภาพเศรษฐกิจในระดับต่ำทำให้ชีวิตมารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมมารับประทานที่ไม่ถูกต้อง สำหรับด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเป็นอยู่ในลักษณะแบบครอบครัวเดี่ยว ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างขาดการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นในครอบครัวโดยเฉพาะมารดาของตนเอง ส่งผลให้การมีกระบวนการคิดในการปรับวิธีการมองโลกของตนเอง เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับตนเองนั้นยังไม่เพียงพอ (Chengkunchan & Chanprasert, 2014)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ระหว่าง 74-190 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 148.84 (SD = 24.47) และมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 70.59 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นซึ่งเป็นระดับการศึกษาที่ได้รับการสอนสุขศึกษาขั้นพื้นฐานมาจากการดำเนินงานของพยาบาลด้านอนามัยโรงเรียนหรือได้รับการปลูกฝังให้รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก่อน (Kerddonfaek & Tharakun, 2011) จึงอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นมาได้ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Dibari, Yu, Chao, & Lu (2014) ที่พบว่า สามิเป็นบุคคลที่ทำให้มารดาหลังคลอดมีการแสวงหาวิธีการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี

คะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ระหว่าง 38-163 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 89.82 (SD = 33.67) และมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 51.76 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กันเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว ทำให้ขาดบุคคลที่จะช่วยเหลือดูแลในระยะหลังคลอดที่จะมีส่วนสำคัญในการช่วยแบ่งเบาภาระการเลี้ยงดูบุตรให้กับมารดาวัยรุ่น (Umana-Taylor, Guimond, Updegraff, & Jahromi, 2013) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Chengkunchan & Chanprasert (2014) พบว่ามารดาวัยรุ่นที่มีการเลี้ยงดูบุตรเพียงลำพังมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากมารดาวัยรุ่นเหล่านี้มีการรับรู้ว่าการดูแลบุตรเพียงลำพังเป็นอุปสรรคต่อการหาเวลาเพื่อทำกิจกรรมที่สามารถสร้างความสุขหรือส่งเสริมสุขภาพให้กับตนเอง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ จึงส่งผลต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Khalaf, Abu-Moghli, Mahadeen, Callister, & Al-Hadidi (2007) พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีรายได้ต่ำจะเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีความยากลำบากในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ขาดพาหนะการเดินทาง ขาดเงินที่จะซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก เป็นต้น

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมของมารดาวัยรุ่น

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ระหว่าง 67-159 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 128.94 (SD = 19.05) และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 62.35 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์หรือเป็นการตั้งครรภ์ที่มีการยอมรับจากบุคคลในครอบครัวจึงส่งผลให้ได้รับการดูแลตลอดจนถึงระยะหลังคลอด (Bureau of Reproductive Health, Department of Health & Ministry of Public Health 2014) รวมทั้งทำให้ได้รับการสอนสุขศึกษาตามรูปแบบกิจกรรมสอนสุขศึกษาที่มีความสอดคล้องกับองค์การ



อนามัยโลกได้กำหนดไว้ ดังการศึกษาของ Rahman, Haque, & Zahan (2011) พบว่า คำพูดหรือคำแนะนำที่มีการชักจูงเกี่ยวกับการให้มารดาวัยรุ่นมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดที่มาจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดการรับรู้ถึงความมั่นใจและเกิดทัศนคติเชิงบวกต่อความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตัวได้ตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพได้ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .746, p < .01$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็น รู้สึกนึกคิดหรือเข้าใจว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อสุขภาพของตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมาก จากการศึกษาของ Nirattharadon (1996) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และจากการศึกษาของ Thaewpia, Clark, Howland, & James (2012) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และจากการศึกษาของ Ekvanich (2007) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แสดงว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เสริมสุขภาพ ผลการศึกษาค้นครั้งนี้มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Wapi (2015) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของสตรีตั้งครรภ์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาค้นครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2011) ได้แก่ การศึกษาของ Nirattharadon (1996) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และจากการศึกษาของ Chumsri (2005) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Arethiwetch (2002) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .856, p < .01$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็น มีความรู้สึกนึกคิด และเข้าใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ผลการศึกษาค้นครั้งนี้ได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และมารดาหลังคลอดด้วยผู้ใหญ่ ซึ่งใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2011) โดยมีการศึกษาของ Chumsri (2005) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Mallick (2010) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอดชาวบังคลาเทศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลผดุงครรภ์ได้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นได้

2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในมารดาวัยรุ่นต่อไป

ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรนำข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไปเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนด้านการผดุงครรภ์

เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาหาปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น เช่น อิทธิพลระหว่างบุคคล และการยึดมั่นต่อแผนของการปฏิบัติ เป็นต้น

2. ควรศึกษาหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

3. ควรศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่นกลุ่มอื่นๆ เช่น มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่บุตรมีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Adams, L. (2000). Health promotion for adolescent mothers. In M. Story & J. Stang (Eds.), *Nutrition and the pregnant adolescent a practical reference guide* (pp. 213-220). Retrieved from <http://www.epi.umn.edu/let/pubs/nmpa.shtm>
- Arethiwetch, W. (2002). *Relationship between personal factors Perceived benefits of health promoting behaviors, perceived barriers to health promoting behaviors and promoting behavior Women's health after birth*. Retrieved From <http://www.thaithesis.org/detail.php?id=46640> (In Thai)
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2014). Manual for the care of adolescent mothers. Retrieved From [http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/brochure/youthmom-7%20\(1\).pdf](http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/brochure/youthmom-7%20(1).pdf) (In Thai)
- Carter-Edwards, L., Østbye, T., Bastian, L. A., Yarnall, K. S., & Krause, K. M. (2009). Barriers to adopting a healthy lifestyle: Insight from postpartum women. *BioMed Central Research Notes*, 2(161), 1-4.
- Chengkunchan, P., & Chanprasert, T. (2014). *Adaptation process and child rearing of adolescent mothers who have to take care of their children alone. Case study: Users of Sathai Foundation*. Retrieved From <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tgt/article/view/19016> (In Thai)
- Chirawatkul, S., Rungreangkulkij, S., Jong-udomkarn, D., Sawangchareon, K., Anusornkeerakul, S., Wattananukulkiat, S., . . . Charoenwong, S. (2011). Prevention of and Dealing with Teenage Pregnancy. Retrieved From http://www.gender.go.th/publication/book/young_mother_2554.pdf (In Thai)



- Chumsri, T. (2005). *Relationships between personal factors, perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, interpersonal influences and health promoting behaviors of pregnant adolescents, Southern Region*. Retrieved From <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/6382/1/treeporn.pdf> (In Thai)
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L.,... Sheffield, J. S. (2014). *Williams Obstetrics*. (24th ed.). United States: McGraw-Hill.
- Dibari, J. N., Yu, S. M., Chao, S. M., & Lu, M. C. (2014). Use of postpartum care: predictors and barriers. *Journal of Pregnancy*, 1(1), 1-8.
- Ekvanich, C. (2007). *The Self - esteem, Perception of Health Promotion Benefits, and Health Promotion Behaviors of Postpartum Mothers in Muang District, Phuket Province* (Master's thesis). Retrieved From <http://newtdc.thailis.or.th/docview.aspx?tdcid=23981> (In Thai)
- Kaye, D K. (2008). Negotiating the transition from adolescence to motherhood: Coping with prenatal and parenting stress in teenage mothers in Mulago hospital, Uganda. *BioMed Central Journals*, 8(1), 1-6.
- Kerddonfaek, P., & Tharakun, S. (2011). *Situation of health performance in schools in Thailand*. Retrieved From http://www.thaiphn.org/journal/thai/2554/25_1.html (In Thai)
- Khalaf, I. A., Abu-Moghli, F. A., Mahadeen, A. I., Callister, L. C., & Al-Hadidi, M. (2007). Jordanian women's perceptions of post-partum health care. *International Nursing Review*, 56(3), 442-449.
- Laemlak, P., Khammalew, W., Saohin, T., Sombutpun, T., Thitimoon, S., & Chanthara, S. (2013). *Adolescent pregnancy: problems and sociological remedies*. Retrieved From <http://web.bcnpy.ac.th/journal/images/file/pdf/year14no3/1.pdf> (In Thai)
- Livingstone, S., & Helsper, E. (2009). Balancing opportunities and risks in teenagers' use of the internet: The role of online skills and internet self-efficacy. *New Media & Society*.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2012). *Maternity & women's health care* (10th ed.). Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Mallick, D. R. (2010). *Perceived health status, perceived self-efficacy, and health promoting behaviors of Bangladeshi postpartum women* (Master's thesis). Retrieved from <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/7823>
- Nirattharadon, M. (1996). *Study of perceived benefits Perceived barriers to health promotion and health promoting behaviors of adolescent pregnant women*. Retrieved From <http://newtdc.thailis.or.th/docview.aspx?tdcid=350779> (In Thai)
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2013). *Health at a glance 2013*. Retrieved from <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
- Papas, M. A., Hurley, K. M., Quigg, A. M., Oberlander, S. E., & Black, M. M. (2009). Low-income, African American adolescent mothers and their toddlers exhibit similar dietary variety patterns. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(2), 87-94.



- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice*. (6th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Phumrithikul, P. (2009). *Self-care behavior of adolescent mothers in Samut Sakhon province*. Retrieved From http://www.thapra.lib.su.ac.th/thesis/listprogram_th.asp?program=0607&offset=110 (In Thai)
- Polit, D. F., & Lake, E. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research*. Boston: Pearson.
- Rahman, M. M., Haque, S. E., & Zahan, M. S. (2011). Factors affecting the utilisation of postpartum care among young mothers in Bangladesh. *Health & Social care in the community*, 19(2), 138-147.
- Samranjit, M. (1997). *Social support and health promoting behaviors of adolescent mothers during the postpartum period*. Retrieved From <http://mulinet11.li.mahidol.ac.th/e-thesis/scan/3836773.pdf> (In Thai)
- Sarreira de Oliveira, P., & Néné, M. (2014). Nursing care needs in the postpartum period of adolescent mothers: systematic review. *Journal of Nursing UFPE Online*, 8(11), 3953-3961.
- Save the Children. (2014). *State of the world's mothers 2014 saving mothers and children in humanitarian crises*. Retrieved from http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM_2014.PDF
- Thaewpia, S., Clark, M. J., Howland, L. C., & James, K. S. (2012). Factors predicting health promoting behaviors among older pregnant Thais. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(2), 113-123. Retrieved from http://www.tnc.or.th/files/2013/09/tnc_journal-3574/pacific_rim_vol16_no2_april_june_2012_pdf_19241.pdf#page=33
- The Pennsylvania Child Welfare Training Program University of Pittsburgh. (2005). *Child and Adolescent Development*. Retrieved from <http://www.ocfcpacourts.us/assets/files/table-309/file-172.pdf>
- Tulman, L., & Fawcett, J. (1988). Return of functional ability after childbirth. *Nursing Research*, 37(2), 77-81. Retrieved from http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1988/03000/Return_of_Functional_Ability_After_Childbirth.4.aspx
- Umana-Taylor, A. J., Guimond, A. B., Updegraff, K. A., & Jahromi, L. B. (2013). A longitudinal examination of support, self-esteem, and mexican-origin adolescent mothers' parenting efficacy. *Journal of Marriage and Family*, 75(3), 746-759.
- United Nations Population Fund and National Economic and Social Development Board. (2013). *Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy*. Retrieved from <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013-final.pdf>
- Wapi, M. (2015). *Recognition of benefits Perceived barriers to health promotion and health promotion behaviors of pregnant women Lao People's Democratic Republic*. Retrieved From <https://www.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/53292> (In Thai)
- Zieband, S. U. E., & Wyke, S. (2012). Health and illness in a connected world: how might sharing experiences on the internet affect people's health?. *Milbank Quarterly*, 90(2), 219-249.

พลบของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะ:แห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง
ความรู้ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก

Effects of Enhancing Self-Efficacy Programs on Perceived Self-Efficacy, Knowledge and Satisfaction in Breastfeeding Practice Among First-time Postpartum Mothers

นพรัตน์ ธารณะ* Nopparat Tharana *
รัตนารณ รัตนศิริจรรย์* Rattanaporn Tanasirijirant *

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดบุตรคนแรก หน่วยสุติกรรม โรงพยาบาลลำพูน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$, และ $p < .001$ ตามลำดับ) 2) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการพยาบาลปกติมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในตนเอง ดังนั้นควรนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในตนเอง ไปใช้ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดโดยเฉพาะมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับมารดากลุ่มนี้ ทารกได้รับนมแม่นานขึ้น และเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา และการวิจัยต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาหลังคลอดบุตรคนแรก

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

* Instructor, Faculty of McCormick Nursing, Payap University, nopparat_t@windowlive.com



Abstract

This quasi-experimental research was to study the effectiveness of enhancing self-efficacy programs on perceived self-efficacy, knowledge, and satisfaction in breastfeeding practice among first-time postpartum mothers. The participants were sixty first-time postpartum mothers from the obstetric unit at Lamphun Hospital in Lamphun province, selected by purposive sampling. The participants were equally divided into two groups, the first group were assigned to the control group and received usual nursing care, whereas the second group were assigned to the experimental group which participated in the enhancing self-efficacy program and also received usual nursing care. Data collection instruments used were the demographic characteristics questionnaire, Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form, the breastfeeding knowledge questionnaire, and the satisfaction with breastfeeding questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and paired t-test.

The results revealed that 1) the mean scores of breastfeeding self-efficacy, breastfeeding knowledge, and satisfaction with breastfeeding of the experimental group after participation in the enhancing self-efficacy program, were significantly higher than before participating in the enhancing self-efficacy program ($p < .001$, $p < .001$, and $p < .001$ respectively), 2) the experimental group had a significantly higher mean score than the control group in breastfeeding self-efficacy ($p < .05$), but there were no significant differences in breastfeeding knowledge and satisfaction with breastfeeding.

The results from this study showed the effectiveness of enhancing the self-efficacy program. Therefore, it should be used to enhance self-efficacy of first-time postpartum mothers and to promote successful exclusive breastfeeding. Furthermore, the results can be used as a guideline for further research and study.

Keywords: Enhancing Self-Efficacy Program, Perceived Self-efficacy, Breastfeeding Knowledge, Satisfaction, First-time Postpartum Mothers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทั่วโลกต่างยอมรับว่าน้ำนมแม่เป็นอาหารที่ธรรมชาติสร้างขึ้นสำหรับทารก เนื่องจากมีสารอาหารที่ครบถ้วนในการช่วยให้ทารกเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นมีประโยชน์ทั้งต่อทารกและมารดา (Flagg & Pillitteri, 2018) ต่อทารก ได้แก่ ทำให้ทารกได้รับพลังงานและสารอาหารที่พัฒนาสมองและการเรียนรู้ ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อโรค ลดโอกาส

การเกิดภูมิแพ้และโรคเรื้อรัง (Horta & Victora, 2013) ประโยชน์ต่อมารดา ได้แก่ ลดการสูญเสียเลือดหลังคลอด และส่งเสริมให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น (Abedi, Jahanfar, Namvar, & Lee, 2016) รวมทั้งลดภาวะเสี่ยงต่อมะเร็งรังไข่และมะเร็งเต้านม นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแมียังเพิ่มความสำเร็จของบทบาทมารดา ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ประกาศในปีพ.ศ. 2545 ให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน



หลังคลอด และหลังจากนั้นให้นมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยถึงอายุ 2 ปี หรือมากกว่า แต่จากผลการสำรวจข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทยส่วนใหญ่มีอัตราไม่สูงมาก (World Health Organization, 2015) เช่นเดียวกันกับประเทศไทยที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้นในทารกอายุ 0-5 เดือน ร้อยละ 23.1 (United Nations Children's Fund, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว ประสบการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ผ่านมา การกระตุ้นส่งเสริมสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ และสภาวะร่างกายและจิตใจของมารดาหลังคลอด โดยสภาวะจิตใจของมารดาหลังคลอด ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (breastfeeding self-efficacy) ทักษะต่อการตั้งครรภ์ (attitude towards pregnancy) ความตั้งใจ (intention) ความมั่นใจ (confidence) และแรงจูงใจ (motivation) (Jager et al., 2015) โดยปัจจัยที่มีผลมากที่สุด คือ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ดังการศึกษาพบว่า มารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน (McCarter-Spaulding & Gore, 2009; Jager et al., 2015) เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะในตนเอง เป็นความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งใดให้ประสบผลสำเร็จได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ดังนั้นผู้ที่รับรู้สมรรถนะในตนเองจะใช้ความพยายาม อดทน คิดค้น และค้นหาวิธีต่างๆ เพื่อให้เป้าหมายที่ตนตั้งไว้สำเร็จลุล่วง

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทและหน้าที่สำคัญมากในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้วยการส่งเสริมให้มารดามีสมรรถนะในตนเอง เพราะช่วงเวลาที่ผ่านมามีการเรียนรู้เรื่องของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้การสอนหลากหลายรูปแบบ เป็นต้นว่า การสาธิต การฝึกทำในการให้นมทารก วิธีเก็บนมแม่ ผ่านสื่อวีดิทัศน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ แต่ผู้วิจัยมีความเห็นว่า กิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาหลังคลอดไม่มีโอกาสได้ฝึกปฏิบัติให้

นมแม่ด้วยตนเอง และขณะสอนยังขาดการพูดในลักษณะสนับสนุนให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ ประกอบกับมารดาไม่ได้มีโอกาสเห็นภาพกลไกของการหลั่งน้ำนม และการดูดของทารกอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม ทำให้มารดาหลังคลอดบางส่วนไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะกรณีมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกซึ่งยังไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาขาดความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงอาจส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงจัดทำโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเรียนรู้ลักษณะของทารกที่ดูนมอย่างถูกวิธี ทำให้เกิดกลไกการหลั่งน้ำนมได้ชัดเจน ผ่านการใช้โมเดลด้านมแสดงการดูดที่ถูกวิธีที่ผู้วิจัยประดิษฐ์ขึ้น โดยขณะสอนมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ผู้วิจัยจะสาธิตวิธีการให้นม ทำในการอุ้มทารกขณะให้นม และยกตัวอย่างบุคคลที่เป็นที่รู้จักทางสังคมที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านการชมวีดิทัศน์ เป็นการทำให้มารดาเรียนรู้ผ่านตัวแบบ หรือประสบการณ์ผ่านผู้อื่น (vicarious experience) อันส่งผลให้มารดาเรียนรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น นอกจากนี้ภายหลังเสร็จสิ้นการสอนแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้มารดาสาธิตย้อนกลับ และฝึกทักษะการให้นมทารก ซึ่งผู้สอนจะพูดให้กำลังใจ กล่าวชมเชยเมื่อมารดาสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และหากมารดาปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะแนะนำ และทบทวนให้อีกครั้ง พร้อมกับพูดให้กำลังใจมารดา ซึ่งทั้งหมดถือว่าการชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) ช่วยให้มารดาเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถให้นมบุตรได้สำเร็จ และอาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กล่าวคือมารดาจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเวลาที่ยาวนานมากขึ้น และมีความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะในตนเอง



ความรู้ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน

2. มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977) โดยแนวคิดนี้เชื่อว่า หากบุคคลใดบุคคลหนึ่งมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง บุคคลเหล่านั้นจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ดังนั้นการส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกมีความมั่นใจ หรือมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (mastery experience) กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้ลงมือ ความสำเร็จ จะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองมากขึ้น 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience)

โดยให้บุคคลสังเกตการกระทำของตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง และสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ทำให้เกิดการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นกัน 3) การได้รับคำแนะนำ หรือการพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการพูดชักจูง และชี้แนะ เพื่อให้บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง โดยมีกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ การช่วยเหลือ การสอน การสาธิต การให้คำแนะนำ การพูดชักจูง (verbal persuasion) เพื่อให้บุคคลเชื่อมั่นว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ และการฝึกทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (mastery experience) นั้น เมื่อมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกได้ลงมือกระทำพฤติกรรมด้วยตนเอง และประสบผลสำเร็จ จะทำให้มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกรับรู้สมรรถนะในตนเองมากขึ้น จึงมีความพยายามในการเรียนรู้ จนเกิดความรู้ที่ลึกซึ้ง นำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมได้สำเร็จ ส่งผลให้มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกเกิดความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design)

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ มารดาหลังคลอดบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกที่หน่วยหลังคลอดโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มารดาหลังคลอดบุตรคนแรก 6 ชั่วโมงขึ้นไป มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อายุครรภ์ขณะคลอด 37-42 สัปดาห์ คลอดทางช่องคลอด ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เต้านมและหัวนมปกติทั้ง 2 ข้าง จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย เริ่มศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 - เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561



การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) คำนวณจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเท่ากับ 0.70 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 คน (Cohen, 1988) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามแนวคิดของ Bandura (1977) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อสนับสนุนมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การสอน การช่วยเหลือ การสาธิต และสาธิตย้อนกลับ การใช้ตัวแบบ และการฝึกทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สื่อที่ใช้คือ แผนการสอนเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แผ่นพลิกข้อความและรูปภาพเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โมเดลเต้านมแสดงการดูดนมที่ถูกวิธี และหุ่นทารกที่มีลักษณะคล้ายทารกแรกเกิดใช้ประกอบการสาธิตทำอุ้มให้นม ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form) ฉบับภาษาไทย สร้างจากแนวคิดของ Bandura และแปลเป็นภาษาไทยโดย Chanapi, Sinsuksai, Thananowan & Phahuwatanakorn (2014) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 อันดับ จำนวน 14 ข้อ หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่

สร้างขึ้นโดย Chanapi et al., (2014) ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูกและผิด จำนวน 16 ข้อ หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ Tantivetjakul (2000) ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ หาความเที่ยงโดยทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 122/2017) และคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน ก่อนการวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และการเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ ภายหลังจากได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจ จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเพื่อเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย และผู้วิจัยเริ่มดำเนินการกับกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลก่อน และหลัง ด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกันกับกลุ่มทดลอง กล่าวขอบคุณในความร่วมมือ และมอบคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ และประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เก็บข้อมูลก่อนเริ่ม



กิจกรรมตามโปรแกรมฯ ด้วยแบบสอบถาม (pre-test) จากนั้นจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใช้เวลารวมทั้งสิ้น 90 นาที เป็นรายบุคคล ภายหลังดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นประมาณ 1-2 วัน ทำการเก็บข้อมูลหลังได้รับโปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อน และหลังการเข้ากิจกรรม โดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มเดียวกัน (paired t-test)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ independent t-test ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนการ

วิเคราะห์ผู้วิจัยทำการทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้สถิติทดสอบการกระจายของข้อมูล (Kolmogorov-Smirnov one sample test) พบว่าเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normal distribution)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 24.72 ปี (S.D.= 5.38) อยู่ในช่วงอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 33.30) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 26.70) ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยาย (ร้อยละ 66.70) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80) และอยู่ร่วมกับสามี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 26.68 ปี (S.D.= 5.05) อยู่ในช่วงอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 36.70) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 23.30) ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยาย (ร้อยละ 66.70) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 90) และอยู่ร่วมกับสามี ซึ่งเมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลอายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบที (t-test) และทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test for independent samples) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน มีเพียงสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 60 คน)

ข้อมูลทั่วไป จำนวน	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		Statistics	p-value
	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน		
อายุ (ปี)					0.15 ^t	.153
15 – 19	2	6.70	7	23.30		
20 – 24	11	36.70	10	33.30		
25 – 29	6	20.00	5	16.70		
30 – 35	10	33.30	8	26.70		
36 – 40	1	3.30	0	0.00		



ข้อมูลทั่วไป จำนวน	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		Statistics	p-value
	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน		
ระดับการศึกษา					34.0 χ^2	.561
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	6.70	2	6.70		
ประถมศึกษา	1	3.30	6	20.20		
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	20.00	5	16.70		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	23.30	8	26.70		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	5	16.70	3	10.00		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นสูง (ปวส.)	3	10.00	2	6.70		
ปริญญาตรี	6	20.00	4	13.30		
ลักษณะครอบครัว					0.78 χ^2	.784
ครอบครัวเดี่ยว	10	33.30	10	33.30		
ครอบครัวขยาย	20	66.70	20	66.70		
สถานภาพสมรส					9.63 χ^2	.008***
โสด	3	10.00	5	16.70		
สมรส อยู่ด้วยกัน	27	90.00	24	80.00		
สมรส ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	0	0.00	1	3.30		

^t = t-test

χ^2 = Chi-square test

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเอง รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ดัง
ความรู้ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกในด้วยนมแม่ ตารางที่ 2)
ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้



ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองของกลุ่มทดลอง ความรู้ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกในด้วยนมแม่ ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (n = 30 คน)

ข้อมูล	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
การรับรู้สมรรถนะในตนเอง				
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	46.23	8.00	31.63	.000***
หลังได้รับโปรแกรมฯ	52.63	10.76		
ความรู้ในการเลี้ยงลูกในด้วยนมแม่				
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	13.70	2.15	34.87	.000***
หลังได้รับโปรแกรมฯ	14.40	1.00		
ความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่				
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	61.70	4.12	82.02	.000***
หลังได้รับโปรแกรมฯ	63.10	3.12		

*** p < .001

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ดังตารางความรู้ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของ ที่ 3) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกในด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 60 คน)

ข้อมูล	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
การรับรู้สมรรถนะในตนเอง				
กลุ่มทดลอง	55.03	10.76	.945	.048*
กลุ่มควบคุม	52.63	8.81		
ความรู้ในการเลี้ยงลูกในด้วยนมแม่				
กลุ่มทดลอง	14.40	1.00	-.396	.69
กลุ่มควบคุม	14.30	0.95		
ความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่				
กลุ่มทดลอง	63.10	3.12	-.949	.347
กลุ่มควบคุม	62.23	3.91		

*p < .05



ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน (ดังตารางที่ 3)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่มารดาหลังคลอดได้รับส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความพยายามที่จะปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) โดยผู้วิจัยได้สอน สาธิต และสาธิตย้อนกลับ เพื่อประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้มารดาฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตนเอง ร่วมกับให้คำแนะนำ และความช่วยเหลือ เพื่อแก้ไขวิธีการอุ้มทารก การให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธี จึงทำให้มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้ดีขึ้นตามลำดับ และบอกว่าตนเองมีความมั่นใจที่จะให้นมแม่ได้สำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997) ที่เสนอแนะวิธีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยใช้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง และความสำเร็จทำให้เพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาที่พบว่ามารดาที่ได้รับการความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะตั้งครรภ์ และในระยะหลังคลอดมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น (Vincent, 2015) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นในชุมชน พบว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ามารดาวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะหลังคลอด 24 สัปดาห์ (Khakhong &

Niratttharadorn, 2017) นอกจากนั้นการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) โดยการให้มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองชมสื่อวีดิทัศน์ตัวแบบมารดาที่เป็นที่รู้จักทางสังคม และประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีเนื้อหาเน้นการบอกเล่าประสบการณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และวิธีแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองเกิดความสนใจมากที่จะรับฟังข้อมูลที่ตัวแบบบอกเล่า เนื่องจากผู้วิจัยคิดว่าตัวแบบประสบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่คล้ายกับตน สิ่งนี้ทำให้มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองมีความคิดว่าเมื่อตัวแบบเกิดปัญหายังสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ตนเองน่าจะทำได้เช่นกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้มารดาในกลุ่มทดลองทบทวนประสบการณ์ของตนเองที่ผ่านมา และประสบความสำเร็จ จากนั้นได้กล่าวชมเชย และให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มทดลองมั่นใจในตนเอง และเกิดความพยายามเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ Arthibenyakul, Sangperm, Prasopkittikun & Ngermcham, (2017); Butchan, Chamusri & Singhala, (2016) ซึ่งพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีคะแนนประสิทธิภาพในการให้นมทารกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบกับการชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) ด้วยการพูดชักจูง และให้กำลังใจขณะสาธิตย้อนกลับ และฝึกปฏิบัติทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเป็นการเสริมแรงด้านบวก ทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยใช้คำพูดเช่น “คุณแม่ทำได้ถูกต้องค่ะ เก่งมากค่ะ” “นี่ขนาดคุณแม่เพิ่งคลอดหัดทำครั้งแรก ยังทำได้ขนาดนี้ ต่อไปคุณแม่จะให้ลูกได้อย่างแน่นอนค่ะ” เป็นต้น เมื่อกลุ่มทดลองได้รับการพูดชักจูง ให้กำลังใจ และเสริมแรงจากผู้วิจัย ทำให้มีความพยายามฝึกทักษะปฏิบัติการให้นมแม่จนสำเร็จได้ในที่สุด คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Ngo, Chou, Gau & Liu (2019) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรที่มีสุขภาพ โดยพบว่า การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคล



รอบข้างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ร่วมกับการพยาบาลปกติมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น เป็นไปตามแนวคิดของ Bandura (1997) ที่ได้เสนอแนะวิธีการชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) คือการที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคล เพื่อให้เขาเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างหนึ่งอย่างใดให้ประสบความสำเร็จ สำหรับการประเมินความพร้อมทั้งทางร่างกาย และจิตใจในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลัง เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก มีการให้กำลังใจ และให้ความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติกรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ เป็นการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) ทำให้มารดาคลายความวิตกกังวล และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการให้นมแม่เพิ่มมากขึ้น ดังการศึกษาของ Loke & Chan (2013) ที่ศึกษาสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับความสัมพันธ์ และผลลัพธ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอดในมารดาหลังคลอด พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 6 เดือน คือสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Chanapi, Sinsuksai, Thananowan, & Phahuwatanakorn (2014) พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกได้ คือ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง การสนับสนุนจากสามี หรือญาติ และการสนับสนุนจากพยาบาล

มารดาหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมนั้น อาจเนื่องจากการมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจ และพยายามเรียนรู้ ฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ ส่งผลให้มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองมีความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Plodpluang, Srichan, & Kaewpraphan (2016) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนม

แม่โดยการสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญนั้น อาจเนื่องจากการมารดาหลังคลอดทุกรายจะได้รับความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยการสอนเป็นหนึ่งในกิจกรรมของหน่วยฝากครรภ์ที่ต้องปฏิบัติ นอกจากนี้ระยะหลังคลอด พยาบาลประจำหน่วยหลังคลอดจะให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดเป็นรายกลุ่มทุกวัน และมารดาหลังคลอดทุกรายยังได้รับชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงทำให้มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่แตกต่างกัน คล้ายคลึงกับผลการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนด้านความรู้จากพยาบาล เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย (Nuampa, Sinsuksai, Phahuwatanakorn, & Chanprapaph, 2013)

3) มารดาหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมนั้น อาจเนื่องจากการมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติการให้นมแม่ได้ ทำให้เกิดความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Kroll de Senna et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Baiya, Ketsuwan, Pachaiyapoom, & Puapornpong (2013) ที่พบว่า หลังการจัดรูปแบบให้บริการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาหลังคลอดมีคะแนนความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่วนใหญ่มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 80 กลุ่มหลังการช่วยเหลือมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มก่อนการช่วยเหลือ และมีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 97.50 แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมฯ และมารดาหลังคลอดที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องจากการมารดาหลังคลอดกลุ่มนี้เป็นกลุ่มมารดาที่มีบุตรคนแรก เป็นการตั้งครรภ์อย่าง



ตั้งใจ และมีความพร้อมที่จะมีบุตร ทำให้มารดาพยายามที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ นอกจากนี้ในระยะตั้งครรภ์พบว่ามารดาได้รับความรู้ในการเตรียมตัวเพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อีกทั้งในระยะหลังคลอดยังได้รับความรู้อย่างต่อเนื่องจากพยาบาลประจำหน่วยหลังคลอด และหากมารดาหลังคลอดรายใดมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พยาบาลจะสอน และช่วยเหลือมารดาทันที ส่งผลให้มารดาเกิดความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถเห็นได้จากการที่มารดาหลังคลอดแสดงออกถึงอารมณ์ ความรู้สึก และความตั้งใจในการให้ลูกดูดนมแม่ มารดามีความสุข มีความภูมิใจ และเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเป็นแม่ที่ดี ถึงแม้ว่าตนเองจะต้องตื่นมาให้นมแม่ในเวลากลางคืน สะท้อนได้จากข้อความบางส่วนของแบบสอบถามความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งผู้วิจัยนำมาประเมินความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น “ฉันรู้สึกมีความสุขมากขณะให้ลูกดูดนมแม่” “ฉันรู้สึกภูมิใจที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่” “ฉันรู้สึกเป็นคนที่มีความสำคัญสำหรับลูกเมื่อให้ลูกดูดนมแม่” “ฉันจะตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่ให้นมผสม” เป็นต้น สอดคล้องกับ Edwards (2017) พบว่าบุคลากรทางสุขภาพที่ส่งเสริม และให้ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะส่งผลให้มารดาเกิดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และทำให้มารดาเกิดความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะประสบผลสำเร็จได้นั้น พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญมากในการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบกับการใช้โมเดลการหลั่งน้ำนม (The tri-core lactation) ที่เป็นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidenced-based practice model) ถือเป็นอุปกรณ์อีกส่วนหนึ่งที่สนับสนุนและใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ โดยโมเดลประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ 1) การสนับสนุน (breastfeeding support) 2) การให้ความรู้ (education) และ 3) การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (maternal self-efficacy) (Flagg & Pillitteri, 2018)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปใช้สนับสนุนมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา และทารกแก่นักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยโดยใช้โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และติดตามอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความสำเร็จในการเลี้ยงนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยงสูง

เอกสารอ้างอิง

- Abedi, P., Jahanfar, S., Namvar, F., & Lee, J. (2016). Breastfeeding or nipple stimulation for reducing postpartum haemorrhage in the third stage of labour. Retrived October 5, 2019, Retrived from <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010845.pub2>
- Arthibenyakul, C., Sangperm, P., Prasopkittikun, T., & Ngerncham, S. (2560). The effects of self-efficacy promoting program on perceived self-efficacy, efficiency of breastfeeding and breastfeeding rate among mothers of late preterm infants. *Journal of Nursing Science*, 35(1), 23-35. (In Thai)
- Baiya, N., Ketsuwan, S., Pachaiyapoom, N., & Puapornpong, P. (2013). Mother's knowledge, latch score and satisfaction after development of the breastfeeding support service in HRH princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 20(2), 17-23. (In Thai)



- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and company.
- Butchan, P., Chamusri, S., & Singhala, K. (2016). Effects of breastfeeding promoting program on family members self-efficacy and breastfeeding promotion behavior in community. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(4), 97-105. (In Thai)
- Chanapi, S., Sinsuksai, N., Thananowan, N., & Phahuwatanakorn, W. (2014). Knowledge, attitude, self-efficacy, spousal and nurse support predicting 6-weeks exclusive breastfeeding. *Journal of Nursing Science*, 32(1), 51-60. (In Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Edwards, R. (2017). *An exploration of maternal satisfaction with breastfeeding as a clinically relevant measure of breastfeeding success*. Retrived October 6, 2019, Retrived from <https://doi.org/10.1177%2F0890334417722509>
- Flagg, J. S. & Pillitteri, A. (2018). *Maternal & child health nursing* (8th ed.). China: Wolters Kluwer.
- Horta, B. L. & Victora, C. G. (2013). *Long-term effects of breastfeeding: A systematic review*. Retrived October 6, 2019, Retrived from https://apps.who.int/iris/bitstreamhandle/10665/79198/9789241505307_eng.pdf;sequence=1
- Jager, E. D., Broadbent, J., Tyszkiewicz, M. F., Nagle, C., McPhie, S., & Skouteris, H. (2015). A longitudinal study of the effect of psychosocial factors on exclusive breastfeeding duration. *Midwifery*, 31, 103-111.
- Khakhong, S. & Niratttharadorn, M. (2017). The effects of promoting self-efficacy program on breast feeding behavior among adolescent mothers in community. *Journal of Public Health*, 47(1), 31-43. (In Thai)
- Kroll de Senna, A. F., Giugliani, C., Lago, J. C. A., Bizon, A. M., Martins, A. C., & Oliveira, C. A. (2018). Validation of a tool to evaluate women's satisfaction with breastfeeding for the Brazilian population. *Journal de pediatria*, 1-8.
- Loke, A. Y. & Chan, L. S. (2013). Maternal breastfeeding self-efficacy and the breastfeeding behaviors of newborns in the practice of exclusive breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(6), 672-684.
- McCarter-Spaulding, D. & Gore, R. (2009). Breastfeeding self-efficacy in women of African descent. *Journal of Obstetric, Gynecology & Neonatal Nursing*, 38(2), 230-243.
- Ngo, L. T. H., Chou, H. F., Gau, M. L., & Liu, C. Y. (2019). Breastfeeding self-efficacy and related factors in postpartum Vietnames women. *Midwifery*, 70, 84-91.
- Nuampa, S., Sinsuksai, N., Phahuwatanakorn, W., & Chanprapaph, P. (2013). Personal factors, first feeding time and nurse support in predicting successful exclusive breastfeeding at discharge in mothers with cesarean section. *Journal of Nursing Science*, 31(2), 49-59. (In Thai)



- Plodpluang, U., Srichan, A., & Kaewpraphan, S. (2016). Effect of breastfeeding promotion based on familial support program to knowledge, attitude and behavior of postpartum mothers and familiar's members. *Phranakhon Rajabhat Research Journal (Science and Technology)*, 11(2), 41-52. (In Thai)
- Tantivetjakul, S. (2000). *The effects of supportive-educative nursing on perceived barriers, satisfaction, and behavior of breastfeeding in adolescent mothers*. Master Thesis of Maternal and Child Nursing, Mahidol University. (In Thai)
- United Nations Children's Fund. (2016). *The state of the world's children 2016: A fair chance for every child*. Retrived October 6, 2019, Retrived from http://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf.
- Vincent, A. (2015). *The effect of breastfeeding self-efficacy on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration*. College of Health Sciences, Walden University.
- World Health Organization. *World health statistics 2015* [Internet]. Geneva: WHO: 2016 Retrived October 6, 2019, Retrived from http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยา มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

Factors Related to Stress of Expectant Fathers During Hospitalization of High Risk Pregnant Wives.

วรารณ	บุญยงค์*	Waraphorn	Boonyong*
นันทพร	แสนศิริพันธ์**	Nantaporn	Sansiriphun**
ฉวี	เบาทรง***	Chavee	Baosong***

บทคัดย่อ

ความเครียดมีความสำคัญต่อสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้จะเป็นบิดา ผู้จะเป็นบิดาจะมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นหากภรรยามีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล งานวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน อายุ และการวางแผนการตั้งครรภ์กับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 85 ราย ที่มาเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนกันยายน 2558 ถึง เดือน มกราคม 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบวัดความรู้สึกเครียด ของ Hansleben et al. (1983) ฉบับภาษาไทย โดย Wongpakaran & Wongpakaran (2010) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยง ของ Naewchalee (2007) และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการตั้งครรภ์เสี่ยง ของ Naewchalee (2007) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีรีส์

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.20) มีความเครียดในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 17.08 (S.D. = 5.31) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.40) มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 75.71 (S.D. = 11.31) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.20) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 87.32 (S.D. = 18.34) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.306$, $P < .01$) ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .398$, $P < .01$) การวางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.295$, $P < .05$)

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดเชียงใหม่

* Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, wara_boonyong@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



ดังนั้นจากผลการวิจัยนี้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาล/ผดุงครรภ์ ควรมีการประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ในการลดความเครียดในผู้จะเป็นบิดาที่ ภรรยามีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ผู้จะเป็นบิดา ตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน

Abstract

Stress can significantly impact the physical, psychological, and social health of expectant fathers. Moreover, expectant fathers' stress can be increase if their pregnant wives have complications and are diagnosed as having a high-risk pregnancy requiring admission to hospital. This descriptive correlational research aimed to explore the relationship between social support, uncertainty, age, and pregnancy planning with expectant fathers' stress during hospitalization of high risk pregnant wives. The subjects were 85 expectant fathers who had high risk pregnant wives admitted to Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and Health Promotion Region 1 Hospital, Chiang Mai, from September 2014 to January 2015. The research instruments used were the Perceived Stress Scale by Cohen et al (1983), Thai version, by Wongpakaran &Wongpakaran (2010), the Social Support questionnaire for expectant fathers of high risk pregnant wives questionnaire by Naewchalee (2007), and the Uncertainty questionnaire for expectant fathers of high risk pregnant wives by Naewchalee (2007). Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and point biserial correlation coefficient.

Results of the study revealed that. The majority of expectant fathers (68.20%) had a moderate level of stress with a mean score of 17.08 (S.D. = 5.31); Most expectant fathers (62.40%) had a high level of social support with a mean score of 75.71 (S.D. = 11.31); Most expectant fathers (68.20%) had a moderate level of uncertainty with a mean score of 87.32 (S.D. = 18.34); Social support had a negatively significant correlation with the stress ($r = -.306$, $P < .01$); Uncertainty had a positively significant correlation with stress ($r = .398$, $P < .01$); and Pregnancy planning had a negatively significant correlation with stress ($r = -.295$, $P < .05$).

Therefore, the health care providers/midwives should consider assessing uncertainty and social support of expectant fathers in order to plan effective nursing care to prevent stress for expectant fathers during hospitalization of high risk pregnant wives.

Keywords : The father, High risk pregnancy, strain, Social support ,Uncertain feelings



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ของภรรยาส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาต้องมีการปรับตัว (Sansiriphun, Kantaruksa, Klunklin, Baousong & Jordan, 2010) ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้จะเป็นบิดาเปลี่ยนแปลงไป โดยต้องมีความรับผิดชอบต่อครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ต้องทำงานมากขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมในด้านการเงินสำหรับการดูแลภรรยาและบุตรในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด (McKee & O'Brien, 1982) เมื่อภรรยาตั้งครรภ์ ผู้จะเป็นบิดาจะถูกคาดหวังอย่างสูงจากผู้เป็นภรรยาว่าต้องให้การดูแลสนับสนุนและช่วยเหลือ ตั้งแต่ตั้งครรภ์ จนกระทั่งเข้าสู่ระยะคลอด ต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด และให้การช่วยเหลือดูแลบุตร ผู้จะเป็นบิดาจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับความคาดหวังที่เกิดขึ้น (Sansiriphun, Baosuang, Klunklin, Kantaruksa & Liamtrirat, 2014) ถือเป็นความกดดันและความท้าทาย ที่ผู้จะเป็นบิดาต้องเผชิญ ทำให้ผู้จะเป็นบิดาเกิดความวิตกกังวล กลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน และเกิดความเครียดขึ้น (Sansiriphun, 2013) ผู้จะเป็นบิดา จะยังมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นหากแพทย์วินิจฉัยว่าภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ และจำเป็นต้องพักหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยสิ่งที่ทำให้ผู้จะเป็นบิดารู้สึกเครียดมากที่สุด คือ เรื่องความปลอดภัยของภรรยาและทารกในครรภ์ แต่ผู้จะเป็นบิดามักจะปกปิดความเครียดที่เกิดขึ้น เพราะไม่ต้องการให้ภรรยาเกิดความกังวลใจ (Maloni & Ponder, 1997)

จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในปีพ.ศ. 2555 มีอัตราสูงถึงร้อยละ 16.90 (Department of Medical Service, 2013) การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ (McCain & Deatrick, 1994) ภาวะตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่ มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด คลอดเกินกำหนด มีความผิดปกติของการตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์แฝด รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด มีความผิดปกติของมดลูก และปากมดลูก เป็นต้น มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์

เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีการติดเชื้อ เป็นต้น (Udomkitti, 2011) ซึ่งการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของสตรีมีครรภ์ และยังทำให้ทารกในครรภ์มีโอกาสที่จะเกิดความผิดปกติและเสียชีวิตมากขึ้น (Tongsong, 2012) ภาวะอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของภรรยาและทารกในครรภ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ได้นั้น ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาเกิดความเครียดขึ้น (Maloni & Ponder, 1997) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน อายุ (Schytt & Bergstrom, 2014) และการวางแผนการตั้งครรภ์ (Clinton & Kelber, 1993)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรักความห่วงใย ความผูกพัน ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (emotional support) ด้านการประเมินค่า (appraisal support) ด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) และด้านทรัพยากร (instrumental support) (House, 1981) การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลเมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) การสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถเผชิญกับความยากลำบาก และปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งภายในครอบครัว การดูแลบุตร และการเงิน (Maloni, Brezinski-Tomasi & Johnson, 2000) เนื่องจากเมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น บุคคลรอบข้างส่วนใหญ่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือภรรยาเป็นหลัก ส่วนผู้จะเป็นบิดามักถูกมองข้ามและไม่ได้รับความสนใจ (Hoffman, 2011) การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มบุคคลสำคัญ และมีความเกี่ยวข้องกับผู้จะเป็นบิดา จะช่วยให้ผู้จะเป็นบิดาสามารถเผชิญ และจัดการอารมณ์ ความรู้สึก กับการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์ของภรรยา รวมถึงความกดดันต่างๆ ที่เกิดขึ้น (Letourneau, Duffett-Leger, Dennis, Stewart & Tryphonopoulos, 2011) ผู้จะเป็นบิดาที่



มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มากพอจะมีภาวะเครียดลดลง (Diemer, 1997) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงอาจเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (uncertainty in illness) คือ การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง เมื่อบุคคลไม่รู้ หรือไม่สามารถจำแนกเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นขณะนั้นๆ ได้ ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ถือว่าเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ที่อาจเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้จะเป็นบิดา เมื่อผู้จะเป็นบิดาไม่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับภรรยาขณะตั้งครรภ์อย่างเพียงพอ ไม่สามารถจำแนกเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นขณะนั้นๆ ได้ว่าจะก่อให้เกิดอันตรายมากน้อยเพียงใด ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น ทำให้ผู้จะเป็นบิดาประเมินสถานการณ์นั้นๆ ว่าอาจคุกคามและเป็นอันตรายต่อภรรยาและทารกในครรภ์ และถ้าผู้จะเป็นบิดารู้สึกว่าเป็นสถานการณ์ที่หนักและยาก เกินกว่าที่ตนเองจะช่วยเหลือภรรยาและทารกในครรภ์ได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อเหตุการณ์จึงเกิดขึ้นเนื่องจากผู้จะเป็นบิดาไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์หรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับภรรยาและทารกในครรภ์ได้ รวมทั้งเป็นเหตุการณ์ที่ผู้จะเป็นบิดาไม่คาดคิดมาก่อน (Mishel, 1988) จึงนำไปสู่การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะของความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984)

อายุเป็นตัวแปรพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำให้เข้าใจลักษณะ รวมทั้งการมีพฤติกรรมและความรู้สึกที่ต่างกันของผู้จะเป็นบิดาในแต่ละกลุ่มอายุ ถึงแม้ว่า จากการทบทวนวรรณกรรมจะไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับอายุกับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยตรง แต่มีรายงานการศึกษาที่พบว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีอายุน้อยจะมีความเครียด มากกว่าผู้จะเป็นบิดาที่มีอายุมากกว่า และมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยกว่าผู้จะเป็นบิดาที่มีอายุมาก

(Single-Rushton, 2005) และจากการศึกษาของ Schytt & Bergström (2014) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอายุของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก กับความคาดหวัง และประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่าผู้จะเป็นบิดาในแต่ละช่วงอายุมีความแตกต่างกัน โดยเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างผู้จะเป็นบิดาที่มีอายุมาก (34 ปี) กับผู้จะเป็นบิดาในช่วงอายุปานกลาง (28-33ปี) และผู้จะเป็นบิดาที่มีอายุน้อย (27 ปี) พบว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีอายุมากจะมีความรู้สึกเชิงลบ และกลัว เกี่ยวกับสถานการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดที่จะเกิดขึ้นมากกว่าบิดาที่มีอายุน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) นอกจากนี้ ผู้จะเป็นบิดาที่มีอายุมาก ยังมีการประเมินเกี่ยวกับสถานการณ์การคลอดบุตรของภรรยาว่าเป็นสถานการณ์ที่มีความยากลำบาก และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดในเชิงลบ มากกว่าผู้จะเป็นบิดาที่มีอายุน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า อายุที่แตกต่างกันของบุคคลนำมาซึ่งความรู้สึกที่แตกต่างกัน

การวางแผนการตั้งครรภ์ อาจเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบเพียงการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า การวางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้จะเป็นบิดา ดังการศึกษาของ Clinton & Kelber (1993) เกี่ยวกับ ความเครียดของผู้จะเป็นบิดาและภรรยาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์และไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ จำนวน 67 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้จะเป็นบิดาและภรรยาวางแผนการตั้งครรภ์จำนวน 46 ราย และกลุ่มผู้จะเป็นบิดาและภรรยาไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์จำนวน 21 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้จะเป็นบิดาและภรรยาไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มีระดับความเครียดสูงกว่าผู้จะเป็นบิดาและภรรยาวางแผนการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ Hansleben (1983) ที่พบว่า ผู้จะเป็นบิดาและภรรยาที่มีบุตรคนแรกโดยที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์จะมีความเครียดมากกว่า ผู้จะเป็นบิดาและภรรยาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์



การทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า มีการศึกษาค่อนข้างน้อยที่พบเป็นการศึกษาในผู้จะเป็นบิดาชาวตะวันตก และงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสัมภาษณ์เป็นกลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้จะเป็นบิดา ผลการศึกษาที่ผ่านมาจึงอาจไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงถึงความเครียดของผู้จะเป็นบิดาชาวไทยได้เหมาะสม เนื่องจากความเครียดของแต่ละบุคคลเกิดจากการประเมินสถานการณ์ว่าอันตรายหรือคุกคามมากเพียงใด ตนจะสามารถจัดการสถานการณ์นั้นๆ ได้หรือไม่ ซึ่งผู้จะเป็นบิดาแต่ละคน แต่ละเชื้อชาติย่อมมีการประเมินสถานการณ์การตั้งครรภ์เสี่ยงสูงของภรรยาที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแตกต่างกันไป และการประเมินความคุกคามจากสถานการณ์ที่แตกต่างกันนั้น ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดามีระดับความเครียดที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียดของผู้จะเป็นบิดาชาวไทยที่ภรรยาภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้อง คือ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน อายุ และการวางแผนการตั้งครรภ์ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ จะขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญทางการผดุงครรภ์ ในการจัดการกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้จะเป็นบิดา และใช้เป็นแนวทางในการดูแลสนับสนุนช่วยเหลือผู้จะเป็นบิดา เพื่อลดความเครียดของผู้จะเป็นบิดาในขณะภรรยาตั้งครรภ์และเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน อายุ และการวางแผนการตั้งครรภ์ กับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยา

ตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. ความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
2. การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน อายุ และการวางแผนการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ ใช้แนวคิดความเครียดของ Lazarus & Folkman(1984) และศึกษาปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้จะเป็นบิดา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) ความรู้สึกไม่แน่นอน ตามแนวคิดของ Mishel (1988) ปัจจัยส่วนบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ อายุ และการวางแผนการตั้งครรภ์ โดยการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ผู้จะเป็นบิดาอาจประเมินว่าเป็นภาวะคุกคามและอันตรายอย่างมากต่อมารดาและทารกในครรภ์ ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาไม่แน่ใจว่าตนจะสามารถทำหน้าที่บิดาในการปกป้องหรือให้การดูแลช่วยเหลือภรรยาและทารกในครรภ์ได้ และยากที่จะคาดเดาผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นแก่ภรรยาและทารกในครรภ์ จึงก่อให้เกิดความเครียดขึ้น และปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ที่ทำให้ความเครียดของผู้จะเป็นบิดามากขึ้นหรือน้อยลง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง อายุ และการวางแผนการตั้งครรภ์ของผู้จะเป็นบิดา

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรในการศึกษาคครั้งนี้ คือ ผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ณ แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์



และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนกันยายน 2558 ถึง เดือนมกราคม 2559 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผู้จะเป็นบิดามีอายุตั้งแต่ 20 ปี 2) ผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 คืน 3) สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าตามอำนาจการวิเคราะห์ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 ให้อำนาจการทดสอบที่ .80 และการประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit, 2010)

ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลของปี พ.ศ. 2557 ในอัตราส่วนโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เท่ากับ 1: 16 และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ร้อยละ 20 ดังนั้นจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 96 ราย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 6 ราย รวมทั้งสิ้น 102 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale-10) ของโคเฮน และคณะ (Cohen et al., 1983) ฉบับภาษาไทย โดย Wongpakaran & Wongpakaran (2010)

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยง ของ Naewchalee (2007)

3. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการตั้งครรภ์เสี่ยง ของ Naewchalee (2007) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81 .88 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการ

วิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือพิทักษ์สิทธิเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ หลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ การบันทึกข้อมูลไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยเก็บรักษาเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับใดๆ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดในระดับสูง ผู้วิจัยทำการแจ้งต่อเจ้าหน้าที่หรือผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อไป

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือน กันยายน 2558 ถึง เดือนมกราคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีอายุระหว่าง 20-49 ปี อายุเฉลี่ย 32.26 ปี (S.D. = 5.94) ร้อยละ 54.12 มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 44.70 มีการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 47.06 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 57.65 มีรายได้ต่อเดือน >20,000 บาท ร้อยละ 55.29 ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 96.47 ภรรยาที่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 28+1 - 42 สัปดาห์ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีลักษณะภาวะเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นกับภรรยาขณะตั้งครรภ์ ที่พบมากที่สุดคือ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 50.59 รองลงมาคือ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 16.47

2. กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้สึกเครียดอยู่ในช่วง 3 - 30 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบวัด 0-40 คะแนน) มีค่าเฉลี่ย 17.08 (S.D. = 5.31) และกลุ่มตัวอย่าง



ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.24 และมีความเครียดในระดับต่ำร้อยละ 24.70

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในช่วง 40-98 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบวัด 20-100 คะแนน) มีค่าเฉลี่ย 75.71 (S.D.= 11.31) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 62.35 และมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 36.47

4. กลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ระหว่าง 53 – 129 คะแนน (ช่วงคะแนนของแบบวัด

31-155 คะแนน) มีค่าเฉลี่ย 87.32 (SD. = 18.34) และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.24 และมีความรู้สึกไม่แน่นอน อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 20.00

5. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.306, P < .01$) ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .398, P < .01$) อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และอายุ กับ ความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 85$)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การสนับสนุนทางสังคม	1.000			
2. ความรู้สึกไม่แน่นอน	-.185	1.000		
3. อายุ	.059	-.209	1.000	
4. ความเครียด	-.306**	.398**	-.179	1.000

* $p < .01$

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียด 17.08 (S.D. = 5.31) และส่วนใหญ่ร้อยละ 68.2 มีความเครียดในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า สถานการณ์ที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้จะเป็นบิดาประเมินว่าเป็นภาวะวิกฤตเป็นสถานการณ์ที่คุกคาม และอาจเกิดอันตรายต่อภรรยาและบุตรของตน จึงทำให้ผู้จะเป็นบิดารู้สึกเครียด นอกจากนั้นเมื่อภรรยาตั้งครรภ์ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้จะเป็นบิดาจึงต้องทำงานมากขึ้นเพื่อให้มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ส่งผลให้มีเวลาดูแลภรณยาน้อยลง มีเวลาส่วนตัวและเวลาในการพักผ่อนน้อยลง (Pollock & Quinton, 2005) ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาเกิดความเครียด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.1 มีอายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลได้ผ่านภาวะวิกฤตมีประสบการณ์ มีความสามารถในการคิด ตัดสินใจ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่

เปลี่ยนแปลงไปได้ (Lazarus & Folkman, 1984) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.7 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งการศึกษาเป็นปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (personal factors) ที่มีผลต่อการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความคุกคามมากน้อยเพียงใด ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) การศึกษาจะช่วยพัฒนาความคิด ความสามารถ เพื่อให้เข้าใจสิ่งต่าง ๆ ในสังคม และผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีความสามารถทำความเข้าใจและแปลความหมายของเหตุการณ์ ให้สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำ (Mishel, 1988) ผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีความเข้าใจในสิ่งที่ซับซ้อน มีการวิเคราะห์และเข้าใจสถานการณ์ รวมทั้งมีความสามารถในการสื่อสารและมีทักษะในการหาข้อมูลข่าวสาร (Kittikorn Nilmanat, 1996) จึงทำให้ผู้จะเป็นบิดามีความรู้ ความสามารถในการรับรู้สิ่งต่างๆ ได้ตรงกับความเป็นจริง อีกทั้งในการ



ศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.29 ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ มีส่วนก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้จะเป็นบิดาได้ (Hansleben, 1983) จากที่กล่าวมานี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นความเครียดระดับปานกลาง

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่รกรกที่ตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.306, P < .01$) หมายความว่า ผู้จะเป็นบิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีความเครียดน้อย อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความห่วงใย ความผูกพัน ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งส่งผลให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ที่จะส่งผลให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญต่อสถานการณ์ที่จะส่งผลให้เกิดภาวะเครียดได้ (House, 1981) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมถือว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยลดความเครียดของบิดาได้ การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความเครียดโดยทำหน้าที่เป็นตัวดูดซับความเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ (House, 1981) เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ Naewchalee (2007) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.30, p < .01$) และการศึกษาของ Maloni et al. (2000) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาซึ่งภรรยาได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และต้องนอนพักให้มากที่สุดในระยะตั้งครรภ์ สามารถเผชิญกับความยากลำบาก และปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งภายในครอบครัว การดูแลบุตร และการเงิน

ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .398, P < .01$) หมายความว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับสูงจะมีความเครียดมาก อธิบายได้ว่าเมื่อผู้จะเป็นบิดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของภรรยาที่มีภาวะ

แทรกซ้อนเกิดขึ้นก็จะทำให้เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นเป็นภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถให้ความหมายเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ของความเจ็บป่วยและไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้ (Mishel, 1988) ความรู้สึกไม่แน่นอนส่งผลให้บุคคลมีความเครียดโดยตรง (Christman, et al., 1988) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างทราบว่าภรรยาของตนมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นและเสี่ยงต่ออันตรายต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในสถานการณ์การตั้งครรภ์ของภรรยา และส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้น ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Naewchalee (2007) ที่พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในการตั้งครรภ์เสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .30, p < .01$) และสามารถทำนายความเครียดของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยงได้ร้อยละ 9 ($r^2 = .09, F(1, 98) = 9.60, p < .05$) และการศึกษาของ Kukula et al. (2006) ซึ่งพบว่าผู้จะเป็นบิดาที่กำลังรอผลการเจาะน้ำคร่ำของภรรยาเพื่อวินิจฉัยภาวะผิดปกติของทารกในครรภ์เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนและเครียด

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าผู้จะเป็นบิดาที่มีอายุมาก (34 ปี) จะมีความกลัวและความเครียดเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอดมากกว่าบิดาที่มีอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ ผู้จะเป็นบิดาที่มีอายุมากยังมีการประเมินเกี่ยวกับสถานการณ์การคลอดบุตรของภรรยาว่าเป็นสถานการณ์ที่มีความยากลำบาก และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดในเชิงลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การวางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.295, P < .01$) หมายความว่า ผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีการวางแผนการตั้งครรภ์จะมีความเครียด



ต่ำ สามารถอธิบายได้ว่า การวางแผนการตั้งครรภ์จะช่วยให้ผู้จะเป็นบิดาและภรรยาสามารถที่จะคาดการณ์ และกำหนดจำนวนการมีบุตรตามความต้องการของคู่สมรส โดยต้องคำนึงถึงภาวะสุขภาพของภรรยาเนื่องจากการตั้งครรภ์มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ (World Health Organization [WHO], 2016) และการตั้งครรภ์ของภรรยา ถึงแม้ผู้จะเป็นบิดาจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจากการตั้งครรภ์เช่นเดียวกับภรรยา แต่สถานการณ์การตั้งครรภ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจแก่ผู้จะเป็นบิดาเป็นอย่างมาก เป็นสถานการณ์ที่กดดันและท้าทาย (Sansiriphum et al., 2010) ถ้าผู้จะเป็นบิดามีการวางแผนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีการเตรียมการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เป็นอย่างดี ก็จะทำให้สามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ระหว่าง การตั้งครรภ์ของภรรยา สำหรับผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาไม่ได้มีการวางแผนการตั้งครรภ์ เมื่อภรรยาตั้งครรภ์และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ขึ้นระหว่าง การตั้งครรภ์จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้จะเป็นบิดาจะประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับภรรยาว่าเป็นอันตราย และเกินความสามารถที่ตนจะสามารถช่วยเหลือได้ เนื่องจากไม่ได้มีการวางแผนหรือเตรียมตัวมาก่อนสำหรับการมีบุตรและเกิดความเครียดขึ้น การวางแผนการตั้งครรภ์จึงมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้จะเป็นบิดา ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Diemer (1997) ซึ่งพบว่า ผู้จะเป็นบิดากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอดตามปกติร่วมกับการเข้าร่วมอภิปรายกลุ่ม มีภาวะเครียดลดลง ($p < .05$) การศึกษาของ Clinton & Kelber (1993) พบว่าบิดาที่ภรรยาไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มีระดับความเครียดสูงกว่าบิดาที่วางแผนการตั้งครรภ์ และการศึกษาของ Hansleben (1983) ซึ่งศึกษาถึงการปรับเปลี่ยนบทบาทสู่การเป็นบิดาในกลุ่มบิดาที่มีบุตรครั้งแรกพบว่า การวางแผนการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความเครียดของผู้เป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้จะเป็นบิดาส่วนใหญ่ มี

ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.24 แต่อย่างไรก็ตามในกลุ่มตัวอย่างพบมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 7.06 ดังนั้นในผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินความเครียดของผู้จะเป็นบิดา หากพบความเครียดอยู่ในระดับสูง ให้การพยาบาลส่งเสริมให้ผู้จะเป็นบิดามีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม มีการส่งต่อให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบให้ได้รับการดูแลรักษาต่อไป ควรส่งเสริมให้ผู้จะเป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคม ลดภาวะความรู้สึกล้มเหลวที่เกิดขึ้น

ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรนำข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไปเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนด้านการผดุงครรภ์เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์เกิดความตระหนักเกี่ยวกับความเครียดผู้จะเป็นบิดาในการดูแลสุขภาพจิตของผู้จะเป็นบิดา ส่งเสริมให้ผู้จะเป็นบิดามีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม

ด้านการวิจัย

ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้จะเป็นบิดาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน อายุ และการวางแผนการตั้งครรภ์ กับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยามีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น อายุครรภ์ ความเพียงพอของรายได้ ความพึงพอใจในสถานะภาพสมรส ความวิตกกังวล จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ เป็นต้น

2. ควรทำการศึกษาวิจัยความเครียดของผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและเข้ารับการรักษาใน



โรงพยาบาลให้ครอบคลุมทุกระยะในวงจรของการมีบุตร
ได้แก่ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อสามารถนำ
ข้อมูลไปใช้ในการให้การรักษาส่งเสริมให้ผู้จะเป็นบิดา
มีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมครอบคลุมทุก

ระยะในวงจรของการมีบุตร

3. ควรทำการศึกษาวิจัยการเผชิญความเครียดของ
ผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- Bunting, L., & McAuley, C. (2004). Research review: teenage pregnancy and parenthood: The role of father. *Child and Family Social Work, 9*(3), 295-303.
- Burbach, A. D., Fox, R. A., & Nicholson, B. C. (2004). Challenging behaviors in young children: The father's role. *The Journal of Genetic Psychology, 165*(2), 169-183.
- Christman, N. J., McConnell, E. A., Pfeiffer, C., Webster, K. K., Schmitt, M., & Ries, J. (1988). Uncertainty, coping, and distress following myocardial infarction: Transition from hospital to home. *Research in Nursing & Health, 11*(8), 71-82.
- Clinton, J. F., & Kelber, S. T. (1993). Stress and coping in fathers of newborns: comparisons of planned versus unplanned pregnancy. *International Journal of Nursing Studies, 30*(5), 437-443.
- Cohen, S., Karmarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 385-396.
- Department of Medical Service, Ministry of Public Health. (2013). Illness Report The Fiscal year 2012. Retrieved from <http://203.157.32.40/statreport/Report%20Ver2.pdf> (In Thai)
- Diemer, G. A. (1997). Expectant father: Influence of perinatal education on stress, coping, and spousal relations. *Research in Nursing & Health, 20*(4), 281-293.
- Hangsleben, K. L. (1983). Transition to fatherhood: An exploratory study. *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing, 12*(4), 265-270.
- Hoffman, J. (2011). Father factors: What social science research tells us about fathers and how to work with them. Retrieved from <http://www.fira.ca/cms/documents/211/FatherFactorsFinal.pdf>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Boston, MA: Addison-Wesley.
- Kukulu, K., Buldukoglu, K., Keser, I., Keser, I., Simsek, M., Mendilcioglu, I., & Luleci, G. (2006). Psychological effects of amniocentesis on women and their spouses: Importance of the testing period and genetic counseling. *Journal of Psychosomatic & Obstetrics & Gynecology, 27*(1), 9-15.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, NY: Springer.
- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Dennis, C. L., Stewart, M., & Tryphonopoulos, P. D. (2011). Identifying the support needs of fathers affected by post-partum depression: A pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18*(1), 41-47.
- Maloni, J., & Ponder M. B. (1997). Fathers' experience of their partners' antepartum bed rest. *Journal of Nursing Scholarship, 29*(2), 183-188.



- Maloni, J. A., Brezinski-Tomasi, J. E., & Johnson, L. A. (2001). Antepartum bed rest: Effect Upon the family. *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing*, 30(2), 165-173.
- McCain, G. C., & Deatrick, J. A. (1994). The experience of high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing*, 23(5), 421-427.
- Mckee, L., & O'Brien, M. (1982). *The father figure*. London: Tavistock.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-262.
- Naewchalee, A. (2007). The Predictability of Personal Factors, Social Support, and Uncertainty on Stress and Coping Behavior of First-time Fathers Dealing with Spouse's High Risk Pregnancy. *Ramathibodi Nursing Journal*, 14(2), 243-257. (In Thai)
- Nilmanat, K. (1996). Uncertainty in illness and Coping Strategies of hospitalized symptomatic HIV Patients. Retrieved from <http://mulinet11.li.mahidol.ac.th/e-thesis/scan/36654.pdf> (In Thai)
- Polit, D.F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research (2nd ed.)*. New Jersey: Pearson Education.
- Pollock, S., & Quinton, D. (2005). Young men: Paths to inclusion in fatherhood. Retrieved from <http://www.fatherhoodinstitute.org/uploads/publications/186.pdf>
- Sansiriphun, N., Kantaruksa, K., Klunklin, A., Baosuang, C., & Jordan, P. (2010). Thai men becoming a first-time father. *Nursing and Health Sciences*, 12, 403-409.
- Sansiriphun, N. (2013). Emotional experience of expectant fathers: fear of childbirth. *Nursing Journal*, 40(3), 121-128. (In Thai)
- Sansiriphun, N., Baosuang, C., Klunklin, A., Kantaruksa, K., & Liamtrirat, S. (2014). Experience of first time father during labor and delivery period. *Nursing Journal*, 41(Suppl.), 143-157. (In Thai)
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Schytt, E., & Bergström, M. (2014). First-time fathers' expectations and experiences of childbirth in relation to age. *Midwifery*, 30(1), 82-88.
- Single-Rushton, W. (2005). Young fatherhood and subsequent disadvantage in the United Kingdom. *Journal of Marriage and Family*, 67(3), 735-753.
- Tongsong, T. (Ed.). (2012). *Obstetrics*. Bangkok: Luxmirung. (In Thai)
- Udomkitti, S. (2011). High Risk factors of pregnant women related to perinatal death in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 1(1), 98-108. (In Thai)
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *Biopsychosocial Medicine*, 4(1), 6.
- World Health Organization [WHO]. (2016). Health topics: Family planning. Retrieved from http://www.who.int/topics/family_planning/en/

กิจกรรมทางกาย คุณภาพของอาหาร การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด 6 เดือน

Physical Activity, Dietary Quality, Breastfeeding and Weight Retention Among 6 Month Postpartum Mothers

เสาหลักชัย	หวังชม*	Saowaluck	Wangchom*
ปิยะนุช	ชูโต**	Piyanut	Xuto**
กรณิการ์	กันธะรักษา**	Kannika	Kantaruksa**

บทคัดย่อ

น้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด เป็นภาวะที่มารดามีน้ำหนักตัวปัจจุบันในระยะหลังคลอดเพิ่มขึ้นมาจากการตั้งครรภ์เมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและจิตใจ การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจกิจกรรมทางกาย คุณภาพของอาหาร การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด 6 เดือน และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนี้กับน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังคลอด 6 เดือนที่มีน้ำหนักตัวหลังคลอดมากกว่าน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ ที่พาบุตรมารับวัคซีนที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกกุมาร กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคลินิกสุขภาพเด็กดี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 102 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการทำกิจกรรมทางกายที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการทำกิจกรรมทางกายของหญิงมีครรภ์ของSupavititpatana (2010) แบบบันทึกการบริโภคอาหารย้อนหลังใน 24 ชั่วโมง และแบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของ Baker et al.(2008) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 77.45 มีคุณภาพของอาหารอยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 59.80 เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 47.06 กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด 6 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ 5 กิโลกรัม ร้อยละ 35.29 กิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด 6 เดือน คุณภาพของอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด ($r = .714, p < .01$) การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด ($r = -.220, p < .05$)

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

* Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, sririluck@rtu.ac.th

** รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Science, Chiang Mai University,



ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าควรมีการจัดโปรแกรมโดยนำความรู้ในเรื่องคุณภาพของอาหารและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหาที่แนะนำให้กับมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักตัวคงค้างต่อไป

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย คุณภาพของอาหาร การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา น้ำหนักตัวคงค้าง มารดาหลังคลอด 6 เดือน

Abstract

Postpartum weight retention is the increase in body weight following childbirth when compared to before pregnancy, which can have a negative effect on the physiology and psychology of postpartum mothers. The purpose of this descriptive correlation study was to explore the relationship between physical activity, dietary quality, breastfeeding, and weight retention, among 6 month postpartum mothers. The participants consisted of 102 six month postpartum mothers who were sampled randomly, had a greater postpartum weight than pre-pregnancy weight, and who brought their babies to receive vaccinations in the Outpatient Pediatric Department of Phramongkutkloao Hospital, and the Well Child Clinic at Queen Sirikit National Institute of Child Health, between October 2014 and May 2015. The research instruments used included the physical activity questionnaire modified from the pregnancy physical activity questionnaire of Bungorn Supavititpatana (Supavititpatana, 2010), by the researcher, a 24-hour dietary recall report form, and a breastfeeding questionnaire which the researcher developed from Baker et al. (2008). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation.

The results of this study were as follows: The proportion of participants who had a low physical activity level was 77.45 percent. The proportion of participants who had an appropriate diet was 59.80 percent. The proportion of participants who had exclusively breastfed for 6 months after childbirth was 47.06 percent. The proportion of participants who had a 6 month postpartum weight greater than or equal to 5 kilograms more than their pre-pregnancy weight, was 35.29 percent. Physical activity had no correlation with 6-month postpartum weight retention. Dietary quality had a significantly high positive correlation with postpartum weight retention ($r=.714$, $p<.01$). Breastfeeding had a significantly low negative correlation with postpartum weight retention ($r=-.220$, $p<.05$).

The results of this study indicate that programs should be provided which promote knowledge of dietary quality and breastfeeding in relation to postpartum mothers in order to prevent postpartum weight retention.

Key words: physical activity, dietary quality, breastfeeding, weight retention, postpartum mothers



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

น้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด เป็นภาวะที่มารดามีน้ำหนักตัวภายหลังคลอดเพิ่มขึ้นมาจากการตั้งครรภ์เมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์ (Institute of Medicine [IOM], 2009) น้ำหนักตัวหลังคลอดของมารดาที่มีการลดลงอย่างรวดเร็วในช่วง 3 เดือนแรก หลังจากนั้นจะมีการลดลงอย่างสม่ำเสมอจนถึง 6 เดือน หลังจากนั้นมารดาที่มีน้ำหนักตัวคงค้างประมาณ 5 กิโลกรัมจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นถึง 8.3 กิโลกรัมในอีก 10 ปีข้างหน้า (Rooney & Schauburger, 2002)

จากการศึกษาทบทวนทางระบาดวิทยา (epidemiologic review) ของ Gunderson & Abrams (2000) พบอุบัติการณ์ของน้ำหนักตัวคงค้างอย่างน้อย 5 กิโลกรัมในมารดาหลังคลอด 6 เดือนชาวอเมริกันคิดเป็นร้อยละ 25 และการศึกษาในประเทศไต้หวันของ Huang, Wang & Dai (2010) พบมารดาหลังคลอด 6 เดือนที่มีน้ำหนักตัวคงค้างมากกว่า 5 กิโลกรัมร้อยละ 24.6 สำหรับในประเทศไทย (Xuto, Sinsuksai, Piaseu, Nityasuddhi, & Phupong, 2012) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินในมารดาหลังคลอด 6 เดือนจำนวน 223 ราย พบมีน้ำหนักตัวคงค้างมากกว่า 5 กิโลกรัมร้อยละ 36

น้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอดส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกายพบว่าน้ำหนักตัวคงค้างทำให้มารดาหลังคลอดมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และอ้วนเพิ่มขึ้น (Theanansuk & Lertbunnaphong, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ของน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอดกับผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกายโดยตรง แต่พบการศึกษาในสตรีที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์และอ้วนซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง (Wilson, D'Agostino, Sullivan, Parise, & Kannell, 2002) และหากมีการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ เช่น โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น (Lee et al., 2000) สำหรับผล

กระทบต่อสุขภาพด้านจิตใจของมารดาพบว่าน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอดส่งผลให้มารดาหลังคลอดไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ (Gjerdingen et al., 2009) มีความรู้สึกลดตนเองอ้วนและมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Clark, Skouteris, Wertheim, Paxton, & Milgrom) อีกด้วย

น้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอดเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมของมารดา (Phillips, King, & Skouteris, 2012) สำหรับค่าดัชนีมวลกายมีอิทธิพลทางลบกับน้ำหนักตัวคงค้าง 6 เดือนหลังคลอด (Huang & Dai, 2007) มารดากลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์น้อยกว่าปกติจะมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอดมากกว่ามารดากลุ่มอ้วน (Huang et al., 2010) และมารดาที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์ที่สถาบันการแพทย์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกาแนะนำจะมีน้ำหนักตัวคงค้างมากที่สุด (Rooney & Schauburger, 2002) ส่วนปัจจัยด้านจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.298, p<.001$) มารดาที่เคยผ่านการคลอดบุตรมาแล้วจะมีน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอดมากกว่ามารดาครรภ์แรก (Tongswas, Somboon & Prasitwattanaseree 2013)

จากแนวความคิดการเกิดน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอดของ Phillips et al. (2012) พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมของมารดามีความสำคัญมาก ได้แก่ กิจกรรมทางกาย คุณภาพของอาหาร และการเสี่ยงบุตรด้วยนมมารดา สำหรับกิจกรรมทางกาย เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยกล้ามเนื้อลายที่ส่งผลให้เกิดการใช้พลังงาน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านงานบ้าน การดูแลเด็กและผู้สูงอายุ 2) ด้านการเดินทางไปยังสถานที่ที่ไม่ไกลมาก 3) ด้านการออกกำลังกายหรือบริหารร่างกาย และ 4) ด้านการทำงานอาชีพ (Chasan-Taber et al., 2004) กิจกรรมทางกายที่มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ปฏิบัติ คือ การเดินและการทำงานบ้าน (Wilkinson, Huang, Walker, Sterling, & Kim, 2004) มารดาหลังคลอด 6 เดือนที่มีกิจกรรมทางกายโดยการดูโทรทัศน์น้อยกว่า 2 ชั่วโมงต่อ



วัน และเดินอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน มีโอกาสเสี่ยงน้อยที่จะมีน้ำหนักตัวคงค้างมากกว่า 5 กิโลกรัม (Oken, Taveras, Popoola, Rich-Edwards, & Gillman, 2007) แต่การศึกษาในประเทศไทยของ Theanansuk & Lertbunnaphong (2008) ในมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ปกติจำนวน 185 ราย ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวคงค้าง ทั้งนี้เนื่องจากในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ร่างกายของมารดาอาจจะยังไม่กลับสู่สภาพเดิม มีการใช้พลังงานในการทำกิจกรรมทางกายน้อย จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายกับน้ำหนักตัวคงค้างในช่วงเวลาดังกล่าว

คุณภาพของอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด คุณภาพของอาหารเน้นการคำนวณพลังงานรวม จากโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต รวมทั้งใยอาหาร พลังงานรวมที่มารดาหลังคลอดได้รับต่อวันในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่จะมีน้ำหนักตัวคงค้าง มีการศึกษาในมารดาชาวเนเธอร์แลนด์ จำนวน 118 ราย พบว่ามารดาหลังคลอดได้รับพลังงานรวมจากการบริโภคอาหารมีค่าเฉลี่ย 2,626.30 – 3,358.15 กิโลแคลอรีต่อวัน มารดาที่ได้รับพลังงานรวมต่ำกว่าค่าเฉลี่ยจะมีน้ำหนักตัวคงค้างน้อยกว่ามารดาที่ได้รับพลังงานตามค่าเฉลี่ย (Althuisen, Poppel, Vries, Seidell & Mechelen, 2011) สำหรับในประเทศไทย (Theanansuk & Lertbunnaphong, 2008) ได้ศึกษาพบว่าสัดส่วนอาหารที่รับประทานในแต่ละวันเป็นปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักตัวคงค้าง ($p < .001$) มารดาที่ได้รับไขมันในสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 50 ของอาหารที่รับประทานมีน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอดมากที่สุด

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสามารถลดน้ำหนักตัวคงค้างของมารดาหลังคลอดได้ (Phillips et al., 2012) เนื่องจากในกระบวนการผลิตน้ำนมต้องใช้พลังงานถึงร้อยละ 20 ของพลังงานที่ร่างกายใช้ทั้งหมดหรือประมาณ 500 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งเป็นพลังงานที่ได้จากการรับประทานอาหารร้อยละ 66 และจากไขมันสะสมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ร้อยละ 34 (IOM, 2002) และน้ำหนักตัว

จะลดลงได้มากหากมีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ดังเห็นได้จากการศึกษาของ Baker et al.(2008) ในมารดาหลังคลอดในทุกกลุ่มดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ จำนวน 26,846 ราย พบว่าทุกกลุ่มดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ของมารดาหลังคลอดหากมีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวจนถึง 6 เดือนจะสามารถลดน้ำหนักตัวคงค้างได้ ยกเว้นในกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนก่อนการตั้งครรภ์อาจลดได้บ้างแต่ไม่มากเท่ากลุ่มอื่นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมมีบางการศึกษาที่พบว่า การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาไม่มีผลต่อน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด (Krause, Lovelady, Peterson, Chowdhury, & Ostbye, 2010 ; Tongswas, Somboon & Prasitwattanaseree 2013) ได้ศึกษาในมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 197 ราย ผลการศึกษพบว่า การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวคงค้าง ทั้งนี้เนื่องจากมีผู้ช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตร ทำให้มีการใช้พลังงานน้อย ได้รับการส่งเสริมให้รับประทานอาหาร และมีกิจกรรมทางกายลดลง อีกทั้งยังเป็นการศึกษาในช่วงระยะเวลาเพียง 6 สัปดาห์หลังคลอด ดังนั้นการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจึงควรถูกนำมาศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดากับน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด

ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมของมารดาที่มีผลต่อน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอดตามแนวคิดของ Phillips et al. (2012) ซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ กิจกรรมทางกาย คุณภาพของอาหาร และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เนื่องจากเป็นปัจจัยที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีพฤติกรรมที่ดี เพื่อป้องกันหรือสามารถลดน้ำหนักตัวคงค้างได้ และผู้วิจัยสนใจศึกษาที่ระยะ 6 เดือนหลังคลอด เนื่องจากเป็นระยะที่น้ำหนักตัวหลังคลอดมีการลดลงจนคงที่ (Rooney & Schauburger, 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอดอย่างจำกัด และบางปัจจัย เช่น การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ยังไม่สามารถสรุปได้ว่ามีผลต่อน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด ผลการศึกษา



ครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย คุณภาพของอาหาร และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ที่อาจจะส่งผลต่อน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด อีกทั้งพยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำผลการวิจัยไปส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดได้มีกิจกรรมทางกายและคุณภาพของอาหารที่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวจนถึง 6 เดือน เพื่อให้มีน้ำหนักตัวกลับไปเหมือนก่อนตั้งครรภ์ได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจกิจกรรมทางกาย คุณภาพของอาหาร การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย คุณภาพของอาหาร การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด

คำถามการวิจัย

1. กิจกรรมทางกาย คุณภาพของอาหาร การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอดเป็นอย่างไร
2. กิจกรรมทางกาย คุณภาพของอาหาร การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอดมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด 6 เดือน โดยใช้แบบจำลองแนวคิดการเกิดน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอดของ Phillips et al. (2012) ประกอบด้วย กิจกรรมทางกาย คุณภาพของอาหาร และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา หากมารดาหลังคลอดมีกิจกรรมทางกายน้อย มีรูปแบบการบริโภคที่ไม่ได้คำนึงถึงคุณภาพของอาหาร และมีระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาน้อยกว่า 6 เดือนน่าจะมีน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอดมาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด 6 เดือน และพยาบาลมารับวัคซีนที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกกุมาร กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคลินิกสุขภาพเด็กดี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยกำหนดเกณฑ์ที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) มีน้ำหนักตัวหลังคลอดมากกว่าน้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์ 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด 3) คลอดปกติทางช่องคลอด 4) สามารถสืบค้นน้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์จากสมุดบันทึกได้ 5) ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 6) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 7) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (sample random sampling)

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (correlation coefficient) .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของครอบครัว อาชีพหลัก น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางคืน การตื่นขึ้นมาให้นมลูกและ/หรือเปลี่ยนผ้าอ้อมตอนกลางคืน ความรู้สึกเพียงพอในการพักผ่อน และน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด 6 เดือนในหน่วยกิโลกรัม

2. แบบสอบถามการทำกิจกรรมทางกาย ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Supavititpatana



(2010) มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ มีข้อคำตอบเป็นระยะ เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมทางกาย 6 ตัวเลือก คะแนนแบบสอบถามการทำกิจกรรมทางกายคำนวณได้จากค่าความแรงหรือความหนักของการกระทำ (METs) $\times$ ระยะ เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมต่อสัปดาห์ มีคะแนนระหว่าง 0 ถึง 1684.50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีกิจกรรมทางกายน้อย (0-561.50 คะแนน) มีกิจกรรมทางกายปานกลาง (561.51-1123.00 คะแนน) และมีกิจกรรมทางกายมาก (1123.01-1684.50 คะแนน) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 0.96 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

3. แบบบันทึกการบริโภคอาหารย้อนหลังใน 24 ชั่วโมง (24-h dietary recall) ประกอบด้วย รายละเอียดของอาหาร ปริมาณที่บริโภค และมีอาหาร นำข้อมูลการบริโภคมาคำนวณหาปริมาณพลังงานรวม โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต และใยอาหาร โดยใช้โปรแกรมคำนวณคุณค่าสารอาหาร (INMUCAL program) (Institute of Nutrition & Mahidol university, 2007) เปรียบเทียบกับปริมาณพลังงานรวมสำหรับมารดาให้นมบุตรควรได้รับ 2,250 กิโลแคลอรีต่อวัน และมารดาที่ไม่ได้ให้นมบุตร 1,750 กิโลแคลอรีต่อวัน โดยมาจากสัดส่วนของสารอาหารหลัก ได้แก่ โปรตีนร้อยละ 10 ไขมันร้อยละ 30 และคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 60 รวมทั้งใยอาหารควรได้รับ 25 กรัมต่อวัน (eHealth Strategy, Ministry of Public Health, 2003) หากมารดาหลังคลอดได้รับสารอาหารในแต่ละชนิดอยู่ระหว่างร้อยละ 80 - 120 แสดงว่าคุณภาพของอาหารอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม หากได้รับสารอาหารน้อยกว่าร้อยละ 80 แสดงว่าคุณภาพของอาหารน้อยกว่าเกณฑ์ และได้รับสารอาหารมากกว่าร้อยละ 120 แสดงว่าคุณภาพของอาหารมากกว่าเกณฑ์ (Dewey, 1993) แบบบันทึกการบริโภคอาหารย้อนหลังใน 24 ชั่วโมง ผู้วิจัยไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหา เนื่องจากมีการหาความตรงโดยการเปรียบเทียบแล้วพบว่าแบบบันทึกมีความตรงเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป

(Gibson, 2005) และไม่ได้หาความเชื่อมั่น เนื่องจากค่าความเชื่อมั่นของแบบบันทึกขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการบันทึกรายละเอียดของอาหาร ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลและบันทึกได้อย่างถูกต้อง

4. แบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของ Baker et al. (2008) โดยให้คะแนนตามจำนวนสัปดาห์ของการให้นมบุตร ดังนี้ เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวเท่ากับ 1 คะแนนต่อสัปดาห์ เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ร่วมกับนมผสมเท่ากับ 0.5 คะแนนต่อสัปดาห์ และเลี้ยงบุตรด้วยนมผสมอย่างเดียวเท่ากับ 0 คะแนนต่อสัปดาห์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 1

5. เครื่องชั่งน้ำหนัก หน่วยเป็นกิโลกรัม แบบดิจิตอล ให้ค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.1 ก่อนทำการชั่ง ตรวจสอบให้ตัวเลขเป็นศูนย์เสมอ และดูแลให้มารดานำสิ่งของที่ติดตัวออก เช่น โทรศัพท์ กระเป๋าเงิน พวงกุญแจ ถอดรองเท้า เป็นต้น เพื่อให้การชั่งน้ำหนักมีความถูกต้อง แม่นยำที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในระหว่างเดือนตุลาคม 2557 ถึงพฤษภาคม 2558 หลังจากผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และภายหลังได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพथวิทยา และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด มีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งให้ทราบว่าการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ เก็บข้อมูลในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะให้ข้อมูล ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 45 นาที และมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และมีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล



วิเคราะห์ข้อมูลโดยทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สมิเยร์นอฟ (Komogorov-Smirnov test) ผลพบว่า การกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18 – 35 ปี ร้อยละ 87.25 มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีร้อยละ 50.98 มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวมากกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 42.16 และไม่ได้ประกอบอาชีพนอกบ้าน

ร้อยละ 32.35 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 11.5–16.0 กิโลกรัม ร้อยละ 52.94 เป็นมารดาครรภ์หลังร้อยละ 56.86 ได้นอนหลับพักผ่อนในเวลากลางคืนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมงร้อยละ 62.75 ต้องตื่นขึ้นมาให้นมลูกและ/หรือเปลี่ยนผ้าอ้อมตอนกลางคืนทุกคืนร้อยละ 58.82 และรู้สึกว่าการนอนพักผ่อนไม่เพียงพอร้อยละ 60.78

กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 77.45 และมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 22.55 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของระดับการทำกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง (n = 102)

การทำกิจกรรมทางกายในมารดาหลังคลอด	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนการทำกิจกรรมทางกาย (range = 34.93 – 1098.12, = 426.94, SD = 203.71)		
ระดับการทำกิจกรรมทางกาย		
มีกิจกรรมทางกายน้อย	79	77.45
มีกิจกรรมทางกายปานกลาง	23	22.55
มีกิจกรรมทางกายมาก	0	0.00

กลุ่มตัวอย่างได้รับปริมาณพลังงานรวมอยู่ในระดับเหมาะสมร้อยละ 59.80 เมื่อพิจารณาการได้รับโปรตีนพบว่าเกือบทั้งหมดได้รับมากกว่าเกณฑ์ร้อยละ 93.14 กลุ่มตัวอย่างได้รับไขมันในปริมาณที่เหมาะสมร้อยละ

45.10 นอกจากนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับคาร์โบไฮเดรตในปริมาณที่เหมาะสมร้อยละ 50 สำหรับใยอาหารพบว่าเกือบทั้งหมดได้รับในปริมาณที่น้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 93.14 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และระดับคุณภาพของอาหารในมารดาหลังคลอด จำแนกตามพลังงานรวม โปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต (n = 102)

คุณภาพของอาหารในมารดาหลังคลอด	จำนวน	ร้อยละ
พลังงานรวม		
เหมาะสม	61	59.80
น้อยกว่าเกณฑ์	13	12.75
มากกว่าเกณฑ์	28	27.45
โปรตีน		
เหมาะสม	7	6.86
น้อยกว่าเกณฑ์	0	0.00
มากกว่าเกณฑ์	95	93.14



ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และระดับคุณภาพของอาหารในมารดาหลังคลอด จำแนกตามพลังงานรวม โปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต (n = 102) ต่อ

คุณภาพของอาหารในมารดาหลังคลอด	จำนวน	ร้อยละ
ไขมัน		
เหมาะสม	46	45.10
น้อยกว่าเกณฑ์	18	17.65
มากกว่าเกณฑ์	38	37.25
คาร์โบไฮเดรต		
เหมาะสม	51	50.00
น้อยกว่าเกณฑ์	51	50.00
มากกว่าเกณฑ์		
ใยอาหาร		
เหมาะสม	4	3.92
น้อยกว่าเกณฑ์	95	93.14
มากกว่าเกณฑ์	3	2.94

กลุ่มตัวอย่างเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนร้อยละ 47.06 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว (n = 102)

ระยะเวลาเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	12	11.76
1 เดือน	11	10.79
2 เดือน	8	7.84
3 เดือน	11	10.79
4 เดือน	8	7.84
5 เดือน	4	3.92
6 เดือน	48	47.06

กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด 6 เดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 กิโลกรัม ร้อยละ 35.29 และมีน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอดเฉลี่ย 4014 กิโลกรัม (SD=2.46) ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด 6 เดือน (n = 102)

น้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักตัวคงค้าง (กิโลกรัม) (range = 0.5 – 11.1, = 4.14, SD = 2.46)		
< 5	66	64.71
5 - 10	34	33.33
> 10	2	1.96

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า กิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด ส่วนคุณภาพของอาหารพบว่ามีสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอดอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($r=.714$, $p<.01$) และระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.220$, $p<.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างกิจกรรมทางกาย คุณภาพของอาหาร การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด (n = 102)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. น้ำหนักตัวคงค้าง	1.000	.126	.714**	-.220*
2. กิจกรรมทางกาย		1.000	.032	.049
3. คุณภาพของอาหาร			1.000	-.325*
4. การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา				1.000

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

การอภิปรายผล

กิจกรรมทางกาย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับน้อย (0–561.50 คะแนน) ร้อยละ 77.45 อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ต้องไปทำงานนอกบ้านร้อยละ 67.65 ต้องตื่นตอนกลางคืนทุกคืนเพื่อมาให้นมบุตรหรือเปลี่ยนผ้าอ้อมร้อยละ 58.82 และรู้สึกว่าการพักผ่อนไม่เพียงพอร้อยละ 60.78 อาจทำให้รู้สึกเหนื่อยล้าหรือไม่มีเวลาที่จะทำกิจกรรมทางกายทางด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการเลี้ยงดูบุตรและด้านการทำอาหารชีพ ดังเช่นการศึกษาของ Pereira et al. (2007) ที่พบว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานที่มากขึ้นมีผลทำให้มารดาหลังคลอดมีกิจกรรมทางกายลดลง และจากการทบทวนวรรณกรรมของ Abbasi (2014) พบ

ว่าการเลี้ยงดูบุตรเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมทางกายของมารดาหลังคลอด มารดาที่บอกว่าการเลี้ยงดูบุตรเป็นอุปสรรคจะมีการทำกิจกรรมทางกายน้อยกว่ามารดาที่บอกว่าการเลี้ยงดูบุตรเป็นไม่เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการทำกิจกรรมทางกาย 1.73 เท่า (Pereira et al., 2007) ถึงแม้ว่าการทำงานประกอบอาชีพและการเลี้ยงดูบุตรเป็นส่วนหนึ่งของการทำกิจกรรมทางกายในมารดาหลังคลอด แต่เมื่อพิจารณาระดับความแรงของการทำกิจกรรม พบว่าการกิจกรรมการดูแลบุตรส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่เป็นการนั่งและเป็นกิจกรรมระดับเบา (<1.5–<3 METs) และการทำงานส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมระดับปานกลาง (3–6 METs) (Ainsworth, 2000) อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีคะแนนกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับน้อย



คุณภาพของอาหาร

การศึกษาครั้งนี้ประเมินคุณภาพของอาหารจากการที่มารดาหลังคลอดได้รับพลังงานรวมต่อวันจากโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต และใยอาหาร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับปริมาณพลังงานรวมอยู่ในระดับเหมาะสมร้อยละ 59.80 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป และมีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน ซึ่งในคนที่มีการศึกษาและรายได้สูงจะมีการแสวงหาความรู้และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเลือกรับประทานอาหาร ทำให้สามารถรับประทานได้พลังงานรวมตามเกณฑ์ที่แนะนำ (Hulshof, Brussaard, Kruizinga, Telman, & Lowik, 2003) และกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรตีนมากกว่าเกณฑ์ร้อยละ 93.14 อธิบายได้ว่าเนื่องจากมารดาหลังคลอดมักจะได้รับคำแนะนำให้รับประทานอาหารที่ช่วยเพิ่มการสร้างน้ำนม เช่น ผักโขม ใบกะเพรา เป็นต้น และจากการเก็บรวบรวมคุณภาพของอาหารโดยใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารย้อนหลังใน 24 ชั่วโมงพบว่ากลุ่มตัวอย่างนิยมรับประทานไก่ผัดขิง และผัดกะเพราไก่ไข่ดาว เมื่อวิเคราะห์ปริมาณโปรตีนจากอาหารพบว่า ผัดกะเพราไก่ไข่ดาวปริมาณ 1 ถ้วยตวง ได้รับปริมาณโปรตีนถึงร้อยละ 22.15 ของปริมาณที่แนะนำต่อวัน (Institute of Nutrition & Mahidol university, 2007) อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับปริมาณโปรตีนในสัดส่วนที่มากกว่าสารอาหารอื่นๆ

สำหรับไขมันและคาร์โบไฮเดรต จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับปริมาณไขมันและคาร์โบไฮเดรตอยู่ในระดับเหมาะสมร้อยละ 59.80 และร้อยละ 50 ตามลำดับ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีซึ่งเป็นระดับการศึกษาที่สูง ในคนที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ตามเกณฑ์แนะนำ (Hulshof et al., 2003) และการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับใยอาหารน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 93.14 อธิบายได้ว่าเนื่องจากใยอาหารส่วนใหญ่ได้มาจากการรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ แต่จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย

ใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารย้อนหลังใน 24 ชั่วโมงพบว่ากลุ่มตัวอย่างนิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปหรืออาหารจานเดียวมารับประทาน เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวหมูแดง ก๋วยเตี๋ยว ผัดไท เป็นต้น ซึ่งอาหารเหล่านี้มีส่วนประกอบของผักน้อย อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับใยอาหารน้อยกว่าเกณฑ์

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือนร้อยละ 47.06 อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปและเป็นมารดาครรภ์หลัง ซึ่งการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปถือเป็นระดับการศึกษาที่ค่อนข้างสูง ทำให้มารดามีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงบุตร สามารถรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ดี และตัดสินใจเลือกการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์หลังร้อยละ 56.86 ซึ่งมารดาครรภ์หลังจะมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และมีความมั่นใจมากขึ้นในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวจนถึง 6 เดือน (Al-Sahab, Lanes, Feldman & Tamin 2010)

น้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอดน้อยกว่า 5 กิโลกรัมร้อยละ 64.71 อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ (11.5–16 กิโลกรัม) ร้อยละ 52.94 และได้นอนหลับในเวลากลางคืนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมงร้อยละ 62.75 จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด (Tongswas et al., 2013) หากมารดามีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์มากกว่าคำแนะนำจะมีน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอดมากกว่า 5 กิโลกรัมได้ (Huang & Dai, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับมีผลต่อน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด ในกลุ่มมารดาที่ได้นอนหลับในเวลากลางคืนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ชั่วโมงจะมีน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด 6 เดือนมากกว่า 5 กิโลกรัม (Gunderson



et al., 2008) เนื่องจากการนอนหลับน้อยทำให้รู้สึกเหนื่อยล้าส่งผลให้มีการทำกิจกรรมทางกายน้อย และยังส่งผลให้มีการหลั่งฮอร์โมนเกรลิน (ghrelin) เพิ่มขึ้น ซึ่งจะไปกระตุ้นความอยากอาหาร ความรู้สึกหิว มีการรับประทานอาหารมากขึ้น แต่การนอนหลับน้อยยังส่งผลให้มีการหลั่งฮอร์โมนเลปติน (leptin) ลดลง ทำให้มีการเผาผลาญพลังงานลดลง จึงมีผลทำให้มีน้ำหนักตัวคงค้างได้ (Taheri, 2006)

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายกับน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด

ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด อธิบายได้ว่าเนื่องจากการคลอดจะมีการทำกิจกรรมทางกายน้อยกว่าสตรีทั่วไป และกิจกรรมทางกายที่มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ปฏิบัติ คือ การเดิน และการทำงานบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมระดับเบา (Wilkinson et al., 2004) ในการที่จะให้น้ำหนักตัวคงค้างลดลงนั้น มารดาจะต้องมีกิจกรรมทางกายด้านการออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ จึงจะสามารถลดน้ำหนักตัวคงค้างได้ (Krummel, 2006) แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายในระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ยการทำกิจกรรมทางกายจากแบบสอบถามน้อยกว่าคะแนนเต็มอย่างน้อย 2 เท่าทุกข้อ อาจทำให้การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายกับน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของอาหารกับน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด

คุณภาพของอาหารในการศึกษาครั้งนี้พิจารณาจากพลังงานรวม โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต และใยอาหาร ผลการศึกษาพบว่า พลังงานรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .714, p = < .01$) อธิบายได้จากการได้รับพลังงานรวมจากสารอาหารมากกว่าพลังงานที่ร่างกายใช้ไป ซึ่งจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะอ้วนได้ (Boardley, Sargent, Coker, Hussey & Sharpe, 1995) และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับพลังงานรวมอยู่ในระดับเหมาะสม

แต่มีการทำกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับน้อย อาจทำให้พบความสัมพันธ์ของพลังงานรวมกับน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด

คาร์โบไฮเดรตไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการคาร์โบไฮเดรตมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว หากได้รับคาร์โบไฮเดรตปริมาณน้อยจะสามารถลดน้ำหนักตัวได้ (Nordmann et al., 2006) และเมื่อได้คาร์โบไฮเดรตปริมาณน้อยเป็นเวลา 6 เดือน จะลดน้ำหนักได้ร้อยละ 7 ของน้ำหนักตัว (Foster et al., 2003) แต่ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคาร์โบไฮเดรตในปริมาณที่เหมาะสมเท่ากันกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคาร์โบไฮเดรตน้อยกว่าเกณฑ์จึงอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคาร์โบไฮเดรตกับน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอดในการศึกษาครั้งนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดากับน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอด

ระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับน้ำหนักตัวคงค้างในมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.220, p = < .05$) มารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองเป็นเวลานานจะมีน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอดลดลง อธิบายได้ว่าในกระบวนการผลิตน้ำนมมีการใช้พลังงานถึงร้อยละ 20 ของพลังงานที่ร่างกายใช้ทั้งหมด หรือประมาณ 500 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งเป็นพลังงานที่ได้จากการรับประทานอาหารร้อยละ 66 และจากไขมันสะสมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ร้อยละ 34 (IOM, 2002) และน้ำหนักตัวจะลดลงได้มากหากมีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 2.5-6 เดือน (Ohlin & Rossner, 1990) เนื่องจากระดับของฮอร์โมนโปรแลคตินมีผลต่อความอยากอาหารในช่วง 1-2 เดือนแรกระดับโปรแลคตินสูงทำให้มีการรับประทานอาหารมากขึ้น แต่พลังงานที่ได้รับมากขึ้นนั้นถูกนำมาใช้ในกระบวนการผลิตน้ำนม หลังจากนั้นระดับของโปรแลคตินจะค่อยๆ ลดลง แต่กระบวนการผลิตน้ำนมมีการใช้พลังงานเท่าเดิม จึงทำให้น้ำหนักตัวคงค้างลดลงได้ (Dewey et al., 1993) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรสุขภาพควร



มีการประเมินคุณภาพของอาหาร และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาตั้งแต่มารดาหลังคลอดมารับบริการตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ และควรมีการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพของอาหาร และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาหลังคลอดที่มีน้ำหนักตัวคงค้าง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การสนับสนุนทางสังคม แบบแผนการนอนหลับ เป็นต้น ในมารดาที่มีน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

- Abbasi, I. N. (2014). Socio-cultural barriers to attaining recommended level of physical activity among females: A review of literature. *Quest*, 66(4), 448-467.
- Ainsworth, B.E., Haskell, W.L., Whitt, M.C., Irwin, M.L., Swartz, A.M., Strath, S.J. (2000). Compendium of physical activities: An update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(9), s498-s516.
- Al-Sahab, B., Lanes, A., Feldman, M., & Tamim, H. (2010). Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pediatrics*, 10(1), 20-28.
- Althuisen, E., Poppel, M. N., Vries, J. H., Seidell, J. C., & Mechelen, W. (2011). Postpartum behaviour as predictor of weight change from before pregnancy to one year postpartum. *BMC Public Health*, 11(1), 165.
- Baker, J. L., Gamborg, M., Heitmann, B. L., Lissner, L., Sorensen, T., & Rasmussen, K. M. (2008). Breastfeeding reduces postpartum weight retention. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 88, 1543-1551.
- Boardley, D. J., Sargent, R. G., Coker, A. L., Hussey, J. R., & Sharpe, P. A. (1995). The relationship between diet, activity, and other factors, and postpartum weight change by race. *Obstetrics & Gynecology*, 86(5), 834-838.
- Chasan-Taber, L., Schmidt, M. D., Roberts, D. E., Hosmer, D., Markenson, G., & Freedson, P. S. (2004). Development and validation of a pregnancy physical activity questionnaire. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 36(10), 1750-1760.
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, H. E., Paxton, J. S., Milgrom, J. (2009). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. *Journal of Health Psychology*, 14, 23-31.
- Dewey, K. G., Heinig, M. J., & Nommsen, L. A. (1993). Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 58(2), 162-166.
- Foster, G. D., Wyatt, H. R., Hill, J. O., McGuckin, B. G., Brill, C., Mohammed, B. S., ..., & Klein, S. (2003). A randomized trial of a low-carbohydrate diet for obesity. *The New England Journal of medicine*, 348, 2082-2090.
- Gibson, R.S. (2005). Measuring food consumption of individuals. In R. S., Gibson, *Principles of nutritional assessment* (2nd ed.). New York: Oxford University press



- Gjerdingen, D., Fontaine, P., Crow, S., McGovern, P., Center, B., & Miner, M. (2009). Predictors of mothers' postpartum body dissatisfaction. *Women & health*, 49(6), 491-504.
- Gunderson, E. P., & Abrams, B. (2000). Epidemiology of gestational weight gain and body weight changes after pregnancy. *Epidemiologic Reviews*, 22(2), 261-274.
- Huang, T-T., & Dai, F-T. (2007). Weight retention predictors for Taiwanese women at six-month postpartum. *Journal of Nursing Research*, 15(1), 11-20.
- Huang, T-T., Wang, H-S., & Dai, F-T. (2010). Effect of pre-pregnancy body size on postpartum weight retention. *Midwifery*, 26(2), 222-231.
- Hulshof, K., Brussaard, J. H., Kruizinga, A. G. Telman, J., & Lowik, M. (2003). Socio-economic status, dietary intake and 10 y trends: The Dutch national food consumption survey. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 128-137.
- Institute of Medicine [IOM]. (2002). *Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids (macronutrients)*. Washington, DC: The national academics press.
- Institute of Nutrition, Mahidol university(2007). Nutrient calculation computer software INMUCAL-Nutrients V2 database NB1.Nakornpathom.
- IOM. (2009). *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines*. Washington, DC: The national academics press.
- Krause, K. M., Lovelady, C. A., Peterson, B. L., Chowdhury, N., & Ostbye, T. (2010). Effect of breast-feeding on weight retention at 3 and 6 months postpartum: data from the North Carolina WIC Programme. *Public Health Nutrition*, 13(12), 2019-2026.
- Krummel, D. A. (2006). Postpartum weight control: A Vicious cycle. *Journal of Dietetic Association*, 107(1), 37-40.
- Lee, C. J., Hsieh, T. T., Chiu, T. H., Chen, K. C., Lo, L. M., & Hung, T. H. (2000). Risk factors for pre-eclampsia in an Asian population. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 70(3), 327-333.
- Nordmann, A. J., Nordmann, A., Briel, M. Keller, U., Yancy Jr, W. S., Brehm, B. J., & Bucher, H. C., (2006). Effects of low-carbohydrate vs low-fat diets on weight loss and cardiovascular risk factors: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Archives of Internal Medicine*, 166(3), 285-293.
- Ohlin, A., & Rössner, S. (1990). Maternal body weight development after pregnancy. *International Journal of Obesity*, 14(2), 159-173.
- Oken, E., Taveras, M. E., Popoola, A. F., Rich-Edwards, W. J., & Gillman, W. M. (2007). Television, walking, and diet associations with postpartum weight retention. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(4), 305-311.



- Pereira, M. A., Rifas-Shiman, S. L., Kleinman, K. P., Rich-Edwards, J. W., Peterson, K. E., & Gillman, M. W. (2007). Predictors of change in physical activity during and after pregnancy: Project viva. *American Journal of Preventive Medicine*, *32*(4), 312–319.
- Phillips, J., King, R., & Skouteris, H. (2012). A conceptual model of psychological predictors of postpartum weight retention. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *30*(3), 278-288.
- Rooney, B. L., & Schauburger, C. W. (2002). Excess pregnancy weight gain and long-term obesity: One decade later. *Obstetrics & Gynecology*, *100*(2), 245-252.
- Supavititpatana, B. (2010). *A Causal Model of Thai Women's Physical Activity During Second Trimester of Pregnancy* (Doctoral thesis, Faculty of nursing, Mahidol university, Bangkok).
- Taheri, S. (2006). The link between short sleep duration and obesity: We should recommend more sleep to prevent obesity. *Archives of Disease in Childhood*, *91*(11), 881-884.
- Theanansuk, M., & Lertbunnaphong, T. (2008). Postpartum weight retention in Thai singleton pregnant woman with normal pre – pregnancy body mass index. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *16*(4), 221–226.
- Tongswas, T., Somboon, L., Prasitwattanaseree, P., (2013). Selected Factors Related to Weight Changes among postpartum women. *Nursing Journal*, *40*(2), 1-11
- Wilkinson, S., Huang, C. M., Walker, L. O., Sterling, B. S., & Kim, M. (2004). Physical activity in low-income postpartum women. *Journal of Nursing Scholarship*, *36*(2), 109-114.
- Xuto, P., Sinsuksai, N., Piaseu, N., Nityasuddhi, D., & Phupong, V. (2012). A Causal Model of Postpartum Weight Retention among Thais. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *16*(1), 48-63.



พลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

Effects of Self-management Enhancement on Quality of Life and Rehospitalization Rate Among Elderly with Heart Failure

ฐิติมา	ทาสวรรณอินทร์*	Tithima	Tasuwanin*
ลินจง	โปธิบาล**	Linchong	Pothiban**
ทศพร	คำพลศิริ***	Totsaporn	Khampolsiri***

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ การจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 255 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่คัดเลือกโดยการสุ่มจากผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 44 ราย สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 22 ราย กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองระยะเวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง 30 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของมินนิโซตา และแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบค่าที และสถิติทดสอบค่าซี

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนอัตราการกลับมารักษาซ้ำต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และมีแนวโน้มที่จะลดการกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้นพยาบาลสามารถนำวิธีการส่งเสริมการจัดการตนเองของการศึกษานี้มาใช้

* พยาบาลวิชาชีพ

* Professional Nurse, tithima29@hotmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การส่งเสริมการจัดการตนเอง, การจัดการตนเอง, คุณภาพชีวิต, อัตราการกลับมารักษาซ้ำ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

Abstract

Heart failure is a major chronic illness frequently found in elderly populations. To maintain quality of life, patients need to effectively self-manage their health conditions. This two group pre-test /post-test experimental research aimed to investigate the effect of self-management initiatives on quality of life and measurement of re-hospitalization rates among elderly patients with heart failure, attending the outpatient department at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital during May-August, 2014. The participants included 44 elderly patients randomly selected from those who met the inclusion criteria. The participants were randomly assigned into equal experimental and control groups. The experimental group received 6-weeks of self-management health enhancement with 2.5 hours of weekly activities. The control group received usual nursing care. Data were collected using a Personal Data Recording Form, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, and Re-Hospitalization Recording Form. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, and Z-test.

The result of this study revealed that, after receiving the self-management enhancement plan, the quality of life of elderly persons with heart failure was significantly higher than those receiving usual nursing care. The elderly persons receiving this self-management enhancement plan had better quality of life than those receiving usual nursing care ($p < .001$), while the re-hospitalization rate tended to decrease, however without statistical significance ($p > .001$).

The results from this study indicate that self-management enhancement improves quality of life and tends to decrease re-hospitalization rates in elderly populations with heart failure. Therefore, nurses should administer the self-management enhancement plan to elderly patients, to help them effectively self-manage their health, prevent complications, and attain a better quality of life

Key words: self-management enhancement, self-management behaviors, quality of life, re-hospitalization rate, The elderly with heart failures.



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ จากรายงานของ World Health Organization [WHO], 2011 ในปี 2009 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งรวมทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเป็นจำนวน 7.2 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 12.2 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าในปี 2030 การเสียชีวิตจากโรคนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 ล้านคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทยพบว่าได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวรวมอยู่ในสถิติของโรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อมูลจากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ามารักษาตัวเป็นผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2550-2555 เพิ่มขึ้นจาก 394.64 เป็น 576.96 ต่อประชากร 100,000 คน Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary for Public Health, 2012 จะเห็นได้ว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อหรือมีความดันในห้องหัวใจสูงกว่าปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ มีการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดใหญ่ ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาตรเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจแต่ละครั้งลดลง ในระยะแรกร่างกายจะมีการปรับตัวอัตโนมัติ และปรับเปลี่ยนรูปร่างของหัวใจเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ แต่ในระยะยาวการปรับตัวดังกล่าวส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจแต่ละครั้งลดลง จึงทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากกว่าวัยอื่นๆ (Oxenham & Sharpe, 2002) ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่สำคัญได้แก่ อาการเหนื่อยง่าย ไอ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย อาการบวมที่แขน ขา หรือ บริเวณที่ห้อยต่ำ ตับโต ท้องมาน เป็นต้น กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่

บุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องตระหนักถึงปัญหาและหาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถจัดการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อันจะช่วยป้องกัน การกลับมารักษาซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การกลับมารักษาซ้ำ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมโรคและอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ การกลับมารักษาซ้ำหมายถึงการที่ผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังมารับบริการตรวจรักษาด้วยโรคเดิมหรือจากภาวะแทรกซ้อน Centers Medicare & Medicaid Services [CMS], 2011 ผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ไปในทางเสื่อมถอย และมักพบภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยที่นานกว่าวัยอื่น ทำให้มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังออกจากโรงพยาบาลได้ อันจะทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีได้

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ความสุขและความพึงพอใจของแต่ละบุคคล ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ รวมถึงภาวะสุขภาพ โดยปัจจัยหลักที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ ข้อจำกัดด้านร่างกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะจิตใจ และสังคม (Dunderdale et al., 2005) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นภาวะเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มักเกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเนื่องจากอาการอาจกำเริบได้ ทำให้เกิดภาวะเครียด และวิตกกังวล อันจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการที่ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดผลในด้านสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นบุคลากรสุขภาพต้องให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการดูแลตนเองและการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม



การจัดการตนเองเป็นการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในทักษะที่เกี่ยวกับการจัดการด้านการรักษา (medical management) ด้านบทบาท (role management) และด้านอารมณ์(emotional management) ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลอริกได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองโดยใช้การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมาย รวมทั้งมีการฝึกฝนการจัดการตนเอง 6 ทักษะ ได้แก่ (1) การแก้ไขปัญหา (problem solving) (2) การตัดสินใจปฏิบัติ (decision making) (3) การใช้แหล่งข้อมูล (resource utilization) (4) การสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรสุขภาพ (forming of patient/health care provider partnership) (5) การลงมือปฏิบัติ (taking action) และ (6) การปรับทักษะการจัดการตนเองให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล (self-tailoring) (Lorig, 2001) มีการศึกษาพบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังทำให้ พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ มีสมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น มีภาวะสุขภาพดี และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลลดลง (Dongbo et al., 2003; Lorig et al.,2001) และมีการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าสามารถลดการกลับมารักษาซ้ำ ลดการเสียชีวิต และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Ditewing, Blok, Havers, & Veenendaal, 2010; Jovicic, Leduc, & Straus, 2006) เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมาก่อน ร่วมกับยังไม่มีแนวทางที่มีความเฉพาะเจาะจงในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ที่จะทำการศึกษาผลการส่งเสริมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยจะศึกษาผลลัพธ์ ได้แก่ คุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. หลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของการส่งเสริมการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ซึ่งได้กล่าวถึงการจัดการตนเองว่าเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี การส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นการดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองด้านการรักษา การจัดการตนเองด้านบทบาท และการจัดการตนเองด้านอารมณ์ โดยวิธีการส่งเสริมการจัดการตนเองประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง โดยใช้วิธีการ ได้แก่การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง, การชักจูงด้วย



คำพูด, การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น และการกระตุ้นสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ และการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง 6 ทักษะ ได้แก่ การแก้ไขปัญหา, การตัดสินใจปฏิบัติ, การใช้แหล่งข้อมูล, การสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคลากรสุขภาพ, การลงมือปฏิบัติ และการปรับทักษะการจัดการตนเองให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล โดยการส่งเสริมการจัดการตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีความรู้ และทักษะในการจัดการตนเองรวมทั้งมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการกลับมารักษาซ้ำลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-79 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับการรักษาที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยวิธี power analysis โดยใช้ระดับความเชื่อมั่น .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) 3.57 จากการคำนวณผลการศึกษาที่ผ่านมา (Ritklar, 2009) จากการเปิดตารางสำเร็จรูปที่ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่ม (Polit & Hungler, 1999) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 36 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายจากการวิจัย 10 เปอร์เซ็นต์ จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 44 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ (1) อายุตั้งแต่ 60-79 ปีขึ้นไป (2) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ (3) ได้รับการ

ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้าอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระดับรุนแรง มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และ (5) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 44 ราย และสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบไปด้วย (1) แผนการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น (2) คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (3) แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Ladawan Ritklar (2011) (4) คำถามเพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของมินนิโซต้า ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยกฤติกา (Chunnawong, 2004) (3) แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และคำถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แล้วนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 3 ราย และได้ปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง สำหรับแบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิต มีค่าความตรงตามเนื้อหา ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยไม่ได้ทดสอบหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาซ้ำ แต่ได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือดังกล่าวได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 และ .82 ตามลำดับ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ เลขที่ Full-067-2556 และคณะแพทยศาสตร์ เลขที่ FAC-MED-2557-02248 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัยโดยแจ้งให้ทราบว่าการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ขณะดำเนินการวิจัยกลุ่มทดลองมีสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา โดยข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับ และมีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จากนั้นดำเนินการโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นเวลา 6 สัปดาห์ และกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริม

การจัดการตนเอง โดยสัปดาห์ที่ 1-4 ให้ความรู้เรื่องโรคการรักษา และการปฏิบัติตัว ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง 6 ทักษะ และเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ซึ่งใช้วิธีการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การชักจูงด้วยคำพูด การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น และการกระตุ้นสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยแต่ละสัปดาห์มีกิจกรรม 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง 30 นาที สัปดาห์ที่ 5 และ 6 เป็นการทบทวนความรู้และทักษะที่ผู้สูงอายุได้รับ ในการดำเนินการทุกสัปดาห์มีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้ที่มีคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน จะได้รับการสอนซ้ำ นอกจากนี้ในสัปดาห์ที่ 4 ได้วัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อประเมินปัญหาในการจัดการตนเอง และแก้ไขปัญหาในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยได้วัดคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม และในสัปดาห์ที่ 10 และ 14 บันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำทั้ง 2 กลุ่ม สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้



สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย





ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.1 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.5 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นเช่นเดียวกันโดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 65.9 ปีกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 69.7 ปี ร้อยละ 63.6 ของกลุ่มควบคุมและร้อยละ 45.4 ของกลุ่มทดลอง มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 91.0 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 86.4 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.5 ของกลุ่มควบคุมมีรายได้ต่ำกว่า 2,422 บาท (เส้นแบ่งความยากจน) และร้อยละ 68.2 ของกลุ่มทดลองมีรายได้มากกว่า 2,422 บาท รายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 68.2 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเห็นว่ารายได้พอเพียง และกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีโรคประจำตัวและมียาที่รับประทานเป็นประจำ โดยร้อยละ 54.5 และ 86.4 ของกลุ่มควบคุมและทดลองมีภาวะความดัน

โลหิตสูง ร้อยละ 59.1 และ 63.6 ของกลุ่มควบคุมและทดลองเป็นเบาหวาน

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งในการศึกษานี้ใช้การวัดคุณภาพชีวิต จากผลกระทบของโรคที่มีต่อผู้ป่วย ดังนั้นคะแนนที่สูงจะบ่งชี้ถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดี และในทางกลับกันคะแนนที่ต่ำจะบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนอยู่ระหว่าง 59-77 คะแนน ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ระหว่าง 58-77 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนการทดลองของทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมอยู่ระหว่าง 48-71 คะแนน ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนระหว่าง 32-72 คะแนน โดยคะแนนคุณภาพชีวิตของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนคุณภาพชีวิต	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	Actual Range	(S.D.)	ระดับคุณภาพชีวิต	Actual range	(S.D.)	ระดับคุณภาพชีวิต
ก่อนการทดลอง	59-77	65.4(5.8)	ปานกลาง	58-77	60.7(6.0)	ปานกลาง
หลังการทดลอง	48-71	68.5(6.4)	ปานกลาง	32-72	43.4(14.2)	ปานกลาง

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่ม

ควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ independent t-test ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .05$) โดยหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งแสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง

คะแนนคุณภาพชีวิต	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	t-score	p-value
	(S.D.)	(S.D.)		
ก่อนการทดลอง	65.4(5.8)	60.7(6.0)	2.6	.006*
หลังการทดลอง	68.5(6.4)	43.4(14.2)	7.6	.000***

* $p < .05$ *** $p < .001$

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ paired t-test ในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อน

ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งแสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง

คะแนนคุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	t-score	p-value
	(S.D.)	(S.D.)		
กลุ่มควบคุม	65.4(5.8)	68.5(6.4)	1.9	.034*
กลุ่มทดลอง	60.7(6.0)	43.4(14.2)	5.3	.000***

* $p < .05$ *** $p < .001$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกันของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน และ 60 วันของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Z-test ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน และ 60 วัน ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีอัตราการ

กลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน และ 60 วันสูงกว่ากลุ่มทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถ้าคิดเป็นร้อยละ พบว่ากลุ่มทดลองหลังการได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีจำนวนคนและอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน และ 60 วันต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง

การกลับมารักษาซ้ำ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	n (ร้อยละ)		n (ร้อยละ)		
	มา	ไม่มา	มา	ไม่มา	
ภายใน 30 วัน	7(31.8)	15(68.2)	4(18.2)	18(81.8)	.410
ภายใน 60 วัน	5(22.7)	17(77.3)	2(9.1)	20(90.8)	.260



การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผลของการวิจัยพบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถทำให้พฤติกรรมจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น และอัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ ในการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมจัดการตนเองลดลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การที่กลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น เพราะวิธีการสอนและเนื้อหาการสอนที่ผู้วิจัยใช้ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง ที่จะปฏิบัติการจัดการดูแลตนเอง ในการศึกษาใช้รูปแบบการสอนแบบกลุ่มๆ ละ 11 ราย ได้นำผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่คล้ายคลึงกันมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงสมาชิกกลุ่มให้มีปฏิสัมพันธ์ โดยการให้ความรู้ และความเข้าใจ แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพไปในแนวทางที่ดีขึ้น (Michie, Stralen, & West, 2011) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มอบคู่มือการจัดการตนเองให้แก่กลุ่มตัวอย่าง แต่พบว่าได้รับความสนใจน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ลดลง และมีปัญหาทางด้านสายตา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงประสงค์จะได้รับความรู้จากพยาบาลโดยตรง ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการให้ความรู้โดยการสอนเป็นส่วนใหญ่ โดยใช้การมีส่วนร่วมในกลุ่ม ซึ่งวิธีการให้ความรู้และแลกเปลี่ยนในกลุ่ม เป็นสิ่งสำคัญในการช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการดำเนินชีวิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Chuchip Pochaja (2007) ที่ใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน และพบว่าทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Phochala, 2007)

นอกจากการส่งเสริมความรู้แล้ว ผู้วิจัยยังได้ฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้ฝึกการกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ การกำหนดเป้าหมายเป็นวิธีการทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณมีส่วนร่วมในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวของตนเอง (McAllister, Dunn, Payne, Davies, & Todd, 2012) ผู้วิจัยได้แนะนำวิธีการตั้งจุดมุ่งหมายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้มุ่งเป้าหมายหลัก คือ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจล้มเหลว และเป้าหมายย่อย ได้แก่ การปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพที่ต้องการให้เกิดในช่วงสัปดาห์ถัดไป หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและบันทึกลงในคู่มือ ซึ่งในการตั้งเป้าหมายหลัก ได้แก่ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยกลุ่มตัวอย่างจะวางแผนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว และกำหนดเป้าหมายรองลงมา เช่น การป้องกันภาวะเกลือและโซเดียมคั่งในร่างกาย เป็นต้น ผู้วิจัยพบว่าในระหว่างการทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองในเป้าหมายหลักได้ในสัปดาห์แรก แต่เป้าหมายรองที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพต้องมีการอธิบายเน้นย้ำเพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการตระหนักถึงผลดีของการกำหนดจุดมุ่งหมาย และมีการให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ ร่วมกับการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม หากพบปัญหาจะให้สมาชิกกลุ่มหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน เพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยการพูดคุยให้กำลังใจ และกล่าวชมเชย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gardetto (2011) ที่พบว่าการตั้งจุดมุ่งหมายในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา

นอกจากนี้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้วิจัยได้ฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการส่งเสริมการจัดการตนเอง



โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น หากมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1.5-2 กิโลกรัมภายใน 2 วันแสดงว่ามีภาวะนี้ น้ำคั่ง กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับยาขับปัสสาวะได้เอง เป็นต้น ในด้านการใช้แหล่งข้อมูล ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงได้ พร้อมทั้งบอกการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน เช่น การขอความช่วยเหลือหากมีเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น การสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรทางสุขภาพ โดยแนะนำการปฏิบัติตัวในการพบแพทย์หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ การบอกปัญหาที่เกิดขึ้น และการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น รวมถึงผลจากการแก้ไขปัญหา การขอรับทราบข้อมูลการรักษา และการตัดสินใจแนวทางการรักษาร่วมกัน การลงมือปฏิบัติ ให้กลุ่มตัวอย่างลงมือปฏิบัติตามแผนการส่งเสริมการจัดการตนเองที่วางไว้ ร่วมกับการปรับให้เหมาะสมกับตนเอง และได้มีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้เกิดความมั่นใจใน การลงมือปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเอง โดยในแต่ละสัปดาห์จะมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะ แห่งตน และให้ความเชื่อมั่นว่าจะสามารถปฏิบัติได้ ในกลุ่มตัวอย่างรายที่ผลการประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีคะแนนต่ำกว่า 7 คะแนน ผู้วิจัยจะเริ่มฝึกการจัดการตนเองอีกครั้ง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและเสริมสร้างความการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอีกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lorig & Halman (1996) ศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังได้แก่ โรคหัวใจ โรคปอด โรคหลอดเลือดสมอง และข้ออักเสบ โดยการศึกษาให้ความรู้ ฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง และเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพดีขึ้น ภาวะสุขภาพดีขึ้น และการกลับมารักษาซ้ำลดลง ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องเดียวกันกับผลการศึกษาของ Barlow et al. (2005) ซึ่งพบว่าโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเยื่อぶโพรงมดลูกเจริญผิดปกติ โรคซึมเศร้า, อาการอ่อนล้าจากสมองและไขสันหลังอักเสบ, เบาหวาน, กระดูกพรุน และโปลิโอ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น สามารถสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญได้หากมีความผิดปกติ และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของการศึกษาของ Angboonta, Pothiban & Kosachunhanun (2012)

พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น (Angboonta, Pothiban & Kosachunhanun, 2012) และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และการศึกษาของ DeWalt et al.(2006) พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตลดลง

สำหรับผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตนั้น ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดที่ว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ และทักษะในการจัดการตนเอง รวมทั้งมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี และลดการกลับมารักษาซ้ำได้ผล การวิจัยเป็นไปตามแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Jovicic, Leduc, & Straus (2006) และ Ditewing, Blok, Havers, & Veenendaal (2010) ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Siriwan Tangvichitsakul (2007) พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Tangwochitsakun, 2007)

ในส่วนของผลการส่งเสริมการจัดการตนเองต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำพบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้กลุ่มตัวอย่างกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน และ 60 วันลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย ซึ่งอาจเนื่องจากจำนวนประชากรที่ทำการวิจัยมีขนาดเล็ก สำหรับสถิติเชิงสัดส่วน อย่างไรก็ตามแม้ผลการวิจัยจะไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แต่จากการที่พบว่าจำนวนและอัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่



กลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน และ 60 วัน หลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองลดลงอย่างชัดเจน จึงนับได้ว่าผลการวิจัยมีนัยสำคัญทางคลินิก ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาของสถาบันพัฒนาการดูแลสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement, 2009) และ (Carroll, Edwards, & Lashbroo, 2011) ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลและสถานสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ สามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ สามารถจัดการกับปัญหาเบื้องต้นก่อนมาโรงพยาบาล ทำให้การกลับมารักษาซ้ำ นอกจากนี้ใน การทบทวนวรรณกรรมของ Soomhirun (2009) ยังพบว่าการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (Soomhirun, 2009) และการดูแลโดยทีมสุขภาพสามารถลดการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้เช่นกัน

ผลการศึกษาและการทดสอบสมมติฐานที่ได้รับจากการส่งเสริมการจัดการตนเองดังข้างต้นแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองที่ประกอบไปด้วย การให้ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และการสอนทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง ในการเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และมีแนวโน้มช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลประจำการที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถนำแผนการส่งเสริมการจัดการไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อเพิ่ม

ประสิทธิภาพในการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

2. พยาบาล ควรประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มี ภาวะหัวใจล้มเหลว และ ดำเนินการตามแผนการส่งเสริมการจัดการตนเองพร้อมทั้งติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้บริหารการพยาบาล ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพ

ด้านการศึกษาพยาบาล

นักการศึกษาพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นเนื้อหาสำหรับการจัดการเรียนการสอน ด้านวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับความเจ็บป่วยอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลอื่น หรือ setting อื่น ๆ เพื่อให้สามารถสรุปผลการวิจัยสู่ประชากรกลุ่มใหญ่ได้

2. ควรติดตามผลของการส่งเสริมการจัดการตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในระยะเวลาที่นานขึ้นโดยอาจศึกษาที่ 3 เดือน และ 6 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาล

3. การศึกษาเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำควรกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้แสดงความแตกต่างอย่างชัดเจนในเชิงสถิติ

เอกสารอ้างอิง

- Angboonta. P, Pothiban. L., & Kosachunhanun, N.(2012).Effects of a Self - management Supporting Program on Self-management Behaviors and Hemoglobin A1C Level among Elders with Diabetes Type 2. *Nursing Journal*. 39(3), 93-104. (In Thai)
- Barlow, J. H., Wright C. C., Turner A. P., & Bancroft, G. V. (2005). 12-month follow-up study of self-management training for people with chronic disease:Are changes maintained over time?. *British Journal of Health Psychology*, 10, 589–599.
- Chunnawong, K.(2004).Effects of Exercise Self Efficacy on Functional Capacity and Quality of Life in Patients with Heart Failure. Faculty of Nursing. Chiang Mai University. (In Thai)
- Ditewing, J. B., Blok, H., Havers, J., & Veenendaal, H. V. (2010). Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: A systematic review. *The European Journal of Heart Failure*, 6, 643– 652.
- Dongbo, F., Hua, F., McGowan, P., Yi-e, S., Lizhen , Z., Huiqin, Y., et al. (2003). Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(3), 174-182.
- Gardetto, N.J. (2011). Self-management in heart failure: where have we been and where should we go?. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* ,4,39–51.
- Institute for Healthcare Improvement. (2009). Effective Interventions to Reduce Hospitalizations :A Survey of the Published Evidence. From<http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/STAAR/Documents/STAAR A Survey of the Published Evidence.pdf>
- Jovicic, A., Holroyd-Leduc, J. M., & Straus, S. E. (2006). Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovascular Disorders*, 6(43), 1-8.
- Lorig, K. R., Stewart, A., Ritter, P., Gonzalez, V. M., Laurent, D., & Lynch, J. (1996). Outcome Measures for Health Education and Other Health Care Interventions. San Francisco. CA:Sage publication.
- Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Browm, B. J., Bandura., et al. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Effective Clinical Practice*, 4(6), 256-262.
- Lorig, K.R., & Holman, H.R. (2003). Self-management education: History, Definition, Outcomes, And Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- McAllister, M., Dunn, G., Payne, K., Davies, L., & Todd, C. (2012). Patient empowerment: The need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *Health Services Research*,12(157),1-8.
- Michie, S., Stralen, M. V., West, R. (2011). The behavior change wheel: A new method for characterizing and designing behavior change interventions. *Implementation Science*, 6(42).



- Oxenham, H., Sharpe, N. (2002). Cardiovascular aging and heart failure. *The European Journal of Heart Failure*.5,427–434.
- Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary for Public Health.(2012). Number and rate of illness per 100,000 populations Classified by illness . Health Policy and Planning Office of the Permanent Secretary for Public Health. (In Thai)
- Ritklar, L.(2009).Effectiveness of a self - management program on dyspnea, re-admission, and quality of life in congestive heart failure patients. Master of Nursing (Adult). *Thammasat University*. (In Thai)
- Soomhirun, R.(2009).A Literature Review Related to the Management for Reducing Readmission in Patients with Heart Failure.Taksin Hospital .Bangkok. (In Thai)
- Tangwochitsakun, S.(2007).Effect of Self-management Program Quality of Life Among Heart Failure Patient. Master of Nursing (Adult). Chiang Mai University. (In Thai)
- World Health Organization. (1998). Development of the World Health Organization .*WHO QOL-BREF Quality of life assessment*.*Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- World Health Organization. (2011). Global status report on non communicable diseases 2010. Retrieved. Geneva from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.

ความตรงเชิงเนื้อหาและการตรวจสอบเชิงภาษาของแบบวัดรสนิยมและอัตลักษณ์ทางเพศฉบับแปลสำหรับใช้ในงานวิจัยในผู้มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย

The Validity and Linguistic Testing of Translated Measures of Sexual Orientation and Gender Identity for Research in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Populations in Thailand

ปริยศ	กิตติธีระศักดิ์* Priyoth	Kittiteerasack*
อลิเซีย	เค.แมททิว** Alicia K.	Matthews**
อลาน่า	สตีเฟ่น*** Alana	Steffen***

บทคัดย่อ

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีงานวิจัยจำนวนมากที่รายงานว่าผู้มีความหลากหลายทางเพศเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพแต่กลับพบงานวิจัยในประเทศไทยเพียงเล็กน้อย และพบว่าการขาดแบบคัดกรองคุณลักษณะทางเพศที่มีมาตรฐานเป็นอุปสรรคสำคัญในการวิจัยการพยาบาลในคนกลุ่มนี้ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อแปลแบบวัดรสนิยมและอัตลักษณ์ทางเพศ (SOGI) ซึ่งเป็นแบบวัดมาตรฐานที่ถูกพัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกาด้วยกระบวนการแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม หลังจากนั้นแบบวัด SOGI ได้ถูกประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบระดับความเข้าใจ/การยอมรับเชิงภาษาจากกลุ่มตัวอย่างคนไทยวัยผู้ใหญ่ที่หลากหลายด้วยการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ด้วยโปรแกรมควอลทริกซ์ (qualtrics program) ข้อมูลการศึกษาได้รับการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

จากการลงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญพบว่าแบบวัด SOGI มีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูง ($I-CVI = 1$, $S-CVI/Ave = 1$) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 282 คน ส่วนใหญ่มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.6) มีอัตลักษณ์ทางเพศตรงกับเพศกำเนิด (ร้อยละ 90.1) และมีรสนิยมทางเพศเป็นกลุ่มรักเพศตรงข้าม (ร้อยละ 75.2) สำหรับผลการตรวจสอบเชิงภาษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความเข้าใจในข้อคำถามและตัวเลือกตอบของแบบวัด SOGI ในระดับสูง ($M = 9.37 - 10.38$, $SD = 0.87 - 1.27$ และ $M = 9.80 - 10.26$, $SD = 0.92 - 1.24$, ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยการยอมรับในระดับสูงเช่นกัน (ร้อยละ 98.62) เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มที่มีคุณลักษณะทางเพศและเพศสถานะที่ต่างกัน พบว่ากลุ่มคนรักเพศเดียวกันและคนข้ามเพศมีความเข้าใจต่อแบบวัด SOGI ต่ำกว่ากลุ่มอื่นเล็กน้อย ในขณะที่คนรักเพศตรงข้ามมีระดับการยอมรับต่อแบบวัด SOGI สูงที่สุด

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, priyoth_k@hotmail.com

** ศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาล มหาวิทยาลัยอิลลินอยส์ที่ชิคาโก สหรัฐอเมริกา

** Professor, College of Nursing, University of Illinois at Chicago, USA

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาล มหาวิทยาลัยอิลลินอยส์ที่ชิคาโก สหรัฐอเมริกา

*** Assistant Professor, College of Nursing, University of Illinois at Chicago, USA



ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแบบวัด SOGI ฉบับภาษาไทยมีความตรงเชิงเนื้อหาและมีระดับความเข้าใจ/การยอมรับในระดับสูง สามารถประยุกต์ใช้ในงานวิจัยทางการแพทย์เพื่อคัดกรองคุณลักษณะทางเพศและเพศสถานะในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ที่หลากหลาย และสามารถเทียบเคียงผลการศึกษาต่างประเทศได้

คำสำคัญ: อัตลักษณ์ทางเพศ ความหลากหลายทางเพศ แบบวัด คนกลุ่มน้อยทางเพศและเพศภาวะ รสนิยมทางเพศ

Abstract

In the U.S., a large number of researchers have reported that LGBT (lesbian, gay, bisexual, and transgender) populations are a high-risk group for certain health problems. However, scant research on this topic exists in Thailand. The lack of a standardized measure is a key barrier to LGBT nursing research. The objectives of this study were to translate measures of sexual orientation and gender identity (SOGI) using a standardized instrument developed in the U.S. by measurement translation processes used in cross-cultural research. Subsequently, the SOGI measures were evaluated for content validity by an expert Thai panel and tested for linguistic comprehension/acceptability from a diverse sample of Thai adults by online data collection using the Qualtrics program. Data were analyzed using descriptive statistics.

Experts concluded that the SOGI measures had high levels of content validity (I-CVI = 1, S-CVI/Ave = 1). Among 282 participants, the majority reported their biological sex as female (65.6%), gender identity as cis-gendered (90.1%), and sexual orientation as heterosexual (75.2%). Based on linguistic testing, most participants had high linguistic comprehension scores of SOGI questions and response options ($M = 9.37 - 10.38$, $SD = 0.87 - 1.27$ and $9.80 - 10.26$, $SD = 0.92 - 1.24$, respectively), and high acceptability scores (98.62%). When comparing the different groups based on sexual/gender domains, homosexual and transgendered individuals stated slightly lower comprehension than other groups, while heterosexual individuals had the highest acceptability levels of SOGI measures.

Results signified that the Thai-version SOGI measures had high content validity and linguistic comprehension/acceptability scores, which can be applied in nursing research for screening sex and gender characteristics in a diverse range of Thai adults. This would allow for result comparisons to other countries.

Key words: gender identity, LGBT, measurement, sexual and gender minorities, sexual orientation



ความเป็นมาและสำคัญของปัญหา

โดยทั่วไปแล้วระบบมาตรฐานทางเพศที่สังคมสร้างขึ้น คือ ระบบเพศทวิภาคชาย/หญิงที่แบ่งเพศออกตามปัจจัยด้านสรีระวิทยาที่ติดตัวตั้งแต่แรกเกิดที่เรียกว่า เพศกำเนิด (sex assigned at birth) และสร้างบรรทัดฐานว่าบุคคลนั้นๆ ควรมีรสนิยมทางเพศ (sexual orientation) และอัตลักษณ์ทางเพศ (gender identity) ที่สอดคล้องไปกับเพศกำเนิดจึงจะถือว่าบุคคลนั้นอยู่ในระบบเพศมาตรฐานที่สังคมยอมรับ สำหรับผู้มีความหลากหลายทางเพศคือบุคคลที่ไม่ได้จำกัดเพศอยู่ในกรอบดังกล่าว แต่กลับมีรสนิยมและอัตลักษณ์ทางเพศที่หลากหลายตามความรู้สึกตน ซึ่งพบได้ในกลุ่มเลสเบียน, เกย์, ไบเซ็กชวล, และคนข้ามเพศ หรือ LGBT (lesbian, gay, bisexual, and transgender) (Kittitteesack & Matthews, 2017) รสนิยมและอัตลักษณ์ทางเพศจึงเป็นคุณลักษณะสำคัญที่ใช้จำแนกความหลากหลายทางเพศ โดยอัตลักษณ์ทางเพศเป็นจิตสำนึกของบุคคลว่าตนเองเป็นเพศใด เช่น ผู้หญิง ผู้ชาย หรืออื่นๆ อาจถ่ายทอดผ่านการแสดงออกทางเพศ (gender expression) และอาจสอดคล้องหรือแตกต่างกับเพศกำเนิดก็ได้ ผู้ที่มีอัตลักษณ์ทางเพศสอดคล้องกับเพศกำเนิดเรียกว่า คนที่รับรู้เพศตรงกับเพศกำเนิด (cisgender) ส่วนผู้ที่มีอัตลักษณ์ทางเพศแตกต่างจากเพศกำเนิดจะเรียกว่า คนข้ามเพศ (transgender) สำหรับรสนิยมทางเพศเป็นความพึงพอใจด้านความสัมพันธ์และความรู้สึกทางเพศที่มีต่อผู้อื่น ประกอบขึ้นจากมิติด้านพฤติกรรมทางเพศ (sexual behavior) และแรงดึงดูดทางเพศ (sexual attraction) ที่หลอมรวมให้บุคคลรู้สึกใคร่ชอบพและมีอารมณ์ทางเพศต่อผู้ที่เป็นเพศตรงข้าม (heterosexual) เพศเดียวกัน (homosexual) หรือทั้งสองเพศ (bisexual) (Kittitteesack & Matthews, 2017)

คุณลักษณะทางเพศจึงเป็นสิ่งที่ลื่นไหลและไม่มีขอบเขต (fluidity) แต่เพศที่อยู่นอกกรอบเพศทวิภาคยังคงเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกับบรรทัดฐานของสังคม ความหลากหลายทางเพศจึงเคยถูกเชื่อมโยงกับความผิดปกติทางจิต (Kittitteesack, Sangngam, & Matthews, 2017)

ทำให้กลุ่ม LGBT ส่วนใหญ่ยังคงได้รับตราบาปและถูกมองว่าเป็นคนกลุ่มน้อยทางเพศและเพศสภาวะ (sexual and gender minority) ที่สังคมให้คุณค่าน้อยกว่าคุณค่าของคนกลุ่มใหญ่ บุคคลเหล่านี้จึงได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์เลือกปฏิบัติที่ทำให้เกิดความเครียดที่มีรูปแบบแตกต่างจากที่พบในบุคคลทั่วไป แต่มีผลต่อภาวะสุขภาพอย่างรุนแรง (Kittitteesack & Matthews, 2019) ดังเช่นที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ระบุว่ากลุ่ม LGBT เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพสูงกว่าประชากรทั่วไป (WHO, 2019) สอดรับกับแบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย (Minority Stress Model) (Meyer, 2003) ที่อธิบายว่าคุณลักษณะทางเพศเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ เช่นเดียวกับปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ เช่น อายุ รายได้ ที่อาจทำให้เกิดความเครียดและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Meyer, 2003)

ผลการศึกษาจำนวนมากในประเทศสหรัฐอเมริกาได้รายงานว่าคุณกลุ่ม LGBT มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงและมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป โดยพบว่ามีความซึมเศร้าสูงกว่า 2 – 3 เท่า (King et al., 2008) มีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่า 2 – 8 เท่า (King et al., 2008; Blosnich et al., 2016) การพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่า 2 – 7 เท่า (Blosnich et al., 2016; Haas et al., 2010) และพบปัญหาด้านสุขภาพกายอื่นๆ เช่น มะเร็งทวารหนัก 17 เท่า, การสูบบุหรี่ 2.5 เท่า, และการใช้ยา/สารเสพติด 10 – 12 เท่า (Ranji, Beamesderfer, Kates, & Salganicoff, 2014) แต่การวิจัยทางด้านสุขภาพในกลุ่ม LGBT ในประเทศไทยยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด ในจำนวนนี้มักเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าความเครียดในเกย์/กะเทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงแต่มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ (Pearkao, 2013) อย่างไรก็ตามพบว่าคนข้ามเพศมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่รับรู้เพศตรงกับเพศกำเนิดประมาณสองเท่า มีความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายเป็น 23.2 และ 10.3 (Sopitarchasak, Kihara, Min Soe, & Ono-Kihara, 2017) เคยถูกทำร้ายและได้รับการปฏิเสธ



จากครอบครัวและสังคม (Yadegarfar & Meinhold-Bergmann, 2014) แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพของกลุ่ม LGBT ในประเทศไทยยังคงเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญเพื่อพัฒนาให้เท่าเทียมกับต่างประเทศ

การเร่งสร้างองค์ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวในกลุ่มนี้ได้กลายเป็นวาระสำคัญด้านการวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา จากการรายงานของสถาบันการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (Graham et al., 2011) ระบุว่าอุปสรรคสำคัญของการแก้ไขปัญหาดังกล่าวคือ ข้อมูลประชากรด้านเพศยังขาดคุณภาพเนื่องจากไม่สามารถจำแนกกลุ่ม LGBT ออกจากประชากรทั่วไปได้ ส่วนหนึ่งเกิดจากขาดระบบและวิธีประเมินที่ไม่ได้มาตรฐานเนื่องจากกลุ่ม LGBT เป็นกลุ่มที่เข้าถึงได้ยากเพราะมักปิดบังตนเองเพื่อป้องกันการถูกเลือกปฏิบัติ การคัดกรองด้วยการสังเกตหรือตีความตามการรับรู้ของผู้ประเมินอาจให้ผลคลาดเคลื่อนหรือผลบวกสูง (Tate, 2014) การมีเครื่องมือประเมินคุณลักษณะทางเพศที่เหมาะสมและสามารถใช้ในประชากรทั่วไปเพื่อค้นหากลุ่ม LGBT จึงมีความจำเป็น ดังนั้นสถาบันวิลเลียมส์แห่งมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียร่วมกับองค์กรวิจัยระดับชาติและนักวิจัยจากสหสาขาวิชาชีพ ได้สร้างแบบวัดรสนิยมและอัตลักษณ์ทางเพศ (Sexual Orientation and Gender Identity Measures: SOGI) (The Williams Institute, 2013) ขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ปี 2540 โดยร่วมกันสกัด วิเคราะห์ ออกแบบ แก้ไขปรับปรุงข้อคำถามที่ใช้ประเมินคุณลักษณะความหลากหลายทางเพศและสรุปมิตรร่วมกันเพื่อให้ได้แบบวัด SOGI ที่สมบูรณ์ที่สุด จากนั้นได้นำไปทดสอบความเข้าใจในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะหลากหลายและพบว่าเป็นแบบวัดที่สามารถเข้าใจง่าย เป็นที่ยอมรับและมีความแม่นยำในการจำแนกมิติทางเพศที่ต้องการวัด โดยแบบวัด SOGI นี้ประกอบไปด้วยคำถามที่ใช้ประเมินคุณลักษณะทางเพศทั้งหมด 6 ด้าน คือ เพศกำเนิด อัตลักษณ์ทางเพศ รสนิยมทางเพศ การแสดงออกทางเพศ พฤติกรรมทางเพศ และแรงดึงดูดทางเพศ ซึ่งแต่ละข้อจะมีตัวเลือกตอบที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับทุกองค์ประกอบที่ใช้วัดและแบ่งมิติทางเพศ จนได้รับการ

ยอมรับว่าเป็นแนวการปฏิบัติที่เป็นเลิศในการประเมินคุณลักษณะทางเพศที่สามารถนำไปใช้กับกลุ่มประชากรทั่วไปได้ (The Williams Institute, 2013; The GenIUSS Group, 2014)

การมีเครื่องมือคัดกรองคุณลักษณะทางเพศที่มีมาตรฐานจึงมีความจำเป็นต่อการพัฒนางานวิจัย แต่การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้อิทธิวิธีการวัดหรือคุณสมบัติเครื่องมือ บ้างระบุว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเกย์/กะเทยแต่ไม่พบรายละเอียดเครื่องมือ (Pearkao, 2013) บ้างกำหนดตัวเลือกตอบที่หลากหลาย เช่น ผู้ชาย ผู้หญิง เกย์ ตุ๊ด กะเทย ชายรักชาย ทอม ดี ฯลฯ แล้วจัดแบ่งเป็นกลุ่มที่มีและไม่มีอัตลักษณ์ LGBT (Mahidol University, Plan International Thailand, and UNESCO Bangkok Office, 2014) หากพิจารณาจะพบว่าตัวเลือกมีความคลุมเครือจนอาจทำให้แปลผลได้คลาดเคลื่อน และอาจนำมาซึ่งความสับสนหากต้องการศึกษาในกลุ่มเพศย่อยอื่นๆ เช่น ในกลุ่มเกย์ เนื่องจาก เกย์ คือเพศชายที่รักใคร่ชอบพอกับเพศชายซึ่งเป็นรสนิยมทางเพศของคนรักเพศเดียวกัน เกย์บางคนจึงระบุอัตลักษณ์ทางเพศว่าเป็นผู้ชายที่มีแรงดึงดูดและมีพฤติกรรมทางเพศกับเพศชายด้วยกัน ส่วนผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย (men sex with men: MSM) จัดเป็นพฤติกรรมไม่ใช่อัตลักษณ์ทางเพศ กลุ่ม MSM จึงเป็นผู้ชายที่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายได้โดยไม่จำเป็นต้องเป็นเกย์ อีกทั้งเกย์ก็ไม่ใช่กะเทยเพราะเกย์บางคนไม่ได้แสดงพฤติกรรมคล้ายผู้หญิงและไม่ได้อยากเป็นผู้หญิง แต่บางคนก็อาจจะระบุว่าตนเองเป็นกะเทยได้เช่นกัน (Kittititteesarak & Matthews, 2017) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเกย์อาจเลือกคำตอบได้ทั้งผู้ชาย เกย์ ตุ๊ด กะเทย หรือชายรักชายก็ได้ เห็นได้ว่าการขาดแบบวัดที่มีมาตรฐานได้กลายเป็นอุปสรรคทางการวิจัย โดยเฉพาะหากต้องการประยุกต์องค์ความรู้จากต่างประเทศที่จำแนกเพศตามมิติต่างๆ ดังที่กล่าวมาซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดความหลากหลายทางเพศและมีความชัดเจนมากกว่า

จุดเริ่มต้นที่สำคัญในการศึกษาปัญหาสุขภาพในกลุ่ม LGBT คือการมีเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการคัด



กรอบคุณลักษณะทางเพศเพื่อป้องกันผลการวิจัยที่คลาดเคลื่อน และเป็นไปในทิศทางเดียวกันเพื่อเอื้อประโยชน์ในการอ้างอิงผลการศึกษา อีกทั้งยังเป็นการลดช่องว่างทางการวิจัยที่ยังไม่พบแบบวัดคุณลักษณะทางเพศในประเทศไทย งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบวัด SOGI ต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยด้วยการแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของไทย และมีการทดสอบระดับความเข้าใจ/การยอมรับในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ทำให้แบบวัด SOGI ฉบับภาษาไทยสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับงานวิจัยในกลุ่มประชากรต่างๆ ได้ เป็นการผลักดันองค์ความรู้ทางการพยาบาลเพื่อให้สังคมได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาในกลุ่ม LGBT

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อแปลแบบวัด SOGI จากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย
2. เพื่อประเมินค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัด SOGI ที่แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย
3. เพื่อตรวจสอบระดับความเข้าใจและการยอมรับในกลุ่มประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ที่หลากหลาย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กระบวนการการแปลตามแนวคิดการแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัยข้ามวัฒนธรรมของ Brislin (1970) เนื่องจากการนำเครื่องมือจากต่างประเทศมาใช้ ควรมีการแปลและปรับปรุงให้เหมาะสม ซึ่งการแปลย้อนกลับจะทำให้เครื่องมือฉบับแปลถูกตรวจสอบคุณภาพจนสามารถใช้กับงานวิจัยข้ามวัฒนธรรมได้ แต่ยังคงความหมายที่เท่าเทียมกับเครื่องมือต้นฉบับ (Sawasdiapanich & Tiansawad, 2011)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ คนไทยอายุ 18-60 ปี อ่าน/เขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย แต่

เนื่องจากไม่สามารถระบุจำนวนประชากรของกลุ่ม LGBT ได้ จึงได้ประมาณด้วยการกำหนดขนาดของผล = .04 (Cohen, 1988) ในการทดสอบแบบสองหาง (two-tailed test) ที่ระดับนัยสำคัญ = .05 และอำนาจการทดสอบ (power) ที่ร้อยละ 80 โดยคาดว่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง LGBT คือร้อยละ 30 ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณ 300 คนจึงจะเพียงพอ (Donner, Birkett, & Buck, 1981) ซึ่งงานวิจัยนี้ได้เก็บข้อมูลด้วยวิธีออนไลน์ โดยมีผู้เริ่มทำแบบสอบถามจำนวน 306 คน และทำครบถ้วนจนถึงข้อสุดท้ายจำนวน 282 คน พบข้อมูลสูญหาย 7.84% อยู่ในระดับน้อยกว่า 10% ซึ่งเป็นจำนวนที่เพียงพอต่อการวิเคราะห์เนื่องจากอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ว่าไม่ทำให้เกิดความลำเอียงทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบวัดทัศนคติและอัตลักษณ์ทางเพศ (SOGI measures) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ใช้จำแนกกลุ่ม LGBT ออกจากประชากรทั่วไป ด้วยการประเมินคุณลักษณะทางเพศในมิติย่อยตามแนวคิดความหลากหลายทางเพศที่มีมาตรฐานและได้รับการยอมรับ (The Williams Institute, 2013) แบบวัดนี้ถูกพัฒนาโดยทีมผู้วิจัยที่ชำนาญด้านการประเมินกลุ่ม LGBT และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ/สังคมจากองค์กรต่างๆ ในสหรัฐอเมริกา โดยคณะกรรมการทั้ง 2 ชุดได้รวบรวมวรรณกรรมด้าน LGBT ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาแล้วนำข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินด้านเพศที่พบมาวิเคราะห์และปรับปรุงเพื่อให้ได้แบบวัด SOGI ฉบับสมบูรณ์ ต่อมาได้นำไปทดสอบโดยการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะหลากหลาย ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและการยอมรับต่อแบบวัดในระดับสูง (ไม่มีข้อมูลทางสถิติ) คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือจึงเสนอแนะให้นำแบบวัด SOGI ไปใช้ในงานวิจัยทางด้านสุขภาพโดยเพิ่มข้อคำถามของแบบวัดนี้ลงในส่วนสุดท้ายของแบบวัด ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่จะรวบรวมข้อมูลเหล่านี้อยู่แล้ว แต่กลับไม่มีการประเมินความหลากหลายทางเพศต่างๆ ที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ และยังสามารถเลือกใช้เฉพาะบางข้อคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวิจัยนั้นๆ ก็ได้



เนื่องจากแบบวัด SOGI ไม่มีการแปลผลตามระดับค่าคะแนนแต่ตัวเลือกตอบจะระบุคุณลักษณะทางเพศตามมิติที่ถูกวัด ผู้นำไปใช้จึงควรเลือกและพิจารณาอย่างรอบคอบเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะได้รับข้อมูลที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้นๆ

โดยคำถามของแบบวัด SOGI 6 ข้อมีดังนี้ 1) วัดเพศกำเนิด ถามว่า “ข้อใดคือเพศกำเนิดของคุณ” และคำตอบคือ เพศชายและเพศหญิง; 2) วัดอัตลักษณ์ทางเพศ ถามว่า “ข้อใดคืออัตลักษณ์ทางเพศในปัจจุบันของคุณ” และคำตอบคือ ผู้ชาย, ผู้หญิง, ผู้ชายข้ามเพศ, ผู้หญิงข้ามเพศ, ยังไม่แน่ใจ, และอื่นๆ; 3) วัดรสนิยมทางเพศ ถามว่า “คุณคิดว่าตัวเองมีรสนิยมทางเพศแบบใด” และคำตอบคือ เป็นคนรักเพศตรงข้าม, เป็นคนรักเพศเดียวกัน, และเป็นคนรักได้ทั้งสองเพศ; 4) วัดการแสดงออกทางเพศ ถามว่า “คุณคิดว่าการแสดงออกทางเพศของคุณเป็นอย่างไร” และคำตอบคือ เหมือนผู้ชาย, เหมือนผู้ชายและผู้หญิงเท่าๆ กัน, และเหมือนผู้หญิง; 5) วัดพฤติกรรมทางเพศ ถามว่า “ในอดีตที่ผ่านมาคุณมีพฤติกรรมทางเพศหรือเพศสัมพันธ์แบบใด” และคำตอบคือ กับผู้ชายเท่านั้น, กับทั้งผู้ชายและผู้หญิง, กับผู้หญิงเท่านั้น, และไม่เคยมี; และ 6) วัดแรงดึงดูดทางเพศ ถามว่า “ข้อใดที่อธิบายถึงแรงดึงดูดทางเพศของคุณได้ดีที่สุด” และคำตอบคือ รู้สึกดึงดูดทางเพศกับผู้ชาย, รู้สึกดึงดูดทางเพศทั้งกับผู้หญิงและผู้ชาย, รู้สึกดึงดูดทางเพศกับผู้หญิง, และไม่แน่ใจ/ไม่รู้สึกดึงดูดทางเพศ

ในการศึกษานี้แบบวัด SOGI ได้ถูกแปลตามหลักการแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในการงานวิจัยข้ามวัฒนธรรมตามแนวคิดของBrislin (1970) อันประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน คือ การแปลไปข้างหน้า การตรวจสอบเครื่องมือฉบับแปล การแปลย้อนกลับ การเปรียบเทียบเครื่องมือต้นฉบับกับชุดแปลย้อนกลับ และการทดสอบเครื่องมือโดยในเบื้องต้นผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ที่ศึกษาด้าน LGBT และสื่อสารได้สองภาษาได้แปลแบบวัด SOGI เป็นภาษาไทย ต่อมากรรมการพยาบาลวิชาชีพชาวไทย 8 ท่าน ที่มีประสบการณ์การทำงานกับกลุ่ม LGBT ได้เสนอให้เพิ่มความหมายของนิยามที่ใช้ในแบบวัดลงในวงเล็บเพื่อประกอบการอธิบายให้ชัดเจนขึ้น จากนั้นแบบวัด SOGI

ได้ถูกตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้าน LGBT เพื่อยืนยันความถูกต้องและเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นได้แปลแบบวัด SOGI ภาษาไทยย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยยึดหลักของการแปลข้ามวัฒนธรรม เพื่อปรับภาษาให้สอดคล้องกับบริบทของไทยโดยใช้วิธีประชุมกรรมการที่ประกอบไปด้วยผู้ตัดสิน 1 ท่าน, ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา 1 ท่าน, และนักแปลภาษา 2 ท่าน (Harkness, Pennell, & Schoua-Glusberg, 2004) โดยทั้งหมดเป็นคนไทยที่รู้จักคุ้นเคยกับสังคมและวัฒนธรรมไทยเป็นอย่างดี มีประสบการณ์ในการทำงานกับกลุ่ม LGBT และสื่อสารได้สองภาษา จากนั้นคณะกรรมการได้ตรวจสอบ วิเคราะห์พิจารณาความเหมาะสม และสรุปฉันทมติ จนทำให้ได้แบบวัด SOGI ฉบับสมบูรณ์ที่เหมาะสมกับบริบทไทยแต่ยังคงความเท่าเทียมกับแบบวัดต้นฉบับ โดยประเด็นหลักที่ถูกปรับให้สอดคล้องกับบริบทของไทย เช่น การเลือกใช้นิยามภาษาไทยว่า “รสนิยมทางเพศ” แทน “วิถีทางเพศ” (sexual orientation) เนื่องจากคำว่ารสนิยมทางเพศสามารถสื่อถึงความรู้สึกทางเพศหรือความรักใคร่ชอบพอได้ชัดเจนกว่าคำว่าวิถีทางเพศที่มีความเป็นนามธรรม และอาจตีความหมายได้ต่างกัน

ต่อมาผู้วิจัยได้นำแบบวัด SOGI ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านความหลากหลายทางเพศและด้านเครื่องมือที่สื่อสารได้สองภาษา 5 ท่าน ประกอบไปด้วยอาจารย์พยาบาลจากมหาวิทยาลัยชั้นนำทั้งในและต่างประเทศ 3 ท่าน, นักจิตวิทยา 1 ท่าน, และนักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน โดยทำตารางช่วงคะแนน 1 - 4 เพื่อให้แสดงระดับความคิดเห็นด้านความชัดเจนและเหมาะสมของแบบวัดแต่ละข้อ คะแนนที่สูงขึ้นหมายถึงแบบวัดข้อนั้นมี ความตรงเชิงเนื้อหาเพิ่มขึ้น แล้วจึงนำคะแนนของข้อที่เห็นสอดคล้องกันในระดับ 3 และ 4 มาคำนวณตามสัดส่วนของข้อคำถามเพื่อให้ได้ค่าดัชนีวัดความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) อันประกอบไปด้วยความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (I-CVI) และความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) (Polit & Beck, 2006) แล้วปรับปรุงอีกครั้งจนได้แบบวัด SOGI ภาษาไทยฉบับสมบูรณ์ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามจำนวน 3 ข้อเพื่อใช้



วัดระดับความเข้าใจและการยอมรับของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อแบบวัด SOGI โดยคำถามที่ใช้ประเมินความเข้าใจมี 2 ข้อ คือ 1) “คุณสมารถที่จะเข้าใจในสิ่งที่ถูกถามจากข้อคำถามข้อที่.....” และ 2) “คุณสมารถที่จะเข้าใจในตัวเลือกตอบของข้อที่.....” ซึ่งคำตอบเป็นมาตราส่วนระดับ 1 – 11 (ไม่เข้าใจ - เข้าใจมาก) ส่วนคำถามที่ใช้วัดการยอมรับมี 1 ข้อ คือ “คุณพบว่าคำถาม/ตัวเลือกตอบในข้อที่..... ทำให้คุณรู้สึกไม่พอใจหรือยุ่งยากใจหรือไม่” โดยมีคำตอบแบบ 2 ตัวเลือก คือ พบและไม่พบ (0/1) และรายงานผลเป็นร้อยละ คำถามย่อยทั้ง 3 ข้อได้ถูกเพิ่มต่อท้ายจากข้อคำถามของแบบวัด SOGI แต่ละข้อ ทำให้งานวิจัยครั้งนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ และใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีในการทำแบบสอบถาม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกา ข้อมูลทั้งหมดได้ถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสไอดีและรักษาความปลอดภัยบนโปรแกรม Qualtrics (Snow & Mann, 2013) ดำเนินการเก็บข้อมูลออนไลน์ในเดือนมกราคม - มีนาคม 2560 โครงการวิจัยได้ประชาสัมพันธ์ผ่านเว็บไซต์สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยเพื่อเข้าถึงกลุ่ม LGBT และผ่านเฟซบุ๊ก (FB) เพื่อเข้าถึงประชากรทั่วไป การเก็บข้อมูลใช้การคัดเลือกตามสะดวกโดยประยุกต์ใช้โปรแกรม Qualtrics ในการสร้างแพลตฟอร์มแบบสำรวจซึ่งเป็นวิธีที่มีความสะดวก เข้าถึงประชากรที่หลากหลาย และกลุ่มที่เข้าถึงได้ยาก และมีอัตราตอบกลับใกล้เคียงกับแบบสอบถามกระดาษ (Dolnicar, Laesser, & Matus, 2009) การเก็บข้อมูลเริ่มขึ้นเมื่อผู้สนใจคลิกที่

ลิงค์บนสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อเข้าสู่แบบสอบถามที่อธิบายโครงการวิจัยโดยละเอียด จากนั้นต้องคลิกปุ่ม “ตกลง” หรือ “ไม่ตกลง” เพื่อแสดงความยินยอมก่อนเข้าสู่ข้อคำถามเพื่อทำแบบสอบถาม และส่วนสุดท้ายที่แสดงความขอบคุณและขอความร่วมมือในการส่งต่อลิงค์ประชาสัมพันธ์บน FB ไปยังเครือข่ายทางสังคมอื่นๆ ตามกระบวนการคัดเลือกแบบลูกโซ่ จากนั้นผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, One way analysis of variance (ANOVA), t-test, Chi-square และกำหนดเกณฑ์ ค่า I-CVI = 1 และ S-CVI > .90 เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมิน 3 – 5 คน (Polit & Beck, 2006)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้จำแนกตามคุณลักษณะทางเพศที่ปรากฏในแบบวัด SOGI (ตารางที่ 1) พบว่าส่วนใหญ่มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.6) เป็นผู้ที่รับรู้เพศตรงกับเพศกำเนิดร้อยละ 90.1 และมีรสนิยมทางเพศแบบเป็นคนที่รักเพศตรงข้ามร้อยละ 75.2 ตามมาด้วยรักเพศเดียวกันและรักได้ทั้งสองเพศ (ร้อยละ 18.8 และ 6.0) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.7 มีพฤติกรรมการแสดงออกทางเพศเหมือนผู้หญิง มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศชายและรู้สึกดึงดูดทางเพศกับผู้ชายเท่านั้น (ร้อยละ 59.6 และ 70.9)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม



คุณลักษณะทางเพศที่ปรากฏในแบบวัด SOGI (n = 282)

คุณลักษณะ	องค์ประกอบ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศกำเนิด	เพศชาย	97 (34.4)
	เพศหญิง	185 (65.6)
อัตลักษณ์ทางเพศ	คนที่รับรู้เพศตรงกับเพศกำเนิด	254 (90.1)
	คนข้ามเพศ	28 (9.9)
รสนิยมทางเพศ	รักเพศตรงข้าม	212 (75.2)
	รักเพศเดียวกัน	53 (18.8)
	รักได้ทั้งสองเพศ	17 (6.0)
การแสดงออกทางเพศ	เหมือนผู้ชาย	85 (30.1)
	เหมือนผู้ชายและผู้หญิงเท่าๆ กัน	9 (3.2)
	เหมือนผู้หญิง	188 (66.7)
พฤติกรรมทางเพศ	กับผู้ชายเท่านั้น	168 (59.6)
	กับทั้งผู้ชายและผู้หญิง	20 (7.1)
	กับผู้หญิงเท่านั้น	38 (13.5)
	ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	56 (19.9)
แรงดึงดูดทางเพศ	ดึงดูดกับผู้ชายเท่านั้น	200 (70.9)
	ดึงดูดกับทั้งผู้ชายและผู้หญิง	8 (2.8)
	ดึงดูดกับผู้หญิงเท่านั้น	60 (21.3)
	ไม่แน่ใจ	14 (5)

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า คำถามข้อที่ 1 – 5 มีค่า I-CVI = 1 แต่ข้อที่ 6 (วัดแรงดึงดูดทางเพศ) มีค่า I-CVI = .06 ที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้ได้ค่า S-CVI/UA = .83, SVI/Ave = .84 ที่อยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 2) ผู้วิจัยจึงนำคำถามข้อที่ 6 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาใหม่ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะโดยลดจำนวนตัวเลือกตอบจาก 6 ตัวเลือก (รู้สึกดึงดูดทางเพศกับผู้ชายเท่านั้น, รู้สึกดึงดูดทางเพศกับผู้ชายเป็นส่วนใหญ่, รู้สึกดึงดูดทางเพศทั้งกับผู้ชาย/ผู้

หญิง, รู้สึกดึงดูดทางเพศกับผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่, รู้สึกดึงดูดทางเพศกับผู้หญิงเท่านั้น, และไม่แน่ใจ/ไม่รู้สึกดึงดูดทางเพศ) ให้เหลือ 4 ตัวเลือก (รู้สึกดึงดูดทางเพศกับผู้ชาย, รู้สึกดึงดูดทางเพศทั้งกับผู้หญิง/ผู้ชาย, รู้สึกดึงดูดทางเพศกับผู้หญิง, และไม่แน่ใจ/ไม่รู้สึกดึงดูดทางเพศ) และมีมติเห็นชอบในการปรับค่า I-CVI = 1 ทำให้ค่า S-CVI/UA และ SVI/Ave = 1 สูงขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด



ตารางที่ 2 ความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัด SOGI

แบบวัด SOGI	ระดับคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ					ความสอดคล้องของคะแนน	ค่า I-CVI (รอบ 1)	ค่า I-CVI (รอบ 2)
	1	2	3	4	5			
เพศกำเนิด	4	4	3	3	4	5	1.00	1.00
อัตลักษณ์ทางเพศ	4	4	4	3	4	5	1.00	1.00
รสนิยมทางเพศ	4	4	4	3	4	5	1.00	1.00
การแสดงออกทางเพศ	4	4	4	3	4	5	1.00	1.00
พฤติกรรมทางเพศ	4	4	4	3	4	5	1.00	1.00
แรงดึงดูดทางเพศ	4	4	2	2	4	3	.06	1.00

ผลจากการทดสอบเชิงภาษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจในข้อคำถามและคำตอบของแบบวัด SOGI ในระดับสูง ($M = 9.37 - 10.38$, $SD = 0.87$ – 1.27 และ $M = 9.80 - 10.26$, $SD = 0.92 - 1.24$, ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยการยอมรับในระดับที่สูงเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 98.62) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความเข้าใจเชิงภาษาของข้อคำถามและคำตอบของแบบวัด SOGI

แบบวัด SOGI	ระดับความเข้าใจ				ระดับการยอมรับ (ร้อยละ)
	คำถามแบบวัด		คำตอบแบบวัด		
	M	SD	M	SD	
เพศกำเนิด	9.37	0.88	10.16	1.06	98.2
อัตลักษณ์ทางเพศ	10.15	1.06	9.99	1.22	98.6
รสนิยมทางเพศ	10.33	0.92	10.26	0.92	98.9
การแสดงออกทางเพศ	10.21	0.94	9.80	1.20	98.6
พฤติกรรมทางเพศ	10.38	0.87	10.18	0.97	99.3
แรงดึงดูดทางเพศ	10.17	1.27	10.01	1.24	98.2

หมายเหตุ $M = \text{mean scores}$, $SD = \text{standard deviation}$

เพื่อตรวจสอบว่าคุณลักษณะทางเพศว่ามีอิทธิพลต่อระดับความเข้าใจ/การยอมรับหรือไม่ ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบผลการทดสอบเชิงภาษาที่มีต่อแบบวัด SOGI ในกลุ่มตัวอย่างที่มีรสนิยมและอัตลักษณ์ทางเพศที่ต่างกัน และทำให้พบระดับความเข้าใจและการยอมรับที่ต่างกันเล็กน้อย (ตารางที่ 4 – 7)

เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ ANOVA ในกลุ่มตัวอย่าง

ที่มีรสนิยมทางเพศต่างกัน (ตารางที่ 4) พบความแตกต่างของระดับความเข้าใจต่อคำตอบของข้อคำถามที่วัดเพศกำเนิด [$F(2, 279) = 5.30$, $p = .006$], วัดอัตลักษณ์ทางเพศ [$F(2, 279) = 3.11$, $p = .046$], และวัดการแสดงออกทางเพศ [$F(2, 279) = 6.07$, $p = .003$] แต่ไม่พบความแตกต่างของระดับความเข้าใจต่อคำถามของแบบวัด SOGI ในกลุ่มที่มีรสนิยมทางเพศต่างกัน



ตารางที่ 4 ระดับความเข้าใจต่อแบบวัด SOGI ในกลุ่มตัวอย่างที่มีรสนิยมทางเพศที่แตกต่างกัน (ANOVA)

แบบวัด SOGI		SS	df	MS	F	p
คำถาม						
เพศกำเนิด	ระหว่างกลุ่ม	4.3	2	2.17	2.80	.062
	ภายในกลุ่ม	215.31	279	.77		
อัตลักษณ์ทางเพศ	ระหว่างกลุ่ม	4.99	2	2.50	2.25	.108
	ภายในกลุ่ม	310.05	279	1.11		
รสนิยมทางเพศ	ระหว่างกลุ่ม	4.53	2	2.27	2.69	.070
	ภายในกลุ่ม	237.86	285	.835		
การแสดงออกทางเพศ	ระหว่างกลุ่ม	3.59	2	1.79	2.03	.133
	ภายในกลุ่ม	246.49	279	.88		
พฤติกรรมทางเพศ	ระหว่างกลุ่ม	1.82	2	.91	1.20	.302
	ภายในกลุ่ม	211.58	279	.755		
แรงดึงดูดทางเพศ	ระหว่างกลุ่ม	.291	2	.15	.09	.914
	ภายในกลุ่ม	453.53	279	1.63		
คำตอบ						
เพศกำเนิด	ระหว่างกลุ่ม	11.46	2	5.73	5.30	.006*
	ภายในกลุ่ม	301.68	279	1.08		
อัตลักษณ์ทางเพศ	ระหว่างกลุ่ม	9.12	2	4.56	3.11	.046*
	ภายในกลุ่ม	408.86	279	1.47		
รสนิยมทางเพศ	ระหว่างกลุ่ม	5.01	2	2.50	2.97	.053
	ภายในกลุ่ม	235.10	279	.84		
การแสดงออกทางเพศ	ระหว่างกลุ่ม	16.94	2	8.47	6.07	.003*
	ภายในกลุ่ม	398.13	279	1.40		
พฤติกรรมทางเพศ	ระหว่างกลุ่ม	4.14	2	2.07	2.23	.110
	ภายในกลุ่ม	259.63	279	.93		
แรงดึงดูดทางเพศ	ระหว่างกลุ่ม	2.09	2	1.04	.67	.511
	ภายในกลุ่ม	432.88	279	1.55		

หมายเหตุ SS = sum of squares, df = degree of freedom, MS = mean square, F = F-statistics, p = P-value



หลังจากนั้นได้นำผล ANOVA มาทดสอบด้วยสถิติ Post-hoc Scheffe's test เพื่อหาความแตกต่างของความเข้าใจในคำตอบของแบบวัด SOGI ระหว่างกลุ่มที่มีรสนิยมทางเพศต่างกัน (ตารางที่ 5) พบว่าผู้ที่รักได้ทั้ง

สองเพศมีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในคำตอบของข้อที่วัดเพศกำเนิด ($M = 10.82$) วัดอัตลักษณ์ทางเพศ ($M = 10.18$) และวัดการแสดงออกทางเพศ ($M = 10.71$) สูงกว่าผู้ที่รักเพศตรงข้ามและเพศเดียวกัน

ตารางที่ 5 ระดับความเข้าใจต่อในคำตอบของแบบวัด SOGI ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีรสนิยมทางเพศที่แตกต่างกัน (Post-hoc Scheffe's test)

คำตอบของแบบวัด SOGI	ความเข้าใจ		รสนิยมทางเพศ			F	p
	M	S.D.	ผู้ที่รักเพศตรงข้าม	ผู้ที่รักเพศเดียวกัน	ผู้ที่รักได้ทั้งสองเพศ		
เพศกำเนิด	10.16	1.06	10.06	10.34	10.82*	5.30	.006
อัตลักษณ์ทางเพศ	9.99	1.22	10.07	9.62	10.18*	3.11	.046
การแสดงออกทางเพศ	9.80	1.20	9.69	9.91	10.71*	6.07	.003

หมายเหตุ $M = \text{mean scores}$, $SD = \text{standard deviation}$, $F = F\text{-test}$, $p = P\text{-value}$, $* = p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้าใจต่อคำถามและคำตอบของแบบวัด SOGI ในกลุ่มตัวอย่างที่มี อัตลักษณ์ทางเพศต่างกันด้วยสถิติ t-test (ตารางที่ 6) พบว่ากลุ่มคนข้ามเพศมีระดับความเข้าใจในคำตอบของข้อที่วัดอัต

ลักษณ์ทางเพศต่ำกว่าผู้ที่รับรู้เพศตรงกับเพศกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 9.32$, $SD = 1.66$ vs. $M = 10.08$, $SD = 1.14$, $t = 3.17$, $p = .002$)

ตารางที่ 6 ระดับความเข้าใจต่อแบบวัด SOGI ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอัตลักษณ์ทางเพศที่แตกต่างกัน (t-test)

แบบวัด SOGI	คนที่รับรู้เพศตรงกับเพศกำเนิด		อัตลักษณ์ทางเพศ คนข้ามเพศ		t-test	p
	M	S.D.	M	S.D.		
อัตลักษณ์ทางเพศ คำตอบ	10.07	1.14	9.32	1.66	3.11	.012*

หมายเหตุ $* = p < .05$

ในตารางที่ 7 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับการยอมรับต่อแบบวัด SOGI ในกลุ่มที่มีรสนิยมทางเพศต่างกันด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ผู้ที่รักเพศเดียวกันมีการยอมรับแบบวัดข้อที่วัดเพศกำเนิดต่ำกว่าผู้ที่รักเพศตรงข้ามและรักได้ทั้งสองเพศ [92.5% vs. 99.5% vs. 100%, $X^2 (2, n = 282) = 12.51$, $p = .002$] ส่วนผู้ที่รักเพศตรงข้ามมีการยอมรับสูงที่สุดในข้อที่วัดรสนิยมทางเพศ

[100%, $X^2 (2, n = 282) = 9.73$, $p = .008$], พฤติกรรมทางเพศ [100%, $X^2 (2, n = 282) = 9.02$, $p = .011$], และแรงดึงดูดทางเพศ [99.1%, $X^2 (2, n = 282) = 10.59$, $p = .005$] ในผู้ที่มีความต่างด้านอัตลักษณ์ทางเพศนั้นพบว่าคนข้ามเพศมีการยอมรับแบบวัด SOGI ข้อที่วัดเพศกำเนิด [92.9% vs. 98.8%, $X^2 (1, n = 282) = 5.15$, $p = .023$] ต่ำกว่าผู้ที่รับรู้เพศตรงกับเพศกำเนิด



ตารางที่ 7 ระดับการยอมรับต่อแบบวัด SOGI ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะทางเพศต่างกัน (Chi-square)

แบบวัด SOGI (คำถามและคำตอบ)		การยอมรับ (ร้อยละ)		รวม	X ²	df	p
		ยอมรับ	ไม่ยอมรับ				
รสนิยมทางเพศที่แตกต่างกัน							
เพศกำเนิด	ผู้ที่รักเพศตรงข้าม	211 (99.5)	1 (.5)	212	12.51	2	.002*
	ผู้ที่รักเพศเดียวกัน	49 (92.5)	4 (7.5)	53			
	ผู้ที่รักได้ทั้งสองเพศ	17 (100)	0	17			
	รวม	277	5	282			
รสนิยมทางเพศ	ผู้ที่รักเพศตรงข้าม	212 (100)	0 (0)	212	9.73	2	.008*
	ผู้ที่รักเพศเดียวกัน	51 (96.2)	2 (3.8)	53			
	ผู้ที่รักได้ทั้งสองเพศ	16 (94.1)	1 (5.9)	17			
	รวม	279	3	282			
พฤติกรรมทางเพศ	ผู้ที่รักเพศตรงข้าม	212 (100)	0 (0)	212	9.02	2	.011*
	ผู้ที่รักเพศเดียวกัน	52 (98.1)	1 (1.9)	53			
	ผู้ที่รักได้ทั้งสองเพศ	16 (94.1)	1 (5.9)	17			
	รวม	280	2	282			
แรงดึงดูดทางเพศ	ผู้ที่รักเพศตรงข้าม	210 (99.1)	2 (.9)	212	10.59	2	.005*
	ผู้ที่รักเพศเดียวกัน	52 (98.1)	1 (1.9)	53			
	ผู้ที่รักได้ทั้งสองเพศ	15 (88.2)	2 (11.8)	17			
	รวม	277	5	282			
อัตลักษณ์ทางเพศที่แตกต่างกัน							
เพศกำเนิด	คนที่รับรู้เพศตรงกับเพศกำเนิด	251 (98.8)	3 (1.2)	254	5.15	1	.023*
	คนข้ามเพศ	26 (92.9)	2 (7.1)	28			
	รวม	277	5	282			

หมายเหตุ X² = Chi-square test, df = degree of freedom, p = P=value

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาทำให้พบว่าแบบวัด SOGI เป็นแบบประเมินคุณลักษณะทางเพศที่มีมาตรฐานเหมาะสมกับบริบทของไทย เนื่องจากผ่านกระบวนการแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัยข้ามวัฒนธรรมโดยใช้การแปลย้อนกลับที่สามารถเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของภาษากับ

เครื่องมือต้นฉบับได้ และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและความเหมาะสมเชิงภาษาจากกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ที่หลากหลาย จนทำให้ได้แบบวัด SOGI ฉบับภาษาไทยมีความตรงในระดับสูงและเป็นแบบวัดที่มีระดับความเข้าใจ/การยอมรับที่สูงเช่นกัน จึงเป็นเครื่องยืนยันว่าแบบวัดฉบับนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้



ในประชากรวัยผู้ใหญ่ได้

การศึกษาค้นคว้านี้ทำให้พบสิ่งที่น่าสนใจสองประการ ประการแรกคือการมีแบบวัดคุณลักษณะทางเพศที่สอดคล้องกับแนวคิดความหลากหลายทางเพศที่พัฒนาจากแนวการปฏิบัติที่เป็นเลิศที่ยังไม่ถูกพัฒนาขึ้นในประเทศไทย ถึงแม้จะพบประเด็นของค่า CVI ที่ค่อนข้างต่ำในคำถามด้านแรงดึงดูดทางเพศจากการประเมินรอบแรกเนื่องจากความคลุมเครือของตัวเลือกตอบทั้ง 6 ข้อ แต่เมื่อปรับลดให้เหลือ 4 ข้อตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและความเห็นชอบของผู้พัฒนาเครื่องมือ (Tiansawad, 2007) เพื่อให้เกิดจุดตัดที่ชัดเจนและง่ายต่อความเข้าใจ แบบวัดข้อนี้จึงมีค่า CVI สูงขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่เนื่องจากแบบวัด SOGI เป็นแบบประเมินข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลที่มีตัวเลือกแบบมาตรฐานตามบัญญัติที่จำแนกคุณลักษณะทางเพศตามมิติที่ต้องการวัดซึ่งเป็นข้อจำกัดในการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยจึงได้ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาเพื่อต้องการให้แบบวัดนี้สอดคล้องและเท่าเทียมกับเครื่องมือต้นฉบับที่มีมาตรฐานให้มากที่สุด

สิ่งที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง คือ รสนิยมและอัตลักษณ์ทางเพศมีอิทธิพลต่อระดับความเข้าใจและการยอมรับของแบบวัด SOGI ซึ่งเป็นประเด็นที่ยังไม่เคยมีการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย โดยในภาพรวมพบว่ากลุ่มที่รับรู้เพศตรงกับเพศกำเนิดและกลุ่มรักเพศตรงข้ามมีระดับความเข้าใจ/การยอมรับสูงกว่ากลุ่ม LGBT ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากบุคคลดังกล่าวมีคุณลักษณะทางเพศที่สอดคล้องกับระบบเพศของสังคมจึงได้รับการสอนและปลูกฝังความเชื่อด้านเพศมานาน ทำให้มีความคุ้นเคยกับระบบเพศแบบชาย/หญิงเป็นอย่างดี แม้อาจจะไม่เข้าใจแนวคิดของความหลากหลายทางเพศว่าเป็นอย่างไรหรือหมายถึงอะไร แต่สามารถคาดเดาและเลือกคำตอบได้ตรงกับคุณลักษณะทางเพศของตนจากตัวเลือกตอบที่มีให้ในแต่ละข้อ เนื่องจากคำตอบนั้นมีความชัดเจนและสอดคล้องกับตัวตนด้านเพศของตนเอง

ในทางตรงกันข้าม อาจกล่าวได้ว่ากลุ่ม LGBT มี

ระดับความเข้าใจ/การยอมรับต่อแบบวัด SOGI ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่ LGBT เล็กน้อยโดยเฉพาะในข้อคำถามที่วัดเพศกำเนิดและอัตลักษณ์ทางเพศ แต่จากองค์ความรู้อันจำกัดทำให้เกิดอุปสรรคในการอธิบายความแตกต่างที่พบและเป็นเรื่องที่ควรศึกษาต่อไป แต่จากวรรณกรรมที่มีอยู่ทำให้พบว่าสาเหตุอาจเกิดจากหลายประเด็น เช่น ระบบเพศในประเทศไทยที่ถูกแบ่งออกเป็นเพศชาย เพศหญิง และเพศที่สามที่รวมกลุ่ม LGBT ไว้ในกลุ่มนี้ (Boonmongkon & Jackson, 2012) เมื่อกลุ่ม LGBT ถูกถามถึงเพศกำเนิดที่ตัวเองตอบไม่มี “เพศที่สาม” อาจทำให้ไม่เข้าใจเนื่องจากคิดว่าเพศที่สามคือเพศหนึ่งในสังคมไทย (Ojanen, 2009) เช่นเดียวกับข้ออัตลักษณ์ทางเพศที่ถามความรู้สึกว่าเป็นเพศใด พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนระบุคำตอบอื่นๆ เช่น เกย์ เลสเบี้ยน หรือกะเทย เนื่องจากอาจเข้าใจว่าเหล่านั้นเป็นเพศหนึ่งในกลุ่มเพศที่สาม ซึ่งในความเป็นจริงแล้วเกย์และเลสเบี้ยนไม่ใช่เพศหรืออัตลักษณ์ทางเพศ แต่เป็นรสนิยมทางเพศ (Kittitteesarak & Matthews, 2017) ส่วนกะเทยก็เป็นนิยามที่ใช้ในสังคมไทยเท่านั้น (Suriyasarn, 2014)

นอกจากนี้การที่คำถาม/คำตอบของแบบวัด SOGI ถูกสร้างขึ้นตามมิติด้านเพศกำเนิด รสนิยมทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ และอื่นๆ แสดงให้เห็นว่าความหลากหลายทางเพศประกอบขึ้นจากมิติที่หลากหลาย แต่ระบบเพศดั้งเดิมของไทยเรียกรวมกันว่า “เพศ” (Ojanen, 2009; Boonmongkon & Jackson, 2012) คำว่าเพศจึงมีความหมายที่กว้างแต่ทำให้มุมมองด้านเพศมีมิติเดียวดังที่พบจากการศึกษาเชิงคุณภาพเมื่อถามกลุ่ม LGBT ว่า เป็นเพศใด และได้คำตอบที่หลากหลายทั้งเพศชายและกะเทย โดยในกลุ่มกะเทยได้แบ่งออกเป็น เกย์ ไบเซ็กชวล กะเทยแอ็บแมน/ออกสาวและอื่นๆ เป็นต้น (Boonthai, Tungpunkom, & Fongkaew, 2014) เห็นได้ว่าคำตอบเหล่านั้นได้รวมอัตลักษณ์ รสนิยม การแสดงออก พฤติกรรมทางเพศ ฯลฯ ไว้ในกลุ่มเดียวคือ “เพศ” กลุ่ม LGBT ที่คุ้นเคยกับกรอบเพศดังกล่าวอาจเกิดความไม่แน่ใจเมื่อถูกถามถึงคุณลักษณะทางเพศที่ถูกแยกออกเป็นมิติจึงตีความแตกต่างกันไปตามความเข้าใจของตนเอง แม้ว่าจะมีการเพิ่มคำอธิบายที่ผ่านการตรวจสอบด้าน



ภาษาแล้ว ก็อาจมีอิทธิพลต่อการทดสอบเชิงภาษา เนื่องจากความไม่คุ้นเคยในระบบเพศดังที่กล่าวมา

อีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่อาจมีผลต่อความแตกต่างจากการทดสอบเชิงภาษา คือ องค์ความรู้ด้าน LGBT ในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัดและยังต้องการการพัฒนา เนื่องจากแนวคิดด้านความหลากหลายทางเพศและมิติที่หลากหลายจัดว่าเป็นแนวคิดใหม่ในสังคมไทย แม้ว่า จะถูกนำเสนอผ่านสื่อสังคมเพิ่มขึ้นแต่ก็ยังไม่เป็นที่แพร่หลายและจำกัดอยู่ในผู้สนใจเฉพาะกลุ่ม (Kittititteesasack, & Matthews, 2017) ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากวัฒนธรรมของไทยที่เชื่อว่าการพูด การสื่อสาร หรือแสดงออกเกี่ยวกับเพศเป็นเรื่องน่าอายและเป็นเรื่องส่วนบุคคล (UNDP, USAID, 2014) หรือการยังไม่ให้การยอมรับกลุ่ม LGBT อย่างแท้จริง ทำให้องค์ความรู้เหล่านี้ยังไม่ได้รับการบรรจุไว้ในระบบการศึกษาพื้นฐานอย่างจริงจังและกลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้ด้าน LGBT ในประเทศไทย (UNDP, USAID, 2014; Boonmongkon & Jackson, 2012)

ผลจากการวิจัยแสดงให้เห็นว่า แบบวัด SOGI เป็นแบบวัดที่มีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูงจากการตรวจสอบโดยกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้าน LGBT และมีระดับความเข้าใจ/การยอมรับที่สูงจากการทดสอบเชิงภาษาในกลุ่มตัวอย่าง จึงเป็นสิ่งที่ยืนยันให้เห็นถึงความเท่าเทียมกันของแบบวัดฉบับแปลกับเครื่องมือต้นฉบับและ

โครงสร้างเชิงภาษาที่เหมาะสมหากนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ทั่วไป แม้จะพบความแตกต่างของการตรวจสอบเชิงภาษาในกลุ่มที่มีคุณลักษณะทางเพศที่ต่างกันบางข้อ ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยร่วมอื่นๆ จึงเป็นประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการวิจัยทำให้ได้แบบวัดคุณลักษณะทางเพศฉบับภาษาไทยซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ด้าน LGBT จึงควรเริ่มประยุกต์ใช้กับงานวิจัยทางการแพทย์เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านเพศที่ถูกต้องชัดเจน ครบคลุม และสามารถเทียบเคียงหรืออ้างอิงกับผลการศึกษาในต่างประเทศได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนางานวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เจาะลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาการนิยามตัวตนด้านเพศหรือความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับคุณลักษณะทางเพศ เพื่อนำมาปรับปรุงแบบสอบถามให้เหมาะสมมากขึ้น และควรเพิ่มตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อระดับความรู้ความเข้าใจ เช่น อายุ การศึกษา และควรมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูลด้วยวิธีที่หลากหลายเพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Blosnich, J. R., Nasuti, L. J., Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2016). Suicidality and sexual orientation: characteristics of symptom severity, disclosure, and timing across the life course. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(1), 69.
- Boonmongkon, P. & Jackson, P. (2012). *Thai Sex Talk: the language of sex and sexuality in Thailand*. Chiang Mai, Thailand: Mekong Press.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216.
- Boonthai, C., Tungpunkom, P. & Fongkaew, W. (2014). Perception of sexual identity among early male adolescents. *Nursing Journal*. 41(4), 11-22. (in Thai).
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.



- Dolnicar, S., Laesser, C., & Matus, K. (2009). Online versus paper: format effects in tourism surveys. *Journal of Travel Research*, 47(3), 295-316.
- Donner, A., Birkett, N., & Buck, C. (1981). Randomization by cluster: sample size requirements and analysis. *American Journal of Epidemiology*, 114(6), 906-914.
- Graham, R., Berkowitz, B., Blum, R., Bockting, W., Bradford, J., de Vries, B., & Makadon, H. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding*. Washington, DC: Institute of Medicine.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., ... & Russell, S. T. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10-51.
- Harkness, J., Pennell, B. E., & Schoua-Glusberg, A. (2004). Survey questionnaire translation and assessment. In: Presser, S. Rothgeb, J. Couper, M. et al., *Methods for Testing and Evaluating Survey Questionnaires*. Hoboken, N.J.: John Wiley & Son, Inc. 453-473.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(1), 70.
- Kittitteesasack, P., & Matthews, A. K. (2017). Definitional issues in the study of sexual/gender diversity among sexual/gender minority populations in Thailand. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 31(2), 1-15. (in Thai).
- Kittitteesasack, P., & Matthews, A. K. (2019). Minority Stress Model (MSTM): A conceptual framework of mental health risk in sexual and gender minority populations. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 33(1). (in Thai).
- Kittitteesasack, P., Sangngam, J. & Matthews, A. K. (2017). The fundamentals of child and adolescent nursing in improving mental and psychosocial health among gender variant children in Thailand. *Journal of Nursing Science*. 36(1), 4-16. (in Thai).
- Mahidol University, Plan International Thailand, and UNESCO Bangkok Office. (2014). *Bullying targeting secondary school students who are or are perceived to be transgender or same-sex attracted: types, prevalence, impact, motivation and preventive measures in 5 provinces of Thailand*. UNESCO Bangkok Office.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674.
- Ojanen, T. T. (2009). Sexual/gender minorities in Thailand: identities, challenges, and voluntary-sector counseling. *Sexuality Research & Social Policy*, 6(2), 4.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489-497.
- Pearkao, P. (2013). Stress and depression among Thai gay, Kathoey (transgender). *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 36(2), 95-104. (in Thai).



- Ranji, U., Beamesderfer, A., Kates, J., & Salganicoff, A. (2014). *Health and access to care and coverage for lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals in the US*. Washington, DC: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Sawasdipani, N., & Tiansawad, S. (2011). Instrument translation for cross-cultural research: technique and issues to be considered. *Thai Journal of Nursing Council*, 26(1), 19 – 28. (in Thai).
- Snow, J., & Mann, M. (2013). *Qualtrics survey software: handbook for research professionals*. Qualtrics Labs, Inc.
- Sopitarchasak, S., Kihara, M., Soe, K. M., & Ono-Kihara, M. (2017). Disparities in mental well-being between non-minority and sexual minority male youth in Bangkok, Thailand: quantitative findings from a mixed method study. *Journal of Population and Social Studies*, 25(2), 83-98.
- Suriyasarn, B. (2014). *Gender identity and sexual orientation in Thailand: promoting rights, diversity and equality in the world of work (PRIDE) Project*. Bangkok ILO.
- Tiansawad, S. (2007). Content validity index: Critique and recommendation for computation. *Nursing Journal*, 34(4) 1 – 9. (in Thai)
- Tate, C. (2014). *Gender identity as a personality process. Gender identity: disorders, developmental perspectives and social implications*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- The GenIUSS Group. (2014). *Best practices for asking questions to identify transgender and other gender minority respondents on population-based Surveys*. J.L. Herman (ed.). Los Angeles, CA: the Williams Institute.
- The Williams Institute (2013). *Gender-related measures overview*. Retrieved from <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/GenIUSS-Gender-related-Question-Overview.pdf>.
- UNDP, USAID (2014). *Being LGBT in Asia: Thailand country report*. Bangkok. World Health Organization (2019). *Publication on transgender people*. Retrieved from <https://www.who.int/hiv/pub/transgender/en/>.
- Yadegarfar, M., Meinhold-Bergmann, M. E., & Ho, R. (2014). Family rejection, social isolation, and loneliness as predictors of negative health outcomes (depression, suicidal ideation, and sexual risk behavior) among Thai male-to-female transgender adolescents. *Journal of LGBT Youth*, 11(4), 347-363.



พลของการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนัก
ต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการกลับเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

Effects of Comprehensive Discharge Planning From an Intensive Care Unit on Adverse Events and Intensive Care Unit Readmission

ปิยวรา	กาจาริ*	Piyawara	Kachari*
ฉวีวรรณ	ธงชัย**	Chaweewan	Thongchai**
มยุลี	สำราญญาติ***	Mayulee	Somrarnyart***

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก มีความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง เนื่องจากความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤตและความซับซ้อนของการดูแล การวิจัยแบบทดลองแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนักต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกจากผู้ป่วยวิกฤตคัลยกรรมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย จัดกลุ่มตัวอย่างให้มีความเสี่ยงในด้านความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤต และลักษณะการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มทดลองได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนัก ตามแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบสำหรับหอผู้ป่วยหนักที่พัฒนาโดย researcher et al., (2013) ภายใต้กรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Mckeehan (1981) และการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย แผนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยวิกฤต การบริการดูแลผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการจำหน่าย และการประสานความร่วมมือในการดูแลโดยพยาบาลวิกฤตผู้ทำหน้าที่วางแผนจำหน่ายในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบสำหรับหอผู้ป่วยหนัก และแบบบันทึกผลลัพธ์ ซึ่งครอบคลุมแบบบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมงพัฒนาโดยผู้วิจัย ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ แบบบันทึกผลลัพธ์ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบสำหรับหอผู้ป่วยหนัก พบว่าสามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้ การตรวจสอบความเชื่อมั่นของผู้วิจัยในการบันทึกผลลัพธ์กับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติทดสอบไค-สแควร์

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำปาง

* Registered nurse, Lamphang Hospital, piyawarakachari@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยปัญหาการหายใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การติดเชื้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการได้รับสารละลายมากเกินไปจนเป็นจำเป็น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม สำหรับการกลับเข้ารับการรักษาหลังจากจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง

จากผลการศึกษาผู้วิจัยเสนอแนะว่า ควรมีการศึกษารายละเอียดของการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนักต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักก่อนเวลาอันควร เพื่อให้มีหลักฐานเพียงพอในการทบทวนวรรณกรรม และเพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยวิกฤต การวางแผนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนัก เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนัก

Abstract

Patients who are discharged from an intensive care unit (ICU) are at particular risk for adverse events leading to ICU readmission within 72 hours due to factors such as the severity of their illness and the complexity of their case. This quasi-experimental research was employed by using a two group post-test only design and aimed to examine the effects of comprehensive discharge planning (CDP) from the ICU on adverse events leading to ICU patient readmission within 72 hours. The participants were purposively selected and comprised of 50 critically ill surgical patients who were confined to the general ICU of Lampang Hospital, Thailand from April to October 2014. Subjects were assigned to a control group ($n=25$) and an experimental group ($n=25$). The severity of their illness and the characteristics of discharge from the ICU were similarly matched for both groups. The experimental group received a CDP from the ICU based on the comprehensive discharge plan for the ICU developed from the researcher et al., (2013) under the concept of discharge planning of Mckeehan (1981), and from the literature reviewed, which consisted of a discharge plan for the critically ill patients, a critical care outreach service, and care coordinated by the ICU discharge nurse. The control group received the usual discharge care.

The research instruments consisted of the comprehensive discharge plan for the ICU and the outcomes record form which included a record of adverse events and ICU readmission within 72 hours, developed by the researcher. The content validity of the research instrument was done by experts. The content validity index [CVI] of the outcomes record form was 1.0. The feasibility and appropriateness of the comprehensive discharge plan for the ICU was able to be utilized in the units. The interrater reliability, which was done between the



researcher and an ICU expert nurse, was 1.0. Data analysis were done using chi-square test.

The results of this study demonstrated that there were significant differences in adverse events between the experimental group and the control group, which included respiratory problems ($p < .001$), infections ($p < .001$) and fluid volume overload ($p < .05$). There was no significant difference between the two groups for ICU readmission within 72 hours.

From the findings, the researcher suggested that further studies of the effects of the DCP from the ICU on the ICU readmission within 72 hours should be done among premature discharge patients from the ICU, in order to obtain enough evidence for a systematic review and to enhance further knowledge on the continuity of care of critically ill patients.

Key words: Critically ill patient, Discharge planning from ICU, Adverse events, ICU readmission

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เทคโนโลยีด้านสุขภาพมีความก้าวหน้าอย่างมาก โดยเฉพาะเทคโนโลยีขั้นสูงที่ใช้ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยภาวะวิกฤต ทำให้มีผู้รอดชีวิตจากหอผู้ป่วยหนัก สูงขึ้นถึงร้อยละ 90 (Higlett, Bishop, Hart, & Hicks, 2005) แต่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจนสามารถจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 11.2 กลับต้องเสียชีวิตขณะอยู่ในโรงพยาบาล (Campbell, Cook, Adey, & Cuthbertson, 2008) ความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤตที่เคยเกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ยังคงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพ (Williams, Leslie, Brearley, & Dobb, 2010) นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่ทวีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น คือ ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอย่างกะทันหัน เนื่องจากความต้องการเตียงในหอผู้ป่วยหนักที่เพิ่มมากขึ้น (Halpern & Pastures, 2010)

การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ไดวางแผนล่วงหน้า (unplanned discharge) เป็นการจำหน่ายผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยยังไม่มีความพร้อม ตามเกณฑ์การจำหน่ายที่กำหนดไว้ จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยวิกฤตถูกจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักก่อนเวลาอันควร (premature discharge) ร้อยละ 10.8 (Rodriguez-Carvajal et al., 2010; Singh, Nayyar, Clark, & Kim, 2010) พบว่าร้อยละ 34.7 ของผู้ป่วยวิกฤตถูกจำหน่าย

ยามวิกาลและนอกเวลาปฏิบัติงานตามปกติ (after hours discharge) หลายการศึกษาพบว่า การจำหน่ายผู้ป่วยวิกฤตก่อนเวลาอันควร และการจำหน่ายผู้ป่วยวิกฤตนอกเวลาปฏิบัติงานตามปกติ มีความสัมพันธ์กับอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักและอัตราตายในโรงพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น (Chrusch, Olafson, McMillan, Roberts., & Gray, 2009; Duke, Green, & Briedis, 2004; Hanane, Keegan, Seferian, Gajic, & Afessa, 2008; Picher, Duke, Gorge, Bailey, & Hart, 2007; Rodriguez-Carvajal et al., 2010; Tobin & Santamaria, 2006) การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ไดวางแผนล่วงหน้า เป็นการจำหน่ายที่ขาดการเตรียมความพร้อมและวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse events) ขณะอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญ (Makris, Dulhunty, Paratz, Bandeshe, & Gowardman, 2010)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หมายถึง เหตุการณ์อันตรายที่ไม่สมควรให้เกิดขึ้น เป็นผลมาจากการดูแลรักษามากกว่าภาวะของโรค (Institute for Health care Improvement [IHI], 2009) (Williams, Leslie, Elliott, et al., 2010) พบว่าผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง มีอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สูงถึงร้อยละ 23 โดยเหตุการณ์ที่พบบ่อย 3



ลำดับแรก คือ ปัญหาการหายใจร้อยละ 19 การติดเชื้อ ร้อยละ 18 และการได้รับสารละลายปริมาณมากเกินไป ความจำเป็นร้อยละ 12 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว อาจมีความรุนแรงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ในหอผู้ป่วยหนัก ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพล่าช้าและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตขณะอยู่ในโรงพยาบาล (Makris et al., 2010)

การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนัก (ICU readmissions) ภายใน 72 ชั่วโมง พบได้ร้อยละ 13.40 (Kabel et al., 2008) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากปัญหา ระบบหายใจร้อยละ 86 ปัญหาระบบประสาทร้อยละ 40 ปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 28 และการติดเชื้อในกระแสโลหิตร้อยละ 26 (Makris et al., 2010) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักสามารถป้องกันได้ โดยการวางแผนการดูแล อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความแตกต่าง ของระดับการดูแล หรือการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งแวดล้อม หนึ่งไปสู่สิ่งแวดล้อมอื่น โดยใช้การวางแผนจำหน่าย (discharge planning) ซึ่งเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้มีความ พร้อมในการดูแลตนเอง หรือช่วยเหลือให้ครอบครัว สามารถดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายได้ (Thanmickbaworn, 2011)

การวางแผนจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก เป็นการบริการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออก จากหอผู้ป่วยหนักไปสู่หอผู้ป่วยสามัญ เพื่อมุ่งหวังให้ อัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และอัตราการกลับเข้า รักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักลดลง มีการปฏิบัติในรูปแบบ ของการบริการดูแลผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการจำหน่าย (critical care outreach service) โดยมีพยาบาลวิกฤต ทำหน้าที่วางแผนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนัก (ICU discharge nurse/liaison nurse) เป็นผู้นำในการปฏิบัติ การใช้ระบบเฝ้าระวังสัญญาณชีพ (early warning system [EWS]) เป็นเครื่องมือประเมินผู้ป่วยเพื่อการ ตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ (Endacott, Elliott, & Chaboyer, 2009; Esmonde et al., 2006) และการใช้แผนจำหน่ายที่สร้างขึ้นสำหรับผู้ป่วยวิกฤต

(William, et al., 2010) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยหนัก ที่มีเพียง แผนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยวิกฤต ไม่สามารถทำให้อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังจำหน่ายออก จากหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมงลดลง หรือการศึกษา เกี่ยวกับการบริการดูแลผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการจำหน่าย โดยมีพยาบาลวิกฤตเป็นผู้นำในการปฏิบัติส่วนใหญ่พบว่า การบริการดังกล่าวส่งผลให้อัตราตายในหอผู้ป่วยหนัก และอัตราตายในโรงพยาบาลลดลง ดังนั้นจึงไม่สามารถสรุปได้ว่าการมีเพียงแผนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยวิกฤต หรือการบริการดูแลผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการจำหน่ายโดย มีพยาบาลวิกฤตเป็นผู้นำการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง จะ สามารถลดอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรืออัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมงได้

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้มีความต่อเนื่อง จึงต้องบูรณาการกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลายๆ อย่าง เพื่อให้เป็นการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบ จากหอผู้ป่วยหนัก (comprehensive discharge planning from ICU) ประกอบด้วย การมีแผนจำหน่าย สำหรับผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมถึงการประเมิน การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล การกำหนดแผนการ ปฏิบัติโดยมีผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพเข้ามามีส่วน ร่วมในการเรียนรู้ พัฒนาทักษะและปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย และมีการประเมินผลการปฏิบัติ โดยมีพยาบาล วิกฤตทำหน้าที่วางแผนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนัก ประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีม สุขภาพ ร่วมกับการบริการดูแลผู้ป่วยวิกฤตภายหลัง จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้ระบบเฝ้าระวัง สัญญาณชีพเป็นเครื่องมือประเมินผู้ป่วย เพื่อตัดสินใจขอ ความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ กิจกรรมที่กล่าวมา ทั้งหมดน่าจะส่งผลถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลัง จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักและการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายอย่าง สมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนักต่อเหตุการณ์ไม่พึง



ประสงค์หลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง

2. เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนักต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนักเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติอย่างไร

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนักกลับเข้ารับรักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนักต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง การวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนักประกอบด้วย 1) การใช้แผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยวิกฤต มีเนื้อหาครอบคลุมการประเมิน การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล การกำหนดแผนการปฏิบัติ โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ พัฒนาทักษะ และปฏิบัติหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ร่วมกับทีมสุขภาพ และการประเมินผล 2) การบริการดูแลผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมอาการ การประเมินและจัดการปัญหาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนนอกหอผู้ป่วยหนัก ร่วมกับการใช้ระบบเฝ้าระวังสัญญาณชีพฉบับปรับปรุงเป็นเครื่องมือประเมินผู้ป่วย เพื่อตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ และ 3) การประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ

โดยมีพยาบาลวิกฤตผู้ทำหน้าที่วางแผนจำหน่าย การวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนักดังกล่าว น่าจะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนักต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง ตั้งแต่เดือนเมษายน-ตุลาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 50 ราย สามารถตัดสินใจให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยการลงนามเข้าร่วมการวิจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และการประมาณค่าอิทธิพลของตัวแปร (estimate effect size) .80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย (Polit & Beck, 2008) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติแล้ว ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีความใกล้เคียงกัน โดยใช้เกณฑ์ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (severity of illness) และลักษณะการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบสำหรับหอผู้ป่วยหนัก และแบบบันทึกผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนัก โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบบันทึกผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนักเท่ากับ 1.00 2) การตรวจสอบความเป็นไปได้และ



ความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ (feasibility and appropriateness) พบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ และทุกสาระของแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบสำหรับหอผู้ป่วยหนัก ได้รับการปฏิบัติครบถ้วนทุกครั้ง 3) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (interrater reliability) ในการบันทึกผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนัก ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.0

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในกลุ่มควบคุมจำนวน 25 ราย ก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและวางแผนจำหน่ายตามปกติของหอผู้ป่วยหนักทั่วไป ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักทุก 24 ชั่วโมง 3 ครั้งจนครบ 72 ชั่วโมง และรวบรวมข้อมูลการกลับเข้ารับรักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมงจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนัก

ดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย โดยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ตั้งแต่กลุ่มทดลองเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เมื่อกลุ่มทดลองรอดพ้นจากภาวะวิกฤตและมีอาการที่ผู้วิจัยและทีมสุขภาพประเมินอาการ และคาดการณ์ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก กำหนดปัญหาทางการพยาบาล กำหนดแผนการปฏิบัติ โดยมีกลุ่มทดลองและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมกับทีมสุขภาพ แล้วติดตามประเมินผล เมื่อแพทย์พิจารณาให้จำหน่ายกลุ่มทดลองออกจากหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมกลุ่มทดลอง ครอบครัว และทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยสามัญก่อนการเคลื่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลกลุ่มทดลอง รวมทั้งแนะนำการใช้ระบบเฝ้าระวัง

สัญญาณชีพฉบับปรับปรุง (De Meester et al., 2012) แก่ทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยสามัญ ผู้วิจัยประสานความร่วมมือระหว่างกลุ่มทดลอง ครอบครัวและทีมสุขภาพ หากพบปัญหาสุขภาพ ผู้วิจัยปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลเพื่อพิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อดูแลรักษา ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมอาการกลุ่มทดลอง ตามลักษณะการจำหน่าย ประเมินปัญหาและติดตามผลการปฏิบัติพยาบาล ตามแผนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่วางไว้ แล้วรวบรวมข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง จากเวชระเบียนผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำปาง มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบข้อมูล รายละเอียดของการดำเนินการวิจัยและสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการบริการของทีมนสุขภาพหรือการดูแลรักษาที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัย

การอภิปรายผล

การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งประกอบด้วย การใช้แผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่ทำให้กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เริ่มจากการประเมินภาวะสุขภาพก่อนจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก กำหนดเป็นปัญหาทางการพยาบาลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย โดยมีแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยวิกฤตเป็นเครื่องมืออำนวยความสะดวกและแนวทางในการปฏิบัติ แผนการ



จำหน่ายที่สร้างขึ้นสำหรับผู้ป่วยวิกฤตเป็นเครื่องมือสำคัญช่วยให้ทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยสามัญและแพทย์ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบข้อมูล และสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (William et al., 2010) การมีพยาบาลวิกฤตทำหน้าที่ประสานความร่วมมือ ระหว่างทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ติดตามเยี่ยมอาการตามลักษณะการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ร่วมกับการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลในกลุ่มทดลองที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนนอกหอผู้ป่วยหนัก ทำให้ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทำงานร่วมกันสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งการมีพยาบาลวิกฤตผู้ทำหน้าที่วางแผนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนัก (Barbetti & Choate, 2003) พบว่าสามารถพัฒนาการสื่อสารและการประสานงานในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยสามัญอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และได้รับการจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างทันทั่วทั้งขณะอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญ

ส่วนประกอบของการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนักที่มีความสำคัญอีกประการหนึ่ง ได้แก่ การใช้ระบบเฝ้าระวังสัญญาณชีพฉบับปรับปรุงเป็นเครื่องมือในการประเมินอาการของกลุ่มทดลอง คณะนรรมจากระบบเฝ้าระวังสัญญาณชีพฉบับปรับปรุงสามารถทำนายการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้อย่างแม่นยำ จึงทำให้กลุ่มทดลองได้รับการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วทันเหตุการณ์จากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งตามการศึกษาของ De Meester et al. (2012) พบว่า คณะนรรมแบบเฝ้าระวังสัญญาณชีพฉบับปรับปรุง สามารถทำนายการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักได้อย่างแม่นยำ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์จากทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

การบูรณาการองค์ประกอบของการบริการดูแลผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการจำหน่ายที่กล่าวมาทั้งหมดโดยมีพยาบาลวิกฤตเป็นผู้นำการปฏิบัติ ส่งผลให้ทีมสุขภาพ

และแพทย์ผู้เกี่ยวข้องประสานความร่วมมือกันดูแลกลุ่มทดลองอย่างต่อเนื่อง กลุ่มทดลองจึงได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมให้ฝึกการไต่ถามอย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการฝึกสอนให้หายใจโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วยสามัญ ตลอดจนติดตามประเมินความสามารถในการขับเสมหะอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพตามกระบวนการพยาบาลในแผนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่วางไว้ จึงทำให้การคัดค้านของเสมหะลดลง สามารถป้องกันการเกิดปัญหาการหายใจจากการมีเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักได้ และกลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และการติดเชื้อจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักต่อเนื่องไปสู่อุบัติเหตุสามัญ ความรู้และคำแนะนำที่ได้รับส่งเสริมให้กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามแผนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่วางไว้ ประกอบกับการที่กลุ่มทดลองได้รับการติดตามเยี่ยมจากทีมสุขภาพ โดยใช้ระบบเฝ้าระวังสัญญาณชีพฉบับปรับปรุง ส่งเสริมให้ตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลที่สามารถป้องกันการติดเชื้อดังกล่าวได้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Esmond et al.(2006) ก็พบว่าการบริการดูแลผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการจำหน่ายประกอบด้วย การให้ความรู้ และการติดตามเยี่ยมอาการหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักร่วมกับการใช้ระบบเฝ้าระวังสัญญาณชีพฉบับปรับปรุงเป็นเครื่องมือประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อพิจารณาตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดจากการเจ็บป่วยวิกฤตและการดูแลรักษาขณะอยู่ในหอผู้ป่วยหนักได้เช่นเดียวกัน ส่วนปัญหาการได้รับสารละลายมากเกินความจำเป็นที่ลดลง เนื่องจากการที่กลุ่มทดลองได้รับการประเมินติดตามและเฝ้าระวังปริมาณสารน้ำเข้า-ออก การได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามเวลาไม่ทำให้เร็วเกินความจำเป็น ร่วมกับการใช้ระบบเฝ้าระวังสัญญาณชีพฉบับปรับปรุง เป็นเครื่องมือช่วย



ประเมินระดับความรู้สึกตัว อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจ เพื่อนำคะแนนรวมจากแบบเฝ้าระวังสัญญาณชีพฉบับปรับปรุงที่ประเมินได้ เป็นแนวทางในการพิจารณาขอความช่วยเหลือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

สำหรับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมงในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยคาดว่าอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ การที่หอผู้ป่วยสามยโรงพยาบาลได้เริ่มมีการใช้ระบบเฝ้าระวังสัญญาณชีพฉบับเริ่มแรกในระหว่างที่มีการดำเนินการวิจัย อาจมีผลต่อการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เหตุผลอีกประการหนึ่ง คือ ความต้องการเตียงเพื่อเตรียมรับผู้ป่วยวิกฤตใหม่ในช่วงดำเนินการวิจัยมีไม่มาก จึงส่งผลให้กลุ่มควบคุมกว่าร้อยละ 76 ได้รับการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ขณะที่คะแนนแบบประเมินความเจ็บป่วยเฉียบพลันและภาวะสุขภาพเรื้อรังแบบที่ 2 (APACHE II) น้อยกว่า 17 คะแนน ซึ่งหมายถึงกลุ่มควบคุมได้รับการ

จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักในขณะที่สภาวะร่างกายคงที่ไม่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีในหอผู้ป่วยหนักอีกต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มควบคุมมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมงร้อยละ 8 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมงร้อยละ 4 หลังทดสอบทางสถิติจึงพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้การใช้แผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยวิกฤตมีประสิทธิภาพ ขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการปฏิบัติของทีมสุขภาพ ระบบการบริการดูแลผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการจำหน่ายที่มีความต่อเนื่อง และทักษะในการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ที่หมุนเวียนเข้ามาดูแลผู้ป่วย ตลอดจนความสามารถในการประสานงานการใช้ความรู้และทักษะทางคลินิกของพยาบาลวิกฤตผู้ทำหน้าที่วางแผนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนัก

ตารางที่ 1 เปรียบค่าความถี่ ร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง โดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		x2-test	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ปัญหาการหายใจ					0.00	<.001
ไม่เกิด	21	84.00	7	28.00		
เกิด	4	16.00	18	72.00		
การติดเชื้อ					0.00	<.001
ไม่เกิด	23	92.00	10	40.00		
เกิด	2	8.00	15	60.00		
การได้รับสารละลายมากเกินไป					<0.05	<0.05
ไม่เกิด	24	96.00	17	68.00		
เกิด	1	4.00	8	32.00		



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าความถี่ร้อยละ การกลับเข้ารับรักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์

การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ในหอผู้ป่วยหนัก	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		χ^2 -test	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ไม่เกิด	24	96.00	23	92.00	0.50	0.50
เกิด	1	4.00	2	8.00		

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการพัฒนาพยาบาลวิกฤตให้มีบทบาทหน้าที่ในการวางแผนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนักเพื่อขยายขอบเขตการบริการของพยาบาลวิกฤต โดยใช้ความรู้และทักษะในการจัดการดูแลแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนนอกหอผู้ป่วยหนัก ตลอดจนพัฒนาระบบการบริการดูแลผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการจำหน่ายร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีความต่อเนื่อง โดยมีระบบเฝ้าระวังสัญญาณชีพฉบับปรับปรุงเป็นเครื่องมือประเมินอาการหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปสู่หอผู้ป่วยสามัญ

ด้านการวิจัย นำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปสู่หอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งจะมีผลให้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมงลดลง และจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นต่อไป

ด้านการเรียนการสอน ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติพยาบาลวิกฤตให้มีความรู้และทักษะทางคลินิกในการวางแผนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนัก ประสานความร่วมมือ ระหว่างทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ติดตามเยี่ยมอาการตามลักษณะการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ร่วมกับการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนนอกหอผู้ป่วยหนัก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาซ้ำ ถึงผลของการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนักต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนัก ในหอผู้ป่วยหนักที่มีความต้องการบริหารจัดการเตียงเพื่อเตรียมรับผู้ป่วยวิกฤตใหม่จำนวนมาก และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักก่อนเวลาอันควรเพื่อยืนยันผลที่เกิดจากการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนัก

2. ควรศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนักในประเด็นอื่นๆ เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่รอดพ้นจากภาวะวิกฤต และอัตราการตายของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก

3. พัฒนาการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนักให้ครอบคลุมการดูแลตามผลลัพธ์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รอดพ้นจากภาวะวิกฤตในระยะยาว รวมถึงการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

4. ควรศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบจากหอผู้ป่วยหนัก ในผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มอื่นเพื่อให้ได้งานวิจัยจำนวนมากพอ ที่จะสามารถทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและสรุปความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- Barbetti, J., & Choate, K. (2003). Intensive care liaison nurse service: Implementation at a major metropolitan hospital. *Australian Critical Care*, 16(2), 46-52.
- Campbell, A. J., Cook, J. A., Adey, G., & Cuthbertson, B. H. (2008). Predicting death and readmission after intensive care discharge. *British Journal of Anaesthesia*, 100(5), 656-662.
- Chrusch, C. A., Olafson, K. P., McMillan, P. M., Roberts, D. E., & Gray, P. R. (2009). High occupancy increases the risk of early death or readmission after transfer from intensive care. *Critical Care Medicine*, 37(10), 2753-2758.
- De Meester, K., Das, T., Hellemans, K., Verbrugghe, W., Jorens, P. G., Verpootene, G. A., & Bogaerta, P. V. (2012). Impact of a standardized nurse observation protocol including MEWS after Intensive Care Unit discharge. *Resuscitation*, 84(2), 184-188.
- Duke, G. J., Green, J. V., & Briedis, J. H. (2004). Night-shift discharge from intensive care unit increases the mortality-risk of ICU survivors. *Anesthesia Intensive Care*, 32(5), 697-701.
- Endacott, R., Chaboyer, W., Edington, J., & Thalib, L. (2010). Impact of an ICU Liaison Nurse Service on major adverse events in patients recently discharges from ICU. *Resuscitation*, 81(2), 198-201.
- Esmonde, L., McDonnell, A., Ball, C., Waskett, C., Morgan, R., Rashidian, & Harvey, S. (2006). Investigating the effectiveness of critical care outreach service: A systematic review. *Intensive Care Medicine*, 32(11), 1713-1721.
- Halpern, N. A., & Pastores, S. M. (2010). Critical care medicine in the United States 2000-2005: An analysis of bed numbers, occupancy rates, payer mix, and costs. *Critical Care Medicine*, 38(1), 65-71.
- Hanane, T., Keegan, M. T., Seferian, E. G., Gajic, O., & Afessa, B. (2008). The association between nighttime transfer from the intensive care unit and patient outcome. *Critical Care Medicine*, 36(8), 2232-2237.
- Higlett, T., Bishop, N., Hart, G. K., & Hicks, P. (2005). *Review of intensive care resources & activity 2002/2003*. Melbourne: Australian and New Zealand Intensive Care Society.
- Kaben, A., Correa, F., Reinhart, K., Settmacher, U., Gummert, J., Kalff, R., & Sakr, Y. (2008). Readmission to surgical intensive care unit: Incidence, outcome and risk factors. *Critical Care*, 12(5), R123.
- Makris, N., Dulhunty, J. M., Paratz, J. D., Bandeshe, H., & Gowardman, J. R. (2010). Unplanned early readmission to the intensive care unit: a case-control study of patient, intensive care and ward-related factors. *Anaesthesia Society of Anaesthetists*. 38(4), 723-731.
- McKeegan, K. M. (1981). *Continuining care: A multidisciplinary approach to discharge planning*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Nanda Nursing Intervention. (2012). Retrieved June 20, 2013, from <http://nanda-nursing.blogspot.com/2012/03/nic-ineffective-airway-clearance.html>



- Pilcher, D. V., Duke, G. J., George, C., Bailey, M. J., & Hart, G. (2007). After-hours discharge from intensive care increase the risk of readmission and death. *Anesthesia Intensive Care*, 35(4), 477-485.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- Rodriguez-Carvajal, M., Mora, D., Doblas, A., Garcia, M., Dominguez, P., Tristanchó, A., & Herrera, M. (2010). Impact of the premature discharge on hospital mortality after a stay in an intensive care unit. *Medicina Intensiva*, 35(3), 143-149.
- Santry, H. P., & Alam, H. B. (2010). Fluid Resuscitation: Past, present, and the future. *Shock*, 33(3), 229-241.
- Singh, M. Y., Nayyar, V., Clark, P. T., & Kim, C. (2010). Does after-hours discharge of ICU patients influence outcome. *Critical Care Resuscitation*, 12(3), 156-161.
- Thanmickbaworn, S. (2011). *Karnpayabarnongruam: goraneesuksa*. [Holistic nursing: case study]. Bangkok: Thanapress.
- Tobin, A. E., & Santamaria, J. D. (2006). After-hours discharge from intensive care are associated with increased mortality. *Medical Journal of Australia*, 184(7), 334-337.
- Williams, T. A., Leslie G. D., Elliott, N., Brearley, L., & Dobb., G. J. (2010). Introduction of discharge plan to reduce adverse events within 72 hours of discharge from the ICU. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(1), 73-79.



พลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจต่อภาวะแทรกซ้อน
และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจใน
หอผู้ป่วยอายุรกรรมรศ.2 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

Effects of Clinical Nursing Practice Guideline for Nursing
Care of Patients with Coronary Artery Disease:
Undergone Coronary Angiography on Complications and
Anxiety Levels in Medical Unit, Thammasat University Hospital.

ลดาวัลย์	ฤทธิกล้า *	Ladawan	Ritklar *
ดิลก	ปิยโยทัย **	Dilok	Piyayotai **

บทคัดย่อ

การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจเป็นการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจต่อภาวะแทรกซ้อนและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการที่งานการพยาบาล รศ.2 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างเดือนมีนาคม – สิงหาคม 2559 จำนวน 52 ราย โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 รายกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสมาคมพยาบาลอาหาริโอ ประเทศแคนาดา (RNAO, 2009) เป็นแนวทางในการนำแนวปฏิบัติส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของซุง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแคว์และ Independence t-test. ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการกลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลองร้อยละ 11.5 เทียบกับ กลุ่มควบคุม ร้อยละ 38.5, $p < 0.05$) และมีคะแนนระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 31.5 \pm 5.37$ vs $M = 47.0 \pm 9.11$, $p < 0.001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้การดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผล

* พยาบาล โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

* Professional nurse, Thammasat University hospital, r-lada@hotmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** Associate professor, Faculty of Medicine, Thammasat University



ให้ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งนี้ควรศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อพิสูจน์ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลดังกล่าว

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ ภาวะแทรกซ้อน ระดับความวิตกกังวล

Abstract

A coronary angiography is an important tool for diagnosing coronary artery disease. The purpose of this quasi-experimental research was to explore the effects of a clinical nursing practice guideline on complications and anxiety levels in patients with coronary artery disease who undergo coronary angiography. The participants were 52 coronary artery disease patients who were admitted to the Medical Unit at Thammasat University Hospital in March-August, 2016. Participants were randomly assigned to the experimental and control groups (26 people per group). The experimental group received nursing care according to the clinical nursing practice guideline by the Registered Nurses Association of Ontario, whereas the control group received usual nursing care. The number of patients who had complications from coronary angiography was recorded and the anxiety score was assessed using the Zung Self-Rating Anxiety Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and independent t-test.

The experimental group had incidence rates of complications significantly lower than the control group (11.5 % and 38.5 %, $p < 0.05$) and lower anxiety than those the control group ($M = 31.5 \pm 5.37$ vs $M = 47.0 \pm 9.11$, $p < 0.001$).

Results from this study suggest that the clinical nursing practice guideline for coronary artery disease used in this study could reduce complications and anxiety following coronary artery angiography. A further study should be replicated using a larger participant pool to verify the effectiveness of this guideline on complications.

Key words: Clinical Nursing Practice Guideline, coronary artery disease, coronary artery angiography, complications, anxiety levels.



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนที่นำไปสู่ความพิการและเสียชีวิต จากรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจถึง 610,000 รายและเสียชีวิตโดยมีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดหัวใจกว่า 370,000 ราย (Centers for Disease Control [CDC], 2015) สำหรับในประเทศไทยพบสถิติอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหัวใจขาดเลือดต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ปี พ.ศ. 2550 – 2556 สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 328.63, 347.57, 359.34, 397.24, 412.70, 427.43 และ 431.91 ต่อประชากร 100,000 คน (Strategy and Planning Division, 2014) การตรวจวินิจฉัยถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ ปัจจุบันการสวนหัวใจโดยการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจเป็นหัตถการ เพื่อการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจที่แม่นยำและเป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลายเนื่องจากสามารถบอกถึงตำแหน่งขนาดและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ถูกต้องและแม่นยำที่สุด แต่ก็สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้โดยภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดที่พบ ได้แก่ ภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนัง เลือดออกซ้ำ เลือดแดงออกตามตัว เลือดแดงโป่งพอง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนพบบ่อยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังทำการสวนหัวใจโดยการฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารีผ่านทางหลอดเลือดแดง จากรายงานการศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังทำการสวนหัวใจโดยการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ พบก่อนเลือดใต้ผิวหนังร้อยละ 8.8 เลือดออกซ้ำร้อยละ 4.5 และการโป่งพองของหลอดเลือด ร้อยละ 1 (McCabe, McPherson, Lohse, & Weaver, 2001) จากสถิติหอผู้ป่วยอายุรกรรม รพ.2 ในปี 2558 พบผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจเป็นหัตถการที่พบเป็นอันดับหนึ่งของหน่วยงาน โดยพบทั้งหมด 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.4 ของหัตถการทั้งหมดและในจำนวนนี้พบภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดถึงร้อยละ 5.43 (Medical record and statistics Thammasat University Hospital, 2015)

จากภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดดังกล่าวมีผล

กระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่เต็มที่หากประเมินพบล่าช้าหรือไม่ได้รับการรักษาและอาจจะมีผลทำให้เพิ่มระยะ เวลาในการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจไม่มีความรู้สึกตึงเครียดวิตกกังวลและกลัว โดยเฉพาะในระยะก่อนการผ่าตัด ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยมีความรู้สึกหวาดหวั่นหวาดกลัววิตกกังวลไม่สบายใจเกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน ความไม่ใจของสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ (Boker, Bronnell & Donan, 2002) ความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้ เช่น กลัวความเจ็บปวด กลัวตาย หรือการไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอหรือเหมาะสม (Waraporn Guppradit, 2001)

จากผลการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีการพัฒนาและนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการทำการหัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัย/รักษา พบว่าเน้นการเตรียมความพร้อมก่อนทำการหัตถการดูแลผู้ป่วยหลังการทำการหัตถการ ซึ่งพบว่าได้ผลดีดังเช่นการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Jurairat Wainwan, 2012) พบว่า ระยะทางที่เดินได้บนพื้นราบใน 6 นาทีเพิ่มขึ้น และการศึกษาพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ (Prapada Watchanat et al., 2010) พบว่า อัตราการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจากการสวนหัวใจโดยการฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารีในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (Suchada Boonnayun, 2009) พบว่ามีความเป็นไปได้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจากการสวนหัวใจโดยการฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารีในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ถึงแม้ว่าจะพบว่า มีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในหลายกลุ่ม แต่สำหรับ



การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจ ยังพบได้น้อย แต่พบว่าส่วนใหญ่เป็นลักษณะการพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งได้ผลดีทางด้านร่างกายแต่ยังไม่ครอบคลุมด้านจิตใจ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงปฏิบัติงานอยู่ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม ศท.2 ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มนี้จำนวนมากทั้งก่อนการทำการหัตถการและดูแลหลังการทำการหัตถการ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีแนวคิดนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจ ในการกำหนดข้อปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจ ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนทำ จนกระทั่งการดูแลหลังการทำการฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การเตรียมผู้ป่วย 2) การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการหัตถการ (วันที่ทำการหัตถการ) 3) ดูแลผู้ป่วยภายหลังทำการหัตถการ และ 4) การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านหลังการฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจ เพื่อจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุม อีกทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมีมาตรฐานถูกต้อง ปลอดภัยเกิดความพึงพอใจ เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพและมีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้เพื่อพัฒนาบุคลากรและหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. ระดับวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำแนวการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสมาคมพยาบาลออนแทรีโอ ประเทศแคนาดา เป็นแนวทางในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2009) คือ 1) การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การระบุวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมหน่วยงานและบุคลากรเจ้าหน้าที่ 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 5) การประเมินผลความสำเร็จและ 6) การจัดหางบประมาณหรือแหล่งประโยชน์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อให้พยาบาลได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย (The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage, 2009) และแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจากการสวนหัวใจโดยการฉีดสตีลหลอดเลือดโคโรนารีในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (Suchada Boonnayun, 2009) มาเป็นแนวทางในการกำหนดข้อปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนทำ จนกระทั่งการดูแลหลังการทำการฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจ โดยคาดหวังว่าเมื่อพยาบาลได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจแล้วส่งผลให้ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีแบบแผนการศึกษาวิจัยแบบ Two group pre-post test เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาดูแลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ธพ.2 ที่ได้รับการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจช่วงเดือนมีนาคม - สิงหาคม 2559 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าสัดส่วนประชากร แต่ประชากรไม่มาก (Cochran W.G.,1997) ใช้ค่าระดับความมั่นใจที่กำหนดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96 ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 จำนวน ได้ 26 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยการสุ่มอย่างง่ายจากกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องได้รับการวินิจฉัย/รักษาด้วยการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นก่อนการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจ มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสารได้ โดยกลุ่มควบคุมจะการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฉีดสียหลอดเลือดหัวใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนทำ จนกระทั่งหลังทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การเตรียมผู้ป่วย 2) การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ (วันที่ทำหัตถการ) 3) ดูแลผู้ป่วยภายหลังทำหัตถการ และ 4) การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านหลังการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ข้อวินิจฉัย โรคประจำตัว ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยพัฒนา ขึ้น ประกอบด้วย ภาวะก่อนเลือดใต้ผิวหนัง มีเลือดออกซ้ำ มีภาวะช็อก ติดเชื้อ ลิ้มเลือดอุดตัน ไตมี

ปัญหา แพ้สารทึบรังสี หลอดเลือดโป่งพอง หัวใจเต้นผิดจังหวะและแบบประเมินความวิตกกังวลของสูง ซึ่งประกอบด้วย ข้อความแสดงความรู้สึกวิตกกังวลหรือพฤติกรรมที่แสดงออก จำนวน 20 ข้อคำถาม มีข้อความทางด้านบวก 5 ข้อและข้อความทางด้านลบ 15 ข้อ ถ้าคะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลต่ำ และคะแนนรวมมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขและไปทดสอบโดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย จำนวน 3 รายเพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ทดสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้ 0.82 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นได้ 0.80 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของประชากรที่ศึกษาโดย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบรายละเอียดในขั้นตอนต่างๆ โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อมูลสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเปิดเผยทั้งด้านบวกและด้านลบของงานวิจัย สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเองและสิทธิที่จะได้รับการปกปิดชื่อไม่ให้ชื่อปรากฏ ความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับส่วนบุคคล พร้อมทั้งได้รับการชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใดๆ การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจโดยใช้โคสแคร์ และเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยใช้ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 95%



ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้เมื่อเริ่มโครงการมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 26 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 13 คน เพศชาย 13 คน (ร้อยละ 50 และร้อยละ 50) มีอายุระหว่าง 61-80 ปีโดยมีอายุเฉลี่ย 65.35 ± 12.54 ปี ทุกคนมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 100) กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล(กลุ่มทดลอง) จำนวน 26 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 17 คน เพศชาย 9 คน (ร้อยละ 65.4 และ ร้อยละ 34.6) มีอายุระหว่าง 61-80 ปีโดยมีอายุเฉลี่ย 66.42 ± 13.03 ปี มี

โรคประจำตัว ร้อยละ 96.2จากการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจกับกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจกับกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 26)		กลุ่มทดลอง (n = 26)		Statistic test	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน					5.026 ^a	0.025
ไม่มี	16	61.5	23	88.8		
มี	10	38.5	3	11.5		

Chi-square test

ผลการเปรียบเทียบระดับวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจของกลุ่ม

ทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มทดลองมีระดับวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจกับกลุ่มควบคุม พบว่า ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

มูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 26)		กลุ่มทดลอง (n = 26)		Statistic test	P-value
	M	SD	M	SD		
ระดับคะแนนความวิตกกังวล	47.0	9.11	31.5	5.37	0.038	0.000

Independent t-test



การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 ราย โดยตลอดโครงการไม่มีกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ (อัตราการถอนตัวร้อยละ 0) และจากการที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องได้รับการฉีดสียหล่อเลือดหัวใจ ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยจนกระทั่งการเตรียมผู้ป่วยกลับบ้านหลังการฉีดสียหล่อเลือดหัวใจ เพื่อประโยชน์ในการป้องกันความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เกิดความปลอดภัย และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนและระดับความวิตกกังวลที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดสียหล่อเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมสามารถอธิบายได้ว่า การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดข้อปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสียหล่อเลือดหัวใจ ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนทำ ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวด้านร่างกาย ได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจปัจจัยเสี่ยงการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังสวนหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนขั้นตอนการทำหัตถการจนกระทั่งการดูแลหลังการทำการฉีดสียหล่อเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมที่ถูกต้องเหมาะสม ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดสียหล่อเลือดหัวใจ ผู้ป่วยได้รับทราบการปฏิบัติตนที่เหมาะสมส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการทำหัตถการ ในขณะที่พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติที่มีมาตรฐานและสามารถจัดการกับภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจากการสวนหัวใจได้ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจโดยการฉีดสียหล่อเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านทางหลอดเลือดดำใหญ่ที่

บริเวณขาหนีบ (Nakia, Linda, 2012) พบว่า ความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถลดลงได้ด้วยการให้การพยาบาลโดยพยาบาลที่มีความรู้ มีแนวทางในการประเมินหรือตรวจสอบความเสี่ยงที่ดีและมีความสามารถในการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจากการสวนหัวใจโดยการฉีดสียหล่อเลือดโคโรนารีในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (Suchada Boonnayun, 2009) พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจากการสวนหัวใจโดยการฉีดสียหล่อเลือดโคโรนารีในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีความเป็นไปได้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจากการสวนหัวใจโดยการฉีดสียหล่อเลือดโคโรนารีในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

สำหรับระดับความวิตกกังวลพบว่าระดับวิตกกังวลของกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสียหล่อเลือดหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอธิบายได้ว่า การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องได้รับการฉีดสียหล่อเลือดหัวใจ ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังฉีดสีย สิ่งที่ต้องเผชิญ และการดูแลช่วยเหลือที่จะได้รับจึงส่งผลทำให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการสวนหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับการสวนหัวใจตามนัด (Pirawan Tongjan, 2015) ที่พบว่าร้อยละ 86.3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการสวนหัวใจเป็นครั้งแรกมีความวิตกกังวลก่อนได้รับการสวนหัวใจซึ่งอยู่ในระดับปานกลางหลังจากได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้วความวิตกกังวลลดลง

จากผลการศึกษานี้สรุปได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสียหล่อ



เลือดหัวใจ สามารถช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลมี
แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่
เตรียมผู้ป่วยก่อนการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจ จนกระทั่ง
เตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านหลังการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจ
ส่งผลให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะบุคลากรทางการ
พยาบาลเท่านั้นไม่ได้รวมทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น เช่น
แพทย์ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจในหอ
ผู้ป่วยต่อเนื่องต่อไป
2. ควรส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการ/การผ่าตัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น
เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการ
พยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Boker A., Brornell L., & Donan N. (2002). The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Canadian Journal of Anesthesia* 2002; 49, 792-798
- Centers for Disease Control [CDC]. (2015). Coronary Artery Disease (CAD). From http://www.cdc.gov/heartdisease/coronary_ad.htm
- Cochran, W.G.(1997). *Sampling Techniques*.UnitedStetes of America,John Wiley & Sons, Inc.Doyle, B. J., Konz, B. A., Lennon, J. R., Bresnahan, J. F., Rihal, C. S., & Ting, H. H. (2006).
- Jurairat Wainwan. (2012). Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for pulmonary rehabilitation among persons with chronic obstructive pulmonary rehabilitation among persons with chronic obstructive pulmonary disease, Mae Sai hospital, Chiang Rai province. Master of Nursing Science (Adult Nursing) Chiang Mai University. (In Thai)
- Medical record and statistics Thammasat University Hospital (2015) (In Thai)
- McCabe, P. J., McPherson, L. A., Lohse, C. M., & Weaver, A. L. (2001).Evaluation of nursing care after diagnostic coronary angiography [Electronic version].*American Journal Critical Care*, 10(5), 330-40.
- Nakia Merriweather & Linda M. Sulzbach-Hoke. (2012). Managing Risk of Complications at Femoral Vascular Access Sites in Percutaneous Coronary Intervention. *Critical Care Nurse*.32, (5), 16-30
- Pirawan Tongjan. (2015). Anxiety, Satisfaction, and Complication in Patients Receiving Nursing Practice Guideline for Coronary Angiography. *Journal of Nursing and Health Care* Vol 33 No 1, 34-40 (In Thai)
- Prapada Watchanat. (2010). Effect of infection control on incidence rate of nosocomial urinary tract infection. *Journal of HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center-MSMC Hospital*. (In Thai)



- Registered Nurses Association of Ontario [RNAO]. (2009). *Nursing best practice guideline: Nursing management of hypertension*. Retrieved April 6, 2010, from [http://www.rnao.org/Storage/58/5296_FINAL_BPG_HypertensionANDSupplement_FA\[1\].pdf](http://www.rnao.org/Storage/58/5296_FINAL_BPG_HypertensionANDSupplement_FA[1].pdf)
- Strategy and Planning Division. (2014). Bureau of Non Communicable Diseases: Statistic Number and death rate, non-communicable diseases and injuries 2017. Form <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020> (In Thai)
- Suchada Boonnayun. (2009). Development of clinical practice guidelines for vascular complications prevention among elders with coronary artery disease undergone coronary angiography cardiac catheterization unit Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Master of Nursing Science (Adult Nursing) Chiang Mai University. (In Thai)
- The Heart Association of *Thailand* under the Royal Patronage. (2009). Percutaneous Coronary Intervention, PCI. From http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/PCIGuideline.pdf (In Thai)
- Waraporn Guppradit. (2001). Anxiety and Information Need in Pre-Operative Patient, Nongkhai Hospital. Master Thesis, Master of Faculty of Social Administration, Thammasat University (In Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดนนทบุรี

Relationship between Head Nurse's Supervision Style and Registered Nurse's Care for Patient Safety in Tertiary Hospitals

ภัทรชยา สวัสดิ์วงศ์* Patarachaya Swatdiwong*
ศุภาพิชญ์ โพน โบรมันน์** Suparpit Von Bormann**

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพใน 3 โรงพยาบาล ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 250 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบบสอบถามการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยและ แบบสอบถามปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าความตรงของแบบสอบถามการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย = 0.93 ความเที่ยง = 0.98 และแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยมีความตรง = 0.92 ความเที่ยง .80 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล การนิเทศงาน การดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติไคสแควร์ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยและ การดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดนนทบุรีอยู่ในระดับสูง รูปแบบการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าอายุ และตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .027$ และ $.002$ ตามลำดับ) ส่วนปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย และการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีอบรม ประชุม มีภาระงานด้านบริหารมากไม่ค่อยอยู่ประจำหอผู้ป่วย (ร้อยละ 52.87) เวลาและการประชุมแต่ละครั้งไม่พร้อมเพรียงกัน ไม่มีการนัดและจัดสรรเวลาที่ชัดเจน การนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่มีการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการนิเทศสม่ำเสมอ เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจและพัฒนาการปฏิบัติงานที่ถูกต้องแก่ผู้ปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: การนิเทศงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย การดูแล ความปลอดภัยผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันโรคทรวงอก, จ.นนทบุรี

* Professional Nurse, Central Chest Institute, Nonthaburi, suparpit@yahoo.com

** อาจารย์พยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จ.นครราชสีมา

** Nurse Lecturer, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima province, suparpit@yahoo.com



Abstract

This research aimed to study the relationship between head nurse's supervision style and professional nurse's care, for patient safety in tertiary hospitals in Nonthaburi, Thailand. Participants were 250 Professional Nurses. Tools used were questionnaires including: demographic data, head nurse's supervision style, professional nurse's care for patient safety, ascertaining problems and recommendations. Good quality results were found for both the head nurse's supervision style (IOC = 0.93, reliability = 0.98) and professional nurse's care for patient safety questionnaires (IOC = 0.92, reliability = 0.80). Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and content analysis.

Results showed that head nurse's supervision style and professional nurse's care for patient safety were at a high level. The head nurse's supervision style had no significant relationship with professional nurse's care for patient safety. Age and position had a significantly positive relationship with professional nurse's care for patient safety ($p = .027$ and $.002$, respectively). Problems raised by nurses included: head nurses had a lot of administrative tasks outside of the wards (52.87%), not everyone can join in meetings (5.55%), there was no clear schedule for meetings (2.77%), no further suggestions from head nurses when they were supervising. Recommendation for research utilization is that there should be regular supervision to motivate nurses to perform their task correctly.

Key words: supervision, head nurse, care, patient safety, tertiary hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีการพัฒนาในระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เทคโนโลยีมีการพัฒนามากขึ้น ทำให้การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย และประชาชนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความต้องการบริการทางด้านสาธารณสุขที่เป็นมาตรฐาน และเป็นหัวใจของประชาชน (Noree, 2007) แต่ในเรื่องการพัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย ยังคงมีช่องว่างในระบบบริการสุขภาพ (Limpanyalert, 2015) จากรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีข้อมูลเรื่องร้องเรียนเพื่อขอชดเชยกรณีผู้ป่วยได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล (มาตรา 41) ในปีงบประมาณ 2557 มีผู้ยื่นคำร้อง จำนวน 1,112 ราย ได้รับการชดเชย 931 ราย จ่ายเงินชดเชยทั้งสิ้น 218.44 ล้านบาท ส่วนใหญ่เป็นกรณีเสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวร

478 ราย (ร้อยละ 51.35) เป็นเงิน 166.35 ล้านบาท รองลงมาคือ บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง 337 ราย (ร้อยละ 36.20) เป็นเงิน 23.87 ล้านบาท และสูญเสียอวัยวะ/พิการ 116 ราย (ร้อยละ 12.46) เป็นเงิน 24.63 ล้านบาท ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยที่เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ (National Health Security Office, 2014) ดังนั้นสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) มีบทบาทในการส่งเสริมการขับเคลื่อนให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ (The Health Care Accreditation Institute, 2015) จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหลายที่เกิดขึ้นส่งผลให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้มีการจัดทำมาตรฐานในด้านความปลอดภัยผู้ป่วยโดยมีการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นบ่อยโดยรวบรวมและจัดทำเป็นหมวดหมู่เพื่อนำมาปฏิบัติให้ง่ายขึ้นที่เรียกว่า SIMPLE ซึ่ง



ประกอบด้วย ความปลอดภัยจากการผ่าตัด (S: Surgery) ความปลอดภัยจากการติดเชื้อ (I: Infection) ความปลอดภัยจากความคลาดเคลื่อนทางยา (M: Medication Error) กระบวนการดูแลผู้ป่วย (P: Patients care process) ความปลอดภัยจากการใส่ท่อ สายสวนชนิดต่างๆ (L: Line, Tube & Catheter) และความปลอดภัยจากการเกิดภาวะฉุกเฉิน (E: Emergency Response) (The Health Care Accreditation Institute, 2015)

พยาบาลเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นกำลังหลักในกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ดังนั้นการพัฒนากระบวนการในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นนโยบายในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลการพยาบาลเป็นการใช้ความรู้ และทัศนคติในการให้พยาบาลที่เน้นความปลอดภัยต่อผู้ป่วย (Jomsri, Klunklin, Tunmukayakul, & Srisuphan, 2010) ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความคาดหวังบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ผู้ดูแลที่มีความรู้ ความชำนาญจะสามารถสร้างความเชื่อมั่นต่อผู้ป่วยในการได้รับบริการที่ตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้ป่วย ถ้าปฏิบัติงานโดยขาดความรอบคอบ ขาดความรู้ ความชำนาญ อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยในระดับที่รุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ประสบการณ์ การตัดสินใจที่ถูกต้อง มีความรอบคอบในการปฏิบัติงาน รวมถึงการพัฒนาให้ตนเองมีสมรรถนะและทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐาน ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ผู้บริหารจึงมีความสำคัญในการ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ การพัฒนาตนเองของพยาบาล โดยผ่านกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลที่เป็นระบบ และมีความต่อเนื่องส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เป็นโรงพยาบาลที่ต้องให้การรักษาทั่วไป และการรักษาเฉพาะทางในผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การใช้เทคโนโลยี อุปกรณ์และเครื่องมือที่มีความหลากหลาย หรือการทำหัตถการที่มี

ความเสี่ยงสูงต่อผู้ป่วยในการดูแลรักษาอาจก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2012) ดังนั้นพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยมุ่งลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพิ่มผลผลิตทางการพยาบาลให้ผู้ป่วยพึงพอใจและเกิดมาตรฐานความปลอดภัยต่อผู้ป่วย แม้จะมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระหว่างพยาบาลระดับบริหารและระดับปฏิบัติการไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nantsupawat et al., 2011) แต่การที่ผู้บริหารมีรูปแบบการนิเทศที่มีการดำเนินการอย่างมีขั้นตอน มีการวางแผนงานที่มีระบบ และใช้การมีส่วนร่วมของบุคลากรพยาบาลจะทำให้มีการใช้ กระบวนการพยาบาลที่มีคุณภาพมากขึ้น (Supunpayap, 2013) มาตรฐานบริการพยาบาลที่สภาการพยาบาลระดับตติยภูมิ และตติยภูมิ กำหนดให้โรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลโดยมีการควบคุมกำกับ และการประเมินผลงานบุคลากรให้มีประสิทธิภาพโดยการประเมินของสภาการพยาบาลตามเกณฑ์ขั้นต่ำระดับ 3 (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2012) กำหนดให้ทุกหน่วยงานในองค์กรพยาบาลต้องมีการมอบหมายงาน การควบคุม กำกับติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คุณภาพการบริการพยาบาลตามเป้าหมายขององค์กรพยาบาลจึงต้องมีระบบการนิเทศ ควบคุม กำกับ และมีระบบประเมิน ผลการปฏิบัติงานของบุคลากร เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้และทักษะ ส่งผลให้เกิดการสร้างผลงานที่ดีและนำไปกำหนดเป็นตัวชี้วัดผลสำเร็จ (Key Performance Indicators: KPI) รายบุคคล (Tiantong, 2013) ทำให้ผู้บริหารการพยาบาลต้องพัฒนาระบบหรือรูปแบบการนิเทศให้เป็นรูปธรรมมากขึ้นการนิเทศงานทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนหนึ่งของการบริหารเพราะเป็นกิจกรรมที่ช่วยสอน ชี้แนะ สนับสนุน ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก รวมถึงการประสานงานให้ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีการวางแผน ประเมินผลการนิเทศ และมี



การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แนวคิดการนิเทศเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาลจึงถูกกำหนดขึ้นในหลายโรงพยาบาลเพื่อเป็นกลไกที่ทำให้สถานพยาบาลบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ ผู้ใช้บริการได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และเป็นการส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรพยาบาล (Ruammake, 2014) กิจกรรมการนิเทศงานประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ การเยี่ยมตรวจทางพยาบาล การประชุมปรึกษา การสอน การแก้ปัญหา การให้คำปรึกษาแนะนำ การสังเกต และการร่วมมือปฏิบัติงาน (Kittirachada, Wanitpanjapon, 2008) มีการศึกษาของ Kaewsomsee (2017) ที่พบว่าการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ($r=.303$, $p<0.01$) และวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา มีผลต่อระดับการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัย (Mueangsuriya, 2013)

จากสถานการณ์ของสถาบันโรคทรวงอกซึ่งเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิให้บริการผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงร่วมในการรักษาพยาบาล การติดตามตัวชีวิต ด้านการรักษา การให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล การรายงานตัวชีวิตด้านความปลอดภัย 6 ด้านของผู้ป่วยประจำปี 2556-2558 ด้านการชี้บ่งผู้ป่วยผิดพลาด (ครั้ง/1000 วันนอน) พบ 1.1, 1.2 และ 3.8 ด้านท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ครั้ง/1000 วันนอน) พบ 2.16, 2.72 และ 4.29 ด้านการพลัดตกหกล้ม (ครั้ง/1000 วันนอน) พบ 0.1, 0.2 และ 0.6 ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา (ครั้ง/1000 วันนอน) พบ 1.3, 1.0 และ 1.9 ด้าน

การให้เลือดผู้ป่วยผิดพลาด (ครั้ง) พบ 1, 1 และ 6 โดยส่วนใหญ่เกิดความคลาดเคลื่อนในระดับ A-C ส่วนด้านการล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรม (ร้อยละ) พบ 89.05, 92.43 และ 90.23 (Central Chest Institute, 2016) ดังนั้นผู้วิจัย จึงให้ความสำคัญในการศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และความสัมพันธ์ของการนิเทศ ควบคุม กำกับงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการดูแลด้านความปลอดภัยผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดความเสี่ยงของผู้ป่วยในด้านความปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยและการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดนนทบุรี
3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยและการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย

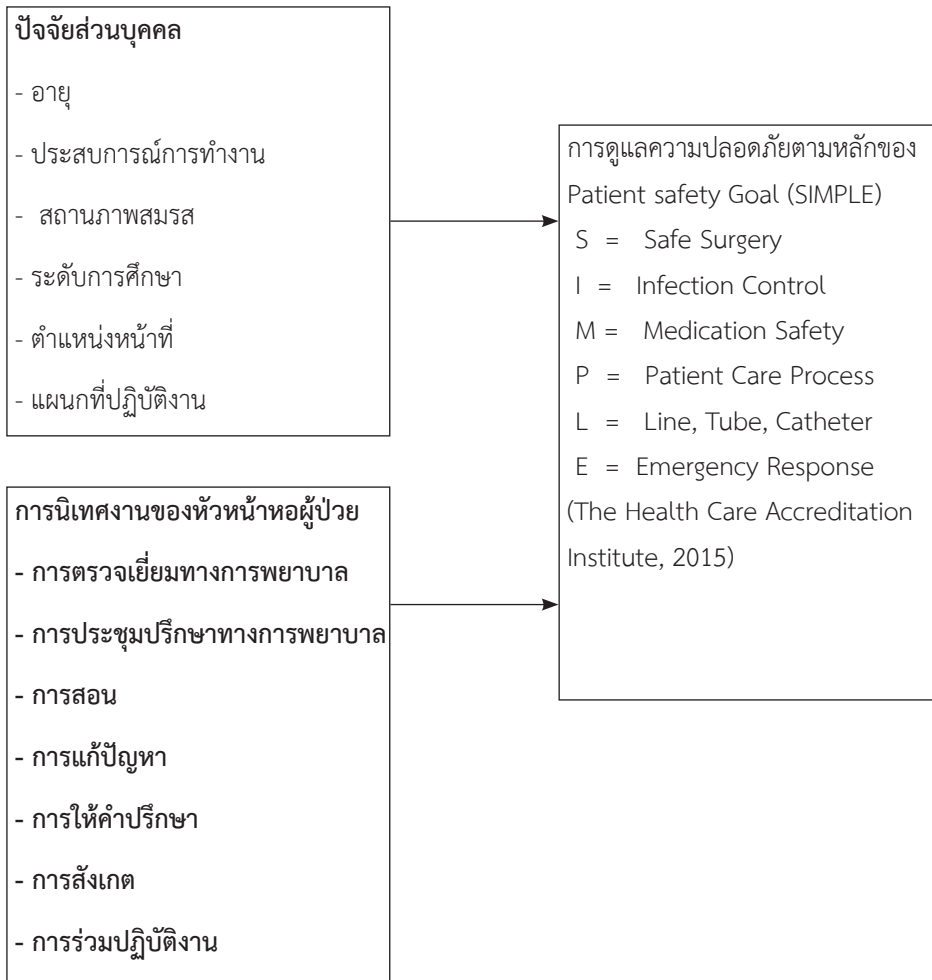
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล และการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดนนทบุรี ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ระยะเวลาการทำวิจัย เดือนตุลาคม 2559 – กันยายน 2560 ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดนนทบุรี และหน่วยงานที่เทียบเท่าหอผู้ป่วย งานผู้ป่วยใน ผู้ป่วยหนัก ห้องผ่าตัด/ห้องคลอด และห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดนนทบุรี ประกอบด้วย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า สถาบันบำราศนราดูร และสถาบันโรคทรวงอก ซึ่ง

มีจำนวนประชากรทั้งหมด 982 ราย กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย หรือเทียบเท่าหอผู้ป่วย ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยใน ผู้ป่วยหนัก ห้องผ่าตัด/ห้องคลอด และห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า สถาบันบำราศนราดูร และสถาบันโรคทรวงอก การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ตามสูตรของ Taro Yamane (Taro Yamane, 1973, cited in Siriwan, 2011) ได้ดังนี้



$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$n = \frac{982}{1+982(0.05)^2}$$

$$n = 249.75$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 250 คน ทำการคำนวณสัดส่วนขนาดตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลจาก ดังนี้
 สัดส่วนขนาดตัวอย่าง = $\frac{\text{ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ} \times \text{จำนวนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$

สถาบันโรคทรวงอก ประชากร 310 ราย	คำนวณตัวอย่างได้ 78 ราย
สถาบันบำราศนราดูร ประชากร 202 ราย	คำนวณตัวอย่างได้ 52 ราย
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ประชากร 470 ราย	คำนวณตัวอย่างได้ 120 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย และแบบสอบถามการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยคัดแปลงจากแบบสอบถามวิจัยของ Thongthip (2013); Tripidok (2008) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการนิเทศงานของหัวหน้าหอ เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบในลักษณะประเมินค่า 5 อันดับ ตามแนวลิกิตสเกล (Likert scale) คิดคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ย แปลผล ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับกิจกรรมการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย
ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 3.68-5.0	หมายถึง ระดับสูง
ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 2.34-3.67	หมายถึง ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.00-2.33	หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบในลักษณะประเมินค่า 3 อันดับใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการปฏิบัติการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย
ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 2.34-3.00	หมายถึง ระดับสูง
ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.67-2.33	หมายถึง ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.00-1.66	หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย และการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามแบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 4 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์หาค่าความตรง และความเที่ยงของ

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 โดยหาค่า IOC ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามเกี่ยวกับการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ความตรงเท่ากับ 0.93 ความเที่ยงเท่ากับ 0.98 และแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยได้ความตรงเท่ากับ 0.92 ความเที่ยง



เท่ากับ 0.80

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันโรคทรวงอก เลขที่ 009/2560 สถาบันบำราศนราดูร เอกสารรับรองโครงการเลขที่ No16q/60 และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เอกสารรับรองโครงการเลขที่ 15/2560 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงประเด็นความละเอียดอ่อนในการตอบคำถามของพยาบาลที่อาจจะต้องพาดพิงถึงหัวหน้า ผู้วิจัยให้การรับรองกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ ชื่อ-สกุล และคำตอบของกลุ่มตัวอย่างจะถูกแปลงเป็นรหัส และผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลทั้งหมดในภาพรวม จะเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย เช่น คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสที่เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น จะเก็บข้อมูลไว้นาน 1 ปี หลังจากนั้นข้อมูลจะถูกทำลาย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆ ทั้งสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล การนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย การดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ ปัจจัยส่วนบุคคล และการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดน่าน โดยใช้สถิติไคร้สแคว์
3. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย และการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล หมายถึง กระบวนการที่ทำให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จ โดยผู้ที่เชี่ยวชาญกว่าด้วยการชี้แจงแนวทางปฏิบัติ ให้คำปรึกษา สอน แนะนำ ส่งเสริม กระตุ้น และให้ความช่วยเหลือให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่มุ่งเน้นด้านบริหารจัดการ

และด้านการดูแลผู้ป่วยโดยต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้รับบริการ โดยแบ่งกิจกรรมการนิเทศออกเป็น 7 ด้าน คือ 1) การตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล (nursing rounds) 2) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (nursing conference) 3) การสอน (Teaching) 4) การแก้ปัญหา (problem – solving) 5) การให้คำปรึกษาแนะนำ (counseling & Guidance) 6) การสังเกต (observation) และ 7) การร่วมมือปฏิบัติงาน (participation)

ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากภัยหรืออันตรายที่เกิดขึ้นระหว่างการเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งเกิดจากการละเลยในการดูแล การเกิดอุบัติเหตุ หรือ เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ Patient safety Goal (SIMPLE) ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) ประกอบด้วย Safety Surgery (S) Infection Control (I) Medication Safety (M) Patient Care Processes (P) Line, Tube & Catheter (L) และ Emergency Response (E)

หัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีความใกล้ชิดกับบุคลากรในหน่วยงานมากที่สุดซึ่งมีการกำหนดบทบาท ความรับผิดชอบให้เป็นผู้จัดระบบงานหอผู้ป่วย ที่ช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ ต้องรับผิดชอบการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ด้วยการประเมินผลตรวจสอบงานของแต่ละเวร เป็นวิทยากร ที่ปรึกษาให้กับพยาบาล เป็นผู้ประกันคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานได้ เป็นผู้ประเมินผลการพยาบาล และการปฏิบัติงานของบุคลากร เพื่อปรับปรุงคุณภาพทางการพยาบาล เป็นผู้ดูแลให้ปลอดภัยและมีความเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ และเป็นผู้นำวิทยากร และเทคโนโลยีใหม่ๆ หรือผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงบริการพยาบาลให้ดีขึ้น

โรงพยาบาลตติยภูมิ หมายถึง สถานบริการระดับตติยภูมิตามเกณฑ์ของกระทรวง สาธารณสุขในการศึกษานี้ประกอบด้วย 3 โรงพยาบาลในจังหวัดน่าน คือ สถาบันโรคทรวงอก สถาบันบำราศนราดูร และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า



ผลการวิจัย

จากการเก็บแบบสอบถามจำนวน 250 ชุดได้รับ
กลับจำนวน 243 ชุด เท่ากับร้อยละ 97.2

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=243)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
<30 ปี	72	29.7
30-40 ปี	90	37.0
> 40 ปี	81	33.3
$\bar{x}$ = 37.00 ปี SD= 9.87 Min= 22 ปี Max= 60 ปี		
ประสบการณ์การทำงาน		
<5 ปี	57	23.5
5-10 ปี	70	28.8
> 10 ปี	116	47.7
$\bar{x}$ = 10.00 ปี SD= 8.65 Min= 1 ปี Max= 40 ปี		
สถานภาพ		
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	147	60.5
สมรส	96	39.5
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	226	93.0
ปริญญาโท	17	7.0
ตำแหน่งหน้าที่		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	127	52.3
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	116	47.7
สถานที่ปฏิบัติงาน		
ผู้ป่วยใน	127	52.3
ผู้ป่วยหนัก	49	20.2
ห้องผ่าตัด/ห้องคลอด	43	17.7
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	24	9.8



จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 37.00 ปี อายุมากที่สุด คือ 60 ปีและอายุน้อยที่สุด คือ 22 ปี พยาบาลที่มีอายุระหว่าง 30-40 ปีพบมากที่สุด ร้อยละ 37.0 ประสบการณ์การทำงานใน

สถาบันเฉลี่ย 10.00 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 47.7 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 60.50 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ส่วนมากปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน

ตารางที่ 2 การนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย

การนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย	$\bar{x}$	SD	แปลผล
ด้านการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล	4.05	.66	ระดับสูง
ด้านการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล	3.81	.76	ระดับสูง
ด้านการสอน	3.99	.66	ระดับสูง
ด้านการแก้ปัญหา	3.94	.64	ระดับสูง
ด้านการให้คำปรึกษาแนะนำ	3.97	.65	ระดับสูง
ด้านการสังเกต	4.01	.68	ระดับสูง
ด้านการร่วมมือปฏิบัติงาน	3.94	.73	ระดับสูง
การนิเทศงานโดยรวม	3.96	.59	ระดับสูง

จากตารางที่ 2 พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดน่านทุรีมีการทำกิจกรรมการนิเทศงานในระดับสูง ($\bar{x} = 3.96 \pm .59$) โดยมีกิจกรรมการนิเทศโดยการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล มากที่สุด ($\bar{x} = 4.05$

$\pm .66$) ส่วนด้านที่มีกิจกรรมการนิเทศน้อยที่สุด คือการนิเทศด้านการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ($\bar{x} = 3.81 \pm .76$)

ตารางที่ 3 การปฏิบัติงานดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

การดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย	$\bar{x}$	SD	แปลผล
S: Safety Surgery	2.62	.39	ระดับสูง
I: Infection Control (Clean Care is Safer Care)	2.69	.27	ระดับสูง
M: Medication & Blood Safety	2.51	.30	ระดับสูง
P: Patient Care Processes	2.76	.29	ระดับสูง
L: Line, Tube & Catheter	2.77	.41	ระดับสูง
E: Emergency Response	2.69	.42	ระดับสูง
Total	2.67	.25	ระดับสูง



จากตารางที่ 3 พบว่าการปฏิบัติงานดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดนนทบุรี โดยรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=2.67\pm.25$) ด้านที่ปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุด คือ ด้าน L : Line, Tube & Catheter (การดูแลความปลอดภัยเกี่ยวกับท่อช่วยหายใจและสายต่างๆที่ใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย) ($\bar{x}= 2.77\pm.41$) ส่วนด้านที่มีการปฏิบัติการพยาบาลน้อยที่สุด คือ ด้าน M: Medication & Blood Safety (การดูแลเกี่ยวกับการให้ยาและการให้เลือดผู้ป่วย) ($\bar{x}= 2.51\pm.41$)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจัยส่วนบุคคล	การดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย			χ^2 (p)
	ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)	
อายุ				10.98 (.027 *
น้อยกว่า 30 ปี	13 (17.8)	40 (54.8)	20 (27.4)	
30-40 ปี	23 (25.6)	39 (43.3)	28 (31.1)	
มากกว่า 40 ปี	24 (30.0)	23 (28.8)	33 (41.2)	
ประสบการณ์การทำงาน				4.41 (.353)
น้อยกว่า 5 ปี	14 (24.1)	27 (46.6)	17 (29.3)	
5-10 ปี	12 (17.1)	32 (45.7)	26 (37.1)	
มากกว่า 10 ปี	34 (29.8)	43 (37.4)	38 (33.0)	
สถานภาพ				2.99 (.224)
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	31 (20.9)	64 (43.2)	53 (35.8)	
สมรส	29 (45.7)	38 (37.4)	28 (54.3)	
ระดับการศึกษา				1.73 (.421)
ปริญญาตรี	56 (24.8)	97 (42.9)	73 (32.3)	
ปริญญาโท	4 (23.5)	5 (29.4)	8 (47.1)	
ตำแหน่ง				12.06 (.002)**
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	27 (21.1)	67 (52.3)	34 (26.6)	
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	33 (28.7)	35 (30.4)	47 (40.9)	
สถานที่ปฏิบัติงาน				6.45 (.374)
ผู้ป่วยใน	29 (22.7)	59 (46.1)	40 (31.2)	
ผู้ป่วยหนัก	10 (20.8)	20 (41.7)	18 (37.5)	
ผ่าตัด/ห้องคลอด	16 (37.2)	12 (27.9)	15 (34.9)	
อุบัติเหตุฉุกเฉิน	5 (20.8)	11 (45.8)	8 (33.3)	

*p<0.05 **p<0.01



จากตารางที่ 4 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ และตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดน่านหรืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .027$,

.002 ตามลำดับ) ส่วนประสบการณ์การทำงาน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และสถานที่ปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจัยส่วนบุคคล	การดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย			
	ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)	χ^2 (p)
การนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย				
ระดับต่ำ	13 (34.2)	18 (37.5)	7 (14.5)	7.07 (.132)
ระดับปานกลาง	39 (23.5)	68 (41.0)	59 (35.5)	
ระดับสูง	7 (17.9)	16 (41.0)	16 (41.0)	

จากตารางที่ 5 พบว่าการทำกิจกรรมนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .132$)

สำหรับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย และการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีดังนี้ การนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีอบรม ประชุมมีภาระงานด้านบริหารมากไม่ค่อยอยู่ประจำหอผู้ป่วย (ร้อยละ 52.87) เวลาและการประชุมแต่ละครั้งไม่พร้อมเพรียงกัน (ร้อยละ 5.55) ไม่มีการนัดและจัดสรรเวลาที่ชัดเจน (ร้อยละ 2.77) การนิเทศงานของหัวหน้าไม่มีการให้คำแนะนำ (ร้อยละ 8.33) ข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่างที่มากที่สุด คือ ควรมีการนิเทศสม่ำเสมอ เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ การปฏิบัติที่ถูกต้องแก่ผู้ปฏิบัติงานให้ชัดเจนขึ้น (ร้อยละ 13.89)

การดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย กล่าวถึงเรื่องบุคลากรไม่เพียงพอ เช่น เหว บ่าย ดึก มีบุคลากรน้อยทำให้ดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง และการขาดแคลนอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย อุปกรณ์ของใช้มีอายุการใช้งานนาน

(ร้อยละ 11.11) ข้อเสนอแนะที่ต้องการ คือ การเพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ควรมีการจัดสรรเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้เพิ่มมากขึ้น

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย และการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดน่านบุรี

หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดน่านบุรีมีกิจกรรมการนิเทศงานตามแบบอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.96 \pm .59$) หมายถึง หัวหน้าหอผู้ป่วยทำกิจกรรมการนิเทศทั้ง 7 ด้านเกือบทุกครั้ง หรือบ่อยครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Mali Chanyang (2011) ทำการศึกษาพฤติกรรมการนิเทศงานการพยาบาลตามกระบวนการนิเทศการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาล ชุมชน เขตภาคเหนือ มีกิจกรรมการนิเทศงานการพยาบาลตามกระบวนการนิเทศการพยาบาล ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.85 \pm 0.48$) ในการวิจัย



นี้ยังพบว่าการนิเทศงานด้านการเยี่ยมตรวจทางกายภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.05 รองลงมา คือ ด้านการสังเกต ($\bar{x} = 4.01 \pm .68$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในซึ่งต้องมีการรับ-ส่งเวรกันทุกผลัด ซึ่งหัวหน้างานที่ขึ้นปฏิบัติงานในเวรเช้าจะเข้าร่วมในการรับส่งเวรด้วยและเป็นการตรวจเยี่ยมทั้งผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาลไปด้วย รวมถึงการสังเกตการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลภายใต้การบังคับบัญชา ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การนิเทศด้านการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ($\bar{x} = 3.81 \pm .76$) แต่ในส่วนของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลพบมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด รองลงมาคือด้านการร่วมมือปฏิบัติงานและด้านการแก้ปัญหา ($\bar{x} = 3.94 \pm .73, 3.94 \pm .64$ ตามลำดับ) เนื่องจากหัวหน้างานมีภาระงานในด้านการบริหารมาก ต้องเข้าประชุม หรืออบรมค่อนข้างบ่อยทำให้มีเวลาในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ด้านการร่วมมือปฏิบัติงานน้อยกว่าในด้านอื่นๆ ส่วนการแก้ไขปัญหาจะได้รับจากผู้ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างานมากกว่า และจากความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพวิธีการมอบหมายงานที่ชัดเจนให้บุคลากรที่มีศักยภาพทำการนิเทศแทนหัวหน้าหอผู้ป่วยจะสามารถทำให้การปฏิบัติงานการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานและไม่เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย

การดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดนนทบุรี โดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.67 \pm .25$) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติการพยาบาลดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wuthimapagorn (2013) พบว่าพฤติกรรมการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเกษมราษฎร์อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.33 \pm .367$) และพบว่าความแตกต่างของปัจจัยด้านระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์การอบรมด้านความปลอดภัยมีพฤติกรรมการดูแลความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน จากการวิเคราะห์รายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลสูงที่สุด คือ ด้าน L : Line, Tube & Catheter (การดูแล

ความปลอดภัยเกี่ยวกับท่อช่วยหายใจและสายต่างๆ ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย) ($\bar{x} = 2.77 \pm .41$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลน้อยที่สุด คือ ด้าน M: Medication & Blood Safety (การดูแลเกี่ยวกับการให้ยาและการให้เลือดผู้ป่วย) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การปฏิบัติการดูแลความปลอดภัยเกี่ยวกับท่อช่วยหายใจและสายต่างๆ ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (L : Line, Tube & Catheter) มีการปฏิบัติมากที่สุด เพราะส่วนมากเป็นการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักซึ่งมีอัตราค่าเสี่ยงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน คือ พยาบาล:ผู้ป่วย เท่ากับ 1:1 หรือ 1:2 เท่านั้น จึงเกิดความผิดพลาดค่อนข้างน้อย ความผิดพลาดที่พบส่วนมากจะอยู่ในระดับ ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจากพยาบาลสามารถพบความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอันตรายได้ก่อน ในส่วนของการปฏิบัติการดูแลเกี่ยวกับการให้ยา และการให้เลือดผู้ป่วย พบมีการปฏิบัติน้อยสุด เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยในแต่ละโรคมีทั้งการรักษาโดยการผ่าตัดการต่างๆ แต่การใช้ยาเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเกือบทุกคนต้องได้รับแม้พยาบาลจะไม่ได้มีบทบาทโดยตรงในการให้ยาแต่มีหน้าที่ในการบริหารยาให้ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์โดยความผิดพลาดในการให้ยาหมายถึงอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับยาผิดชนิด ผิดวิธีทาง ผิดขนาด ผิดเวลา ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดพลาดในกระบวนการสั่งยา กระบวนการจ่ายยา และกระบวนการให้ยา ซึ่งในหอผู้ป่วยมักมีจำนวนผู้ป่วยมากแต่พยาบาลมีจำนวนน้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวรบ่าย หรือดึกที่จะมีอัตราค่าเสี่ยงพยาบาลลดลง ทำให้มีภาระงานที่มาก และส่วนใหญ่เป็นการทำงานแข่งกับเวลา เพราะการปฏิบัติหน้าที่ต้องเป็นไปตามมาตรฐานกำหนดซึ่งมีข้อเสนอแนะให้มีการเพิ่มอัตราค่าเสี่ยงพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดนนทบุรี

การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า



ปัจจัยอายุ และตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .027, .002$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรในช่วงอายุน้อยกว่า 30 ปี หรือบุคลากรจบใหม่นั้นมีการดูแลความปลอดภัยต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.8 ระดับสูงร้อยละ 27.4 และระดับน้อยเพียง ร้อยละ 17.4 เมื่อเทียบในช่วงอายุเดียวกัน ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีการดูแลความปลอดภัยต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 41.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 30.0 ซึ่งอธิบายได้ว่า บุคลากรที่จบใหม่จะมีการปฐมนิเทศ และการนิเทศดูแล ควบคุมจากพยาบาลที่มีความรู้มากกว่าเช่น หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และการได้รับการมอบหมายงานจะน้อยกว่าพยาบาลรุ่นพี่จึงมีผลให้มีการดูแลที่เป็นมาตรฐานมากกว่า ในส่วนของพยาบาลที่มีอายุมากขึ้นมักจะได้รับการมอบหมายงานในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก มีความซับซ้อนของโรคมากกว่าโดยมีข้อสนับสนุนในด้านการขาดอัตรากำลัง ผู้ป่วยมีจำนวนมากในการให้บริการ ส่วนตำแหน่งงานนั้นเป็นปัจจัยที่สืบเนื่องจากพยาบาลที่มีอายุมากจะคงอยู่ในตำแหน่งชำนาญการ และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง รวมถึงการนิเทศงานให้กับบุคลากรใหม่ด้วยจึงมีผลต่อการเกิดข้อผิดพลาดได้มากกว่าตำแหน่งอื่นๆ ซึ่งมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดการนิเทศทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ และมีมาตรฐานการนิเทศงานรวมถึงการมีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงการจัดอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมกับจำนวน และความซับซ้อนของโรคในการให้บริการผู้ป่วย ในส่วนของปัจจัยประสิทธิภาพการทำงาน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และสถานที่ปฏิบัติงานไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสิทธิภาพการทำงานมากกว่า 5 ปี สถานภาพสมรสโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ และปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยใน (ร้อยละ 93.0, 76.0, 61.0 และ 53.0 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มที่จบการศึกษา

ระดับอื่นๆ ประสิทธิภาพการทำงานน้อยกว่า 5 ปี สถานภาพสมรส และปฏิบัติงานในหน่วยอื่นๆ (ร้อยละ 7.0, 24.0, 39.0 และ 47.0) จำนวนมากน้อยต่างกันมาก จึงมีผลให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ได้แน่นอน ในงานวิจัยนี้พบว่ากิจกรรมการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยนั้นไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการดูแลความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Naikorn & Kajachart (2010) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 186 คน ซึ่งได้ผลลัพธ์ คือ การนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .444$) ซึ่งสามารถอธิบายได้จากผลการวิจัยว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการปฏิบัติการนิเทศงานโดยรวมอยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว ($\bar{x} = 3.96 \pm .59$) การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก็อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ($\bar{x} = 2.67 \pm .25$) ซึ่งมีความสอดคล้องกันแต่ไม่มากพอที่จะเกิดนัยสำคัญทางสถิติ

3. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยและการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย

ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สำคัญ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนมากจะมีการกักการอบรม ประชุม ซึ่งเป็นภาระงานทางด้านการบริหารมาก และไม่ค่อยอยู่ประจำหอผู้ป่วย (ร้อยละ 52.87) ซึ่งอาจมีผลทำให้บทบาทในการปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาลน้อยลง ส่งผลไปถึงการปฏิบัติการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ ดังนั้นอาจจะมีการส่งเสริมสนับสนุนให้หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ติดภารกิจอบรม ประชุม ใช้ระบบสารสนเทศในการนิเทศงานมากขึ้น (Wannasam, Chontawan, & Sirakamon, 2013) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ถึงจะมีปัญหาในเรื่องของการทำงานด้านบริหารของหัวหน้าค่อนข้างมาก แต่ในระบบการบริหารงานโดยเฉพาะโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิจะมีการมอบหมายงานให้กับรองหัวหน้า หรือผู้สืบทอดตำแหน่งในการนิเทศ



การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละเวร และมีการจัดทำมาตรฐานการนิเทศให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้การตอบแบบสอบถามอาจมีความคลาดเคลื่อนเนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่อาจเกิดความผิดพลาดกับการดูแลผู้ป่วยได้เมื่อพยาบาลไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพดังนั้นการตอบแบบสอบถามอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการปฏิบัติจริงบ้าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ที่มีประสบการณ์และอายุน้อยควรได้รับการนิเทศงาน

จากหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า หรือปฏิบัติงานในระดับชำนาญการโดยใช้มาตรฐานการนิเทศงานที่มีแนวทางเดียวกัน

2. ควรมีการจัดระบบการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานและมีการติดตาม ประเมินผลการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย ในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดนนทบุรี

3. การปฏิบัติงานดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยต้องมีการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยให้กับพยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่

เอกสารอ้างอิง

- Central Chest Institute. (2016). *Nursing quality determinant report 2016*. Nonthaburi. (in Thai).
- Chanyang, M. (2010). *The factors influencing nursing supervision behaviors of head nurses at community hospitals, Northern Region*. Master of Nursing Science Thesis. Nursing Administration. Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai).
- Jomsri, P., Klunklin, A., Tunmukayakul, O., & Srisuphan, W. (2010). Perception of nursing principles among nurses in Thailand. *Journal of Thailand Nursing Council*, 25(1), 27-37. (in Thai).
- Kaewsomsee, S., Wattayu, N., & Suwonnaroop, N. (2017). Factors related to nursing practice for patient safety of registered nurses in community hospitals, Phetchabun Province. *Journal of Nursing Sciences Chulalongkorn University*. 29(3). 101-112. (in Thai).
- Kittirachada, S., & Wanitpanjapon, W. (2008). *Nursing supervision*. 1st edition. Bangkok: Siam Charoen Panit. (in Thai).
- Limpanyalert, P. (2015). *The Health Care Accreditation Institute and cooperation for patient safety project*. Retrieved on 15th January 2017 from: <https://www.hfocus.org> > content > 2015/08. (in Thai).
- Mueangsuriya, S. (2013). Nurse's perception on patient safety culture and incidence of adverse events in Chiang Saen Hospital, Chiang Rai Province. *Nursing Public Health and Education Journal*. 14(3), 42-53. (in Thai).
- Naikom, B., & Kajachart, U. (2010). Relationship between supervision of ward heads, organizational environment and capacity of professional nurses in Chaopraya Abhaiphubejhr Hospital. *Journal of Nursing Division*. 37(1), 28-38. (in Thai).



- Nantsupawat, R., Junmahasatien, S., Phumvitchuvate, L., Charuwatcharapaniskul, U., Chareonsanti, J., Keitlertnapha, P., & Sunthorn, V. (2011). Patient safety culture and nursing outcome among professional nurses in northern regional hospitals. *Nursing Journal*. 38(4), 1-14. (in Thai).
- National Health Security Office. (2014). *Universal Health Coverage Report, Fiscal year 2014*. pp 89-90. (in Thai).
- Noree, T. (2007). *Health personnel crisis :way out or dead end*. 2nd edition. Graphico Systems Ltd. Bangkok. (in Thai).
- Ruammake, L. (2014). *Developing nursing supervisors in 5th Regional Health Promotion Center*. Retrieved on 15th January 2017 from: <http://www.hpc4.go.th/km/training/downloads/2/nursing%20supervision.pdf>. (in Thai).
- Siriwan, T. (2011). *Relationship between nursing supervision behavior of ward heads and efficiency in nurses' note in community hospitals, Public Health Inspection Region* (Master of Nursing Science Thesis, Sukhothai Thammathirat Open University). (in Thai).
- Supunpayap, P. (2013). Developing a nursing supervision model of the nursing division in Phrapokklao Hospital. *Journal of Nursing and Education*. 6(1), 12-26. (in Thai).
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2012). *Manual for nursing and midwifery accreditation for secondary and tertiary hospitals*. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council. (in Thai).
- The Health Care Accreditation Institute. (2015). *Hospital standard and health service, The sixtieth anniversary celebrations of His Majesty's accession to the throne*. Nonthaburi: D One Book Company. (in Thai).
- Thongthip, S. (2013). *The relationship between the knowledge and performance based on patient safety goals of professional nurse in Pranangkloa Hospital, Nonthaburi Province*. Master of Science Independent study. Silpakorn University. (in Thai).
- Tiantong, H. (2013). *Nursing supervision*. Retrieved on 10th January 2017 from: <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/downloads/?p=90> (in Thai).
- Tripidok, S. (2008). *The relationships between the effectiveness of supervision of head nurses and patient safety and satisfaction on being supervised of professional nurses at Bhumibol Adulyadej Hospital*. Master of Nursing Science Thesis. Nursing Administration. Sukhothai Thammathirat Open University. Nonthaburi.
- Wannasarn, S., Chontawan, R., & Sirakamon, S. (2013). Development of nursing supervision among after-hours nurse supervisors, Nakornping Hospital, Chiang Mai Province. *Nursing Journal*. 40(Supl), 57-68. (in Thai).
- Wuthimapagorn, N. (2013). *Professional nurses' caring behavior for the patient safety in Kasemrad Hospital group*. Master of Arts Thesis. Community Psychology. Silpakorn University. Nakhon Pathom. (in Thai).



บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมระดับ ความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Nursing Role in the Promotion of Controlling Blood Pressure Levels in Hypertensive Patients

นวพร วุฒิธรรม* Nawapron wutthitham*

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง และไตวาย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตั้งแต่การวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดโรคบนพื้นฐานของแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 กลุ่มปัจจัยได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามประสบการณ์ของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลสอดแทรกองค์ความรู้ และให้กำลังใจ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าบทบาทของพยาบาลในการควบคุมระดับความดันโลหิต ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิต การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามบริบทและวิถีชีวิตในชุมชน

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูง, บทบาทพยาบาล พฤติกรรมสุขภาพ, การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

Abstract

Hypertension is a non-communicable disease and an ongoing public health challenge. It is frequently the cause of cardiovascular disease, cerebral vascular disease, and increases the risk of renal failure. The purpose of this study was to explain the ongoing role of nursing in the controlling of blood pressure levels in hypertensive patients, included analyzing causes of the disease. This study was based on the PRECEDE-PROCEED framework of 3 factor groups, including predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors, and developed health behavior modification patterns by patients' experience, nurses inserted body of knowledge, and encouragement with literature reviews. The results showed that nurses positively impact patient lifestyle health behavior modification and aid in determining self-efficacy. The encouragement of family participation also positively effects the control of blood pressure levels in patients.

Keywords: Hypertension, Controlling blood pressure levels, Nursing role

* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

* Instructor, Faculty of Nursing of Christian University of Thailand, nawa.pat@hotmail.com.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นภัยเงียบ เป็นโรคที่ไม่มีอาการชัดเจน (asymptomatic disease) และไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย เมื่อเปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นๆ โรคความดันโลหิตสูงจะเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการทำงานของระบบประสาทและไต กล่าวคือ ระบบประสาทควบคุมความตึงตัวของหลอดเลือด ส่วนไตควบคุมควบคุมการคั่งของน้ำ และโซเดียม (Willem, Katrien, Jan, Stefaan, & Inge, 2015) ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจะส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกายที่สำคัญได้แก่ ระบบสมองจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองมีลักษณะหนาตัวและแข็งตัวมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ระบบหัวใจส่งผลทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาตัวขึ้น ปริมาณเลือดเลี้ยงหัวใจลดลงหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนัก ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต (left ventricular hypertrophy) ส่งผลต่อภาวะหัวใจวายกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระบบไตมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตหนาตัวและแข็งตัวขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดแดงเสื่อมส่งผลให้เสียชีวิตที่เกิดภาวะไตวายและมีโอกาสเสียชีวิตได้ (James et al. 2014) จากสถิติพบในผู้ที่มีอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 2.05 อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 5.65 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.9 และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 45-55 (AHA, 2016) สถานการณ์ในประเทศไทยเมื่อวิเคราะห์ในรอบ 4 ปี (2555-2558) พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนสูง เพิ่มขึ้นจาก 1,621.72 เป็น 1,901.06 อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจาก 5.7 เป็น 12.1 และเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจาก 31.7 เป็น 43.3 (Policy and Strategy Department, Office of the Permanent Secretary, 2016)

จากผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น องค์การอนามัยโลกได้จัดทำแนวทางการจัดการโรคความดันโลหิตสูงกล่าวคือ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือทุกภาคส่วนในเชิงป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ การค้นหา

ความเสี่ยงในระดับบุคคล และครอบครัว โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กและวัยรุ่น (WHO, 2014) ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต คือ “ชีวิตที่เรียบง่าย 7 ประการ” (life's Simple 7) ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมระดับไขมันชนิดคอเรสเตอรอล การควบคุมระดับความดันโลหิต และการควบคุมระดับน้ำตาล (AHA, 2015; CDC, 2013) ในประเทศไทยได้มีแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยการจัดทำหลักสูตรการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคลและครอบครัว โดยเน้นด้านควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา นอกจากนี้ยังกำหนดให้มีวันความดันโลหิตสูงโลกในวันที่ 17 พฤษภาคมของทุกปีและมีการรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักทำให้กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ตามศักยภาพของตน (B.NCD., DDC., MoPH., 2016-2017) จากสถานการณ์ดังกล่าวและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำทีมในการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ บนพื้นฐานของปัจจัยนำปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ และนำประเด็นปัญหามาหาวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิต สอดแทรกองค์ความรู้ และสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในประเด็นดังกล่าว ของแต่ละครอบครัวแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้กลุ่มโรคความดันโลหิตสูงอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตในอนาคตต่อไป

ความดันโลหิตสูงและผลกระทบ

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึงระดับความดันเลือดในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติตลอดเวลาเป็นแรงดันของโลหิตต่อผนังหลอดเลือดแดง ซึ่งวัดได้ 2 ค่าคือ ความดันโลหิตตัวบนเป็นค่าแรงดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว และความดันโลหิตตัวล่างเป็นแรงดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัวซึ่งมีค่าระดับความดันโลหิตค่าบนหรือซิสโตลิก (systolic blood pressure: SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดัน



โลหิตค่าล่างหรือไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure: DBP) มากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท แบ่งเป็น 2 แบบได้แก่ 1) ไอโซเลโทออฟฟิสไฮเปอร์เทนชัน (isolated office hypertension: IoH) หมายถึงระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิกโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข คือ ค่าระดับความดันโลหิตค่าบนหรือซิสโตลิก (systolic blood pressure: SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตค่าล่างหรือไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure: DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท 2) ไอโซเลโทซิสโตลิกซินโดรม (isolated systolic hypertension: ISH) หมายถึงระดับความดันโลหิตสูงที่

เกิดจากความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง ทำให้ความดันตัวบนหรือระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure: SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ แต่ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure: DBP) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Thai Hypertension Society, 2015; Robert, Carey, Paul & Whelton, 2018)

การประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ใช้กำหนดจากระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิกโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจำแนกระดับความดันโลหิตสูง (Robert, Carey, Paul & Whelton, 2018)

ค่าความดัน	ค่าความดันตัวบน (Systolic blood Pressure :SBP)	และ/ หรือ	ค่าความดันตัวล่าง (Diastolic blood Pressure: DBP)
ค่าความดันโลหิตปกติ (Normal)	<120 มิลลิเมตรปรอท	และ	<80 มิลลิเมตรปรอท
ค่าความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น (Elevated)	120-129 มิลลิเมตรปรอท	และ	<80 มิลลิเมตรปรอท
ค่าความดันโลหิตสูง (High normal)			
ความดันโลหิตระดับ 1 (Grade 1 hypertension)	130-139 มิลลิเมตรปรอท	และ/ หรือ	80-89 มิลลิเมตรปรอท
ความดันโลหิตสูงระดับ 2 (Grade 2 hypertension)	140 มิลลิเมตรปรอท	และ/ หรือ	90 มิลลิเมตรปรอท

หมายเหตุ ค่าความดันตัวบน และค่าความดันตัวล่าง เมื่อความรุนแรงของค่าความดันตัวบน และค่าความดันตัวล่าง อยู่ต่างระดับให้ถือระดับความรุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์สาเหตุ

จากการวิเคราะห์พบว่า สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง มีองค์ประกอบของการเกิดโรค 2 ประการ ดังนี้
1. สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่

1.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary or essential hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด

ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และพบในเพศหญิงมากกว่า เพศชาย มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ กรรมพันธุ์ อ้วน รับประทานเกลือโซเดียมในปริมาณมาก (มากกว่า 14 กรัมต่อวัน) ขาดการออกกำลังกาย เครียด ดื่มสุรา และสูบบุหรี่ (AHA, 2017, James et al.,2015)

1.2 โรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ



(secondary hypertension) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 5-10 ส่วนใหญ่เกิดจากการมีพยาธิสภาพของอวัยวะต่างๆในร่างกาย โดยจะส่งผลทำให้เกิดแรงดันเลือดสูง ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบประสาท ยาบางชนิด เช่น ยาคอร์ติคอสเตอรอยด์ (corticosteroids) (Eskridge, 2010)

2. ความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจากสาเหตุความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ

พยาธิสภาพและสรีรวิทยา

ความดันโลหิตของบุคคลจะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ และ แรงต้านการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลายโดยความดันโลหิต คือ 1) ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) และ 2) ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย การมีระดับความดันโลหิตสูงเกิดจากการเพิ่มขึ้นจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือทั้งสองปัจจัยข้างต้น หรือเกิดจากความล้มเหลวของกลไกการปรับชดเชยปัจจัยหลักที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต ได้แก่ ระบบประสาทซิมพาธิก (sympathetic nervous system) ระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (renin-angiotensin system) และระบบการทำงานของไต ทั้ง 3 ระบบดังกล่าวจะมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. การกระตุ้นประสาทซิมพาธิก จะมีผลต่อการทำงานของระบบเรนินแองจิโอเทนซินทำให้ผลิตแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ส่งผลให้หลอดเลือดแดงหดตัวซึ่งทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้นแรงบีบตัวของหัวใจแรงขึ้นจึงเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจและทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (AHA, 2015)

2. การลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียนทำให้ปริมาตรเลือดที่ไหลผ่านไตน้อยลงซึ่งกระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซินทำให้หลอดเลือดหดตัวจึงเกิดแรงต้านของหลอดเลือดทั่วร่างกายและแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ในระบบไหลเวียนจะกระตุ้นให้มีการหลั่ง ของฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (Aldosterone hormone) จากต่อมหมวกไตส่วนนอก ซึ่งมีผลในการดูด

ซึ่มกลับของน้ำ และโซเดียมที่ไตปริมาณของเลือดจึงเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น (Robert, Carey, Paul, & Whelton, 2018)

3. ต่อมใต้สมองส่วนหลังมีการหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดูเรติกฮอร์โมน (antidiuretic hormone) เพื่อตอบสนองต่อการลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียน และฮอร์โมนดังกล่าวมีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดทำให้เลือดที่ไหลผ่านต้องถูกบีบให้ผ่านอย่างแรงจึงทำอันตรายต่อเยื่อภายในหลอดเลือดซึ่งจะทำให้มีการหลั่งสารที่มีผลต่อหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวมากยิ่งขึ้น (AHA, 2015)

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลางมักจะไม่มีพบอาการแสดงเฉพาะเจาะจงที่บ่งบอกว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง อาการที่พบได้แก่ ปวดศีรษะ มักปวดที่บริเวณท้ายทอยโดยเฉพาะเวลาตื่นนอนในช่วงเช้า เวียนศีรษะ (dizziness) พบเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะ เลือดกำเดาไหล (epistaxis) และเหนื่อยหอบขณะทำงานหรืออาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ แสดงถึงการมีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว (AHA, 2015)

ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเป็นเวลานาน และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ทำให้อวัยวะสำคัญต่างๆถูกทำลายได้แก่

1.1 สมอง ความดันโลหิตสูงจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองมีลักษณะหนาตัวและแข็งตัวภายในหลอดเลือดตีบแคบรูของหลอดเลือดแดงแคบลงทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและขาดเลือดไปเลี้ยงส่งผลให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวจึงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 50 (Robert, Carey,



Paul & Whelton, 2018)

1.2 หัวใจ ระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหน้าตัวขึ้น ปริมาณเลือดเลี้ยงหัวใจลดลงหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนักมากขึ้นต้องบีบตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจวายกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ในที่สุด (Robert, Carey, Paul & Whelton, 2018)

1.3 ไต ระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรังมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตหน้าตัวและแข็งตัวขึ้น หลอดเลือดตีบแคบลงส่งผลให้หลอดเลือดแดงเสื่อมจากการไหลเวียนของปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง ส่งผลให้เกิดภาวะไตวายและมีโอกาสเสียชีวิตได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 มักเสียชีวิตด้วยภาวะไตวาย

1.4 ตา จะทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดที่ตาหน้าตัวขึ้นมีแรงดันในหลอดเลือดสูงขึ้น อาจมีเลือดออกที่จอตาทำให้มีการบวมของจอภาพหรือจอประสาทตาบวม (papilledema) มีจุดบอดบางจุดที่ลานสายตา (stomata) ตามัวและมีโอกาสตาบอดได้

1.5 หลอดเลือด จากการเกิดแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ผนังหลอดเลือดหนาตัวจากเซลล์กล้ามเนื้อเรียบถูกกระตุ้น ให้เจริญเพิ่มขึ้น หรืออาจเกิดจากมีไขมันไปเกาะผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดหนาและตีบแคบ การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองหัวใจ ไตและตาลดลง (AHA, 2015)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ก่อให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ บางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบของโรคหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาและผลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อ

การแสดงบทบาทต่างๆ ในสังคมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต ทำให้มีข้อจำกัดในการทำ กิจกรรมต่างๆ ผลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นรวมถึงข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและความสามารถในการประกอบอาชีพประจำวันลดลงทำให้สูญเสียรายได้จากงานประจำ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคมตามมา (James et al., 2014)

บทบาทพยาบาลในการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากประสบการณ์จริง พบว่า บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังรายละเอียดดังนี้

1. การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิต หมายถึงการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันไปสู่การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการโดยการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการ ลดอาหารเค็ม ลดอาหารที่มีเกลือโซเดียม การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ร่วมกับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะนำไปสู่การรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น (Petkeviciene et al., 2014) ประกอบด้วย

1.1 ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยให้มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ตั้งแต่ 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร² และรอบเอว (waist circumference) อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คือ ผู้ชายน้อยกว่า 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว) และผู้หญิงน้อยกว่า 80 เซนติเมตร (32 นิ้ว) ในกรณีที่น้ำหนักเกินแนะนำให้ลดน้ำหนักร้อยละ 5 ของน้ำหนักขึ้นไปจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง เทียบเท่ากับยาลดความดันโลหิต 1 ชนิด

1.2 ออกกำลังกายหรือการเพิ่มกิจกรรมทางกาย



เป็นประเด็นที่จำเป็นและมีความสำคัญ การออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาทีต่อวัน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ในแต่ละวันอาจแบ่งการออกกำลังกายเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ครั้งละ 10 นาที วันละ 3 ครั้ง สำหรับการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) (AHA, 2014) ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อใหญ่ๆ หลายๆมัดทำงานพร้อมกันอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 5 วัน ซึ่งไม่ควรดื่มน้ำมากเกินไปติดต่อกันเกิน 2 วัน สามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความแตกต่างกันได้หลายแบบ ได้แก่ 1) ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้น ร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220 - อายุในหน่วยปี) หรือสามารถพูดเป็นประโยคต่อเองได้ (Self-talk test) รวมเป็นระยะเวลาสัปดาห์ละ 150 นาที เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำเร็ว ตัดหญ้า เดินแอโรบิกเบาๆ 2) ระดับหนักมาก หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้น ร้อยละ 70-85 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ ควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 75 นาที หรือครั้งละ 10 นาที เป็นระยะเวลารวมกันอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน เช่น ชีกง (gi gong) ไทเก๊ก (tai chi) หรือโยคะ การออกกำลังกายดังกล่าวพบว่า สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ (European Society of Hypertension, 2013)

จำกัดโซเดียม เนื่องจากอาหารที่มีเกลือโซเดียมไม่มีรสเค็มแต่เพิ่มรสชาติ และความอร่อยในอาหาร การบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัม/วัน สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ทั้งในผู้ป่วยที่มีและไม่มีโรคความดันโลหิตสูง เช่น เกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) 1 ช้อนชา (5 กรัม) มีโซเดียม 2,000 มิลลิกรัม น้ำปลา 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 350-500 มิลลิกรัม ซีอิ๊ว 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 320-455 มิลลิกรัม และผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียม 492 มิลลิกรัม (Wichai, Poldongnok, & Sawanyawisuth, 2015)

1.4 รับประทานอาหารตามแนวทางหลัก
บริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง
(Dietary Approaches to Stop Hypertension:

DASH) หมายถึงการลดอาหารรสจัดและมีโซเดียมสูง (จำกัดโซเดียมไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน) โดยลดหรือเลี่ยงเครื่องปรุงรสต่างๆ เช่น เกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน หรือน้ำปลาไม่เกิน 3-4 ช้อนชาต่อวัน หรือซีอิ๊วขาวไม่เกิน 5-6 ช้อนชาต่อวัน ลดอาหารแปรรูป เช่น กุนเชียง หมูยอ แฮม ไส้กรอก ไส้อั่ว ปลาเค็ม แหนม อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง อาหารที่มีผงฟู ควรเน้นอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน (ผัก 1 ส่วนมีปริมาณเท่ากับผักดิบประมาณ 2 ทัพพี/1 ถ้วยตวง) โยอาหารในปริมาณสูงจะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิต และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (European Society of Hypertension, 2013)

จำกัดเครื่องดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยในผู้หญิงไม่ควรเกิน 1 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม ได้แก่ 1) เหล้าแดง 35 ดีกรี ปริมาณ 2 ฝ่าใหญ่ หรือ 30 มิลลิลิตร 2) เหล้าขาว 40 ดีกรี ปริมาณ 30 มิลลิลิตร 3) น้ำขาวอุกระแช่ 10 เปอร์เซ็นต์ต่อปริมาณ 3 เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือ 150 มิลลิลิตร 4) สาโท สุราแช่ สุราพื้นเมือง 6 เปอร์เซ็นต์ต่อปริมาณ 4 เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือ 200 มิลลิลิตร 5) เบียร์ 6.4 เปอร์เซ็นต์ 1/2 กระป๋อง หรือ 1/3ขวดใหญ่ 6) ไวน์ 12 เปอร์เซ็นต์ 100 มิลลิลิตร (Thai Hypertension Society, 2015)

1.6 เลิกสูบบุหรี่ สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Benowitz, & Burbank, 2016)

1.7 จัดการความเครียด ความเครียดส่งผลต่อสภาพของจิตใจที่มีผลให้เกิดการตอบสนองของปฏิกิริยาทางร่างกาย เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น จะก่อให้เกิดปฏิกิริยากับร่างกายโดยเฉพาะ สารแอดรีนาลีน (adrenaline) จะหลั่งเพิ่มขึ้น มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น การจัดการความเครียดสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆ การดูหนัง ฟังเพลง การคุยกับเพื่อน การสวดมนต์ ไหว้พระ (D.H.S.S., MoPH, 2015)

1.8 การรักษาโดยการใช้อาหารลดความดันโลหิต



(pharmacologic treatment) เป้าหมายในการลดความดันโลหิตโดยใช้ยา คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดต่ำกว่าความดันโลหิตที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสมอง และไตวายดั่งนี้ทำลายโดยเฉพาะสมอง และหัวใจ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอทโดยลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย และเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ การเลือกยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายและควรพิจารณาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรุนแรงของระดับความดันโลหิต ปัจจัยเสี่ยงต่ออวัยวะสำคัญ โรคที่มีอยู่เดิม และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ (Robert, Carey , Paul & Whelton, 2018)

2. การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต เป็นการกระทำของบุคคลที่ยึดถือเป็นแบบแผนโดยอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ ที่สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิต และเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ การตัดสินใจ ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น (Orem & Taylor, 2003) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องมีพฤติกรรมที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตโดยพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อให้มีกำลังใจและเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Phetcharat, Ponglanga, & Kitisi, 2018; Wutthitham, 2018; Wutthitham, 2019)

3. การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัวถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนสมาชิกในครอบครัว และมีบทบาทสำคัญยิ่งในการผลักดันให้ชุมชนเข้มแข็ง (Friedman, 2003) ได้กล่าวไว้ว่า หน้าที่ของครอบครัว ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือหน้าที่ด้านความรัก ความเอาใจใส่ (affective function) และหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ (family health care function) เป็นหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพกายและจิตดี กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Wutthitham, 2018; Wutthitham, 2019)

กรณีตัวอย่าง บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิต

ระบบการบริการสุขภาพ มีนโยบายให้เน้นการบริการโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ตามประสบการณ์การส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตในชุมชนแห่งหนึ่ง ผู้เขียนได้ใช้ กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา แนวคิดการมีส่วนร่วมมาเป็นตัวขับเคลื่อนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย กลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกครอบครัว การคัดเลือกสมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องเลือกผู้ที่มีความใกล้ชิด และเป็นผู้ที่สามารถขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเป็นทางเลือกวิธีที่จะนำไปใช้ให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิต และเป็นหัวหน้าทีมในการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยการประชุมกลุ่ม ดังรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา (problem analysis) การสร้างวิสัยทัศน์ (vision) และการวางแผน (planning) ครั้งที่ 1 ด้วยการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 วิเคราะห์ปัญหา (problem analysis) ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสมาชิกครอบครัว วิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงและผลกระทบ ซึ่งมีสาเหตุมาจาก ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม (Green & Kreuter, 2005) ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหา ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวนำปัญหามาเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา โดยมีพยาบาลกระตุ้นและให้ความรู้เพื่อให้กลุ่มตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นที่ 2 สร้างวิสัยทัศน์ร่วม ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ผลกระทบของโรค กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกครอบครัว ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยสร้างวิสัยทัศน์ร่วม และเป็นมติของกลุ่ม คือ “ลดเกลือ-ลดโรค” สมาชิกกลุ่มได้วาดภาพตามความฝัน 2 ภาพ เป็นภาพที่แสดงถึงการมีส่วนร่วม การให้กำลังใจ การก้าวเข้าสู่เป้าหมายด้วยความมั่นใจ

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการสร้างแผนปฏิบัติการและกำหนดแผนปฏิบัติการ เมื่อกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

สูงและสมาชิกครอบครัวกำหนดวิถีชีวิตที่เป็นมิตรของ
กลุ่ม พยาบาลจะทำการกระตุ้นกลุ่มฯ ในการกำหนดแผน
ปฏิบัติการ ประกอบด้วยกิจกรรมการควบคุมอาหารเค็ม
และอาหารที่มีเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย การ
จัดการทางอารมณ์ และการรับประทานอย่างต่อเนื่อง
โดยกำหนดผู้รับผิดชอบแผนปฏิบัติการได้แก่กลุ่มผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง สมาชิกในครอบครัว และพยาบาล

ระยะที่ 2 การนำไปปฏิบัติ (action 1) และการ
สังเกต (observing 1) คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิต
สูงและสมาชิกครอบครัวปฏิบัติตามกิจกรรมการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพตามแผน ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ระยะที่ 3 การสะท้อนคิด (reflecting 1) และการ
ปรับแผนปฏิบัติการ ฯ (re-planning) พยาบาลประเมิน
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัว โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สอดแทรกวิธีการ
ปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสม ให้กำลังใจ การสร้างการรับรู้
ความสามารถตนเอง ได้แก่ การยกตัวอย่างประสบการณ์
ที่ประสบความสำเร็จ บุคคลตัวอย่าง การใช้คำพูดจูงใจ
และการกระตุ้นทางอารมณ์ เพื่อกลุ่มผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูงและสมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมด้านการ
ควบคุมอาหารลดเค็ม และอาหารที่มีเกลือโซเดียม การ
ออกกำลังกาย การลดบุหรื การดื่มเหล้า และการใช้ยาที่
เหมาะสมยิ่งขึ้น

ระยะที่ 4 การนำแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพที่ปรับปรุงนำไปปฏิบัติ (action 2) และการสังเกต
(observing 2) ระยะนี้กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ดำเนิน
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแผนที่ปรับปรุงใน
ระยะที่ 3 ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ระยะที่ 5 การสะท้อนคิด (reflecting 2) คือสรุป
ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามที่ปรับปรุง โดย
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกครอบครัวทำการ
วิเคราะห์สังเคราะห์ โดยการนำภาพฝันในการสนทนา
กลุ่มครั้งที่ 1 มาทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อเสนอแนะและ
สรุปร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การ
ประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ผลของการดำเนินกิจกรรม คือ
รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการมีส่วน

ร่วมของครอบครัว ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของแต่ละ
ครอบครัว ได้แก่

1. การจัดเมนูสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพ กระทำได้โดย การเลิกเหาะเกลือ/น้ำปลาใน
อาหารต่างๆ ลดเกลือในการปรุงอาหารลงครึ่งหนึ่ง เลือก
รับประทานอาหารจืดจางวัน (โดยเฉพาะอาหาร
กรุบกรอบ) การเลือกอาหารสำเร็จรูป โดยการอ่านฉลาก
ก่อนที่จะซื้อ และคำนวณการได้รับเกลือในแต่ละวัน

2. การสร้างกิจกรรมทางกาย โดยการออกกำลังกาย
ด้วยวิธีการที่หลากหลาย อาทิ
การเคลื่อนไหวร่างกายอยู่กับที่ การเคลื่อนไหวร่างกาย
แบบเคลื่อนที่ และการเคลื่อนไหวแบบเคลื่อนที่โดยใช้
อุปกรณ์

3. การผ่อนคลาย โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายตาม
วิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละคน เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ
การทำบุญ ตักบาตร การทำสมาธิ การหายใจเข้า-ออก
ลึกๆ การดูทีวี และคุยกับเพื่อนบ้าน

4. การรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ควรรับประทานอย่างต่อเนื่องเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน
ในระบบหัวใจและหลอดเลือด (Centers for Disease
Control and Prevention, 2012-2013; Brill, 2011)

สรุป

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมระดับ
ความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นความ
ท้าทายอย่างหนึ่ง นอกจากมีความความรู้ด้านวิชาการ
แล้ว บทบาทนี้ได้องค์ความรู้และนำไปใช้ประโยชน์
กล่าวคือ บทบาทของพยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะ
ด้านคลินิก ตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ
ของแต่ละบุคคลและครอบครัว และตั้งเป้าหมายร่วมกัน
นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ พบว่า บทบาท
พยาบาลประกอบด้วย การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพในชีวิต การสร้างการรับรู้ความสามารถ
ตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต และการ
สนับสนุนให้ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ควรบน
พื้นฐานวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละครอบครัว ด้วยการ



เรียนรู้ จากประสบการณ์จากผู้ป่วย และครอบครัว และ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้
การใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ปกติหรือใกล้เคียงปกติ ดังแผนภูมิ

เอกสารอ้างอิง

- American Heart association. (2017). *What is high blood pressure?* (Online). Retrieved June 20, 2019, from <https://www.heart.org>.
- American Heart Association. (2015). *Heart Disease and Stroke Statistics 2015 Update*. (Online). Retrieved June 22, 2019, from <https://www.heart.org>.
- American Heart Association. (2016). *Heart Disease and Stroke Statistics 2016 Update*. (Online). Retrieved June 20, 2017, from <https://www.heart.org>.
- Benowitz, N.L., & Burbank, A.D. (2016). Cardiovascular toxicity of nicotine: implications for electronic cigarette use. *Trends Cardiovasc Med*, 26(6), 515-523.
- Brill, J. (2011). Lifestyle intervention strategies for the prevention and treatment of hypertension. *American journal of lifestyle medicine*, 5(4), 346- 360.
- Bureau of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of of Public Health. (B.NCD., DDC., MoPH.) (2016-2017). *Health Behavioral Modification Curriculum: Case Manager Nursing*. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand. (In Thai)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Vital Signs: Awareness and Treatment of Uncontrolled Hypertension Among Adults- United States 2003-2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61, 703-709.
- Center for Disease Control and Prevention. (2013). *Program Planning Case Study: Prevention of Hypertension*. Atlanta, GA: Centers for Disease.
- Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (D.H.S.S., MoPH). (2015). *The behavioral modification of stress management for workers*. Retrieved June 20, 2019, from <https://www.hed.go.th>. (In Thai).
- Eskridge M. S. (2010). Hypertension and chronic kidney diseases: The role of lifestyle modification and medication management. *Nephrology Nursing Journal*, 37 (1), 56-57.
- European Society of Hypertension. (2013). Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 34(28), 2159-2219.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory, and Practice*. (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Green, L.W. & Krueter, M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological Approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison, H., C. Joel, H., J.,...Ortiz, E. (2014). 2014 Evidence-Based Guideline for the management of high blood pressure in adults. *The Journal of the American Medical Association*, 331 (5) 507-520.

- Orem, D. E., Renpenning, K. M., & Taylor, S. G. (2003). *Self care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Pub.
- Petkeviciene, J., Klumbiene, J., Simonyte, S., Ceponiene, I., Jureniene, K., Kriaucioniene, V.,... Lesauskaite. V. (2014). "Physical, behavioral and genetic predictors of adult hypertension: The findings of the Kaunas cardiovascular risk cohort study". *Plos one*, 9(10), e109974.
- Phetcharat, K., Ponglanga, S., & Kitisri C. (2018). *Effect of supportive and educative nursing system program on self-care behaviors and blood pressure control among hypertensive patients. Nursing Journal*, 45(1), 37-49. (In Thai).
- Policy and Strategy Department, Office of the Permanent Secretary, (2016). Year Report. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand. (In Thai)
- Robert, M., Carey M., & Paul, K., Whelton, P.K. (2018). Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Annals of Internal Medicine*, 168(5), 351-358.
- Suzanne, O., Amin, Z., and David, A. C. (2003). Pathogenesis of Hypertension. *Annals of Internal Medicine*. 139:761-776.
- Thai Hypertension Society. (2015). *Guidelines in the treatment of hypertension* (Update). Retrieved June 20, 2019, from <http://www.thaihypertension.org>.
- Wichai, J., Poldongnok, S. & Sawanyawisuth, K. (2015). *Hypertension*. Khon Kaen: Klungnana Vitthaya press. (In Thai).
- Willem, D. K., Katrien, T., Jan, A., Stefaan, D. H., & Inge, H. (2015). Effect of sodium restriction on blood pressure of unstable or uncontrolled hypertensive patients in primary care. *Nutrition Research and Practice*, 9(2), 180-185.
- Wutthitham, N. (2018). The Development of family participation pattern to nutrition in adolescent pregnancy: A case study of Krathum Baen Hospital in Samutsakhon Province. *Christian University of Thailand Journal*, 23 (3), 405-515. (In Thai).
- Wutthitham, N. (2019). The Development of pattern of behavioral health modification among hypertension group by family participation : Damnoen Saduak Hospital in Ratchburi Province Case Study. *Nursing Journal*, 46 (2), 70-82. (In Thai).
- World Health Organization. (2014). *Plan of action for the prevention and control of non-communicable diseases in the Americas 2013-2019*. Washington, DC: PAHO.



การดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก หลังจากได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

Postoperative Care for Intertrochanteric Fracture Patients Undergoing Open Reduction and Internal Fixation (ORIF)

อภิชาติ กาศโอสถ* Apichart Kardosod*

บทคัดย่อ

ปัญหาการเกิดกระดูกต้นขาหักถือว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ และพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ การรักษากระดูกต้นขาหักที่ได้รับความนิยมส่วนใหญ่คือ การผ่าตัดเพื่อจัดชิ้นกระดูกหักให้เข้าที่ และยึดตรึงกระดูกภายใน เพื่อให้กระดูกอยู่นิ่ง แต่อย่างไรก็ตามภายหลังจากการผ่าตัดหากเกิดการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นจะไม่สามารถให้การเยียวยาผู้ป่วยให้ฟื้นคืนสภาพได้เช่นเดิม จนเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตกลายเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้สูง และเสียชีวิตจากข้ออักเสบติดเชื้อตามมาได้ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทสำคัญของการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว หรือการดูแลตนเอง ภายหลังจากการผ่าตัด รวมทั้งการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการผ่าตัดรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นตัวจนกลับไปประกอบอาชีพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีประสิทธิภาพ ภายหลังจากการผ่าตัดต่อไป

คำสำคัญ: กระดูกต้นขาหัก การดูแลหลังผ่าตัด การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

Abstract

Intertrochanteric Fracture is a relatively frequent and critical problem with elderly people. The most common treatment of femur fractures is an open reduction and internal fixation for the immobilization of the bone. However, complications are prone to occur if post-surgery care is ineffective. For persons with high independence, these complications can lead to infections and possibly fatalities, thus negatively impacting quality of life or endangering life expectancy. Nurses must be educated on the role of post-operative care to be able to assess patients' mental status effectively during rehabilitation, to minimize complications, and to assure a gradual return to a healthy baseline and good quality of life.

Keywords: Intertrochanteric fracture post-operative care open reduction and internal fixation

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, kardosod@gmail.com



บทนำ

กระดูกต้นขาหัก (intertrochanteric fracture) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย และมีความสำคัญสำหรับประเทศไทยปัญหาหนึ่ง โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่น และผู้สูงอายุ มีแนวโน้มสถิติการเกิดกระดูกต้นขาหักที่สูงขึ้น จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก พบมากถึง 250,000 รายในแต่ละปี ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้ 90 เปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยจะพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และช่วงของวัยรุ่นที่เป็นปัญหายอดนิยมคือ เกิดจากอุบัติเหตุจราจร รวมถึงอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา (April Reynolds, 2013) สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์ของการเกิดกระดูกต้นขาหักจากอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุการเกิดอันดับที่ 4 และจากการเก็บสถิติของสถาบันวิจัยด้านการคมนาคม มหาวิทยาลัยมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา ร่วมกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า สถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนทั่วโลก มีค่าเฉลี่ย 18 คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปี ซึ่งประเทศไทยติดอันดับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นอันดับที่ 2 ของโลก คือ จำนวน 44 คน ต่อแสนประชากร (สถิติกระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศไทย, 2560) และหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากกระดูกต้นขาหักและการได้รับการดูแลรักษาภายหลังการผ่าตัดยังไม่มีประสิทธิภาพที่ดีพอ ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนของกระดูกเคลื่อนหลุด กระดูกอักเสบติดเชื้อ กล้ามเนื้อฝ่อลีบ จนส่งผลให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพ กระทั่งต่อปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายลดลง

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเพื่อจัดชิ้นกระดูกหักให้เข้าที่ และยึดตรึงกระดูกภายใน เพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังการรักษาที่เหมาะสม ทำให้ร่างกายกลับเข้าสู่สภาวะที่เป็นปกติโดยเร็ว จึงเป็นประเด็นหลักที่บุคลากรทางด้าน การแพทย์จำเป็นต้องตระหนักในการให้การดูแลผู้ป่วย (Udombhornprabha, Boonhong & Tejpongvorachai 2014) เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ทุกระยะในระหว่างที่ทำการรักษาพยาบาล หากพบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นภายหลังการ

ผ่าตัด การเฝ้าระวังให้กลับฟื้นคืนสภาพย่อมไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิตจากภาวะกระดูกอักเสบติดเชื้อตามมาได้ในช่วงระยะ หลังหนึ่งปีแรกภายหลังจากการผ่าตัด (Crist et al. 2018) การรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความสำเร็จ ควบคู่ไปกับการดูแลนั้น การดูแลของพยาบาลจึงมี วัตถุประสงค์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่านพ้นอันตรายที่จะ เกิดขึ้นกับชีวิต พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการ ดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแล ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะในระหว่างการรักษา หากเกิดภาวะแทรกซ้อนเพียงหนึ่งประการเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยจะไม่มีโอกาสฟื้นสภาพความเจ็บป่วยให้กลับคืนเช่น เดิมได้ (Pradeep, KiranKumar, Dheenadhayalan, & Rajasekaran, 2018) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาพปัญหา วัสดุยึดตรึงกระดูกภายในเคลื่อนหลุด การอักเสบติดเชื้อ บริเวณแผลผ่าตัดลุกลามไปยังกระดูกหรือวัสดุยึดตรึง ภายในร่างกาย การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา หรือภาวะ แทรกซ้อนอื่น ๆ จากการที่ต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อรอการเชื่อมติดของกระดูก (Ziegler et al. 2017) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการรักษาที่ยุ่ยากมากขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาใน การรักษาที่นานขึ้น

ดังนั้นพยาบาลต้องมีความเข้าใจและใส่ใจในการ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลภายหลัง การผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย เพื่อให้ ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายหลังการผ่าตัด รวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถฟื้นสภาพ จนสามารถกลับไปประกอบอาชีพ และมีคุณภาพชีวิตที่ ดีได้

กระดูกต้นขาหัก (intertrochanteric fracture) เป็นการหักของกระดูกบริเวณข้อเข่า (sub trochanteric) ลงไปทางส่วนปลายของกระดูกขา (distal) ประมาณ 5 เซนติเมตรบริเวณนี้มีลักษณะที่ เฉพาะคือ เป็นส่วนประกอบของกระดูกคลอติคัล (cortical bone) ที่มีลักษณะแข็งและหนาเป็นส่วนใหญ่ (Kim, Kim, Ha, Lee, & Koo, 2015) และมีกล้ามเนื้อที่ แข็งแรงคือ Iliopsoas, short external rotators และ



hip abductors ทำหน้าที่ในการดึงให้กระดูกส่วนปลายของขา (distal of femur) เคลื่อนไหวในลักษณะของการหุบเข้า (adduction) จึงทำให้กระดูกบริเวณนี้มีแนวโน้มที่จะเคลื่อนที่ได้ง่ายเมื่อมีการตามด้วยโลหะ (implant) (Antony et al. 2017) และนอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดการล้มเหลวได้ค่อนข้างสูงก่อนที่จะกระดูกจะมีการเชื่อมติดกันในกระบวนการงอกของกระดูกใหม่ในระยะเวลา 4-6 เดือน ซึ่งอาจใช้วิธีการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ใน 2 ลักษณะคือ

1. การรักษาแบบประคับประคอง (conservative treatment) เป็นการรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด เพราะบริเวณส่วนของกระดูกขา (trochanter) มีลักษณะเป็นกระดูกแข็ง (cancellous bone) มักจะทำให้กระดูกบริเวณนี้ไม่ติดหรือติดช้ามาก (Shi et al. 2016) การรักษาอาจจะทำได้เพียงการดึงกระดูกหักให้เข้าที่ และให้เกิดการเชื่อมติดเองตามธรรมชาติ ซึ่งมักจะถูกพิจารณาในกลุ่มของผู้ป่วยที่มีอายุมาก และมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากการผ่าตัดได้สูง

2. การรักษาโดยการผ่าตัด (operative treatment) เป็นการจัดขึ้นกระดูกหักให้เข้าที่ และยึดตรึงกระดูกภายในเพื่อให้กระดูกอยู่นิ่ง วัสดุที่ใช้มีหลากหลายชนิด เช่น Jewett nail, Angle blade plate, Lagscrew, Condylarbladeplate หรือ wire เป็นต้น (Antony et al. 2017) ผู้ป่วยที่อายุน้อยหรือยังไม่ถึง 65 ปี และความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดน้อย แพทย์มักจะพิจารณาวิธีการผ่าตัดโดยเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์เพื่อยึดตรึงกระดูกภายในต้นขาบริเวณที่หักให้ชิดติดกัน (Udombhornprabha, Boonhong & Tejpongvorachai, 2014) ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินการต่อไปอย่างราบรื่น ตลอดจนทำให้เกิดผลลัพธ์ภายหลังจากการผ่าตัดอย่างดีที่สุด ครอบคลุมการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

การดูแลทางด้านจิตใจ

สืบเนื่องจากผลกระทบของกระดูกต้นขาหักมี

ความหลากหลายตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีระดับของความเครียดที่เพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่วันแรกที่ได้รับบาดเจ็บ รู้สึกถึงสภาพร่างกายของตนเองอ่อนแอจนไม่สามารถใช้งานของข้อสะโพกได้ตามปกติเป็นระยะเวลานาน (Udombhornprabha, Boonhong & Tejpongvorachai, 2014) ทำให้เกิดการปรับตัวต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Shi et al. 2016) ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ท้อแท้ และหมดหวังที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง พยาบาลควรประเมินการรับรู้ถึงความเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง และสภาพทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในแต่ละรายซึ่งมีระดับพื้นฐานการยอมรับต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน (Pradeep, KiranKumar, Dheenadhayalan, & Rajasekaran, 2018) พร้อมทั้งต้องประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในระยะยาวภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้สภาพทางด้านจิตใจของผู้ป่วยมีความพร้อมต่อการรักษา และการดูแลตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์ในระยะยาวต่อไป

การดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย

ผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักนั้นหากพบว่าอายุน้อย และความเสี่ยงที่จะได้รับภายหลังจากการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในร่างกายอยู่ในระดับต่ำ แพทย์จะพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัดในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง (Pimentel, 2006) ดังนั้นเพื่อให้เกิดความพร้อมทุกด้านก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด พยาบาลต้องวางแผนในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ สอนการปฏิบัติตัวก่อน และหลังที่จะได้รับการผ่าตัด โดยเฉพาะการออกกำลังกายของกล้ามเนื้อต้นขาและรอบเข่า การกายบริหารข้อต่าง พร้อมทั้งเตรียมบริเวณที่จะทำการผ่าตัด และเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ต่างๆ ก่อนที่จะส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด (Pradeep, KiranKumar, Dheenadhayalan, & Rajasekaran, 2018) นอกจากนี้ การเตรียมทางด้านร่างกายที่พยาบาลพึงกระทำคือ การประสานงานกับทีม



นักกายภาพบำบัดเพื่อการฝึกเดิน และการใช้กายอุปกรณ์เสริมภายหลังจากการผ่าตัด การให้ญาติของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นการดูแลจัดการตนเองของผู้ป่วย และการติดตามการดูแลผู้ป่วยในขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพราะการเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการดูแลของญาติผู้ดูแลหลัก จะเป็นการช่วยเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อไปได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้การเตรียมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนได้รับการผ่าตัด (Choocherd, Wanitkun, Danaidusadeekul, & Yottasurodom, 2016) สามารถส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ คือ สามารถทำให้การดูแลสุขภาพของตนเองดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจภายหลังการผ่าตัดตามมาได้อีกด้วย

การดูแลภายหลังจากการผ่าตัด

สัปดาห์หลังจากภายหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยจะใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลาประมาณ 3-5 วัน (Pradeep, KiranKumar, Dheenadhayan, & Rajasekaran, 2018) และผู้ป่วยจำเป็นต้องถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อการพักฟื้นที่บ้านตามมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักหลังได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ทั้งนี้พยาบาลต้องเริ่มวางแผนเพื่อให้การพยาบาลกับผู้ป่วยครอบคลุมทุกองค์ประกอบในการดูแล และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในทุก ๆ ระยะเวลาหลังการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาคือความผิดปกติของข้อสะโพกที่ยังไม่สิ้นสุด (Malik, Quatman, Phieffer, Ly, & Khan, 2018) ซึ่งปัญหาพื้นฐานส่วนใหญ่ที่พบสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ดังต่อไปนี้คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัด (early postoperative complications) ระหว่าง 24-72 ชั่วโมง ที่มักพบ (Pradeep, KiranKumar, Dheenadhayan, & Rajasekaran, 2018) ได้แก่ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดเนื่องจากการสูญเสียเลือดจากการแตกหักของกระดูก เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณ

แผลที่ใส่สตั๊ดยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย เสี่ยงต่อหลอดเลือดและเส้นประสาทส่วนปลายสูญเสียหน้าที่ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากจำเป็นต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของอวัยวะ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง ปอดบวมเฉพาะที่ การอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย ท้องผูก แผลกดทับ เป็นต้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สตั๊ดเพื่อยึดตรึงกระดูกภายใน เนื่องจากไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนขาตีบแคบ เนื่องจากเคลื่อนไหวตนเองได้น้อยภายหลังจากการผ่าตัด ขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย และจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการจัดการกับปัญหาต่างๆ เหล่านี้เพื่อไม่ให้เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด โดยพยาบาลผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจปัญหาและข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ การสอนและการควบคุมอารมณ์ตนเอง เพื่อให้การดำเนินชีวิตในระหว่างการรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

2. ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้ระยะเวลา (long-term complications) มากกว่า 6 เดือนที่พบได้บ่อย (Malik, Quatman, Phieffer, Ly, & Khan, 2018) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ความล้มเหลวจากการใส่สตั๊ดยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย (Loss of fixation or implant failure) คือ การใส่ Intramedullary nail ถ้ากระดูกที่หักมีบริเวณที่สูงถึง piriformis fossa อาจทำให้ความแข็งแรงของการยึดกระดูกไม่เพียงพอ (Ziegler et al. 2017) ส่วน Angle blade plate และ Hip compression screw (with slide plate) อาจทำให้ผู้ป่วยมีปัญหา osteopenic bone ทำให้ implant ที่ยึดส่วนของ neck of femur ยึดเพื่อรับน้ำหนักไม่ได้ และการเชื่อมติดของกระดูกล่าช้า (Non-union) อาจจะพบหลังจาก 6 เดือนไปแล้ว ผล X-ray ไม่พบการ healing ของ bone ผู้ป่วยจะมีการเดินลงน้ำหนักไม่ได้ ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่แล้ว



จะเกิดจากกระดูกหักแบบแยกเป็นสองท่อน จากการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง ทำให้การไหลเวียนของเลือดได้ไม่เพียงพอภายหลังการผ่าตัดใส่สตั๊ดตรึงกระดูกภายใน (Brox et al., 2015) จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การผ่าตัดกระดูกต้นขาหัก เพื่อใส่สตั๊ดตรึงกระดูกภายในร่างกาย ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด (Berrios-Torres et al. 2017) เพื่อใส่สตั๊ดตรึงกระดูกภายในร่างกาย จึงเป็นเรื่องสำคัญ พยาบาลต้องให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหรือการดูแลตัวเอง และเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง พร้อมทั้งการสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดได้

กรณีศึกษาและการให้การพยาบาลตามบทบาทของพยาบาลในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 53 ปี กุ้ยนำส่งโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญคือ สิ้นลั้นกันกระดูกหัก ต้นขาหักไม่ได้ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรวจร่างกายพบบริเวณขาซ้ายหดสั้นลง ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวเท้าซ้ายได้เป็นปกติ มีอาการปวดบริเวณข้อสะโพกมาก ระดับความปวดเท่ากับ 8/10 คะแนน คลำชีพจรปลายเท้าได้ชัดเจน ปลายเท้าไม่มีอาการบวม ไม่มีเย็น ไม่มีซีด ไม่มีอาการชา blanching test เท่ากับ 2 วินาที สามารถกระดูกปลายเท้าทั้งสองข้างได้ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที แพทย์มีคำสั่งให้เอกซเรย์ข้อสะโพกซ้าย และให้การวินิจฉัยว่าเป็นกระดูกข้อสะโพกซ้ายหัก (intertrochanteric fracture) มีแผนการรักษาให้ดื่มน้ำ และอาหารเพื่อเตรียมการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน (ORIF with single screw) จากการประเมินของพยาบาลพบว่า หลังจากทราบแผนการรักษาผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และความกลัวต่อการผ่าตัดเป็นอย่างมาก เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดไปแล้ว กลัวจะไม่สามารถกลับไปใช้งานของข้อสะโพกได้เป็นปกติ บุตรของผู้ป่วยทำงานอยู่ต่างจังหวัดไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยตรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง

ลดลงไปด้วย ดังนั้นเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยรายดังกล่าวให้ครอบคลุมกับสภาพปัญหาทางด้านร่างกายแล้ว พยาบาลต้องให้การดูแลทางด้านจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเพื่อให้การจัดการกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยรายกรณีนี้ให้ประสบความสำเร็จ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามบทบาทของผู้ให้การพยาบาลดังนี้ คือ

1. การปฏิบัติในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยขณะพักอาศัยในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อลดความปวด และสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ภายหลังการทราบแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลได้เข้าไปประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด สอนวิธีการปฏิบัติตัวก่อน และหลังการผ่าตัดตามแนวปฏิบัติการสอนผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยบอกและสาธิตย้อนกลับวิธีการปฏิบัติตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ ก่อนที่จะส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด และให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้ คือ

1.1. ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นลงเตียง จัดทำให้อาบน้ำและอาบน้ำพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการจัดการกับความปวดด้วยตนเองโดยการใช้เครื่อง patient controlled analgesia (PCA) ซึ่งเป็นการใช้เทคนิคการฉีดยา Morphine ขนาดต่ำในขนาดที่ไม่เกิน 0.5 มิลลิกรัมเข้าไปในช่องไขสันหลัง โดยยาจะสามารถออกฤทธิ์จับกับ receptor บริเวณ dorsal horn ของรากประสาทไขสันหลังทำให้กระบวนการนำกระแสประสาทแห่งความปวดของระบบประสาทส่วนกลางสูญเสียหน้าที่และสามารถลดความปวด (Abrolat, Eberhart, Kalmus, Koch, & Nardi-Hiebl, 2018) ที่อาจจะเกิดได้ในที่สุด

1.2. ตรวจดูแผลผ่าตัดซึ่งปิดด้วยผ้า gauze และพันทับด้วย elastic bandage ตรวจดูเลือดที่ซึมบริเวณผ้าที่ปิดไว้ และตรวจสอบการพัน elastic bandage ไม่ให้แน่นหรือหลวมจนเกินไป (Antony Vimalraj, Vinodh



Rajkumar, Dalton, & Azhagan, 2017) ถ้าผู้ป่วยและอาใจใช้นิ้วมือ 1 นิ้วมือสอดเข้าใต้ elastic bandage ถ้าสามารถสอดเข้าได้แสดงว่า elastic bandage พันได้ในขนาดที่พอดีโดยต้องทำการประเมินซ้ำในทุกๆวันหลังจากการผ่าตัด

1.3. ตรวจสอบประสิทธิภาพของท่อระบายจากแผลผ่าตัด (radivac drain) คุณลักษณะสี และปริมาณ content ทั้งหมด พร้อมทั้งดูปริมาณเลือดที่สูญเสียไปในระหว่างการผ่าตัด เพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดภายหลังจากการผ่าตัด (Shi et al., 2016) โดยวิธีการดูการทำงานของท่อระบายให้มีประสิทธิภาพ สามารถทำได้ตามหลัก การ คือ ตรวจสอบรอยต่อของท่อระบายทุกข้อต้องให้ปิดสนิท สายไม่หักพังงอ จุกขวดต้องปิดสนิท ไม่ไหลวน ตัว หนองบนจุก radivac drain ต้องหุบแน่น ไม่ยี้ดออก ภาชนะที่วางรับต้องอยู่ต่ำกว่าระดับเอว การปฏิบัตินี้ สามารถลดความเสี่ยงของการติดเชื้อและส่งเสริมให้แผล ผ่าตัดมีกระบวนการหายตามกลไกปกติ

1.4. ประเมินการทำงานของระบบไหลเวียน เลือด และระบบประสาทที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย (neurovascular status และ blanching test) เพื่อ เป็นการประเมินการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะ ส่วนปลาย และการไหลเวียนกลับของเลือด ภายหลังจาก การใส่วัสดุยึดตรึงภายในร่างกาย (Pimentel, 2006) ประกอบด้วย การประเมินอาการปวด (pain) พยาบาล ต้องทำการแยกให้ได้ว่าลักษณะของอาการปวดไม่ใช่ ลักษณะอาการปวดที่เกิดจากภาวะขาดเลือดมาเลี้ยง อวัยวะส่วนปลาย (ischemic pain) อาการซีด (pallor) สามารถปฏิบัติโดยการตรวจดูสีผิวของบริเวณปลายเท้า ทั้งสองข้างเปรียบเทียบกับปลายเท้าข้างปกติเสมอ พร้อมทั้งประเมิน capillary filling time กรณีที่ไม่ สามารถประเมินด้วยวิธีนี้ได้ผู้ตรวจต้องใช้การประเมิน blanching test แทนซึ่งค่าปกติต้องมากกว่า 2 วินาที อาการเย็น (polar) ปฏิบัติโดยการสัมผัสเปรียบเทียบกับ ระหว่างปลายเท้าทั้งสองข้างกับข้างปกติ และใช้มือที่ สัมผัสผู้ป่วยต้องเป็นหลังมือข้างเดียวกันเสมอ อาการ บวม (puffiness) ปฏิบัติโดยการสังเกตเปรียบเทียบกับ ระหว่างขาทั้งสองข้าง อาการอ่อนแรง (paralysis) ปฏิบัติ

โดยให้ผู้ผู้ป่วยขยับปลายนิ้วเท้าหรือข้อเท้าทั้งสองข้าง อาการชา (paresthesia) ปฏิบัติได้จากการสอบถามผู้ ป่วยว่ามีอาการชาหรือไม่ ถ้ามีอาการชาต้องสอบถามต่อ ถึงอาการชาบริเวณไหนถึงบริเวณไหน และเมื่อมีการขยับ ขา หรือเปลี่ยนท่าอาการชาลดลงหรือไม่ ประเมินชีพจร (pulselessness) ประเมินโดยการจับชีพจรหลังเท้า (dorsalis pedis pulse) และเพื่อให้แน่ใจว่าจะไม่เกิด ภาวะเสี่ยงต่อการถูกทำลายของหลอดเลือดส่วนปลาย พยาบาลควรเพิ่มการตรวจนับอัตราการเต้นของชีพจรใน 1 นาที จังหวะ และความสม่ำเสมอด้วย

1.5. ในกรณีที่ผู้ป่วยเริ่ม ambulation ได้ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกาย เพื่อความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อต้นขา และมีการเคลื่อนไหวของข้อ การออก กำลังกาย (Gabel, Osborne, & Burkett, 2015) ประกอบด้วย

1.5.1 การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา (QSE: quadriceps setting exercise) พยาบาลบอก ประโยชน์ของการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาและรอบ เข่า พร้อมทั้งสอนโดยการให้ผู้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา ไว้ และกดเข่าลงกับพื้นนอน พร้อมทั้งกระดูกปลายเท้าขึ้น ทำการเกร็งค้างไว้ 4-5 นาที หรืออาจจะใช้วิธีการนับ 1 - 6 ครั้งอย่างช้า ๆ แล้วคลาย ทำใหม่ต่อไปเรื่อย ๆ ใน หนึ่งวันให้มากกว่าหรือเท่ากับ 200 ครั้งโดยสามารถแบ่ง ช่วงเวลาของการปฏิบัติเป็นหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอนช่วงเวลาละ 50 ครั้งเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ที่ดีมากยิ่งขึ้น

1.5.2 การทำ range of motion ของข้อนี้ว่า เเท้าทุกข้อของร่างกายประกอบด้วย flexion, extension, hyperextension, abduction, adduction และข้อเท้า ทุกข้อประกอบด้วย dorsiflexion, plantar flexion, inversion, eversion และ circumduction เป็นต้น

1.5.3 Straight leg raising exercise โดย การนอนราบยกขาขึ้นตรง ๆ และเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาไว้ 5 นาที แล้วคลาย ทำใหม่ต่อไปเรื่อย ๆ ในหนึ่งวันให้ มากกว่าหรือเท่ากับ 200 ครั้ง สามารถแบ่งจำนวนครั้ง ของการทำในลักษณะของการออกกำลังกายแบบ quadriceps setting exercise



1.5.4 Gluteal setting exercise โดยการเกร็งกล้ามเนื้อสะโพก ขมิบหูดบริเวณทวารหนัก ทำให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 200 ครั้ง เป็นต้น

1.6. การรับประทานอาหาร และน้ำผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัด และการหายของบาดแผล เช่น การได้รับอาหารพวก เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก และผลไม้ที่มีวิตามินซีมาก ๆ เช่น ส้ม หรือผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว เพื่อช่วยในการสร้าง fiber ของกระดูกที่หัก และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการหายของแผลได้เร็วขึ้น รวมทั้งดื่มน้ำอย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวันเพื่อให้เซลล์ภายในร่างกายชุ่มชื้น เหมาะแก่การหายของแผล (Green, et al., 2014)

1.7. การเดินต้องใช้ crutch หรือ walker ช่วยในการพยุง ในระยะแรกจะยังไม่สามารถเดินลงน้ำหนัก ขาข้างที่ทำการผ่าตัดได้ (non weight bearing) แต่ถ้าสามารถเดินได้มั่นคงแล้วแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาให้เดิน โดยมีลักษณะการเดินที่สามารถกระทำได้ 3 แบบ (National Institutes of Health, 2012) ดังต่อไปนี้ คือ

1.7.1 เดินแบบไม่ลงน้ำหนัก (non weight bearing) เป็นการเดินในช่วงแรกที่มีการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงภายใน

1.7.2 เดินลงน้ำหนักได้บางส่วน (partial weight bearing) เป็นการเดินช่วงภายหลังการผ่าตัดประมาณ 2-3 เดือนแรกภายหลังจากการผ่าตัด

1.7.3 เดินลงน้ำหนักได้เต็มที่ (full weight bearing) เป็นการเดินลงน้ำหนักทั้งหมด ทั้ง 2 ขา ใช้ในกรณีที่ ผล X-ray พบว่าการตามกระดูกได้ผลดี และอยู่ในแนวที่ถูกต้อง หรือสามารถเดินลงน้ำหนักได้เต็มที่ประมาณ 4-6 เดือน และสามารถผ่าตัดเอาเหล็กออกได้ในระยะเวลา 18-24 เดือนภายหลังการผ่าตัด

1.8. แนะนำให้หลีกเลี่ยงสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ การเตะฟุตบอล การเล่นตะกร้อ การขี่จักรยานยนต์ การยกของหนัก การนั่งไขว่ห้าง นั่งพับเพียบ การนั่งยองๆ การใช้ส้วมซึม (Pimentel, 2006) เป็นต้น

1.9. การควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ลงน้ำหนักมากเกินไป (Green, et al., 2014) เช่น การวิ่ง การเดินเร็ว การเต้น

แอโรบิกที่หักโหม หรืออุบัติเหตุต่าง ๆ ที่สามารถทำให้ลื่นล้ม ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเคลื่อนหลุดหรือ เกิดการหักของวัสดุที่ใช้ตามไว้ภายในได้

2. การปฏิบัติในบทบาทการชี้แนะแนวทางเพื่อสร้างความเข้าใจและเสริมพลังในการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง และเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

เมื่อญาติของผู้ป่วยได้เดินทางมาถึงโรงพยาบาลพยาบาลผู้มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้เป็นผู้ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ ถึงรายละเอียดแนวทางเลือกต่าง ๆ ที่ควรปฏิบัติภายหลังจากการรักษาโดยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Udombhornprabha, Boonhong & Tejpongvorachai, 2014) เพื่อสร้างการรับรู้ และความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่ลักษณะท่าทางการเดินของผู้ป่วยจะไม่เป็นปกติ ผู้ป่วยอาจจะมีลักษณะของการเดินคล้ายขาทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากัน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงจากเดิมเนื่องจากการใช้งานของข้อลดลง หรืออาจจะทำให้น้ำหนักตัวของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นได้ เนื่องจากการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวได้น้อย (Kim, Kim, Ha, Lee & Koo, 2015) ซึ่งภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วยและญาติจึงต้องได้รับการวางแผนเพื่อการปฏิบัติตัวตลอดระยะเวลา 1 ปี (Segal et al., 2018) และติดตามผลการรักษาจากแพทย์ จนกระทั่งการเชื่อมต่อของกระดูกดีขึ้น โดยในระหว่างที่ทำการรักษาผู้ป่วยและญาติสามารถหาข้อมูล และขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพจากหอผู้ป่วยอร์โธปิดิกส์หรือหอผู้ป่วยนอก ห้องตรวจกระดูกและข้อได้ตลอด เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง

3. การปฏิบัติในบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษา

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง และทราบแนวทางในการดูแลตนเองต่อไปในอนาคต

3.1 การให้คำปรึกษาผู้ป่วยรายนี้พยาบาลได้ใช้ภาพเล่าประสบการณ์การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ในผู้ป่วยอื่นที่ได้รับการผ่าตัดมาแล้ว เป็นสื่อในการอธิบาย และให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลในการ



ดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัด ความไม่พร้อมต่างๆ ในการดูแลตนเองภายหลังที่จะต้องถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล

3.2 สำหรับญาติผู้ป่วยพยาบาลได้ให้คำปรึกษาตามข้อสงสัยของญาติที่พบประกอบด้วย ระยะเวลาในการรักษา ผู้ป่วยจะใช้ระยะเวลาในการรักษาตัวประมาณ 1 ปี (Udombhornprabha, Boonhong & Tejpongvorachai, 2014) และจะสามารถทำงานได้ด้วยตนเองซึ่งลักษณะงานต้องไม่หนักจนเกินไป การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากข้อสะโพกเลื่อนหลุด ข้ออักเสบติดเชื้อ หรือความเสี่ยงที่อาจจะมีผลต่อเลือดที่ไปจะไปเลี้ยงข้อสะโพกลดน้อยลง และเกิดเป็นหัวของข้อสะโพกเน่าตาย (avascular necrosis) ได้ หรือข้อสะโพกหักซ้ำตามมา (Malik, Quatman, Phieffer, Ly, & Khan, 2018) เป็นต้น หากจำเป็นต้องทำงานเพื่อหารายได้ พยาบาลต้องค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่แท้จริง พร้อมทั้งให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัวเพื่อการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพโดยไม่ให้เกิดเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของญาติ

4. การปฏิบัติในบทบาทเป็นผู้ประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างที่ได้รับการรักษา

4.1 ผู้ป่วยมีปัญหาผู้ดูแลภายหลังการผ่าตัดที่จะช่วยดูแลอย่างใกล้ชิด พยาบาลได้ประสานทีมพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในการเป็นผู้ช่วยติดตาม และให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้ป่วย โดยให้อาสาสมัครหมู่บ้านทำหน้าที่ในการช่วยเหลือติดตามผู้ป่วย

4.2 พยาบาลติดต่อหน่วยกายภาพบำบัดเพื่อขอเบิกใช้อุปกรณ์ในการช่วยพยุงเดินภายหลังกลับไปอยู่ที่บ้าน

4.3 พยาบาลเสนอแนวทางเพื่อการเลือกปฏิบัติภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยให้หลานชาย, เพื่อนบ้าน หรือ ผู้รับจ้างในการช่วยเหลือเฝ้าไข้ดูแล และช่วยดูแลติดตามให้การช่วยเหลือ อื่น ๆ ระหว่างที่ผู้ป่วยได้กลับบ้านแล้ว พร้อมทั้งดูแลในเรื่องยารับประทานที่

แพทย์ได้มีแผนการรักษาให้รับประทานต่อเนื่อง การกลับมาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลทุกๆ 4 สัปดาห์ครั้ง (Segal et al., 2018) ในช่วง 6 เดือนแรก เป็นต้น

ภายหลังจากการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยรายดังกล่าวครอบคลุมบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกทั้ง 4 บทบาท ในระยะ 1 ปีแรก อาการของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด ผลลัพธ์จากการรักษาดีขึ้นตามลำดับ รวมไปถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกๆ ด้านก็ดีขึ้นตามมาอีกด้วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติมอื่น ๆ

1. หลังจากแพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาล แพทย์จะทำการนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามแผนการรักษาในระยะแรกแพทย์จะติดตามอาการทุก 1 เดือน และหลังจากเดือนที่ 6 จะติดตามอาการทุก 2 เดือนหรือจนกว่าผลการ X-ray มีการแสดงของการสร้างกระดูกใหม่ขึ้น ปกคลุมแนวกระดูกที่หักเดิม แต่กรณีนี้ผู้ป่วยพบความผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ดังต่อไปนี้คือ มีอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัด หรือปวดบริเวณขาที่ทำการผ่าตัดมาก เดินลงน้ำหนักไม่ได้ เคลื่อนไหวขาข้างที่ทำการผ่าตัดไม่ได้ ขาทั้ง 2 ข้างมีความยาวไม่เท่ากัน มีไข้สูง ทานยาแก้ปวดไม่ทุเลา ต้องรีบกลับมาพบแพทย์ให้เร็วที่สุด โดยพยาบาลผู้ดูแลจะใช้วิธีการติดตามผู้ป่วยด้วยวิธีการสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์ หรือใช้การสื่อสารแบบสื่อดิจิทัล (digital) ประจําหอผู้ป่วยเพื่อให้คำปรึกษาอื่น ๆ กับผู้ป่วยในกรณีที่มีเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้

2. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล การส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในได้ใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง หรือการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองจากหลักฐานเชิงประจักษ์จะยิ่งส่งผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น

ความมุ่งหวังในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก

การพัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกต้นขาหัก ภายหลังจากการได้รับการผ่าตัดยึดตรึง



กระดูกภายในเป็นวิธีการปฏิบัติพื้นฐาน ที่พยาบาลต้องมีความใส่ใจและเข้าใจกลยุทธ์ เนื่องจากการจัดการผู้ป่วยด้วยกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพตามแผนการรักษา จะส่งผลให้สามารถค้นหาความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตามมาตรฐานการดูแลได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะบริบทของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับโรคและการเจ็บป่วย เกี่ยวกับเรื่องกับครอบครัว สังคม และสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาในทุกระยะภายหลังจากการผ่าตัดได้

สรุป

การผ่าตัดกระดูกต้นขาหัก โดยการใส่สตั๊ดยึดตรึง

กระดูกภายในร่างกาย เป็นการผ่าตัดรักษากระดูกต้นขาหักเพื่อแก้ไขปัญหาความพิการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต ซึ่งภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องใส่สตั๊ดซึ่งเป็นเหล็กไว้ ถือว่าเป็นสิ่งแปลกปลอมของร่างกายอย่างหนึ่ง และมีโอกาสที่จะมีอาการแทรกซ้อนตามมาได้เสมอ อาจทำให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลเนื่องจากกระบวนการรักษาต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกิจวัตรประจำวัน การใช้ชีวิตในสังคม และอาจกระทบถึงบทบาทและสัมพันธภาพภายในครอบครัว การปฏิบัติกรพยาบาลตามบทบาทของผู้ปฏิบัติที่ครอบคลุมบทบาทตามกรณีศึกษาจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ได้รับการเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

- Anan Udombhornprabha, Jariya Boonhong and Tawechai Tejpongvorachai. (2014). Health-Related Quality of Life of the Thai Hip Fracture Patients after the One Year of Post-Hospital Discharge. *Srinagarind Medical Journal*, 27(2), 180-188. (in Thai).
- Abrolat, M., Eberhart, L. H., Kalmus, G., Koch, T., & Nardi-Hiebl, S. (2018). Patient-controlled Analgesia (PCA): an Overview About Methods, Handling and New Modalities. *Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie: AINS*, 53(4), 270-280.
- Antony Vimalraj, M., Vinodh Rajkumar, P., Dalton, J., & Azhagan, K. (2017). Functional and radiological outcome of intertrochanteric fracture in patients treated with dynamic hip screw and proximal femoral nail. *International Journal of Orthopaedics*, 3(4), 412-417.
- April Reynolds. (2013). The Fracture Femur. *Radiologic Technology*, 84(1), 273-291.
- Berrios-Torres, S. I., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R., ... & Dellinger, E. P. (2017). Centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. *JAMA surgery*, 152(8), 784-791.
- Brox, W. T., Roberts, K. C., Taksali, S., Wright, D. G., Wixted, J. J., Tubb, C. C., ... & Macaulay, W. B. (2015). The American Academy of Orthopaedic Surgeons evidence-based guideline on management of hip fractures in the elderly. *JBJS*, 97(14), 1196-1199.
- Choocherd, S., Wanitkun, N., Danaidusadeekul, S., & Yottasurodom, C. (2016). Relationships among health literacy, severity of disease, patient engagement, perception of person-centered care and quality of life in patients after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Nursing Science*, 34(2), 94-106.



- Crist, B. D., Oladeji, L. O., Della Rocca, G. J., Volgas, D. A., Stannard, J. P., & Greenberg, D. D. (2018). Evaluating the Duration of Prophylactic Post-Operative Antibiotic Agents after Open Reduction Internal Fixation for Closed Fractures. *Surgical infections*, 19(5), 189-196.
- Gabel, C. P., Osborne, J., & Burkett, B. (2015). The influence of 'Slacklining' on quadriceps rehabilitation, activation and intensity. *Journal of science and medicine in sport*, 18(1), 62-66.
- Green, J. A., Hirst-Jones, K. L., Davidson, R. K., Jupp, O., Bao, Y., MacGregor, A. J., ... & Clark, I. M. (2014). The potential for dietary factors to prevent or treat osteoarthritis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 73(2), 278-288.
- Kim, J. W., Kim, T. Y., Ha, Y. C., Lee, Y. K., & Koo, K. H. (2015). Outcome of intertrochanteric fractures treated by intramedullary nail with two integrated lag screws: a study in Asian population. *Indian journal of orthopaedics*, 49(4), 436.
- Malik, A. T., Quatman, C. E., Phieffer, L. S., Ly, T. V., & Khan, S. N. (2018). Incidence, risk factors and clinical impact of postoperative delirium following open reduction and internal fixation (ORIF) for hip fractures: an analysis of 7859 patients from the ACS-NSQIP hip fracture procedure targeted database. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, 1-12.
- Pimentel, L. (2006). Orthopedic trauma: office management of major joint injury. *Medical Clinics*, 90(2), 355-382.
- Pradeep, A. R., KiranKumar, A., Dheenadhayalan, J., & Rajasekaran, S. (2018). Intraoperative lateral wall fractures during Dynamic Hip Screw fixation for intertrochanteric fractures-Incidence, causative factors and clinical outcome. *Injury*, 49(2), 334-338.
- Statistics Ministry of Public Health. (2017). Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Segal, D., Palmanovich, E., Faour, A., Marom, E., Feldman, V., Yaacobi, E., ... & Brin, Y. S. (2018). Routine early post-operative X-ray following internal fixation of intertrochanteric femoral fractures is unjustified: a quality improvement study. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 13(1), 189.
- Shi, S., Guoping, W. U., Wen, H., Wang, B., Wang, R., & Zhen, Y. (2016). Perioperative hidden blood loss in aged patients with femoral intertrochanteric fracture. *Chinese Journal of General Practitioners*, 15(7), 543-546.
- Ziegler, P., Schlemer, D., Flesch, I., Bahrs, S., Stoeckle, U., Werner, S., & Bahrs, C. (2017). Quality of life and clinical-radiological long-term results after implant-associated infections in patients with ankle fracture: a retrospective matched-pair study. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 12(1), 114.



บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัว การทำงานของลำไส้หลังการผ่าตัดช่องท้อง

The Nurse's Role in Promoting Bowel Function Recovery after Abdominal Surgery

นภาพร วงศ์วิวัฒนุกิจ* Naphaphorn Wongwiwatthananutik*

บทคัดย่อ

การผ่าตัดช่องท้อง เป็นการผ่าตัดชนิดหนึ่งที่มีจุดประสงค์เพื่อที่จะวินิจฉัย หรือรักษาอวัยวะที่ผิดปกติต่าง ๆ ในช่องท้องและอุ้งเชิงกราน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบได้บ่อย คือ ภาวะลำไส้หยุดเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องให้มีการฟื้นตัวของลำไส้โดยเร็วที่สุด ทั้งนี้พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะลำไส้หยุดเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ระยะการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ กลไกการควบคุมการทำหน้าที่ของลำไส้ ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของลำไส้ ลักษณะทางคลินิก อาการ อาการแสดง และการป้องกัน โดยประยุกต์ใช้เทคนิควิธีการต่าง ๆ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้หลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การผ่าตัดช่องท้อง, การฟื้นตัวของการทำงานลำไส้, ภาวะลำไส้หยุดเคลื่อนไหว

Abstract

Abdominal surgery is one type of surgical procedure aimed to diagnose or treat abnormal organs in the abdomen or pelvis. Currently, the most common negative outcome of this surgery is postoperative bowel ileus. This condition necessitates a key role and responsibility for nurses for postoperative nursing care. Many methods of nursing care are agreed upon with the goal of speedy recovery of the patient post operation. In this way, nurses should know and understand about postoperative bowel ileus, the recovery stages of the gut, its pathophysiological mechanism, as well as other healing factors, clinical, signs, symptoms and prevention. This ongoing education should be applied using multimodalities of best practices, to efficiently promote bowel function recovery after abdominal surgery.

Keyword: Abdominal surgery, Bowel function recovery, Bowel ileus

* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

* Instructor of McCormick Faculty of Nursing, Payap University, naphaphorn@gmail.com

บทนำ

การผ่าตัดช่องท้อง (abdominal surgery) เป็นการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะต่าง ๆ ภายในช่องท้อง (intra-abdominal organs) รวมถึง อวัยวะภายในช่อง (extra-abdominal structures) เช่น ต่อมลูกหมาก กระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น เพื่อจุดมุ่งหมายในการวินิจฉัย รักษาโรค และภาวะต่าง ๆ ด้วยเทคนิคและวิธีการที่เหมาะสม (Cao, Duangpaeng, & Hengudomsab, 2013; McGrath, Pomerantz, Beauchamp, Evers, & Mattox, 2012) การผ่าตัดช่องท้องมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยได้แก่ ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (postoperative bowel ileus or postoperative ileus) (Vather, Grady, Bissett, & Dinning, 2013; Story & Chamberlain, 2009) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สบาย อาจต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Goldstein et al., 2007) หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จนอาจเสียชีวิตได้ (Story & Chamberlain, 2009)

ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด

ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (postoperative bowel ileus) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งมีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ การผ่าตัดเปิดช่องท้องที่มีการสัมผัสลำไส้ ในขณะที่ทำการผ่าตัดส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ในระยะหลังผ่าตัดได้ (Vuttanon, 2011) มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อและเส้นประสาท เช่น โรคพาร์กินสัน ทำให้การกลับมาเคลื่อนไหวของลำไส้แบบบีบรัด (peristalsis) ช้า อีกทั้งการได้รับยาาระงับปวดกลุ่ม opioids ได้แก่ morphine หรือ pethidine ซึ่งมีฤทธิ์ระงับความเจ็บปวด แต่มีผลข้างเคียงในการลดการบีบรัดตัวของลำไส้ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ (Sethi, 2018) ซึ่งภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดนี้ส่งผลทำให้ไม่มีการบีบตัวของลำไส้ เกิดการสะสมของของเหลวและแก๊ส ทำให้เพิ่มความดันในช่องท้อง ท้องจึงมีขนาดโตขึ้น ผู้ป่วย

จะรู้สึกแน่นอึดอัดไม่สบาย ไม่เรอ ไม่ผายลม ไม่ขับถ่ายอุจจาระ ปวดท้อง คลื่นไส้ และอาเจียน ตรวจไม่พบเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ หรือมีการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (Thapsuwan, 2016) หากเวลาที่ลำไส้กลับมาเคลื่อนไหวได้อีกครั้งนานกว่าปกติ (prolong postoperative ileus หรือ paralytic ileus) จะส่งผลให้เกิดภาวะลำไส้เน่าตาย เกิดการติดเชื้อขึ้นได้ (Sethi, 2018) จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดช่องท้องพบได้บ่อยที่สุดอยู่ระหว่างอัตรา 10-20% (Chapman, Thorpe, Vallance, Harji, Lee, & Fearnhead, 2019) ขึ้นกับนิยามการแบ่งการหยุดการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัด ลักษณะทางคลินิก และการกำหนดรหัสโรค ICD บางรายงานมีอัตราที่ 15% (Wolthuis et al., 2016). โดยมีรายงานของ Goldstein et al. (2007) พบว่าภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาล (LOS) มากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติอย่างน้อย 5 วัน ค่าใช้จ่ายต่อครั้งในการรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงประมาณ 2 เท่าของการผ่าตัดที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (Iyer, Saunders, & Stemkowski, 2009) และค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้งหมดสูงมากถึง 1,500 ล้านดอลลาร์ต่อปี ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หลังการผ่าตัด รวมถึงดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น หรืออาจมีภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวภายใน 30 วันหลังผ่าตัด (delayed postoperative ileus) หรือ ออกจากโรงพยาบาล และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกครั้ง (readmission) และมีความเสี่ยงต่ออัตราการเจ็บป่วย และอัตราตายที่สูงในที่สุด (Asgeirsson et al., 2010)

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวของลำไส้จากการหยุดเคลื่อนไหวชั่วคราวให้กลับทำหน้าที่โดยเร็วภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ระยะการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ กลไกการควบคุมการทำงานที่ของลำไส้ ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของลำไส้ ลักษณะทางคลินิก

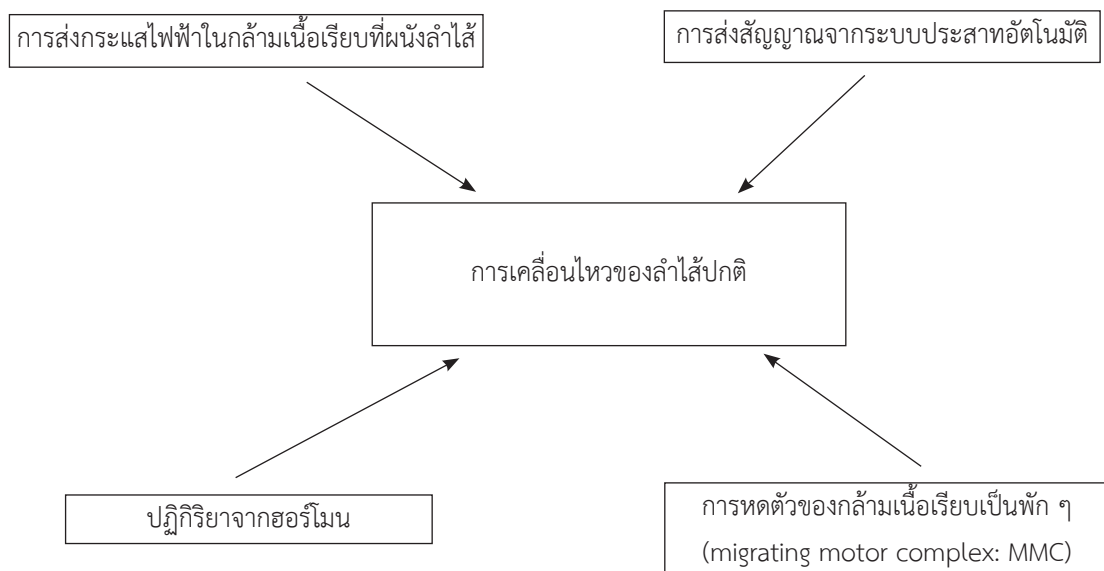


อาการ อาการแสดง และการป้องกัน (Bragg, Lobo, El-Sharkawy, Psaltis, & Maxwell-Armstrong, 2015) ดังจะกล่าวต่อไป

การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ (Bowel function recovery)

กลไกการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติเกิดจากการทำงานร่วมกันระหว่างการเคลื่อนไหวของระบบทางเดิน

อาหาร การดูดซึมสารอาหารผ่านเยื่อทางเดินอาหาร และ reflex การขับถ่าย โดยการเคลื่อนไหวของลำไส้ขึ้นอยู่กับ การส่งกระแสไฟฟ้าในกล้ามเนื้อเรียบที่ผนังลำไส้ การส่งสัญญาณจากระบบประสาทอัตโนมัติ ปฏิกริยาจากฮอโมนและการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบเป็นพัก ๆ (migrating motor complex: MMC) ทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Augestad & Delaney, 2010) ดังแผนภูมิที่ 1



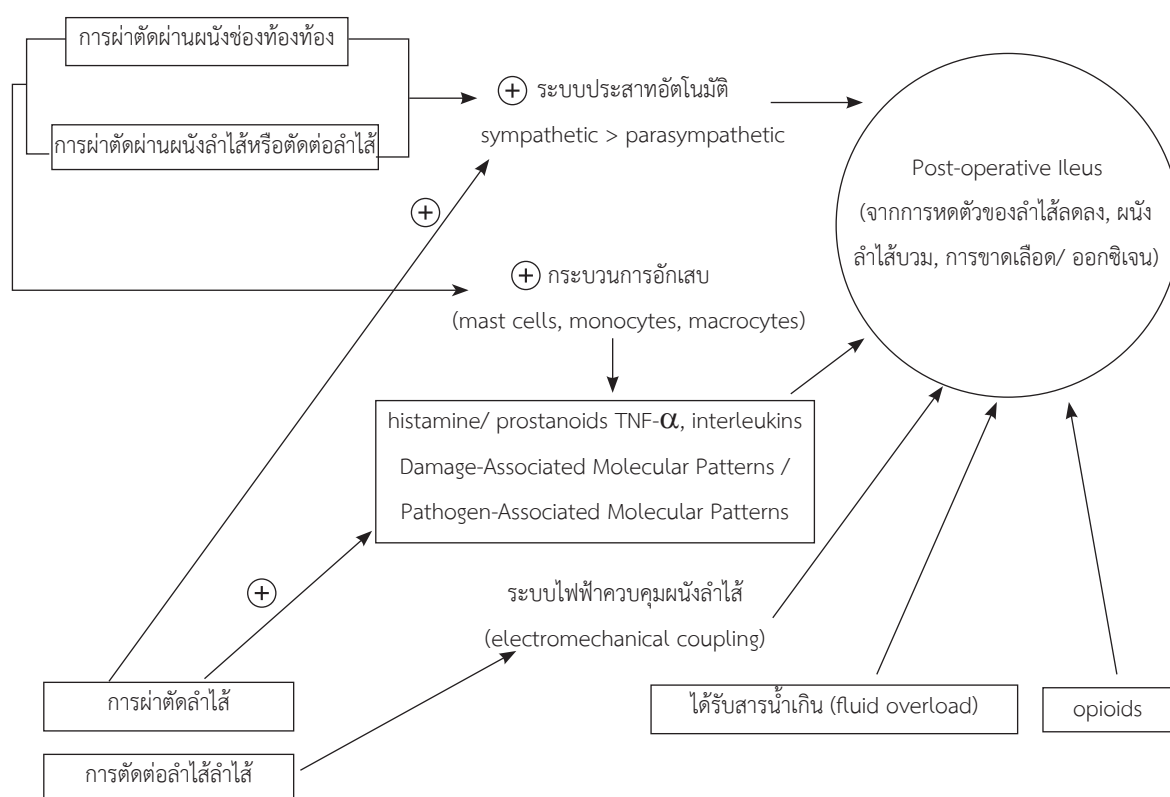
แผนภูมิที่ 1 กลไกการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ที่มา : Augestad & Delaney. (2010)

โดยทั่วไปในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ลำไส้เล็กจะมีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ก่อนภายใน 6-24 ชั่วโมง ตามด้วยการฟื้นตัวของกระเพาะอาหารใน 24-48 ชั่วโมง และลำไส้ใหญ่ภายใน 48-72 ชั่วโมง หรือ 3 วันหลังผ่าตัด (Cagir, 2018) ปัจจัยใดๆ ก็ตามที่ทำให้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของลำไส้ใหญ่ ย่อมทำให้เกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัดที่ยาวนานออกไป อาการและอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ ท้องอืด ไม่ผายลม ไม่ขับถ่ายอุจจาระ ไม่มีเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ บวมท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาการอาเจียนที่เกิดขึ้น อาจทำให้มีการสำลักของเหลวจากกระเพาะอาหารกลับสู่หลอดอาหารได้ง่าย นอกจากนี้อาจเกิดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากแผลผ่าตัด ทั้งอาการปวด

แผล แผลติดเชื้อ การเคลื่อนไหวได้น้อย ภาวะเสี่ยงจากปอดมีลิ่มเลือดอุดตัน ปอดติดเชื้อ ปอดแฟบ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลลดลง (Story & Chamberation, 2009; Phamornpon, 2013) กลุ่มเสี่ยงและปัจจัยต่อการเกิดภาวะนี้ ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด ทั้งนี้อายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้สัดส่วนน้ำในร่างกายลดลง ระดับอัลบูมินในเลือดลดลง มีสัดส่วนเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในผนังลำไส้มากขึ้น กล้ามเนื้อในผนังลำไส้ใหญ่ฝ่อลง ทำให้การทนต่อยากลุ่ม Opioids ลดลง รวมทั้งการตอบสนองจากการลดการกระตุ้นของประสาทพาราซิมพาเทติก และ endocrine และ neurohormonal pathway ลดลง ส่งผลให้ลำไส้

มีการบีบตัวลดลง และฟื้นตัวได้ช้ากว่าวัยอื่น ๆ จากการ
ศึกษาของ Bragg et al. (2015) พบว่า เพศชาย เพิ่ม
ความเสี่ยงต่อการตอบสนองการอักเสบมากขึ้น ทำให้
ลำไส้หยุดทำงานนานขึ้น 2) กลุ่มที่มีโรคประจำตัว เช่น
โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคหลอดเลือดส่วนปลาย
(peripheral vascular disease) โรคหลอดเลือดหัวใจ
(CAD) โรคอ้วน (obesity) หรือดัชนีมวลกายมากเกินไป
เกณฑ์ มีไขมันเกาะยึดลำไส้มาก มีผลต่อฮอร์โมนที่
ควบคุม ทำให้มีการบีบตัวของลำไส้ลดลง การได้รับการ
ผ่าตัดช่องท้องมาก่อน เพิ่มความเสี่ยงต่อลำไส้หยุดทำงาน
มากขึ้น จากจำนวนพังผืดและการทำหัตถการต่อลำไส้
เพิ่มขึ้น (gut handling) 3) ระยะเวลาการผ่าตัด ปริมาณ
การสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด ยาระงับปวด และ
ยาระงับความรู้สึก ยิ่งระยะเวลาการผ่าตัดที่นาน ทำให้มี

การบาดเจ็บและปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบ และ
ระบบฮอร์โมน ทำให้ลำไส้หยุดการทำงานที่เคลื่อนไหว
เป็นเวลานานขึ้น รวมทั้งการตอบสนองต่อระบบประสาท
อัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ ยา
ระงับปวด และความรู้สึก มีผลต่อการกระตุ้นระบบ
ประสาทซิมพาเทติก และยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาท
acetylcholine ทำให้ลำไส้ทำงานลดลงตามปริมาณที่
ได้รับ 4) ระดับเกลือแร่ต่าง ๆ ได้แก่ โพแทสเซียม โซเดียม
แคลเซียม และแมกนีเซียม พบว่า ระดับโพแทสเซียมที่ต่ำ
ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง ถ้าได้รับโพแทสเซียมเพิ่มขึ้น
ภาวะลำไส้หยุดทำงานจะดีขึ้น เช่นเดียวกับภาวะโซเดียม
ต่ำ แคลเซียมต่ำ และแมกนีเซียมที่สูงขึ้น (Vather &
Bissett, 2013) ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 กลไกการเกิดโรค ดัดแปลงจาก: Bragg et al. (2015)



กลไกการเกิดโรค เป็นผลจากปัจจัยร่วมกันหลายๆ อย่าง จากระบบประสาทอัตโนมัติ, กระบวนการอักเสบ, สารควบคุมหรือฮอร์โมน, เกลือแร่/ สารน้ำ และยาที่ได้รับ ตามปกติการเคลื่อนไหวบีบตัวของลำไส้ขึ้นอยู่กับ การกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเธติก และยับยั้งซิมพาเธติก ในระยะแรกของการเกิดปฏิกิริยาต่อการผ่าตัด เป็นผลมาจากการกระตุ้นผ่านระบบประสาท และการตอบสนองต่อประสาทในช่วงผ่าตัด และหลังผ่าตัดระยะแรก การผ่าตัดผ่านผิวหนังกระตุ้น corticotropin releasing factor และสารอื่นๆ ผ่านระบบต่อมไร้ท่อ ทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว ระยะต่อมาเกิดหลังจาก การผ่าตัด 3-4 ชั่วโมง ผ่านกระบวนการอักเสบ มีการปล่อยสารก่อให้เกิดการอักเสบต่างๆ (pro-inflammatory

cytokines, chemokines) ในผนังเส้นเลือดลำไส้และ กระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิดต่างๆ หลายชนิด มายังผนัง กล้ามเนื้อลำไส้และปล่อย prostaglandin, nitric oxide ยับยั้งการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้ลำไส้หยุดการ ทำหน้าที่ชั่วคราว ส่วนเกลือแร่ที่ผิดปกติ เช่น โพแทสเซียมที่ลดต่ำลง ก็มีผลให้ลดระดับการกระตุ้นไฟฟ้าของ ผนังกล้ามเนื้อเรียบ และแคลเซียมเข้าในเซลล์ลดลง ทำให้ ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว ผนังลำไส้บวมส่งผลให้ลำไส้ยึด ตัวมาก และกล้ามเนื้อลายคลายตัว ลดการเคลื่อนไหว ของลำไส้ เช่นเดียวกับภาวะโซเดียมต่ำ และการได้รับสาร น้ำเกิน อาจทำให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพา เธติก หรือฮอร์โมน หรือเกิดภาวะลำไส้บวม ส่งผลให้ลำไส้ หยุดการทำงานเช่นกัน (Bragg et al., 2015)

แนวทางป้องกันและการจัดการดูแลรักษาภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด

ตารางที่ 1 รูปแบบวิธีการป้องกันและดูแลรักษา Postoperative bowel ileus ตามแนวหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มา: Story & Chamberlain (2009); Bragg et al. (2015)

วิธีการ	กลไก	ประโยชน์	ระดับหลักฐาน*
nonpharmacological			
nasogastric decompression	ป้องกันการไหลย้อนของเหลวใน กระเพาะอาหาร	ไม่มี, เพิ่มภาวะแทรกซ้อนโดยรวมทั้งหมด	Ia
minimal invasive surgery	ลดการบาดเจ็บเนื้อเยื่อ ลดการทำหัตถการต่อลำไส้ ลดการอักเสบ	มี	Ia
early ambulation	กระตุ้นการฟื้นตัว	มี/ ไม่มี	Ib
early enteral feeding	เสริมสร้างร่างกาย ลดการติดต่ออินซูลิน	มี	Ia
gum chewing (sham-feeding)	กระตุ้นการเลียนแบบกินอาหาร, การให้อาหารหลอก	มี	Ia
coffee	การกระตุ้นลำไส้	อาจมี	-

ระดับหลักฐานตามแนวหลักฐานเชิงประจักษ์อ้างอิงจาก World Health Organization :<http://www.euro.who.int>.



จากการศึกษารูปแบบวิธีการป้องกันและดูแลรักษาภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด โดยการไม่ใช้ยาตามแนวระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่า การผ่าตัดส่องกล้อง หรือ การศัลยกรรมผ่าตัดผ่านกล้อง (minimally invasive surgery) จะช่วยให้แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กลง ลดการปวดแผล ลดการอักเสบและบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ลดการทำหัตถการโดยตรงต่อลำไส้ ทำให้ใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นน้อยกว่า เช่นเดียวกับวิธีการเริ่มให้รับประทานอาหารเข้าสู่ทางเดินอาหารโดยเร็วหลังผ่าตัด (early enteral feeding) เป็นการช่วยลดระยะเวลาของภาวะลำไส้หยุดเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดได้ เนื่องจากอาหารช่วยกระตุ้นให้มีการบีบตัวของทางเดินอาหาร และกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน ส่งผลให้ลำไส้ฟื้นตัวได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับวิธีการเคี้ยวหมากฝรั่ง หรือการให้อาหารหลอก (gum chewing or sham-feeding) เพราะการเคี้ยวหมากฝรั่งประกอบด้วย กลไกการเคี้ยว การรับรส และการรับกลิ่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดสัญญาณประสาทส่งไปยัง cerebral cortex และ hypothalamus แล้วลงมากระตุ้นให้ vagus nerve ไปกระตุ้นเซลล์ประสาทที่อยู่ในกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กและตับอ่อน ให้หลั่งสารสื่อประสาทและฮอร์โมนต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของระบบทางเดินอาหาร ทำให้ลำไส้ฟื้นตัวกลับมาทำงานได้ตามปกติ โดยเราสามารถประเมินได้จากการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ การผายลม และการถ่ายอุจจาระหลังผ่าตัด (Duangchan, Toskulkao, Danaidusadeekul, & Iramaneerat, 2016)

จากรูปแบบวิธีการป้องกันและดูแลรักษาภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วยภายหลังออกจากห้องผ่าตัดอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงได้มีการสรุปบทวนบทบาทสำคัญที่ช่วยในการส่งเสริมการฟื้นตัวของลำไส้ภายหลังการผ่าตัดช่องท้องดังจะได้นำกล่าวต่อไป

บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการฟื้นตัวของลำไส้ภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด (postoperative nursing) มีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายหลังการผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยหายกลับเข้าสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น และ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะลำไส้หยุดเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ซึ่งพยาบาลถือเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยพยาบาลสามารถติดตามประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด และเฝ้าระวังการฟื้นตัวของลำไส้ภายหลังการผ่าตัดจาก postoperative bowel ileus ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kiattisin, Kasemkitwattana, & Chayaput, 2010; Phamornpon, 2013)

บทบาทพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวการทำงานของลำไส้ภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็ว (early ambulation) รวมถึงการช่วยจัดท่าพลิกตะแคงตัว (turning) ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการทำงานของลำไส้ เป็นการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด (peristalsis) โดยเร็ว (Katz & Nelson, 2013, Vuttanon, 2011). ทั้งนี้พยาบาลต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็วให้แก่ผู้ป่วยตั้งแต่วินาทีแรกหลังผ่าตัด โดยสอนและแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกายบนเตียง (bed exercise) และการบริหารการหายใจ (breathing exercise) จะช่วยให้ผู้ป่วยหลังก่อจากห้องผ่าตัดสามารถปฏิบัติได้ทันทีเมื่อรู้สึกตัว (Vuttanon, 2011)

จะเห็นได้ว่าในทางปฏิบัติ พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมักใช้วิธีการกระตุ้นการฟื้นตัวโดยให้ผู้ป่วยลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็ว (early ambulation) ทั้งนี้ข้อจำกัดของผู้ป่วยที่พบ คือ อาการปวดแผลหลังผ่าตัด ซึ่งนับเป็นปัจจัยสำคัญที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือในการกระตุ้นการฟื้นตัวโดยเร็ว (Story & Chamberation, 2009) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการประเมินและวางแผนให้การพยาบาล เพื่อควบคุมอาการเจ็บปวดหลัง



ผ่าตัดจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้นด้วย การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัด โดยการประเมินระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัด หากผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดรุนแรง ต้องรายงานศัลยแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่มระงับปวดนี้มีผลทำให้ลำไส้หยุดเคลื่อนไหวด้วย (Sethi, 2018) ดังนั้นการใช้เทคนิควิธีการเบี่ยงเบนความสนใจหรือการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาจึงเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ หากผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดไม่รุนแรง ประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดน้อยกว่า 3 คะแนน แนะนำให้ใช้เทคนิคผ่อนคลาย จะช่วยลดการได้รับยาระงับปวดกลุ่ม opioids ซึ่งมีผลข้างเคียงในการยับยั้งการทำงานของลำไส้ โดยมีการศึกษาพบว่า การวางแผนติดตามประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้เทคนิควิธีการต่างๆ จะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้แก่ การใช้วิธีการจัดการความเจ็บปวดแบบผสมผสานในการใช้ยาบรรเทาปวดโดยการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการจัดการความเครียด ให้ข้อมูลและฝึกปฏิบัติตนในเรื่อง เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ และการผ่อนคลาย เช่น การนวด การจัดทำผู้ป่วยการสัมผัส การฟังดนตรี หรือเทคนิคการผ่อนคลายแบบทั่วร่างกาย พยาบาลและทีมต้องประเมินความชอบและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้มีการเตรียมความพร้อมในการใช้เทคนิคต่าง ๆ ทำให้การนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด (Chapman, Thorpe, Vallance, Harji, Lee, & Fearnhead, 2019; Kiattisin, Kasemkitwattana, & Chayaput, 2010)

นอกจากนี้พยาบาลยังต้องทำการประเมินการฟื้นตัวของลำไส้ โดยการสอบถามอาการอึดอัดแน่นท้อง การผายลม ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ และการขับถ่ายอุจจาระ เมื่อลำไส้เริ่มกลับมาเคลื่อนไหว จึงอาจพิจารณาดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารหลังผ่าตัดโดยเร็ว โดยมีการศึกษาพบว่า การเริ่มรับประทานอาหาร และการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วภายหลังการผ่าตัดจะช่วยลดภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด และส่งเสริมการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้ได้ (Wang, Jiang, Xu, Gong,

Bao, Xie, & Li, 2011) ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่า การพิจารณาดูแลให้อาหารหลังผ่าตัดโดยเร็วซึ่งต้องเฝ้าระวังและประเมินการทำงานของลำไส้ด้วย จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การดูแลให้ผู้ป่วยเคี้ยวหมากฝรั่งในระหว่างที่ดื่มน้ำและอาหารภายหลังผ่าตัด จะช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ให้กลับมาทำหน้าที่ได้โดยเร็ว แต่ก็มีความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการสำลักได้ โดยเฉพาะในวัยผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคี้ยวและการกลืนด้วย (Katz & Nelson, 2013, Story & Chamberation, 2009)

สำหรับการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก็เป็นสิ่งจำเป็น ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดที่ต้องดื่มน้ำและอาหาร ต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน มีการศึกษาพบว่า การงดน้ำงดอาหารหลังผ่าตัด ส่งผลให้ทางเดินอาหารไม่ได้รับการกระตุ้นบีบรัดตัว และหากมีการงดน้ำงดอาหารหลังผ่าตัดเป็นระยะเวลานาน การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ก็จะยิ่งช้าลง ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน จึงต้องมีการดื่มน้ำและอาหารทางปากเป็นระยะนานยิ่งขึ้นอีก (Nakeeb et al., 2009) อีกทั้งการที่ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นเวลานานยังส่งผลต่อระดับเกลือแร่ในร่างกายด้วย ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับเกลือแร่ต่างๆ โพแทสเซียม โซเดียม แคลเซียม และแมกนีเซียม โดยเฉพาะระดับโพแทสเซียม หากพบค่าที่ต่ำกว่าปกติจะทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง เช่นเดียวกับภาวะโซเดียมต่ำ แคลเซียมต่ำ และแมกนีเซียมที่สูงขึ้น รวมถึงการบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย เนื่องจากการได้รับสารน้ำเกิน อาจทำให้เกิดภาวะลำไส้บวม ส่งผลให้ลำไส้หยุดการทำงานเช่นกัน (Bragg et al., 2015)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของลำไส้ภายหลังการผ่าตัดช่องท้องที่พยาบาลต้องประเมินเพิ่มเติม ได้แก่ ระยะเวลาที่เข้ารับการผ่าตัด และระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึก เนื่องจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลให้ลำไส้ได้รับบาดเจ็บและต้องหยุดเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน ส่งผลให้ลำไส้ใช้เวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดนานยิ่งขึ้น (Vather, R. et



al., 2013) รวมถึงปริมาณการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด พบว่าการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดปริมาณมาก เป็นตัวบ่งชี้ว่าลำไส้ได้รับบาดเจ็บอย่างมาก ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดภาวะลำไส้หยุดเคลื่อนไหวเป็นเวลานานได้ (Kiattisin, Kasemkitwattana, & Chayaput, 2010; Phamornpon, 2013)

ท้ายที่สุดคือการติดตามประเมินผลการพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในกระบวนการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อเป็นการติดตามผลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับอันจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ไม่มีภาวะ postoperative bowel ileus ที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด

สรุป

ภาวะลำไส้หยุดเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งโดยปกติระยะการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องสามารถฟื้นฟูร่างกายให้หายเป็นปกติโดยเร็วที่สุด ทั้งนี้เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นด้วย

เอกสารอ้างอิง

- Asgeirsson, T., El-Badawi, K. I., Mahmood, A., Barletta, J., Luchtefeld, M., & Senagore, A. J. (2010). Postoperative ileus; It costs more than you expect. *Journal of the American College of Surgeons*, 210(2), 228-31.
- Augestad, K. M., & Delaney, C. P. (2010). Postoperative ileus: Impact of Pharmacological treatment, laparoscopic surgery and enhanced recovery pathways. *World Journal of Gastroenterology*, 16(17), 2067-74.
- Bragg, D., Lobo, D. N., El-Sharkawy, A. M., Psaltis, E., & Maxwell-Armstrong, C. A. (2015). Postoperative ileus: recent developments in pathophysiology and management. *Clinical Nutrition journal*, 34(3), 367-76.
- Cao Do, C., Duangpaeng, S., & Hengudomsub, P. (2013). Factors related to preoperative anxiety among patients undergoing abdominal surgery in Phu Tho Province general hospital, Vietnam. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 8(4), 155-62.
- Cagir, B. (2018). *Postoperative ileus*. Retrieved July 10, 2019, from <https://emedicine.medscape.com/article/2242141-overview>
- Chapman, S.J., Thorpe, G., Vallance, A. E., Harji, M. J., Lee, M. J., & Fearnhead, N. S. (2019). Systematic review of definitions and outcome measures for return of bowel function after gastrointestinal surgery. *British Journal of Surgery*, 3, 1-10.
- Duangchan, C., Tosulkao, T., Danaidusadeekul, S., & Iramaneerat, C. (2016). Effect of Gum chewing on bowel motility in patients with colorectal cancer after open colectomy: A randomized controlled trial. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 135-41.



- Goldstein, J. L., Matoszewski, K. A., Delaney, C. P., Senagore, A., Chiao, E. F., Shah, M.,...Bramley, T. (2007). Inpatient economic burden of postoperative ileus associated with abdominal surgery in the United states. *Pharmacy and Therapeutics (journal)*, 32, 82-90.
- Iyer, s., Saunders, W. B., & Stemkowski, S. (2009). Economic burden of postoperative ileus associated with colectomy in the United states. *Journal of managed care pharmacy*, 15, 485-94.
- Katz, F., & Nelson, A. (2013). Simple steps to hasten post-operative recovery. *Journal of Women's Health Care*, 2(4).
- Kiattisin, P., Kasemkitwattana, S., & Chayaput, P. (2010). Postoperative recovery in patient with abdominal surgery: An Integrative Review. *Thai Journal of Nursing Council*, 25(2), 87-98. (In Thai)
- McGrath, M. H., Pomerantz, J., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., & Mattox, K. L. (2012). *Sabiston Textbook of Surgery* (19th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.
- Nakeeb, A. E., Fikry, A., Metwally, T. E., Fouda, M., Youssef, M., Ghazy, H., Badr, S., Khafagy, W., & Farid, W. (2009). Early oral feeding in patients undergoing elective colonic anastomosis. *International Journal of Surgery*, 7, 206-209.
- Phamornpon, S. (2013). Role of nurses in promoting postoperative bowel function recovery. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 6(1), 1-11. (In Thai)
- Thapsuwan, O. (2016). Role of nurses in promoting postoperative abdominal distention. *Siriraj Medical bulletin*, 9(3), 189-193. (In Thai)
- Story, S. K., & Chamberation, R. S. (2009). A comprehensive review of evidence-based strategies to prevent and treat postoperative ileus. *Digestive Surgery*, 26(4), 265-275.
- Sethi, S. (2018). *What to know about ileus*. Retrieved July 10, 2019, from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/322149.php>
- Vather, R., & Bissett, I. (2013). Management of prolonged post-operative ileus: evidence-based recommendations. *ANZ Journal of Surgery*, 83(5), 319-24.
- Vather, R., Grady, G. O., Bissett, I. P., & Dinning, P. G. (2013). Pathophysiological, translational and clinical aspects of postoperative ileus - A review. *Proceedings of the Australian Physiological Society*, 44, 85-99.
- Vuttanon, N. (2011). *Nursing practice in surgical clinics*. Chiangmai: Nuntapunprinting Co., Ltd. (In Thai)
- Wang, G., Jiang, Z.W., Xu, J., Gong, J.F., Bao, Y., Xie, L.F., & Li, J.S. (2011). Fast-track rehabilitation program vs conventional care after colorectal resection: A randomized clinical trial. *World Journal of Gastroenterology*, 17(5): 671-676.
- Wolthuis, A. M., Bislenghi, G., Lambrecht, M., Fieuws, S., de Buck van Overstraeten, A., Boeckstaens, G., & D'Hoore, A. (2016). Incidence of prolonged postoperative ileus after colorectal surgery: systematic review and meta-analysis. *Colorectal Disease*, 18(1), 1-9.

ทักษะการสอนของอาจารย์พยาบาลในการใช้ สถานการณ์จำลองด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริง

Teaching Skills of Nursing Instructor in Using High Fidelity Simulation Scenario

กุลวดี อภิชาติบุตร* Kulwadee Abhicharttibutra*
อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม** Udomrat Sngounsiritham**

บทคัดย่อ

การใช้กรณีศึกษาสมมติในการสอนแบบสถานการณ์จำลองด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริง เป็นแนวโน้มใหม่ของการจัดการเรียนการสอนในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างสนุกสนาน เกิดความกระตือรือร้นในการแสวงหาความรู้ใหม่ มีความรู้ที่ฝังลึกและมีความเชื่อมั่นในการนำความรู้ไปใช้ และทำให้ผู้สอนได้ออกแบบการสอนอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความรู้สึกรักภูมิใจในตนเองที่เป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ และสามารถทำการสอนการพยาบาลบนหลักวิชาการอย่างแท้จริง แต่เนื่องจากการสอนแบบนี้เป็นนวัตกรรมใหม่ทางการศึกษาพยาบาลซึ่งอาจารย์พยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่คุ้นเคย ดังนั้นสถาบันการศึกษาจึงควรเตรียมอาจารย์ให้มีความทักษะในการสอน เริ่มตั้งแต่การสร้างกรณีศึกษาสมมติในสถานการณ์จำลองที่ตรงตามความต้องการที่จะเรียนรู้และมีความเสมือนจริงมากที่สุด ดำเนินการสอนร่วมกับหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงอย่างได้ผลดี รวมถึงสรุปผลการเรียนรู้หลังการสอน เพื่อเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีสู่การแก้ปัญหาทางการพยาบาลในการปฏิบัติจริงในคลินิกและสามารถนำไปใช้ในการทำงานได้ง่ายขึ้น

คำสำคัญ: ทักษะการสอน, อาจารย์พยาบาล, สถานการณ์จำลอง, หุ่นผู้ป่วยเสมือนจริง

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** รองศาสตราจารย์, ข้าราชการบำนาญ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Retired Person, Chiang Mai University, udomrats@yahoo.com



Abstract

Using high fidelity simulation scenarios in teaching and learning is a new trend in health science disciplines that provides students meaningful learning, knowledge acquisition, building of tacit knowledge, and the development of self-confidence. For instructors, it contributes to the effective design of teaching, improves their self-esteem as a knowledgeable and experienced person, and provides them with academic teaching objectives. However, using high fidelity simulation scenarios is a new innovation with which the majority of nursing instructors are unfamiliar. Therefore, nursing institutions should prepare nursing instructors with the skills to use these methodologies, starting with the creation of virtual scenarios that are consistent with the ongoing demands of learning, teaching within a high fidelity simulation scenario, and summarizing to link theory and nursing challenges to clinical practice, now and into the future.

Keywords: teaching skills, nurse instructor, scenario, high fidelity simulation

บทนำ

การจัดการศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์ มีการจัดการเรียนการสอนในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเช่นเดียวกับสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติในคลินิกถือว่ามีความสำคัญยิ่งต่อการเป็นพยาบาลที่มีทักษะความสามารถในอนาคต ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือนักศึกษาในการเรียนรู้ในคลินิก จะทำให้การเรียนรู้ของนักศึกษามีความราบรื่นมากขึ้น เริ่มตั้งแต่การสร้างบรรยากาศที่มีความอบอุ่นและเป็นกันเอง การเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน การติดต่อทำความเข้าใจกับแหล่งฝึกงานอย่างชัดเจนและแจ้งนักศึกษาล่วงหน้าถึงสิ่งที่ต้องเตรียมตัวเผชิญทุกอย่าง การกำหนดเป้าหมายและการประเมินผลที่ชัดเจนล่วงหน้า การรักษาข้อตกลง และการเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักศึกษาทั้งในด้านการแต่งกายและพฤติกรรมแสดงออกต่าง ๆ รวมถึงให้การช่วยเหลือนักศึกษาที่มีปัญหาและตกอยู่ในภาวะความเครียดทั้งหลาย ทั้งนี้เพื่อสร้างสรรค์บรรยากาศในการเรียนการสอนให้ส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษาและเป็นประสบการณ์ที่ดีติดตัวนักศึกษาต่อไป (Jambulingam, & Anderson, 2017) โดยการเลือกสถานที่ฝึกปฏิบัติงาน

ของนักศึกษาที่มีความเหมาะสม เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ในคลินิก ควรพิจารณาปัญหาของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ (Clinical problems) พร้อมทั้งความสามารถในการพัฒนาความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานในทีมสุขภาพไปพร้อมกันด้วย

ในปัจจุบันเทคโนโลยีในการรักษาผู้ป่วยมีความก้าวหน้าไปอย่างมาก รูปแบบการเรียนการสอนจึงต้องพัฒนาตามไปด้วย เพื่อให้เกิดความรอบรู้ในการทำงานร่วมกันจากนวัตกรรมการเรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมของการเรียนการสอนในคลินิก (clinical learning environment) (Hosoda, 2018) ทำให้การเรียนการสอนในห้องปฏิบัติการพยาบาลมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น เพราะทำให้นักศึกษาได้ทดลองลงมือปฏิบัติตามสถานการณ์ที่เสมือนจริงหรือการจำลองการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษาเกิดความมั่นใจก่อนการฝึกปฏิบัติจริงในคลินิก การเรียนการสอนแบบนี้จึงควรให้นักศึกษาได้ใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ช่วยในการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยสามารถเรียนรู้จากสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Wipada Kunaviktiku, 2015) หรือสถานการณ์จำลองกับหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริง (Susanha Yimyam, 2016) เป็นต้น



วิธีการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองด้วยหุ่นผู้ป่วย
เสมือนจริง(high fidelity simulation scenario) ได้รับการ
พิสูจน์แล้วว่าสามารถสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการ
เรียนรู้ทางการพยาบาลได้เป็นอย่างดี โดยมีผลการวิจัย
เป็นจำนวนมากเริ่มตั้งแต่ปี 2000 เป็นต้นมา การวิจัยทุก
เรื่องต่างยืนยันตรงกันว่าวิธีการสอนวิธีนี้สามารถทำให้เกิด
สิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ที่ดีแก่นักศึกษา ช่วยเพิ่มความรู้
และทักษะในการแก้ปัญหาในคลินิก ทำให้เกิดความ
ปลอดภัยในการฝึกปฏิบัติงานและส่งเสริมให้นักศึกษา
เกิดความมั่นใจในตนเองเพิ่มมากขึ้น (knowledge,
skills, safety, and confidence) (Norman, 2012)
การเรียนการสอนทางวิทยาศาสตร์สุขภาพประสบปัญหา
นานับประการมาเป็นเวลานาน เนื่องจากการกระทำต่อ
ร่างกายมนุษย์ที่มีอาจทดลองทำให้เกิดความผิดพลาดได้
เมื่อมีการนำการสอนโดยสถานการณ์จำลองด้วยหุ่นผู้
ป่วยเสมือนจริงมาใช้ ทำให้มีความสะดวกและปลอดภัย
ในการสอนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการสอนให้นักศึกษา
ฝึกการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย แต่การเตรียมผู้
สอนก็เป็นสิ่งสำคัญ ที่ผู้สอนควรมีประสบการณ์และม
ีความชำนาญในการสอนด้วยวิธีนี้ โดยเฉพาะการเตรียม
ผู้สอนรุ่นใหม่ที่ยังขาดความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติ
ในคลินิกและมีความรู้ในเนื้อหาวิชาที่สอนยังไม่ดีพอ
การเตรียมผู้สอนที่มีประสบการณ์แล้วก็จำเป็นต้อง
พัฒนาทักษะการสอนด้วยวิธีนี้เช่นเดียวกันเนื่องด้วยเป็น
นวัตกรรมใหม่ทางการสอน ดังนั้นการเตรียมผู้สอนจึง
เป็นภาวะเร่งด่วนที่ทุกสถาบันการศึกษาต้องรีบดำเนินการ
เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของนวัตกรรมการ
เรียนการสอนแบบนี้ที่เกิดขึ้นทั่วโลก (Burgess, Black,
Chapman, Clark, Roberts, & Mellis, 2012)

การพัฒนาวัตกรรมการสอน (Teaching Innovation)

นวัตกรรมการสอนจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อผู้สอนคิด
พัฒนาวิธีการสอนที่ทำอยู่ในปัจจุบันซึ่งดีอยู่แล้ว แต่เชื่อ
ว่าอาจยังมีวิธีการอื่นอีกหรือไม่ที่จะทำให้การสอนได้ผล
ดีมากมานี้ หากบุคคลใดที่ได้คิดถึงความก้าวหน้าในวิธี
การทำงานและใช้ความพยายามที่จะปรับปรุงเพื่อให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงที่ได้ผลดียิ่งขึ้นเรื่อย ๆ บุคคลนั้นก็จะ
เป็นนักพัฒนานวัตกรรมผู้หนึ่ง เมื่อพิจารณาการทำงาน
ประจำวันของพยาบาลทุกคน จะพบว่าต่างค้นพบวิธีการ
ใหม่ๆ ในการปรับปรุงงานให้ดีขึ้น เพียงแต่มีการประกาศ
ให้สังคมได้รับทราบค่อนข้างน้อยเท่านั้น ดังตัวอย่าง
ตั้งแต่สมัยของฟลอเรนซ์ นิงดิงเกล สถาปนากาพยาบาล
แผนใหม่ขึ้นมา ท่านได้พัฒนาวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการ
พยาบาลขึ้นเป็นจำนวนมาก เช่น การตั้งแผนกอาหารผู้
ป่วยขึ้นในโรงพยาบาล การสร้างหอพักสำหรับนักศึกษา
พยาบาล การจัดทำสถิติผู้ป่วย การทำลายเชื้อโรคในหอ
ผู้ป่วย และวิธีการอื่น ๆ อีกมากมาย สิ่งเหล่านี้ถือได้ว
่าเป็นนวัตกรรมในการสร้างวิชาชีพทั้งสิ้น ในปัจจุบันจึงได้
มีการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องด้วยการสร้างนวัตกรรม
ทางการพยาบาลเกิดขึ้นเช่นเดียวกัน ที่สำคัญคือการสอน
การปฏิบัติการพยาบาลด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริง ซึ่งม
ีความจำเป็นอย่างยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบัน เพราะ
วิชาชีพการพยาบาลจำเป็นต้องมีนวัตกรรมเกิดขึ้นตลอด
เวลาเพื่อพัฒนาวิชาชีพให้ก้าวหน้าทันต่อความ
เปลี่ยนแปลงของสังคม (Lemberger, 2018)

แนวคิดของการสอนแบบสถานการณ์จำลอง
(simulation) คือ การสอนที่เน้นความสำคัญของเทคนิค
วิธีการปฏิบัติซึ่งมิใช่เน้นความทันสมัยของเทคโนโลยี
(technique not technology) ทั้งนี้เพื่อใช้ทดแทน
สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในคลินิกซึ่งมิใช่จะเกิดขึ้นได้โดย
ง่าย อย่างไรก็ตามการสอนวิธีนี้ก็คือวิธีการสอนวิธีหนึ่งท
ี่ต้องการผู้สอนซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ลุ่มลึกใน
เนื้อหาวิชานั้น ๆ และความร่วมมืออย่างเต็มความ
สามารถของผู้เรียน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในวิธีการแก้
ปัญหาจากการปฏิสัมพันธ์ที่สมบูรณ์แบบนี้และทำให้
บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

การใช้สถานการณ์จำลองในการสอน มีเป้าหมาย
สำคัญในการฝึกทักษะการพยาบาลต่างๆ (clinical
procedures) ฝึกการทำงานเป็นทีม (team work) รวม
ทั้งการใช้เพื่อตรวจสอบสมรรถนะในการปฏิบัติการ
พยาบาลของบุคลากร (competency assessment)
ด้วย จึงทำให้การสอนวิธีนี้เป็นวิธีที่ทันสมัยและมีการนำ
ไปใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก (Cooper & Taqueoti,



2008) ประโยชน์ที่เห็นได้ชัดเจนแตกต่างจากการสอนวิธีอื่นคือ การใช้สถานการณ์จำลองในการสอนด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริง จะกระตุ้นให้นักศึกษาเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้ (attention) สามารถจดจำความรู้ได้ยาวนาน (retention) และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานได้โดยง่าย (application) เมื่อสำเร็จการศึกษาไปแล้ว (Berndt, et al., 2015) เนื่องจากเหตุการณ์ของกรณีศึกษาสมมุติในสถานการณ์จำลอง(scenario) จะทำให้นักศึกษาเกิดจินตนาการที่จะช่วยความทรงจำที่ระลึกลย้อนกลับเพื่อเชื่อมโยงความรู้ภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติที่มีความปลอดภัยสูงต่อผู้ป่วยได้โดยง่าย สามารถใช้สอนนักศึกษาได้หลายครั้งตามความต้องการในการเรียนรู้ของนักศึกษา อีกทั้งยังสามารถใช้สอนนักศึกษาได้ทั้งกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ ทำให้ประหยัดการใช้ทรัพยากรและจำนวนอาจารย์ในการสอน จึงเป็นการเลือกใช้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการเรียนการสอน เพราะหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริง (High-fidelity human simulation) จะทำให้นักศึกษาเรียนรู้และเข้าใจอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและได้ฝึกการแสดงปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและทีมการรักษา (Rode, Callihan, & Barnes, 2016)

การเตรียมอาจารย์พยาบาล (preparation of nurse instructor)

สืบเนื่องจากโลกาภิวัตน์ในปัจจุบัน ซึ่งมีผลให้การเรียนการสอนทางการพยาบาลได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก จึงมีการนำวิธีการสอนแบบสถานการณ์จำลองโดยใช้หุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงมาใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก แต่ที่พบว่าเป็นวิธีการสอนที่ไม่ถนัดนัก การเตรียมอาจารย์พยาบาลจึงเป็นเรื่องที่ยังคงมีปัญหาย่อยบ้าง เพราะอาจารย์ส่วนใหญ่มักอ้างว่าวิธีการสอนแบบเดิมดีอยู่แล้ว วิธีการสอนแบบใหม่นั้นตนเองไม่คุ้นเคยและต้องใช้เวลามากในการเรียนรู้และเตรียมการสอน แต่จากการศึกษาวิจัยพบว่าการเตรียมอาจารย์สำหรับการสอนแบบสถานการณ์จำลองด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงนี้ เป็นเรื่องที่มีผลโดยตรงต่อความสำเร็จในการเรียนรู้ของนักศึกษา เพราะอาจารย์ที่ได้รับการเตรียมมาดีจะสามารถสร้าง

สถานการณ์จำลองที่คล้ายสภาพความเป็นจริงได้มากที่สุด สามารถสร้างจินตนาการให้เกิดขึ้น ดำเนินการสอนร่วมกับหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงได้อย่างราบรื่น และสรุปผลการเรียนรู้ด้วยการสะท้อนคิดของนักศึกษาที่ชัดเจน (Smitten, & Myrick, 2012)

ดังนั้นการเตรียมอาจารย์ให้มีความรู้และทักษะในการสอนแบบสถานการณ์จำลองด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงจึงเป็นเรื่องที่ต้องเร่งดำเนินการ เนื่องจากชุดการสอนที่เป็นหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงเป็นเทคโนโลยีที่มีราคาค่อนข้างแพง การใช้ให้คุ้มค่าคุ้มทุนจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ควรพิจารณาเช่นเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามการสร้างกรณีศึกษาสมมุติในสถานการณ์จำลอง (Scenarios) เพื่อใช้สอนด้วยวิธีนี้ก็อยู่ในความต้องการและการริเริ่มของอาจารย์เจ้าของกระบวนวิชาที่จะพิจารณาว่าจะเลือกใช้ประกอบการสอนในเนื้อหาวิชาตรงใดจึงจะเหมาะสมสมมากที่สุด ซึ่งสามารถเลือกใช้ได้หลายแบบ เช่น ตอนปฐมนิเทศกระบวนวิชาเพื่อสาธิตให้นักศึกษาได้เห็นประเด็นสำคัญที่เป็นสาระหลักของวิชา หรือเนื้อหาตอนใดตอนหนึ่งในกระบวนวิชา หรืออาจเลือกใช้ตอนสุดท้ายของการสอนในกระบวนวิชาเพื่อสรุปเชื่อมโยงเนื้อหาสำคัญทั้งกระบวนวิชาก็ได้ ซึ่งแน่นอนว่าคงไม่มีผู้ใดจะรู้ดีไปกว่าผู้สอนอย่างแน่นอน ในปัจจุบันสถาบันการศึกษาพยาบาลต่างเร่งพัฒนาในเรื่องดังกล่าวนี้จึงมีการกำหนดนโยบายว่าให้ทุกรายวิชาไม่ว่าภาคทฤษฎีหรือภาคปฏิบัติออกแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงไม่น้อยกว่า 1 ครั้งในแต่ละภาคการศึกษา เพื่อให้อาจารย์ได้ปรับปรุงและพัฒนาวิธีการสอน อาจารย์จึงควรพัฒนาตนเองให้เกิดทักษะในการสอนเริ่มจากการเรียนรู้ทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องและฝึกปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความชำนาญต่อไป

การเรียนรู้เกี่ยวกับการสอนแบบสถานการณ์จำลอง (simulation-based education)

เนื่องจากการใช้สถานการณ์จำลองในการสอนด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริง เป็นวิธีการสอนที่แพร่หลายรวดเร็วในปัจจุบัน จึงทำให้นักการศึกษาตระหนักในปัญหาเฉพาะหน้าที่ต้องเผชิญ คือ การฝึกอบรมอาจารย์



พยาบาลเพื่อให้ทุกคนมีทักษะในการสอนวิธีนี้ได้ด้วยตนเอง ตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์ (objective) ของการสอน จนถึงสรุปผลการเรียนรู้ (debriefing) การสอนวิธีนี้มีหลักการสำคัญที่ต้องยึดถือ 3 ประการคือ การสร้างกรณีศึกษาสมมุติในสถานการณ์จำลองที่สร้างสรรค์ (creation) การดำเนินการสอนด้วยความระมัดระวังเพื่อให้ผู้เรียนเกิดจินตนาการจากสถานการณ์จำลองที่เสมือนสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นอย่างได้ผลดี (execution) และการประเมินผลที่มีความชัดเจน (evaluation) เพียงพอดังนั้นการออกแบบกรณีศึกษาสมมุติที่จะใช้ในสถานการณ์จำลองจึงต้องมีกรอบแนวคิดที่ชัดเจนและถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้การสอนตามนั้นสามารถเกิดประโยชน์สูงสุดได้ (Littlejohn, 2012; Ravert, & McAfoos, 2014)

องค์ประกอบของการสอนแบบสถานการณ์จำลองได้แก่

1. ความต้องการเรียนรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล (education practice) ของนักศึกษา เป็นหัวใจหลักของการจัดการสอนวิธีนี้ ซึ่งขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ที่ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ผู้สอน (facilitator) ในฐานะผู้ทรงคุณความรู้ทางการพยาบาลที่ต้องการช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างเต็มความสามารถ จัดอำนวยความสะดวกให้มากที่สุด วางแผนการสอนอย่างรัดกุมทุกอย่าง ผู้เรียน (participant) ในฐานะผู้ต้องการความรู้ให้ความร่วมมือในการเรียนอย่างเต็มที่ เรียนรู้อย่างเต็มความสามารถและให้ข้อมูลย้อนกลับในการประเมินผลการสอนอย่างตรงไปตรงมา

2. คุณลักษณะของการออกแบบการสอนแบบสถานการณ์จำลอง (simulation design characteristics) เมื่ออาจารย์เข้าใจความต้องการของนักศึกษาจะสามารถนำสิ่งเหล่านั้นมาจัดทำเป็นกรณีศึกษาสมมุติ (case scenario) เพื่อจัดทำรายละเอียดของสถานการณ์จำลองให้ตอบโจทย์นั้นๆ และดำเนินการสอนให้ตรงประเด็น ตั้งแต่การปฐมนิเทศการสอน (prebriefing) เพื่อทำความเข้าใจในวัตถุประสงค์การสอนให้ตรงกัน ทำความรู้จักกับหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงที่มีอยู่ ดำเนินการสอนร่วมกันอย่างระมัดระวังทุกขั้นตอน เสร็จ

แล้วอาจารย์ผู้สอนทำการสรุปผลการเรียนรู้ (debriefing) ซึ่งทั้งหมดนี้ควรใช้เวลาไม่นานเกินไป มิฉะนั้นอาจทำให้สถานการณ์จำลองนั้นไม่น่าสนใจหรือเข้าใจสับสนได้

3. ผลลัพธ์ของการสอน (outcomes) การสอนแบบสถานการณ์จำลองควรได้ผลตรงตามความต้องการเรียนรู้ของนักศึกษา โดยเฉพาะทักษะในการตัดสินใจแก้ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาล และควรทำให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจในการเรียนรู้และมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้นด้วย

ทักษะที่จำเป็นสำหรับอาจารย์พยาบาล (skills for nursing instructor)

การสอนแบบสถานการณ์จำลองด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงได้มีการนำมาใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลมาระยะหนึ่งและแพร่หลายทั่วโลกอย่างรวดเร็ว เพราะทำให้ผู้สอนทุกคนเห็นข้อดีในแง่ที่ช่วยฝึกการตัดสินใจให้การพยาบาลของนักศึกษาจากการรวบรวมความรู้และประสบการณ์ที่เรียนผ่านมาเข้าด้วยกัน ดังนั้นอาจารย์จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ในการสอนด้วยวิธีนี้เช่นกัน เริ่มจากสามารถสร้างกรณีศึกษาสมมุติในสถานการณ์จำลองที่น่าสนใจและเกิดจินตนาการได้รวดเร็ว เพื่อกระตุ้นและท้าทายให้นักศึกษาต้องการเรียนรู้ ดำเนินการสอนตามสถานการณ์จำลองด้วยปฏิสัมพันธ์ที่ดีและพฤติกรรมที่ถูกต้อง พร้อมทั้งสรุปผลการเรียนรู้ร่วมกับนักศึกษาอย่างได้ประโยชน์สูงสุดดังนี้

1. ทักษะในการสร้างกรณีศึกษาสมมุติในสถานการณ์จำลอง (creation scenarios) ซึ่งกรณีศึกษาสมมุติมีหลายแบบให้ผู้สอนเลือกใช้ให้เหมาะสมกับเนื้อหาในวิชาของตน ไม่ว่าจะเป็นแบบบอกเล่าเรื่องราวของผู้ป่วยรายใดรายหนึ่ง (scenario as story) แบบรวบรวมเหตุการณ์จากกลุ่มบุคคลที่มีอาการและปัญหาเหมือนกัน (scenario as recollection) หรือแบบที่บอกเล่าเหตุการณ์ที่ผ่านมาว่ามีอะไรเกิดขึ้น (scenario as history) เช่นการระบาดของโรคต่าง ๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตามทุกคนต่างยืนยันว่าการสอนแบบสถานการณ์จำลองจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้มากกว่าการบรรยาย



อย่างแน่นนอน ดังนั้นคุณลักษณะของกรณีศึกษาสมมุติในสถานการณ์จำลองที่ดีจึงต้องสอดคล้องกับความคาดหวังของผู้เรียน เป็นเรื่องราวสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด มีลักษณะที่ท้าทายและกระตุ้นการเรียนรู้มากที่สุด มีกิจกรรมที่น่าสนใจ และใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย

ผู้สอนจึงควรมีทักษะในการวางแผนการสอนโดยเลือกเนื้อหาวิชาที่เหมาะสมต่อการใช้สอนด้วยกรณีศึกษาสมมุติในสถานการณ์จำลองหรือเนื้อหาวิชาที่มีความเป็นนามธรรมสูง เช่น การบริหารการพยาบาล การพัฒนาภาวะผู้นำ เป็นต้น โดยผู้สอนจะใช้สถานการณ์จำลองกับการสอนเนื้อหาวิชาตรงใดก็ได้ เช่นในการเริ่มต้นกระบวนการวิชาหรืออาจใช้ในการสรุปกระบวนการวิชาก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้ทุกครั้งที่มีการสอน ทักษะดังกล่าวนี้จึงจำเป็นต้องอาศัยอาจารย์ที่มีประสบการณ์ในการสอนมานานพอสมควร เพื่อให้เข้าใจประเด็นหลักของเนื้อหาวิชาและความเชื่อมโยงกับวิชาอื่น (Karacay, 2018)

2. ทักษะในการดำเนินการสอน (execution) ผู้สอนจำเป็นต้องทราบความสามารถของหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงและสามารถใช้ได้เหมาะสมกับกรณีศึกษาสมมุติที่ตั้งเขียนไว้ในสถานการณ์จำลองของตนแล้ว อย่างไรก็ตามการดำเนินการสอนจะต้องยึดมั่นตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดร่วมกันไว้ โดยให้เกิดสภาพการณ์ที่เหมือนจริงของการแก้ปัญหาในคลินิกมากที่สุด (high-fidelity) โดยมีนักศึกษาที่ได้รับการเตรียมความพร้อม (prebriefing) เพื่อให้ นักศึกษาคุ่นเคยกับหุ่นและไม่ตกใจกลัวความเสมือนจริงของหุ่นและทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีต่อกัน (student support) โดยผู้สอนต้องใช้สัญญาณเตือนผู้เรียน (cueing) ในการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องระหว่างดำเนินการแสดงร่วมกับหุ่นเพื่อให้การสอนดำเนินไปด้วยความราบรื่น โดยการสอนแต่ละครั้งจำเป็นต้องให้บรรลุวัตถุประสงค์เช่นเดียวกับการสอนด้วยวิธีการอื่น คือ ผู้เรียนสามารถพัฒนาการเรียนรู้ในด้านสติปัญญา (cognitive domain) ด้านปฏิบัติการพยาบาล (psychomotor domain) และด้านทัศนคติต่อการเป็นพยาบาล (affective domain) ต่อไป (Leighton, 2012; Groom, & Sittner, 2014)

3. ทักษะในการสรุปผลการเรียนรู้ (debriefing) เป็นการสรุปปฏิกิริยาจากการสะท้อนคิดของผู้เรียนที่ผู้สอนออกแบบไว้ให้เกิดขึ้นตามนั้น ซึ่งถือว่าเป็นประสบการณ์ความสำเร็จขั้นสำคัญที่สุดของการสอนแบบสถานการณ์จำลองเลยทีเดียว เนื่องจากเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ดังนั้นจึงต้องออกแบบให้มีการสรุปผลการเรียนรู้ทันทีที่สอนเสร็จ เพื่อมิให้ความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในตัวผู้เรียนถูกลืมเลือนไปหรือถูกทำลายโดยระยะเวลาให้เกิดขาดๆ เกินๆ สิ่งสำคัญที่ต้องถามระหว่างการสรุปผลการเรียนรู้คือ “เกิดอะไรขึ้น สิ่งนั้นทำให้เกิดการเรียนรู้อะไร” (What happened and what was learned occurs) ผู้สอนต้องใช้คำถามนำเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนได้คิดว่าเกิดอะไรขึ้นที่ทำให้ตนเรียนรู้อะไรในคลินิกเพิ่มขึ้นจากประสบการณ์เดิมและเป็นความรู้สำคัญที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกต่อไป บทบาทที่สำคัญของผู้สอนคือความรับผิดชอบในการแก้ไขข้อผิดพลาดหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทุกประการที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลองนั้น เพื่อช่วยให้ผู้เรียนไม่จำสิ่งที่ผิดๆ ไปใช้ได้ ดังนั้นการสรุปผลการเรียนรู้จึงเป็นจุดที่พบกันระหว่าง ความคาดหวังของผู้เรียนและผู้สอนในสถานการณ์จำลองนั้น โดยที่ผู้เรียนคาดหวังว่าจะได้เรียนรู้ทักษะและสามารถทำเป็นในการพยาบาล ส่วนผู้สอนคาดหวังว่าผู้เรียนจะได้พัฒนาความรู้และเพิ่มพูนประสบการณ์การทำงานในคลินิกจนสามารถนำไปใช้ต่อไปได้ ทุกคนจึงยอมรับว่าการสรุปผลการเรียนรู้เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญสูงสุดในการสอนวิธีนี้ที่จะช่วยถ่ายทอดความรู้จากภาคทฤษฎีสู่ภาคปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นการแสดงพฤติกรรมของผู้สอนในการสรุปผลการเรียนรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญมากที่ต้องมีการเตรียมตัวและพัฒนาทักษะนี้ให้ชำนาญ และต้องมีความเข้าใจจิตวิทยาการเรียนรู้ที่ดีจึงจะทำให้บรรลุผลการสอนแบบนี้ได้ โดยต้องใช้ทักษะในการสื่อสารที่ดีในการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของนักศึกษาอย่างนุ่มนวล และเลือกเน้นย้ำประเด็นสำคัญเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน (Groom, & Sittner, 2014)

ผู้สอนที่จะสรุปผลการเรียนรู้ได้ดีต้องเป็นผู้สอนที่



มีความรู้และเชี่ยวชาญในเนื้อหาที่สอนเป็นอย่างดีจึงควรเป็นอาจารย์ที่มีความอาวุโสพอสมควร จึงจะสามารถพัฒนาทักษะเหล่านี้ได้ง่ายกว่าอาจารย์ที่เป็นน้องใหม่ เพราะจะมีความเข้าใจความเกี่ยวข้องของเนื้อหาภายในวิชารวมทั้งสามารถเชื่อมโยงกับเนื้อหาวิชาภายนอกได้ดีกว่า รวมทั้งทักษะในการประเมินผลการสอน (outcomes) ซึ่งควรพิจารณาถึงความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากความรู้เดิมหรือไม่และเกิดทักษะในการปฏิบัติ การพยาบาลเพิ่มขึ้นตามที่ต้องการหรือไม่ โดยพิจารณา ประกอบกับแบบประเมินความพึงพอใจของผู้เรียน ร่วมกับการพัฒนาความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และความเชื่อมั่นในตนเองที่มีเพิ่มขึ้น หรืออาจมีการทำการวิจัยในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการสอนในแบบนี้ (Lucas, & Edwards, 2017)

จุดเด่นของการสอนแบบสถานการณ์จำลองด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริง

เนื่องจากการสอนแบบใหม่ที่มีการใช้แพร่หลายอย่างรวดเร็ว จึงมีผู้ทำการวิจัยจำนวนมากตั้งแต่ปี ค.ศ.2000 เป็นต้นมา ดังเช่น การศึกษาความพึงพอใจต่อการสอนแบบสถานการณ์จำลองด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-2 จำนวน 85 คนในมหาวิทยาลัย 2 แห่งของประเทศออสเตรเลีย ที่มีประสบการณ์ได้รับการสอนมาแล้วเกิน 10 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า การเรียนด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงทำให้ทุกคนบรรลุวัตถุประสงค์ได้เป็นอย่างดี ทุกคนได้รับความรู้ดีมาก และสามารถนำความรู้ใหม่ไปใช้ประโยชน์ในคลินิกได้ดี แต่ยังพบว่ามีความไม่สะดวกในการเรียนรู้บางประการและได้รับการปฐมพยาบาลไม่ครอบคลุม ส่วนขั้นตอนในการสอนพบว่า การสรุปผลการเรียนรู้เป็นขั้นตอนสำคัญที่เป็นประโยชน์สูงสุดแก่นักศึกษาเพราะช่วยให้เข้าใจทักษะที่เกิดขึ้นและจุดอ่อนจุดแข็งของตนเองดีขึ้น (Kable, Arthur, Levett-Jones, & Reid-Searl, 2013) และการศึกษาประสิทธิผลการสอนแบบสถานการณ์จำลองโดยใช้หุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงเพื่อสอนวิชาพื้นฐานการพยาบาล (fundamental of nursing) ในนักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 เปรียบเทียบกับการสอนโดยวิธีเดิม พบ

ว่านักศึกษามีคะแนนการเรียนรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นข้อสนับสนุนว่าควรนำวิธีการสอนแบบนี้มาใช้ในทุกวิชาของหลักสูตรต่อไป (Eyikara, & Baykara, 2018) และเมื่อพิจารณาว่าการสอนแบบนี้เหมาะสมกับผู้เรียนที่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบใด (learning styles) ก็พบว่าสามารถใช้ได้ดีกับผู้เรียนที่มีรูปแบบการเรียนรู้ทุกแบบ (Shinnick, & Woo, 2015)

บทสรุป

การสอนแบบสถานการณ์จำลองโดยใช้หุ่นผู้ป่วยเสมือนจริง (Simulation based education) เป็นการจัดการเรียนการสอนในกลุ่มนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการจัดการเรียนการสอนไปค่อนข้างมาก โดยทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างสนุกสนาน กระตุ้นให้กระตือรือร้นในการแสวงหาความรู้ใหม่เพื่อการเรียนรู้ของตนเอง มีความรู้ที่ฝังลึกและเพิ่มความเชื่อมั่นในการนำไปใช้ ส่วนผู้สอนได้ออกแบบการสอนอย่างมีประสิทธิภาพทำให้เกิดความรู้สึกรู้สึกภูมิใจในตนเองที่เป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ในแนวทางของนักวิชาการและทำการสอนการพยาบาลทุกอย่างอยู่บนหลักวิชาการอย่างแท้จริง

การสอนแบบสถานการณ์จำลองด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงจึงเป็นสิ่งที่สนุกและท้าทายความสามารถของทั้งของผู้สอนและผู้เรียน จึงนับเป็นโอกาสที่สถาบันการศึกษาได้ลงทุนเพื่อปรับปรุงและพัฒนาวัฒนธรรมทางการสอนให้มีความตื่นตันทื่นาน่าสนใจและกระตุ้นให้ทั้งผู้สอนและผู้เรียนได้ฝึกการคิดอย่างสร้างสรรค์ในการนำความรู้ต่าง ๆ มาบูรณาการเข้าด้วยกัน จนกระทั่งทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการศึกษาหาความรู้อย่างชัดเจน และได้เห็นการผสมผสานความรู้ทางการพยาบาลที่เป็นองค์ความรู้ซึ่งมีความต่อเนื่องและนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยง่าย ซึ่งสามารถช่วยแก้ปัญหาการจัดการเรียนการสอนทางวิทยาศาสตร์สุขภาพแบบเก่าที่เคยประสบปัญหานานัปการมาเป็นเวลานาน เนื่องจากการเป็นกระทำได้ร่างกายของมนุษย์ที่มีอาจทดลองให้เกิดความผิดพลาดขึ้นได้ จึงแก้ไขโดยการนำการสอนแบบสถานการณ์จำลองด้วยหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงมาใช้ ทำให้มีความสะดวก



และปลอดภัยในการสอนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการสอนนักศึกษาในชั้นปีที่สูงขึ้นในการฝึกการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย และการสอนในเนื้อหาวิชาที่มีความเป็นนามธรรมสูงให้เข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น ดังนั้นการเตรียมผู้สอนให้มีทักษะในการสอนจึงเป็นเรื่องสำคัญ ที่ผู้สอนจำเป็นต้องมีประสบการณ์จนเกิดความชำนาญในการสอนด้วย

วิธีนี้ โดยเฉพาะการเตรียมผู้สอนรุ่นใหม่ที่ยังขาดความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติในคลินิกและมีความรู้ในเนื้อหาวิชาที่สอนยังไม่ดีพอ นับเป็นภาวะเร่งด่วนที่ทุกสถาบันการศึกษาต้องรีบดำเนินการเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของนวัตกรรมการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นทั่วโลก

เอกสารอ้างอิง

- Berndt, J. et al. (2015). Collaborative classroom simulation CCS): Innovative pedagogy using simulation in nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 36(6), 401-402.
- Burgess, A., Black, K., Chapman, R., Clark, T., Roberts, C. & Mellis, C. (2012). Teaching skills for students: Our future educators. *The Clinical Teacher*. 9, 312-316.
- Cooper, J.B. & Taqueoti, V.R. (2008). A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training, *Postgrad Med Journal*, 84(997), 563-570.
- Eyikara, E. & Baykara, Z.G. (2018). Effect of simulation on the ability of first year nursing students to learn vital signs. *Nurse Education Today*. 60, 101-106.
- Groom, J.A. & Sittner, B.J. (2014). NLN/Jeffries Simulation framework: Simulation design characteristics. *Clinical Simulation in Nursing*. 10(7), 337-344.
- Hosoda, Y. (2018). In search of the ideal clinical learning environment *Reflections on Nursing Leadership*, Retrieved July 15, 2018, from www.STTIPub
- Jambulingam, M. & Anderson, M.R. (2017). Teaching from experience. *Reflections on Nursing Leadership*, Retrieved July 17, 2018, from www.STTIPub
- Kunaviktikul, W. (2015). Teaching and learning in the discipline of nursing in the 21st century. *Nursing Journal*, 42(2), 152-156. (In Thai)
- Kable, A.K., Arthur, C., Levett-Jones, T. & Reid-Searl, K. (2013). Student evaluation of simulation in undergraduate nursing programs in Australia using quality indicators. *Nursing and Health Sciences*. 15, 235-243.
- Leighton, K. (2012). Simulation for staff nurses: Reaching everyone!. *Clinical Simulation in Nursing*. 8(8), e402.
- Lemberger, O. (2018). Finding a better way: Nurses and innovation. *Reflections on Nursing Leadership*, Retrieved July 27, 2018, from www.STTIPub
- Littlejohn, A. (2012). Simulation to the rescue: Educating emergency/trauma nurses. *Clinical Simulation in Nursing*. 8(8), e402.
- Lucas, A. & Edwards, M. (2017). Development of crisis resource management skills: A literature review. *Clinical Simulation in Nursing*. 13(8), 347-358.
- Norman, J. (2012). Systemetic review of the literature on simulation in nursing education. *The ABNF Journal*. Spring 2012.24-28.



- Ravert, P. & McAfooes, J. (2014). NLN/Jeffries Simulation framework: State of the science summary. *Clinical Simulation in Nursing*. 10(7), 335-336.
- Rode, J. L, Callihan, M.L., & Barnes, B.L. (2016). Assessing the value of large-group simulation in the classroom. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(7), 251-259.
- Shinnick, M.A. & Woo, M.A. (2015). Learning style impact on knowledge gains in human patient simulation. *Nurse Education Today*. 35(2015), 63-67.
- Smitten, J. & Myrick, F. (2012). Finding their way: Preparing nurse educators of the future in human patient simulation. *Clinical Simulation in Nursing*. 8(8), e413.
- Yimyam, S. (2016). Developing simulation model for training clinical skill of health Science students. *Nursing Journal*, 43(2), 142-151. (In Thai)
- Kunaviktikul, W. (2015). Teaching and learning in the discipline of nursing in the 21st century. *Nursing Journal*, 42(2), 152-156. (InThai)



งานที่มีความหมายและการปฏิบัติงานของพยาบาลใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยการแพทย์สาธารณสุขรัฐประชาชนจีน

Meaningful Work and Job Performance Among Nurses in Medical University Hospitals, The People's Republic of China

ทง	ลิง *	Tong	Ling*
ฐิตินัฐ	อักคะเดชอนันต์ **	Thitinut	Akkadechanunt**
สมใจ	ศิริกมล **	Somjai	Sirakamon**

บทคัดย่อ

งานที่มีความหมายเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อระดับของงานที่มีความหมายการปฏิบัติงาน การปฏิบัติ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างงานที่มีความหมายกับการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยการแพทย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน เลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 389 คนโดยใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยการแพทย์ 4 แห่งในเมืองฮาร์บิน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) เครื่องมือวัดการทำงานและความหมายของงาน (WAMI) ซึ่งพัฒนาโดย Steger et al.(2012) และแปลเป็นภาษาจีนโดยผู้วิจัย และ 3) แบบวัดการปฏิบัติงานฉบับย่อ (SJPS) ซึ่งพัฒนาโดย Greenslade (2008) และแปลเป็นภาษาจีนโดย Lin(2012) ซึ่ง เครื่องมือ WAMI และ SJPS ได้รับการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงเรียบร้อยแล้ว วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า งานที่มีความหมาย สมรรถภาพของงาน และสมรรถภาพของบริบท ตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง งานที่มีความหมายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถภาพของงาน และการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลในการจัดทำแผนและกลยุทธ์ในการพัฒนางานให้มีความหมาย เพื่อที่จะเป็นการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยการแพทย์ สาธารณรัฐประชาชนจีนต่อไป

คำสำคัญ: งานที่มีความหมาย การปฏิบัติงาน พยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพ,โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยการแพทย์,สาธารณสุขรัฐประชาชนจีน

* Professional Nurse, The Third Affiliated Hospital of Harbin Medical University, The People's Republic of China

** ผู้เขียน,ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University,tongling7891@163.com



Abstract

Meaningful work is a significant factor that has an effect on job performance among nurses. The purposes of this descriptive correlational study were to identify the level of meaningful work, task performance, and contextual performance, and to examine the relationship between meaningful work and task performance as well as contextual performance among nurses working in medical university hospitals in The People's Republic of China. Stratified random sampling was used to select 389 nurses working in four medical university hospitals in Harbin. The research instruments included: 1) Demographic Data Form, 2) The Work and Meaning Inventory (WAMI) developed by Steger et al. (2012) and translated into Chinese by the researcher, and 3) Shortened Job Performance Scale (SJPS) developed by Greenslade (2008) and translated into Chinese by Lin (2012). The validity and reliability of both WAMI and SJPS were confirmed. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation analysis.

The results revealed that: Meaningful work, task performance and contextual performance as perceived by nurses were at a moderate level. There was a statistically significant positive correlation between meaningful work and both task performance and contextual performance at a moderate level.

The results of this study could be used as basic information for nurses and hospital administrators to develop plans and strategies to enhance meaningful work in order to improve job performance among nurses in Medical University Hospitals in The People's Republic of China.

Keyword: Meaningful Work, Job Performance, Nurses

Background and Significance

Healthcare organizations are continuously developed while providing high-quality healthcare, as the ultimate objective of the health care system. In China, 46% of nurses work more than 11 hours per day, and 35% of nurses work more than 6 days a week (Lan, Zhao & Yang, 2007). The standard ratio of nurse to hospital beds were at 1:0.4. However, in the Third Affiliated Hospital of Harbin Medical University, during the day shift, one nurse takes care of 15 patients while one nurse takes care

of 40-50 patients during the night shift (Third Affiliated Hospital of Harbin Medical University, 2011). This high workload has an impact on nurses' job performance and ability to provide quality care to patients. Greenslade and Jimmieson (2007) developed a new model of job performance based on Borman and Motowidlo's (Borman & Motowidlo, 1993) and defined job performance as work behaviors which can be classified into two domains: task performance and contextual performance. Task performance refers to behaviors that directly



contribute to the technical core of the organization, including activities, which are commonly considered as part of the job. Contextual performance is defined as behaviors that sustain the social environment from which the technical core functions. It comprises a number of intentional behaviors that assist in general hospital operations. Various initiatives introduced a model of job performance into the nursing profession. Task performance included three dimensions: social support, information provision, and technical care; contextual performance included three dimensions: interpersonal support, job-task support, and organizational support (Greenslade, 2008).

Lin (2012) studied job performance among 448 nurses in six tertiary hospitals in Yunnan Province, The People's Republic of China. The result showed that the scores of task and contextual performance were at a moderate level. The same result was found by Greenslade and Jimmieson (2007b). Fathimath (2012) studied job performance among 382 nurses in the Tertiary Care Hospital, Maldives. The results showed that the scores of task performance were at a high level, while the scores of contextual performance were at a moderate level. These findings showed that the results of task performance and contextual performance presented inconsistently between different settings and countries. Moreover, there is no study regarding job performance among nurses in university hospitals of Harbin using the SJPS instrument.

Several factors have been found related to job performance including job characteristics (Pu, 2010), job stress (Wang, 2011), job satisfaction

(Nabirye, Brown, Pryor, & Maples, 2011), fatigue (Lin, 2012), years of experience, education level, and emotional intelligence (Lieu, 2013). Meaningful work is one of the most important components predicting job performance (Indradevi, 2012). Meaningful work was seen as an important psychological state that affects work performance (Hackman & Oldham, 1976). Duchon and Plowman (2005) also suggested that organizations can expect higher job performance if managers foster meaningfulness of work. Tuuli and Rowlinson (2009) proved that job performance depends on meaningful work for management-level staff in a company (Tuuli & Rowlinson, 2009).

Steger, Dik, and Duffy (2012) defined meaningful work as the nurses' perception of their work that is significant and positive in meaningfulness with a growth-and purpose-oriented focus, rather than pleasure-oriented. Meaningful work includes three subscales: (1) Positive meaning (PM): the sense that people judge their work to matter and be meaningful or as having significance and purpose. (2) Meaning making (MM) through work: the sense that people view their work as what helps people deepen their understanding of themselves and the world around them, and facilitates their personal growth or work that contributes to a broader sense of meaning in life, (3) greater good (GG), and motivations: The reflection of ideas that work is most meaningful if it has a broader impact on others. The result of a study regarding meaningful work among 370 employees in a large Western university in America found that the overall score of MW was at high level and the score of PM and MM were



at moderate level while the score of GG was at high level. Moreover, the GG subscale received the highest ratings per item followed by the PM and MM subscales. The results also showed that GG is more obvious for measuring meaningful work (Steger, Dik & Duffy, 2012).

Because of the nursing shortage and heavy workload in China, nurses had no time to provide emotional support for the patients because their working hours and energy were spent on routine nursing tasks (Yang, Shao, Yang, Ying, and Dong, 2009). Routine nursing tasks are the largest burdens for nurses, often forcing them to work overtime (Yang et al., 2009). In the Third Affiliated Hospital of Harbin Medical University, the majority of physicians hold a master's degree. Some hold PhDs. However, 50% of nurses hold a nursing diploma, 39% hold a nursing associate degree, and 11% hold a bachelor's degree. Only 3 nurses currently hold a master's degree (Third Affiliated Hospital of Harbin Medical University, 2011). In addition, frequent in-house education programs are not offered for nurses. Some nurses perceived that nursing has less meaning than other professions. When patients come to hospital for care, they ask for assistance from physicians, not nurses. Patients perceive that nurses are only service personnel. Therefore, nurses usually do not receive enough respect from patients and hospital managers. The feeling of inferiority or lack of pride in the work-life of Chinese nurses at Harbin Medical University Hospital may have an impact on their job performance. Hunt (2009) found that nurses find meaning through their work having an impact on people's lives, and being valued and appreciated by others (Hunt, 2009), not from

the work itself.

According to this observed situation in China, it became necessary to conduct this study examining meaningful work and job performance among nurses at Harbin Medical University. The result of this study would provide a better understanding of meaningful work as it relates to job performance. It can also provide basic information and evidence for nursing administrators to organize efficient planning and effective strategies to recover meaningful work in nurses. Consequently, it could be expected that job performance of staff nurses would be improved.

Objectives

This descriptive correlational study aimed at examining meaningful work and job performance, understanding the relationship between meaningful work and task performance, and the relationship between meaningful work contexts among nurses in medical university hospitals, within The People's Republic of China.

Conceptual Framework

The conceptual framework of job performance is based on Greenslade and Jimmieson's model of nurses' job performance (2007). Job performance refers to working behaviors, which can be classified into two domains: task performance and contextual performance. The meaningful work based on the model of meaningful work developed by Steger et al., (2012). Meaningful work includes three dimensions: (1) Positive meaning (PM), (2) Meaning making (MM), and (3) Greater good (GG) motivations (Steger et al., 2012). Meaningful work



is the most important component that has an impact on job performance (Inderadev, 2012). The relationship between meaningful work and job performance was examined in this study.

Methodology

Research Design

This descriptive correlational research was designed to examine meaningful work and job performance and to examine the relationship between meaningful work and task performance as well as contextual performance among nurses in medical university hospitals, in The People's Republic of China.

Population and Sample

The target population of this study included 3,708 nurses who have worked for at least one year in four University Hospitals of Harbin Medical University (HMU), China. The sample was selected from nurses working in the clinical department for at least 1 year. The sample size of this study, calculated by the formula of Yamane (1973), was 361. Considering the possible loss of subjects, 10% of the sample size was added, bringing the total sample size to 397. Proportionate random sampling was used to select subjects from the name list of nurses working in each clinical nursing department of these four hospitals.

Research Instrument

The instrument used for data collection was a questionnaire composed of three parts:

1) The Demographic Data Form was developed by the researcher and consisted of gender, age, marital status, and educational level, number of working years, department/section and employment type.

2) The Work and Meaning Inventory (WAMI) developed by Steger et al., (2012) consisted of 10 items of meaningful work including 4 items of positive meaning, 3 items of meaning-making through work, and 3 items of greater good motivations. Each item was rated using a five-point Likert-type scale ranging from 1: strongly disagree to 5: strongly agree. A higher score indicated a higher perception of meaningful work. The mean score was classified into three levels approved by the developers: low level, moderate level, and high level. This instrument was translated into Chinese, using a back-translation technique and checked for the equivalence of the translation back into English, and compared to the original version by Steger. The internal reliability of WAMI was tested with 30 nurses who had the same criteria for the subjects in the First Affiliated Hospital of Harbin Medical University. The Cronbach's alpha coefficient of WAMI was .83.

3) The Chinese version of the Shortened Job Performance Scale (SJPS), translated by Lin (2012) consisted of 11 items of task performance and 14 items of contextual performance. The questions regarding task performance were answered on 7-point Likert scales ranging from poor (1) to excellent (7). The items regarding contextual performance were answered on 7-point Likert scales ranking from never (1) to often (7). A higher score indicated a higher perception of task and contextual performance. Base on Lin (2012), the mean score of task performance and contextual performance was classified into low level, moderate level, and high level. The internal consistency reliability was tested with 30 nurses who had the same



criteria as the subjects in the First Affiliated Hospital of Harbin Medical University. The Cronbach's alpha coefficient of the task performance and contextual performance were 0.81, 0.81, respectively.

Ethical Consideration

Ethical approval was obtained from the Research Ethics Review Committee, Faculty of Nursing, Chang Mai University, Thailand, and directors of the Nursing Department in China where the data were collected. All participants were informed about the purpose and methods of data collection in this study. They were informed that participation in the study was voluntary and they had right to refuse, stop, or withdraw from the study at any time. A research consent form was sent to subjects to assure the protection of their human rights. A statement was included in a cover letter to guarantee anonymity of individual responses, and confidentiality was maintained throughout the study. Information and results were used only for this study.

Data Collection

After receiving approval from the Research Ethics Review Committee of Faculty of Nursing, Chiang Mai University, the research proposal, a letter for permission to collect data, and the package of instruments were submitted to nursing directors of the four hospitals. After receiving permission, the research coordinators assigned by the hospital's directors distributed and collected the questionnaires and informed consent from the locked box provided in the nursing department of each hospital. Three hundred and ninety (98.24%) questionnaires were returned. Only one was incomplete,

therefore, 389 (97.98%) were used for data analysis.

Data Analysis

Data were analyzed via a statistical software package. Descriptive statistics were used to analyze frequency, percentage, range, mean, and standard deviations of the demographic data, meaningful work, and job performance. Pearson's correlation analysis was used to examine the relationship between meaningful work and task performance as well as the relationship between meaningful work and contextual performance.

Results

Demographic Data of the Participants

The participants consisted of 389 nurses from seven units of four medical university hospitals. The age of the participants ranged from 20 to 52 with average age was 28.83. The majority of the participants (65.30%) were between 20-30 years old, and about half of the participants had never married (52.70%). Approximately 60 percent of the participants held a diploma. The majority of the participants (74.29%) had been working for 2-10 years, and the mean of working experience was 7.73 years ($SD = 6.18$), and almost 70 percent were employees. The majority of the participants (15.94%) worked in the medical department.

Meaningful Work

As shown in Table 1, the participants perceived overall meaningful work and dimension of greater good motivations at a moderate level ($\bar{x} = 35.61$, $SD = 6.73$ and $\bar{x} = 9.83$, $SD = 2.32$ respectively). Positive meaning and meaning-making through work were perceived



by participants at a high level ($\bar{x}$ = 14.40, SD=3.23, = 11.38, SD=1.96 respectively).

Table 1 Means, Standard Deviations, Range and the Level of Overall and Subscales of Meaningful Work as Perceived by the Subjects (n = 389)

Meaningful work	Range	Mean	SD	Level
Overall meaningful work	10.00-50.00	35.61	6.73	Moderate
Positive meaning (PM)	4.00-20.00	14.40	3.23	High
Meaning making (MM) through work	3.00-15.00	11.38	1.96	High
Greater good (GG) motivations	3.00-15.00	9.83	2.32	Moderate

Job Performance

As indicated in Table 2, the participant's perceived overall task performance was at a moderate level ($\bar{x}$ = 48.73, SD = 7.71). Two dimensions of social support and information provision were at moderate levels ($\bar{x}$ = 13.67, SD=7.71 and $\bar{x}$ = 19.95, SD=3.24 respectively) and the dimension of technical care was at a high

level ($\bar{x}$ = 15.12, SD = 2.75). Nurses' perceived overall contextual performance was at a moderate level ($\bar{x}$ = 60.43, SD = 10.25). Three dimensions of contextual performance including interpersonal support, job-task support, and organizational support, were at moderate level $\bar{x}$ = 24.99, SD=3.83, $\bar{x}$ = 14.56, SD=3.96, and $\bar{x}$ = 20.88, SD=4.85 respectively).

Table 2 Means, Standard Deviations, Range and the Level of Task and Contextual Performance as Perceived by the Subjects (n = 389)

Job performance	Range	Mean	SD	Level
Overall task performance	11.00-77.00	48.73	7.71	Moderate
Social support	4.00-28.00	13.67	3.98	Moderate
Information provision	4.00-28.00	19.95	3.24	Moderate
Technical care	3.00-21.00	15.12	2.75	High
Overall contextual performance	14.00-98.00	60.43	10.25	Moderate
Interpersonal support	5.00-35.00	24.99	3.83	Moderate
Job-task support	4.00-28.00	14.56	3.96	Moderate
Organizational support	5.00-35.00	20.88	4.85	Moderate



Relationship between Meaningful Work and Task
Performance as well as Contextual Performance

In Table 3, there was a significant positive

relationship between meaningful work and task
performance as well as contextual performance

($r = .44$ and $r = .49$, respectively).

Table 3 Relationship Between Meaningful Work and Task Performance and Contextual Performance
($n = 389$)

	Meaningful work
Task performance	.44*
Contextual performance	.49*

* $p < .01$

Discussion

1. Meaningful work among nurses in
Medical University Hospitals, The People's
Republic of China.

The results of this study show that nurses
in Harbin Medical University Hospitals perceived
the overall meaningfulness of their work at a
moderate level ($\bar{x} = 35.61$, $SD = 6.73$). This shows
that nurses perceive that work matters for their
own sake and it makes an important, generative
contribution to their quality of life. Under these
circumstances, work is likely experienced as
motivating, satisfying, meaningful, and a rich part
of their experience in life. However, some nurses
cannot perceive meaningfulness in their job
because of a heavy workload, have no further
opportunities to study, and feel a lack of
appreciation from head nurses. Therefore, the
overall score for meaningful work was at
moderate level. The following sections will focus
on discussion about each subscale of meaningful
work in detail.

Positive meaning (PM)

The results of this study show that nurses
in Harbin Medical University Hospitals perceived
PM at high level ($\bar{x} = 14.40$, $SD = 3.23$). The

possible explanation is that, in clinical work,
nurses clearly understand the purpose of their
own work and they can effectively complete
the task. In clinical work, head nurses and nursing
staffs attend a morning meeting. The head nurse
will assign tasks for each nurse. Therefore, every
nurse clearly understands their own responsibility.
Because each nurse has their own responsibility
in their job, they know how to make their job
meaningful. Since nurses in Harbin were offered
a salary high enough to take care of their
families, they feel that their job had satisfying
purposes. Thus, nurses felt meaningfulness in
their career. The mean score of this study was
higher than a previous study conducted by
Steger et al., (2012) ($\bar{x} = 15.12$, $SD = 4.01$) in
America. Chinese nurses are willing to provide
treatment, care, medication guidance, and
comfort to patients in hospital. Therefore, they
feel more meaningfulness in their job than the
nurses in the US.

Meaning making (MM) through work

The results of this study show that nurses
in Harbin Medical University Hospitals perceived
MM at a high level ($\bar{x} = 11.38$, $SD = 1.96$). The
possible explanation is that nurses need to



communicate with their colleagues, doctors, and patients. This process can ensure nurses better understand themselves and others, thus facilitating their personal growth, or work that contributes to a better sense of meaning in life. In their daily routine, nurses can accumulate work experience through communication, finding their own mistakes, and correcting them. Nurses constantly grow in the process and understand more about the world around them. The mean score of this study was higher than a previous study conducted by Steger et al., (2012) ($\bar{x}$ = 10.70, SD = 3.05) in America. The possible explanation is the different nature of work. The nature of a nursing job is different from others. Nurses need to exert more patience and carefulness than other occupations. The nursing profession can be seen as a special service for serving patients. Nurses not only need professional knowledge but also need empathy and communication skills.

Greater good (GG) motivations

The results of this study show that nurses in Harbin Medical University Hospitals perceived GG at a moderate level ($\bar{x}$ = 9.83, SD = 2.32). One possible explanation is nurses usually do not receive enough respect from patients and hospital managers. When patients are admitted, they ask for help from doctors, not nurses. Patients perceived that nurses are only assistants and that the doctor is responsible for treatment, while nurses are responsible for care. Therefore, nurses feel that their work cannot make any difference to the world. Another possible reason for the perceived GG at a moderate level is low education levels among nurses. Hospital managers and patients give more respect to

those who are highly educated. However, nurses who hold a diploma, do not get enough professional attention from hospital leaders. Therefore, nurses do not feel a greater purpose in their job. Because of this heavy burden in their daily work, most of the participants in this study had no chance for further study. For participants holding a diploma, they have the lowest salary level and status in the hospital. Their burden is generally heavy, therefore they have a very negative attitude towards work. For participants holding associate's degrees, although they are able to attain a higher salary than non-degree holding nurses, they are still responsible for the same job as those not holding a diploma. Therefore, the participants holding an associate's degree do not feel a greater purpose in their job. The mean score of this study was lower than previous study conducted by Steger et al., (2012) ($\bar{x}$ = 11.80, SD = 2.85) in America. The possible explanation is due to different educational backgrounds and culture. Equality and respect are favored in America. Every individual, regardless of profession or degrees, receives equal respect. In China, the more educated a person is, the more meaningful their work is perceived by the population.

2. Job performance among nurses in Medical University Hospitals, The People's Republic of China.

The overall task performance as perceived by nurses in Harbin Medical University Hospitals were at a moderate level ($\bar{x}$ = 48.73, SD = 7.71). This shows that nurses provide patients with bad social support and information. In clinical work, nurses are more focused on technical care because most of them feel that administering



medications and treatments is more important work. Providing emotional care is not good for patients and their families at Harbin Medical University Hospitals because most nurses do not give priority to social support in clinical work. However, the majority of nurses value technical care, as this can produce very serious consequences when mistakes occur. Therefore, task performance was at a moderate level at Harbin Medical University Hospitals. The result is consistent with a previous study conducted by Lin (2012) in Kunming, China. The following sections will focus on discussion about each dimension of task performance in detail.

Task performance

Task performance included three dimensions of social support, information support and technical care that concerned the behaviors directly targeting the patients. Social support was at a moderate level ($\bar{x}$ = 13.67, SD = 3.98) as well as information support ($\bar{x}$ = 19.95, SD = 3.24). However, technical care was at a high level ($\bar{x}$ = 15.12, SD = 2.75).

Social support, which refers to activities in terms of providing emotional support to patients and their families, was at a moderate level. It is possible that nursing work in China does not emphasize these activities (Wang, Jin & Meng, 2009). The result found by Yang et al., (2009), supports this. They stated that nurses have no time to provide emotional support for patients because their working hours and energy were spent mainly on nursing routine. Nursing routine is the largest burden for nurses which often forces them work overtime. In turn, it limits nurses in providing patients with emotion support (Gurses, Carayon & Wall, 2009).

Consequently, supporting information was at a moderate level. Nonetheless, medication administration scores were high, since clinical care focuses on those behaviors that are the most urgent and essential for the patients, such as medication administration, intravenous injections, indwelling catheter, and respiratory needs (Lan, Zhao & Yang, 2007). According to Lin (2012), in clinical nursing work, such as medication treatment or patient monitoring, nurses must provide high quality. Thus, technical care was at a high level.

Contextual performance

The overall contextual performance as perceived by nurses in Harbin Medical University Hospitals were at a moderate level ($\bar{x}$ = 60.43, SD = 10.25). Due to heavy work, nurses have no extra time to handle the patient's additional needs (Zhang, 2007). Nurses pay more attention to complete their tasks without help from each other. In clinical work, nurses cannot meet the needs of patients with additional requirements. Three dimensions of contextual performance were all at a moderate level; interpersonal support was 24.99 (SD = 3.83), job-task support was 14.56 (SD = 3.96), and of organizational support was 20.88 (SD = 4.85).

Interpersonal support refers to some interaction behaviors between members of the team. The moderate level in this dimension indicates that nurses could not offer better job performance through team collaboration. This might be because of poor mutual trust existing between nurses and hospitals and the little support nurses received from their supervisors and co-workers (Xiao, 2008). In Chinese hospitals, nurses barely ask for help when they engaging



problems. This results from a lack of mutual trust in the working environment (Wang & Ye, 2004). Thus, interpersonal support was at a moderate level.

Job-task support means some working behaviors beyond job requirements in order to provide patient care. For nurses who have been loaded with heavy work burdens, difficulties or responsibilities, it is difficult for them to offer additional work beyond job requirements (Wang, Zhao & Gao, 2007). In addition, because of a nursing shortage and heavy workload, nurses have no time to provide extra care to patients. Therefore, job-task support was at a moderate level.

The dimension of organizational support focuses on enhancing nurses' abilities and job performance in order to benefit the organization. Nurses in China showed low job satisfaction because they were usually regarded as an under-supported group in the hospitals with less opportunity for them to be promoted and to pursue further study (Qiao & Wang, 2010). Thus, nurses frequently failed to associate their personal interests with organizational interests and failed to attribute good organizational support to their job (Jimmieson & Griffin, 1998). Therefore, organizational support was at moderate level.

3. Relationship between meaningful work and task performance

The results showed a significant positive relationship between meaningful work and task performance ($r = .44, p < .01$). This indicates that the provision of ideal task performance by nurses working in Harbin, China was mainly influenced by how meaningful the work was

perceived by nurses. In other words, if meaningful work was good, task performance would also be good.

When nurses reflect on meaningfulness in their jobs, they realize the purpose of their work more clearly, thus producing positive meaning in such work. The benefits of their work towards patients encourages them to work actively and provides emotional support and information to the patients and their families. However, when nurses have a negative attitude to their job, they will not be able to provide extra care to the patients. They just complete their basic tasks. Thus, they might not be aware of the patients' real needs. In addition, if work can promote growth and help nurses to understand themselves and the world around them, they will be able to provide better care for the patients. The process of growth makes them more patient and careful in their work. Thus, nurses will provide better assistance to the patients with daily activities, treatments, and medication. In clinical work, nurses should not only have professional knowledge and nursing skills but also mindfulness and patience. In this way, nurses can provide patients with a good quality of nursing care.

Therefore, when nurses reflect on meaningfulness in their jobs, they will feel that their jobs became more interesting and that their jobs are valuable. Once nurses find meaning and purpose, the level of meaningful work will become higher, thus task performance will rise as well.

4. Relationship between meaningful work and contextual performance

The result showed a significant positive



relationship between meaningful work and contextual performance ($r = .49, p < .01$). This indicates that the provision of ideal contextual performance by nurses working in Harbin, China was mainly influenced by meaningful work perceived by nurses.

When nurses perceive that their jobs have significance, purpose, and broad impact on others, they will have a positive working attitude, not only for work but also for their nursing colleagues. Therefore, when their colleagues have problems, they will offer to help them, which subsequently improves trust between each other. In clinical work, maintaining a negative working attitude could discourage nurses from providing extra services for patients or spending extra time responding to the needs of patients. However, if nurses can perceive positive meaning in their jobs, they can go beyond job requirements and provide holistic care for patients. In addition, if their jobs facilitate their personal growth, which contributes to a broader sense of meaning in life, they will treat the nursing department like their own home, ensuring that materials and equipment are not wasted.

Therefore, a high level of meaningful work will lead to a high level of contextual performance from within the nursing field.

Conclusions

The results of the study showed that the participants perceived their meaningful work and task performance, as well as contextual performance, at moderate levels. The result also showed a moderately significant positive relationship between meaningful work and task

performance, as well as meaningful work and contextual performance.

Implications

1. The results of the research in terms of meaningful work could provide a new data for nursing managers, by which they may explicitly identify the underlying reason for any moderate levels of meaningful work, which can help them in redesigning nursing work practice. Encouragement and offers of more professional development opportunities for continuing education for nursing staff can improve the level of meaningful work in medical university hospitals.

2. The results of job performance in terms of task and contextual performance could allow hospital managers to acknowledge the performance of both core duties and additional duties. The moderate level of job performance perceived by nurses would provide information to nursing managers to identify problems at work and handle them in an effective way. Nurse administrators may reconsider developing a nurse staffing plan, in order to reduce workload as well as to aid in creating a helpful and harmonious atmosphere to enhance interpersonal relationships among nurses. In addition, nurse administrators should provide sufficient support for their nurses whenever necessary.

Recommendations

The results of this study support some evidence, whereby nursing job performance is influenced by the level of meaningful work among nurses in medical university hospitals in



The People's Republic of China. Based on the findings of the study, the following recommendations for further study include:

1. Future research to replicate this study in university hospitals in other regions of China, and to compare the results of those studies to this research.
2. Job performance among nurses needs

to be studied with other related factors, such as demographic characteristics, and work environment.

Acknowledgment

A sincere appreciation is expressed to Chiang Mai University and also to everyone who helped support this study.

References

- Bonnan, W. C., & Motowidlo, S. J. (1993). Expanding the criterion domain to include elements of contextual performance. In N. Schmitt & W. C. Bonnan (Ed.), *Personnel Selection in Organizations* (pp. 71-99). San Francisco: Lossey-Bass.
- Goodell, T. T., & Coding, H. V. E. (1994). Outcomes of nurses' job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 24(11), 36-41.
- Greenslade, H. J., & Jimmieson, N. L. (2007). Distinguishing between task and contextual performance for nurses: Development of a job performance scale. *Journal of advanced Nursing*, 58(6), 602-611.
- Greenslade, H. J. (2008). *The Organizational Factors Impacting on Patient Satisfaction: An Examination of Service Climate, Effort, and Performance*. Unpublished Doctoral Dissertation, School of Psychology, The University of Queensland, Australia.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational behavior and human performance*, 16(2), 250-279.
- Hjortdahl, P., & Lxrum, E. (1992). Continuity of care in general practice: Effect on patient satisfaction. *BMJ*, 304, 1278-1290.
- Hunt, R. J. (2009). *Meaningful moments in public health nursing*. Paper presented at the American Public Health Association, Philadelphia, PA.
- Indradevi, D. (2012). The impact of psychological empowerment on job performance and job satisfaction in Indian software companies. *International Journal of Multidisciplinary Management Studies*, 2.
- Lan, M. J., Zhao, R. W., & Yang, Y. (2007). Study for the effects of nurse extended working hours on daily fatigue and job satisfaction [Chinese version]. *Journal of Nurses Training*, 24, 2214-2216.
- Lin, K., (2012). *Fatigue and Job Performance Among Nurses in Tertiary Hospitals, Yunnan Province, The People's Republic of China*. (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.



- Lieu, P. T. (2013). *Factors related to Job Performance among Nurses in Tertiary General Hospitals, The Northern Region, The Socialist Republic of Vietnam*. (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.
- Nabirye, R. C., Brown, K. C., Pryor, E. R., & Maples, E. H. (2011). Occupational stress, job satisfaction and job performance among hospital nurses in Kampala, Uganda. *Journal of nursing management*, 19(6), 760-768.
- Peisch, F. R. (2011). A U.S. healthcare executive's recent visit to China. MDP, Inc. 11 Beacon Street, Boston, MA 02108. 1 800 376-5566.
- Pu, Y. X. (2010). *Job characteristics and job performance among professional nurses in the university hospitals of Yunnan Province, People's Republic of China* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.
- Steger, M.F., Dik, B.J., & Duffy, R.D. (2012). Measuring meaningful work: The Work as Meaning Inventory (WAMI). *Journal of Career Assessment*, 20, 322-337.
- Third Affiliated Hospital of Harbin Medical University. (2011). Hospital annual report [Chinese version]. Unpublished document, Department of Statistic, the Third Medical University Hospital, the People's Republic of China.
- Tuuli, M.M and Rowlinson, S (2009). Performance Consequences of Psychological Empowerment. *Journal of Construction engineering and Management*, 135(12), 1334-1347.
- Wang, X. X. (2011). *Job stress and job performance among nurses in University Hospitals, People's Republic of China*. (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- Xiao, X. S. (2008). Research of the Nurse's Social Support [Chinese version]. Unpublished master's thesis, The Graduate School College of Humanities and Social Sciences, Nanjing University of Aeronautics and Astronautics, China.
- Yang, X., Shao, W.L., Yang, Y.P., Ying, B., & Dong. (2009). The present situation of performance appraisal in nursing staff [Chinese version]. *Journal of Nursing Administration*, 19(4), 18-19.
- Zhang, S. H., (2007). Emotional support and quality of nursing care in general hospitals [Chinese version]. *Chinese nursing research*. 2007, 26 (3): 422-135.